



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
HOSPITAL CRISTO REDENTOR CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 F.(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
HOSPITAL FEMINA CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17 F.(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90



Diretoria - GHC

Gestão de Riscos -GHC

Controle de Infecção Hospitalar - HNSC

Controle de Infecção Hospitalar – HCR

Controle de Infecção Hospitalar - HFE

Controle de Infecção Hospitalar – HCC

Núcleo de Epidemiologia - HNSC

**PROTOCOLO PARA O MANEJO DE PACIENTES SUSPEITOS DE
INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS (COVID-19) - GHC**

PORTO ALEGRE

2024



SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	4
II – SINAIS E SINTOMAS	6
III – TRANSMISSÃO	6
IV - PERÍODO DE INCUBAÇÃO	6
V – DEFINIÇÕES DE CASO	7
VI- NOTIFICAÇÃO	9
VII - CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	11
VIII– DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	16
IX – TRANSPORTE DE PACIENTES INTRA-HOSPITALAR	18
X- TRANSPORTE DE PACIENTES EXTRA-HOSPITALAR	18
XI – PROCESSAMENTO DE ROUPAS	19
XII- ARTIGOS RESPIRATÓRIOS E INSTRUMENTAIS UTILIZADOS EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19	19
XIII – HIGIENIZAÇÃO	19
XIV – NUTRIÇÃO	20
XV – CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E RADIOLOGIA	20
XVI – LABORATÓRIO E DEMAIS SADTs	20
XVII - ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CORONAVÍRUS (COVID-2019) NA LINHA DE CUIDADO MÃE-BEBÊ	20
XVII- MEDIDAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL, PRONTO ATENDIMENTO E ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	21
XIX- ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR	22
XX- ORIENTAÇÕES PÓS-ÓBITO	23
XXI - ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINA COVID-19 NO GHC	23
XXII - VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39
ANEXO I - FLUXO PARA ENTRADA E RETIRADA DO PACIENTE DO ISOLAMENTO - HNSC	43
ANEXO II - TÉCNICA DE PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO	44



ANEXO III - Fluxo de Atendimento à Gestante com Suspeita de Coronavírus (COVID-2019).	45
ANEXO IV - Fluxo para casos suspeitos de infecção por COVID-19 na emergência demanda espontânea – HNSC.	46
ANEXO V - Fluxo de atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades de saúde (US) da GSC	47
ANEXO VI - Fluxo para Casos Suspeitos de Infecção por Coronavírus (COVID-2019) na UPA Moacyr Scliar (UPA).	48
ANEXO VII - Fluxo para casos suspeitos de infecção por COVID-2019 regulados pelo GERINT com necessidade de internação em unidade clínica ou unidade de terapia intensiva.	49
ANEXO VIII - Fluxo para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nos CAPS e Consultórios de Rua – GSC	50
ANEXO IX - Orientações para Notificação de Eventos Adversos Pós Vacina Covid-19 no GHC.	51
ANEXO X -Ficha de Notificação/Investigação de Eventos Adversos pós-vacina SARS-CoV-2	52
ANEXO XI – Fluxo de atendimento Síndrome Respiratória Viral Aguda HCC	54
ANEXO XII – Duração das precauções estendidas e isolamento HCC (exceto UTIN / UCIN)	55
ANEXO XIII – Neonatologia HCC: RN com Síndrome Respiratória Viral / Suspeita COVID-19 HCC	57
ANEXO XIV – Neonatologia HCC - RN de Mãe com COVI-19 suspeita ou confirmada	58
ANEXO XV – NEONATALOGIA HCC: Resumo dos critérios para a suspensão de isolamento e das medidas de precaução estendidas	59
ANEXO XVI – Caso Suspeito de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) Potencialmente Associada à COVID-19	60
ANEXO XVII– Fluxo para Suspeita de Infecção Por Covid-19 HCR	63
ANEXO XVIII – Fluxo para casos de contato com covid-19 positivo - HCR	64
ANEXO XIX – Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: emergência, unidades de internação e centro obstétrico	65
ANEXO XX – Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: UTI adulto	66
ANEXO XXI- Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: UTI Neonatal	67
ANEXO XXII- Fluxograma: Coleta de amostras no HFE	68
ANEXO XXIII – Ficha de Registro Individual – Casos de síndrome respiratória aguda grave Hospitalizados	69
ANEXO XXIV – Ficha de notificação para casos suspeitos de Síndrome Gripal pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)	71

I – INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, o Escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi informado de casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Um SARSCoV2 foi identificado como o vírus causador pelas autoridades chinesas em 7 de janeiro (OPAS, 2020).

1.1 Relato de Casos de Reinfecção

O grau de imunidade protetora conferido pela infecção com o SARS-CoV-2 manifesta como síndrome respiratória aguda grave é atualmente desconhecido. Portanto, a possibilidade de reinfecção com SARS-CoV-2 ainda não está bem entendida. Há relato que os anticorpos específicos contra SARS-CoV-2 desapareceram em um paciente convalescente com COVID-19 em 3 meses. É possível que outros anticorpos neutralizantes protetores potenciais possam existir em torno de 90% dos pacientes com COVID-19. Anticorpos preexistentes, células B e as células T de memória são três componentes principais contra a reinfecção viral. Estudos anteriores sugerem que as respostas das células B e T de memória específicas ao SARS-CoV, que são críticas para proteção contra a reinfecção, podem ser mantidas por vários anos em pacientes recuperados com SARS.

Assim, a exposição anterior ao SARS-CoV-2 pode não garantir imunidade total em todos os casos. Todos os indivíduos, previamente diagnosticados com COVID-19 ou não, devem tomar precauções idênticas para evitar infecção com SARS-CoV-2.

Recentemente foram relatados 6 casos de reinfecção conforme a tabela abaixo. Os casos eram relativamente jovens e imunocompetentes. Quatro pacientes relataram sintomas durante o primeiro episódio de sua infecção enquanto os dois casos assintomáticos na Índia foram detectados durante a vigilância de rotina dos profissionais de saúde. Três reinfecções foram provavelmente assintomáticas, uma pessoa apresentou sintomas leves, uma apresentou sintomas moderados e uma necessitou de hospitalização com oxigênio.

Local	Idade, anos	Primeiro episódio	Intervalo de tempo, dias	Segundo episódio
Hong Kong	33	Sintomático	142	Assintomático
Nevada, USA	25	Sintomático	48	Sintomático, com hospitalização
Belgica	52	Sintomático	93	Sintomático
Equador	46	Sintomático	63	Sintomático
India	25	Assintomático	108	Assintomático
India	28	Assintomático	111	Assintomático

Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control. Reinfection with SARS-CoV: considerations for public health response: ECDC;2020.

Em Wuhan, na China, 651 pacientes hospitalizados e recuperados foram acompanhados com uma duração média de 48 dias (IQR 18–50). Entre os critérios de alta foram aplicados dois testes SARS-CoV-2 RT-qPCR negativos realizados com pelo menos 1 dia de intervalo em esfregaços oronasofaríngeos. No reteste para SARS-CoV-2 pelo ensaio RT-qPCR 3% testaram positivo. A mediana de idade deste grupo com reteste positivo foi de 56,0 anos (variação 27 a 89), com predomínio de mulheres (52%). Neste grupo com reteste positivo, 52% apresentavam condições moderadas, 39% graves e 9% críticas durante a internação anterior. A duração mediana da alta hospitalar até um reteste positivo foi de 15,0 dias (variação de 4–38). A duração mediana de um reteste positivo até a readmissão hospitalar foi de 1,5 dias.

No momento do reteste positivo, um ensaio imunocromatográfico para imunoglobulinas virais anti-SARS-CoV-2 mostrou que 52% tinham anticorpos IgG e 30% tinham anticorpos IgM sugerindo o reconhecimento parcial da SARS-CoV-2 pelo sistema imunológico. Nesse grupo com reteste positivo, 65% dos pacientes eram assintomáticos no momento do reteste, enquanto 35% apresentavam pelo menos um sintoma associado ao COVID-19. Embora um teste de PCR positivo em pacientes assintomáticos retestados possa refletir apenas componentes virais não patogênicos residuais, o reteste positivo em pacientes sintomáticos sugere o potencial de recorrência da doença ativa e sua transmissão.

1.2 Desafios para Classificação de Casos de Reinfecção

Para classificar casos suspeitos como reinfecções confirmadas há uma série de desafios: a persistência de RT-PCR detectável é variável por períodos prolongados entre a infecção e a recuperação clínica sendo de até 104 dias após o início de sintomas; a identificação do RNA SARS-CoV-2 por meio de PCR não representa a presença de vírus infecciosos viáveis no paciente; relatos de PCR negativos intermitentes, especialmente quando a concentração de vírus no material amostrado torna-se baixa ou está em torno do limite de detecção de um teste; a ausência de resultados de testes e a falta de sequenciamento genético. Portanto, os critérios para a identificação de reinfecções ainda não foram bem estabelecidos e, consequentemente, os resultados dos testes devem ser interpretados em combinação com dados epidemiológicos e características clínicas adicionais.

II – SINAIS E SINTOMAS

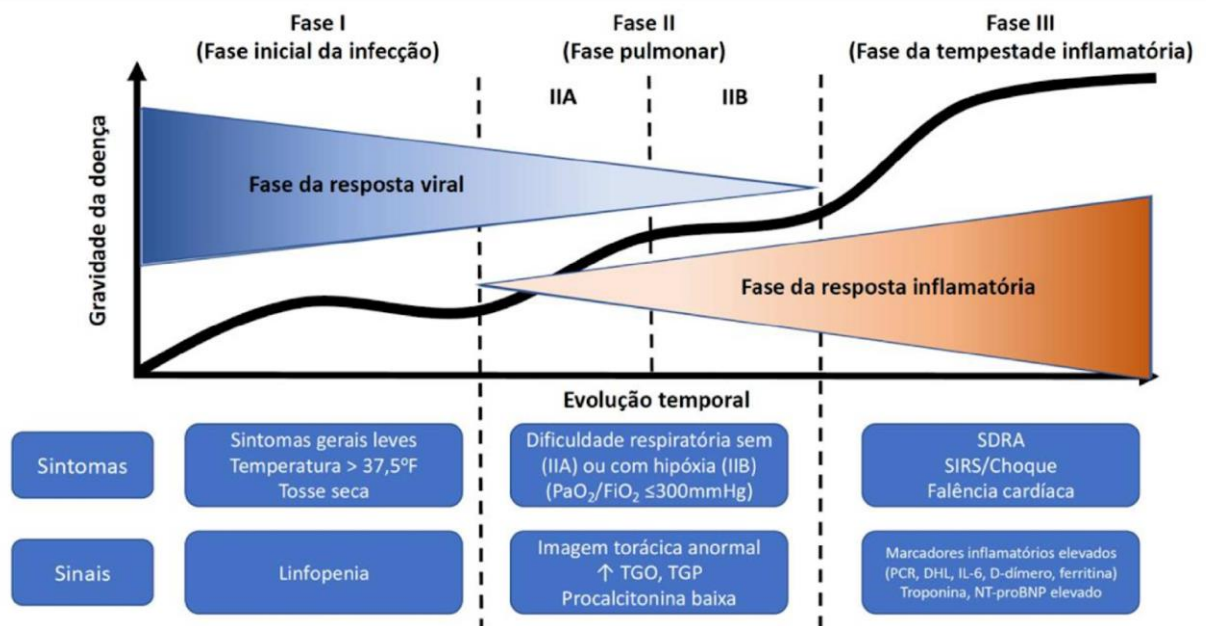


Figura 2: Fases da COVID-19, adaptado de Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant*. 2020;39(5):405-407.

Crianças com COVID-19 podem não apresentar inicialmente febre e tosse com a mesma frequência que pacientes adultos. Sintomas gastrointestinais, incluindo dor abdominal, diarreia, náusea e vômito, foram relatados em uma minoria de pacientes adultos, porém em pediatria, a diarreia pode ser único sintoma relatado. Como os sinais e sintomas de COVID-19 em crianças podem ser semelhantes aos de infecções virais comuns da infância, é importante que os profissionais de pediatria tenham uma suspeita apropriada do COVID-19, mas também continuem a considerar e testar outros diagnósticos.

III – TRANSMISSÃO

Ocorre principalmente em sintomáticos.

IV - PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da covid-19, ou seja, o tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é, em média, de 5 a 6 dias, no entanto, as manifestações clínicas podem surgir entre o primeiro e o décimo quarto dia após a exposição. Estudos recentes sugerem ainda que o período de incubação da Variante de Preocupação (VOC) Ômicron pode ser mais curto, em média de 3 a 6 dias (Wu et al, 2022).

V – DEFINIÇÕES DE CASO

Nesta fase da pandemia as estratégias de vigilância e controle são alteradas para notificação obrigatória de casos que preenchem os critérios abaixo:

- Vigilância de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): pacientes hospitalizados ou óbitos por SRAG;
- Profissionais de saúde e segurança com síndrome gripal;
- Residentes de ILPIs com febre OU tosse ou outro sintoma respiratório;
- Pessoas com mais de 2 anos de idade com síndrome gripal.
- Casos de Síndrome Gripal atendidos na UPA Moacyr Scliar e Emergência Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. No atual momento epidemiológico recomenda-se a testagem com TR-Ag, sempre que possível, de casos de SG que façam parte dos grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de Covid-19, sendo eles: idosos; indígenas; pacientes com múltiplas comorbidades; imunocomprometidos; gestantes; Além destes, inclui-se como grupo para testagem: crianças com idade menor ou igual a 12 anos. Em situações de desabastecimento de TR-Ag, pode-se realizar a testagem por RT-PCR para estes grupos, dentro das possibilidades de logística dos serviços de saúde.

1 - CASOS SUSPEITOS

Definição de caso de **SÍNDROME GRIPAL (SG)**:

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos, diarreia.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Definição de caso de **SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)**:

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

2- CASOS CONFIRMADOS

CRITÉRIO LABORATORIAL: caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

☐ **Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2):** com resultado detectável para SARS-CoV-2.

☐ **Antígeno (teste rápido):** com resultado positivo para antígeno, em tempo apropriado; quando o teste de antígeno for positivo, nenhum outro teste é necessário.

3- CASOS DESCARTADOS

Caso suspeito de SG ou SRAG com RT-PCR negativo.

4- DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P) ASSOCIADA TEMPORALMENTE À COVID-19

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

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

E

- Dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés)
 - Hipotensão arterial ou choque
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina / NT-proBNP)
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados)
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)

E

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

E

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

E

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

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

5- DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, **com intervalo igual ou superior** a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.

Neste momento, serão monitorados apenas profissionais de saúde que atuem na assistência a casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

Serão consideradas possíveis reinfecções as situações 1 e 2 com intervalo maior ou igual a 90 dias:

- **Situação 1:** Casos positivos para COVID-19 por RT-PCR com ressurgimento de sintomas;
- **Situação 2:** Casos positivos para COVID-19 por RT-PCR sem o ressurgimento de sintomas e com novo RT-PCR detectável OU casos inicialmente assintomáticos com RT-PCR detectável que venham a desenvolver sintomas e RT-PCR detectável.

VI- NOTIFICAÇÃO

1 – Síndrome Respiratória Aguda Grave

A notificação de SRAG deve ser realizada em paciente já em internação ou observação em pronto atendimento ou hospital ou óbitos por SRAG. Os **casos suspeitos de SRAG** ou de **óbitos por COVID-19** devem ser notificados de forma imediata pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, conforme o quadro a seguir:

LOCAL	De segunda a sexta-feira	Noite, Finais de Semana e Feriados
HNSC	Das 7h às 19h, notificar por telefone o NHE/HNSC-HCC, através dos ramais 2091 ou 2744 e o Controle de Infecção do HNSC no ramal 2174.	Notificar a Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis/SMS/POA pelo celular de plantão disponível nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva do GHC- (51- 993628489)
HCC	Das 07h às 19h notificar por telefone o NHE/HNSC-HCC, através dos ramais 2091 ou 2744 e o Controle de Infecção do HCC no ramal 2393.	
HF	Das 8h às 17h, no ramal 5239; fora desse horário, notificar por e-mail: scihhfe@ghc.com.br ou grupo de WhatsApp de notificações.	
UPA	Em horário comercial comunicar a Equipe de Vigilância da SMS Telefone: 51- 3289- 2471 ou 2472 e o Controle de Infecção do HNSC no ramal 2174.	
HCR: Informações no ANEXO XIII (Fluxo para Casos Suspeitos de Infecção por <i>Coronavírus</i> (COVID-2019) no HCR).		

Quadro 1: Contatos de referência no GHC para realizar a notificação de casos SRAG.

OBSERVAÇÃO: deve ser registrado no prontuário eletrônico se foi ou não realizada a notificação e a coleta de swab para diagnóstico de COVID-19, assim como a data do início dos sintomas.

- Para os **casos suspeitos** deve ser preenchida a ficha de investigação epidemiológica específica, disponível no Repositório de documentos do GHC através do caminho: Vigilância Epidemiológica/Núcleo Hospitalar de Epidemiologia/Fichas de Notificação/COVID-19.

2 – Síndrome Gripal

Para casos de Síndrome Gripal acima de 2 anos de idade atendidos em Unidades Básicas do Serviço de Saúde Comunitária do GHC:

- O médico ou enfermeiro, responsável pelo atendimento deverão realizar a notificação pelo sistema GERCON, **sem necessidade de coleta**, exceto em casos de profissionais de saúde do GHC com síndrome gripal (disponível no GHC sistemas/prontuário do paciente/coronavírus).

Para casos de Síndrome Gripal atendidos nas Unidades Sentinela Emergência Pediátrica do Hospital da Criança Conceição e na UPA Moacyr Scliar:

- Os casos de SG que façam parte dos grupos de alto risco para desenvolvimento de formas graves de Covid-19 (idosos; indígenas; pacientes com múltiplas comorbidades; imunocomprometidos; gestantes; crianças com idade menor ou igual a 12 anos) que realizarem a coleta para teste rápido Antígeno, ou na ausência deste, para RT-PCR específico serão detectados pela equipe do NHE/HNSC-HCC e notificados no E-SUS notifica por esta

equipe. O fluxo para coleta de amostras do Programa Sentinela seguem fluxo específico das equipes envolvidas (Emergência Pediátrica do HCC, UPA MS e NHE/HNSC-HCC. A divulgação dos resultados de exames para estes pacientes não hospitalizados é uma atribuição das equipes da assistência.

3- Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada temporalmente à covid-19

- Deve ser preenchida ficha de Notificação para casos de SIM-P temporalmente associada a COVID-19. Ficha disponível no Repositório de documentos do GHC através do caminho: Vigilância epidemiológica>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia>Fichas de Notificação>Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P). Posteriormente, as mesmas devem ser enviadas junto com a requisição de exame em SADT ao laboratório Central.

4- Casos Suspeitos de Reinfecção pelo Vírus Sars-Cov-2

- No cenário epidemiológico atual, estes casos não estão sendo notificados.

Atualmente os Profissionais de Saúde do GHC com Síndrome Gripal são atendidos no Posto de Atendimento para Profissionais de Saúde do GHC, na UPA Moacyr Scliar: das 8h às 20h, de segunda a sábado, incluindo feriados. Nas situações de piora clínica após o atendimento inicial é recomendado o atendimento na Emergência do HNSC (ver protocolo específico).

VII - CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Estratégias para prevenir ou minimizar a transmissão de infecções em ambientes de cuidados de saúde:

1. Profissionais da área da assistência

Os profissionais da assistência do HNSC das áreas não COVID-19 podem optar pelo tipo de máscara (cirúrgica ou N95/PFF2) e utilização do protetor facial conforme julgar necessário.

2. Reconhecimento precoce e controle da fonte

Realizar a triagem clínica que inclui o reconhecimento precoce e colocação imediata do paciente em área separada dos demais. Para isso deve-se encorajar os profissionais de saúde a ter alto nível de suspeita.

3. Aplicação da Precaução Padrão para todos os pacientes

Inclui a higiene de mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais, prevenção de acidentes com artigos perfurocortantes, descarte seguro, limpeza do ambiente e esterilização de equipamentos de assistência ao paciente e roupa de cama.

- Orientar pacientes para realizar higiene das mãos;
- O uso correto e adequado de EPI, conforme o risco inclui uso de avental descartável e luvas no contato com sangue, secreções, vômito, diarreia e uso de óculos e máscara no risco de respingos.
- Garantir que a limpeza ambiental seja realizada de forma adequada e segura, bem como limpeza e desinfecção de artigos médico-odonto hospitalares e roupas de cama.

4. Implementação das precauções adicionais (gotículas e contato) para pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por COVID-19:

- Além da Precaução Padrão, todos os familiares, visitantes e profissionais de saúde devem adotar as precauções de contato e gotículas. Quando houver indicação de entrada de qualquer pessoa no quarto, o mesmo deverá ser orientado pela equipe assistente quanto ao uso adequado dos EPIs e retirada dos mesmos, bem como higienização de mãos.
- Se o hospital não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou área os pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus. Essa coorte pode ser realizada em todas as unidades ou setores que forem receber pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus;
- O profissional deverá usar **máscara cirúrgica**, avental descartável de manga longa e luvas;
- Usar preferencialmente artigos/equipamentos (estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, etc) individualmente. Quando não for possível, realizar limpeza/ desinfecção com álcool a 70%;
- Se o transporte for inevitável, o paciente deve utilizar **máscara cirúrgica**, avental descartável e luvas. Os profissionais de saúde que estão transportando o paciente devem utilizar os EPI indicados acima e realizar a higienização das mãos;
- Notificar a área receptora das precauções necessárias o mais precocemente possível antes da chegada do paciente;
- Limpar e desinfetar rotineiramente as superfícies de contato do paciente, conforme rotina;



- Manter registro de todas as pessoas que entram no quarto ou área de assistência do paciente, incluindo todos os funcionários e visitantes;
- Proceder à higienização das mãos durante a assistência ao paciente nestes ambientes com água e sabonete líquido ou álcool espuma em concentração à 70%.

5. Implementação de precauções por aerossóis nos procedimentos que geram aerossóis para todos os pacientes do HNSC:

Alguns procedimentos geradores de aerossóis foram associados ao aumento de risco de infecção por SARS-COV-2. Estudo na literatura internacional aponta a sobrevivência do microorganismo, em aerossóis, por até 2,7 horas. Nas salas individuais ou coletivas onde tais procedimentos forem realizados serão mantidas as **Precauções para Aerossóis para todos os profissionais** e as portas devem ser mantidas fechadas.

Procedimentos com potencial risco para aerossolização com partículas infectantes: O profissional deverá usar avental descartável nos procedimentos que gerem grande aerossolização em pacientes COVID-19 como intubação e extubação orotraqueal; ventilação não invasiva; traqueostomia; ressuscitação cardio-pulmonar; ventilação manual antes da intubação; broncoscopia; aspiração de vias aéreas; coleta de amostras (ex. swab) nasotraqueais; passagem de sonda nasogástrica/nasoentérica; endoscopia; ecocardio transesofágica; nebulização, cirurgias em pacientes COVID-19. Garantir que os profissionais de saúde que executam procedimentos geradores de aerossóis utilizem a máscara de proteção respiratória adequada N95/PFF2. A máscara N95/PFF2 não apresenta eficácia no profissional com barba, pois a mesma impede a vedação adequada da máscara.

- A coleta de amostras (ex. swab) para diagnóstico da COVID-19 (identificação do SARS-CoV-2) poderá ser feita preferencialmente com avental impermeável devido à baixa quantidade de secreção.
- Garantir que os profissionais de saúde que executam procedimentos geradores de aerossóis (em qualquer área assistencial) utilizem a máscara de proteção respiratória adequada (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). A máscara N95/PFF2 não apresenta eficácia no profissional com barba, pois a mesma impede a vedação adequada da máscara. Utilizar protetor facial, touca (não deve ser de tecido), avental descartável e luvas (estéril ou não conforme o procedimento) nestes procedimentos;
- Nos procedimentos odontológicos de qualquer paciente seguir o protocolo específico institucional;

- Limitar o número de pessoas presentes na sala para o mínimo necessário ao procedimento e suporte.

Como proceder em caso de paciente suspeito de COVID-19 na Unidade de Internação (HNSC):

- Não é necessário interditar o quarto para novas internações;
- A coleta da amostra para RT-PCR para SARS-cov-2 poderá ser realizada no leito de origem do paciente;
- No momento da coleta as janelas devem permanecer abertas para renovação do ar;
- Os acompanhantes devem sair do quarto, no momento da coleta;
- Orientar todos os pacientes e acompanhantes a importância de manter o uso da máscara cirúrgica até o resultado do swab e/ou saída do caso do quarto;
- Paciente com resultado de Covid-19 positivo, será transferido para o isolamento pelo CIH ou NIR (dependendo do horário da liberação do exame no prontuário eletrônico);
- Não é necessário rastrear os pacientes contactantes com RT-PCR e interditar o quarto até a saída de todos os resultados;
- Não é necessário realizar limpeza terminal do quarto, somente do leito do paciente positivo.

Máscaras n95/pff2 ou equivalente

- Os profissionais de saúde devem atentar para o cuidado durante o manuseio do seu EPI (paramentação, desparamentação e armazenamento), a fim de evitar a contaminação da pele, mucosas e do interior da máscara;
- Os profissionais de saúde devem inspecionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.

Observação 1: A máscara cirúrgica não deve ser sobreposta à máscara PFF2 ou equivalente, pois além de não garantir proteção de filtração ou de contaminação, também pode levar ao desperdício de mais um EPI, o que pode ser muito prejudicial em um cenário de escassez.

Observação 2: Para remover a máscara **N95/PFF2**, retire-a por trás e pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na sua superfície interna e a acondicione de forma a mantê-la íntegra, limpa e seca para o próximo uso. Para isso, pode ser utilizado um saco ou envelope de papel. Os elásticos da máscara deverão ser acondicionados de forma a não serem contaminados e de modo

a facilitar a retirada da máscara da embalagem. Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.

Observação 3: Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara à face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.

6. Medidas administrativas

As medidas administrativas que se aplicam à prevenção e controle da transmissão da infecção por COVID-2019 incluem o estabelecimento de infraestruturas e atividades como:

- Treinamento de profissionais de saúde;
- Educação de pacientes e cuidadores;
- Políticas de reconhecimento precoce de infecção respiratória aguda por COVID-2019;
- Acesso aos testes laboratoriais imediatos para identificação do agente etiológico;
- Prevenção de superlotação, especialmente nas emergências;
- Estabelecimento de áreas de espera dedicadas para pacientes sintomáticos respiratórios;
- Promover proporção adequada de paciente/equipe;
- Fornecimento e uso regular de suprimentos.
- Pacientes com indicação de internação serão remanejados para os Postos ou UTI de acordo com os leitos indicados pela NRTD do CIH do respectivo hospital.

7. Medidas de controle ambientais e de engenharia.

Inclui infraestrutura básica de serviços de saúde, desde a ventilação, limpeza adequada nestes ambientes e tratamento de resíduos.

7.1 Limpeza e desinfecção de superfícies:

- Remoção de sujidades com água e detergente neutro e desinfecção de superfícies e objetos com álcool a 70%, sob responsabilidade da enfermagem;
- Uso de EPI adequado;
- Realizar o descarte adequado de resíduos, conforme POPs.

7.2 Tratamento de resíduos

- O COVID-19 pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, seguindo a classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicada em 2017, pelo Ministério da Saúde http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3ed.pdf, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade.
- Todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID- 19 devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018.
- Todos os resíduos assistenciais do paciente suspeita ou portador COVID-19 devem ser acondicionados em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas. Os sacos devem ser contidos em lixeira com tampa e pedal, conforme padronizado na instituição. **NÃO RECICLAR NADA NESTES LEITOS!**
- O tratamento e disposição final deste resíduo segue conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS da instituição.

VIII– DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Para pacientes internados

1. Laboratório encaminha o material para a coleta;
2. Requisição em SADT para o LACEN assinado pelo médico assistente;
3. Requisição de SADT para COVID-19 assinado pelo médico do CIH ou da emergência ou UTI;
4. Preencher a ficha de notificação SRAG hospitalizado disponível no Repositório de documentos do GHC através do caminho: Vigilância Epidemiológica>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia>Fichas de Notificação>SRAG-Hospitalizado;

Técnica para a coleta das amostras:

Os procedimentos apropriados de coleta, transporte, processamento e armazenamento de espécimes clínicos são de fundamental importância no diagnóstico da infecção viral. O espécime preferencial para o diagnóstico laboratorial é a secreção de nasofaringe pela técnica de swab combinado (1 swab de cada narina + 1 swab de orofaringe) para adultos e crianças acima de 2 anos. Casos graves no qual o paciente encontra-se entubado, pode-se proceder à coleta de aspirado da secreção traqueal.

Paciente menor de 2 anos ou em Ventilação Mecânica – será encaminhado bronquinho e meio de transporte específico; em menores de 2 anos a coleta será realizada no HCC. Embalar o bronquinho em saco plástico para o transporte.

- Paciente maior que 2 anos e em ar ambiente – deverá ser encaminhado *swab* e meio de transporte específico.

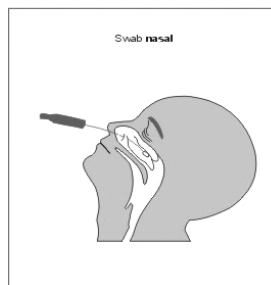
Swab nasal e orofaringe (3 swabs) – MATERIAL DE ESCOLHA

Os swabs a serem usados devem ser estéreis e possuir haste de plástico. Não deverão ser usados swabs com haste de madeira e/ou com alginato de cálcio.

Examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreções. O objetivo do *swab* é colher um esfregaço de células e não secreções nasais.

- **Swab de nasofaringe** – Introduzir o swab na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45º em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o *swab* ultrapassou o corneto inferior atingindo o meato médio.

Após a introdução, esfregar o coletor com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente). Remover o coletor do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com solução fisiológica. Colher *swab* nas duas narinas (um *swab* para cada narina).



- **Swab de orofaringe** – Colher *swab* na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.



Após a coleta, inserir os três *swabs* no mesmo frasco contendo solução fisiológica. As hastes dos coletores devem ser quebradas para fechar a tampa. Lacrar e identificar o frasco com o kit de amostras com o nome e registro do paciente, data da coleta, e o nome COVID-2019.

As amostras deverão ser recolhidas com urgência pelo o Laboratório Central do HNSC que irá processar a amostra pelo método genexpert (os laboratórios do HFE e HCR devem encaminhar a amostra ao Laboratório Central do HNSC):

- O NHE/HNSC-HCC irá solicitar por e-mail quais amostras serão selecionadas para envio ao Lacen/RS (amostras de pacientes com SRAG), em horário comercial para realizar a solicitação do exame RT-PCR COVID-2019 no Gal/LACEN-RS. **O kit de coleta com *swab* deve permanecer à temperatura ambiente até o momento da utilização. Após a coleta, as amostras devem ser mantidas refrigeradas (4-8°C)** (geladeira do Lacen no LAC HNSC) e devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta. Na impossibilidade de envio dentro desse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio.

Observação: Deve ser registrado em prontuário se foi ou não realizada a notificação e a coleta de *swab* para diagnóstico de COVID-19.

IX – TRANSPORTE DE PACIENTES INTRA-HOSPITALAR

O transporte de pacientes suspeito ou confirmado de infecção por COVID-19 deve ser evitado. Se a saída do paciente de seu quarto for inevitável:

- Utilizar máscara cirúrgica no paciente, avental descartável e luvas de procedimento conforme POP de Transporte de Paciente em Precaução de Contato. Em casos do paciente encontrar-se em ventilação mecânica, utilizar o filtro regenerador código GHC 9866.
- O paciente deve ser transportado obrigatoriamente em maca ou cadeira de rodas.
- Os profissionais de saúde no transporte devem utilizar avental descartável, máscara cirúrgica, protetor facial ou óculos e luvas. Quando houver contato do paciente com superfícies, elas devem ser limpas após a realização do transporte.
- O ascensorista deve sair antes da entrada do paciente no elevador. A limpeza do elevador segue rotina vigente na instituição.

X- TRANSPORTE DE PACIENTES EXTRA-HOSPITALAR

- O transporte de casos suspeitos ou confirmados de infecção por COVID-19 deve ser realizado com o paciente usando máscara cirúrgica, avental descartável e luvas de procedimento.
- Os profissionais de saúde no transporte devem utilizar avental descartável, máscara cirúrgica, protetor facial ou óculos e luvas.

- A ambulância deve ser higienizada internamente com água e detergente neutro e desinfetada com álcool a 70º GL a cada transporte de paciente.

XI – PROCESSAMENTO DE ROUPAS

- Depois da retirada do leito do paciente, a roupa precisa ser imediatamente colocada em saco de hamper (azul), onde deve permanecer até a sua chegada à área suja do processamento de roupas. Não deve ser utilizado o “chute” para descarte da roupa suja nesta situação.
- Os sacos plásticos utilizados para a coleta das roupas são de uso único, e estes devem apresentar uma qualidade suficiente para suportar o peso da roupa, inclusive se esta estiver molhada ou úmida, prevenindo vazamento de líquidos.
- Os sacos deverão ser fechados de forma a impedir sua abertura durante o transporte; deve-se ter o cuidado para que não exceda 2 /3 da sua capacidade.
- A coleta deve ser realizada em horário preestabelecido e a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

XII- ARTIGOS RESPIRATÓRIOS E INSTRUMENTAIS UTILIZADOS EM PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19

No HNSC os materiais deverão ser encaminhados ao CME do HNSC SEM LIMPEZA PRÉVIA, ensacados em saco branco leitoso e rotulado (preferencialmente em caixas plásticas com tampa). O funcionário que fará o transporte dos materiais até o CME deverá estar paramentado com avental descartável, luvas de procedimento e máscara cirúrgica.

No CME, o funcionário receberá o material paramentado com os EPIs estabelecidos. Após a entrega do material, o funcionário da unidade se desparamentará (avental e luvas no lixo infectante) com higiene de mãos entre as etapas, antes de retornar ao setor de origem.

Nos demais hospitais do GHC seguir as orientações da NRTD do respectivo CIH.

XIII – HIGIENIZAÇÃO

- Os EPIs devem ser utilizados tanto para limpeza concorrente quanto para limpeza terminal;
- A técnica deve seguir o POP já estabelecido na instituição;
- A limpeza terminal do ambiente pode ser realizada logo após a saída do paciente COVID-19, em qualquer área assistencial da instituição, não sendo necessário aguardar por 2h, uso de máscara cirúrgica opcional;
- O material deverá sofrer desinfecção, com desinfetante de superfícies padronizado na instituição, ao sair do quarto/box (baldes, rodo, luvas de borracha).

XIV – NUTRIÇÃO

Serão utilizados utensílios descartáveis nas enfermarias de isolamento COVID.

A entrega dos alimentos aos pacientes em áreas de isolamento COVID será realizada pela equipe de nutrição, utilizando os EPIs preconizados. Nas áreas de isolamento não COVID permanece a mesma rotina.

Na emergência COVID, a nutrição deverá colocar os EPIs preconizados e distribuir as dietas aos pacientes.

O descarte destes utensílios deverá ser em saco branco.

XV – CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E RADIOLOGIA

O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica, avental e luvas; os profissionais devem utilizar os EPIs conforme descrito no capítulo VII - Controle de infecção relacionado à assistência à saúde.

O paciente não deve esperar pelo atendimento no setor e deve ser levado diretamente para o exame. Não há necessidade de interdição da sala de exame se o paciente permanecer com a máscara cirúrgica durante o exame

XVI – LABORATÓRIO E DEMAIS SADTs

A coleta de exames deverá ser realizada pela equipe do laboratório, utilizando todos os EPI recomendados para a situação.

XVII - ORIENTAÇÃO PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CORONAVÍRUS (COVID-2019) NA LINHA DE CUIDADO MÃE-BEBÊ

PRÉ-PARTO

- As gestantes com o COVID-19 (suspeita ou confirmada), em trabalho de parto devem ser colocadas sob precaução de gotículas e contato.

DURANTE O PARTO

Toda a equipe profissional deverá utilizar **máscara descartável**, avental impermeável durante o parto, que deve ser descartada após o uso.

Todo o familiar que se aproximar da mãe deverá usar **máscara cirúrgica** e higienizar as mãos antes e após contato com a mesma.

Todos os profissionais da sala de parto devem realizar higienização de mãos antes e após manusear o RN.

Restringir a equipe em sala de parto ao mínimo possível;

Não permitir a troca de familiar durante o Parto.

PUERPÉRIO E AMAMENTAÇÃO

No alojamento conjunto, priorizar que o RN permaneça com a mãe em quarto individual.

RN de mãe com COVID-19 (suspeita ou confirmada) que necessite permanecer na Unidade Neonatal deve preferencialmente ficar em sala isolada. Quando não for possível, o RN deverá ser mantido a pelo menos 2 metros de outros RNs, em incubadora sob precaução de contato e gotículas.

A mãe com COVID-19 (suspeita ou confirmada) que amamentar, deve colocar **máscara cirúrgica** e aderir aos cuidados de higienização de mãos, higienização do tórax antes da amamentação e etiqueta respiratória no contato com o RN. A amamentação pode ser mantida para puérperas infectadas por este vírus. Orientação divulgada pela WHO sugere que puérperas em bom estado geral deveriam manter a amamentação. Caso a puérpera precise circular (exames e/ou procedimentos) em áreas comuns do hospital, utilizar **máscara cirúrgica**, avental e luvas.

Higienizar as mãos com frequência, com água e sabonete líquido ou solução alcóolica.

Materiais utilizados na assistência como estetoscópio e termômetro devem sofrer desinfecção com álcool 70°GL, fazer movimentos de fricção por três vezes com lados diferentes da gaze, trocando por outra sempre que necessário.

XVIII- MEDIDAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL, PRONTO ATENDIMENTO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Estabelecer critérios de triagem para identificação e pronto atendimento dos casos, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão na sala de espera para outros pacientes, bem como priorizar o atendimento dos pacientes com Síndrome Gripal que apresentam fatores de risco ou sinais de agravamento;
- Orientar os profissionais do serviço quanto às medidas de precaução a serem adotadas;
- Colocar **máscara cirúrgica** em todos os pacientes;
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de precaução para contato, gotículas e etiqueta respiratória e higienizar as mãos após tossir ou espirrar;
- Prover condições para higienização simples das mãos: lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, dispensador de álcool espuma ou gel, suporte para papel-toalha, papel-toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Manter os ambientes ventilados;
- Realizar a limpeza e desinfecção com álcool 70°GI das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente;
- Realizar a limpeza e desinfecção com álcool 70°GI de equipamentos e produtos para saúde que tenha sido utilizado na atenção ao paciente;

▪ Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, notificar previamente o serviço referenciado.

OBS: Para a Gerência de Saúde Comunitária foram estabelecidas rotinas específicas, detalhadas para as U.S, adaptadas ao tipo de assistência prestada.

XIX- ORIENTAÇÕES PARA A ALTA HOSPITALAR

INFORMAÇÕES GERAIS

As medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas para reduzir o risco de adquirir ou transmitir o *COVID-19* são:

- Higienizar as mãos com água e sabonete antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz e após tossir, espirrar ou usar o banheiro;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis) a boca e nariz ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de aerossóis;
- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar entrar em contato com outras pessoas suscetíveis;
- Indivíduos com síndrome gripal devem evitar aglomerações e ambientes fechados;
- Manter os ambientes ventilados;
- Indivíduos que sejam casos suspeitos ou confirmados devem ficar em repouso, utilizar alimentação balanceada e aumentar a ingestão de líquidos.

Importante:

Recomenda-se que o indivíduo doente com síndrome gripal, se possível, permaneça em domicílio durante os sinais e sintomas clínicos.

Cuidados no domicílio:

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Higienizar as mãos frequentemente com sabonete e água, especialmente depois de tossir ou espirrar;
- Manter o ambiente ventilado;
- Evitar contato próximo com a pessoa e familiares durante o período de transmissão.

Período de transmissibilidade do COVID-19: o indivíduo infectado pode transmitir o vírus entre dois (2) dias antes do início dos sintomas até quatorze (14) dias após os mesmos, na maioria

dos casos (95%), podendo chegar até 20 dias nos casos de pacientes graves e/ou imunossupressos (5%)

XX- ORIENTAÇÕES PÓS-ÓBITO

PACIENTE COVID-19: (Suspeita ou Confirmado)

Os procedimentos pós-óbito devem ser realizados ainda no quarto de isolamento, com porta fechada e pelo menor número possível de profissionais utilizando os EPIs preconizados e seguindo as orientações do POP institucional.

XXI - ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINA COVID-19 NO GHC

A presença de condições e/ou comorbidades aumenta o risco de evolução para as formas graves de COVID-19 como a idade superior a 60 anos, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, hipertensão, indivíduos transplantados de órgãos sólidos, anemia falciforme, câncer, obesidade grave (IMC≥40) e populações indígenas.

No Brasil, a análise do perfil dos casos hospitalizados ou óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19, notificados até agosto de 2020, quando comparados com a população geral brasileira identificou maior risco (sobre risco – SR) para hospitalização por SRAG em indivíduos a partir da faixa etária de 45 a 49 anos de idade (SR=1,1), já para óbito, o risco aumentado apresenta-se a partir da faixa etária de 55 a 59 anos (SR=1,5). A partir de 60 anos o SR tanto para hospitalização quanto para óbito por covid-19 apresentou-se maior que 2 vezes, com aumento quanto maior a faixa etária, chegando a 8,5 para hospitalização e 18,3 para óbito entre idosos com 90 anos e mais. Dentre as comorbidades com risco elevado de hospitalizações, identificou-se diabetes mellitus (SR = 4,2), doença renal crônica (SR = 3,2) e outras pneumopatias crônicas (SR= 2,2). Os mesmos fatores de risco foram observados para os óbitos, com SR geral de 5,2; 5,1 e 3,3 para diabetes mellitus, doença renal crônica, e outras pneumopatias crônicas, respectivamente. Diante deste cenário é imprescindível a introdução da vacina contra a doença, além das medidas não farmacológicas já adotadas desde o início da pandemia bem como a vigilância de eventos adversos pós-vacina.

1. Vacinas

Na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 foram introduzidas as vacinas provenientes das Farmacêuticas Sinovac/Butantan (quadro 1), AstraZeneca/Universidade

Oxford/Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) Serum India-COVID-19 (recombinante) (quadro 2), Pfizer/Wyeth (quadro 3) e Janssen/Covax Facility (quadro 4).

1.1. Vacina Coronavac COVID-19 (Sinovac/Butantan)

Os estudos demonstraram soroconversão superior a 92% e a 97% nos participantes que tomaram as duas doses da vacina no intervalo de 14 dias e no intervalo de 28 dias, respectivamente. Para prevenção de casos sintomáticos de covid-19 que precisaram de assistência ambulatorial ou hospitalar a eficácia foi de 77,96%. Não ocorreram casos graves nos indivíduos vacinados, contra 7 casos graves no grupo placebo (quadro 1).

Quadro 1: Especificação da Vacina COVID-19: Sinovac/Butantan. Brasil, 2021.

Sinovac/Butantan	
Plataforma	Vírus inativado
Indicação de uso	Maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola, multidose 10 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,5 ml, intervalo entre doses de 2 a 4 semanas
Composição por dose	0,5 ml com 600SU de antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2
Prazo de validade e conservação	12 meses, se conservado entre 2°C e 8°C
Validade após abertura do frasco	8 horas após abertura em temperatura de 2°C a 8°C
Dados sujeitos a alterações * a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país. Fonte: CGPNI/SVS/MS	

2.2. Vacina Covishield COVID-19 (AstraZeneca/Fiocruz)

Os estudos de soroconversão desta vacina demonstraram resultados em $\geq 98\%$ dos indivíduos em 28 dias após a primeira dose e $> 99\%$ em 28 dias após a segunda dose. A eficácia desta vacina foi demonstrada em um esquema contendo 2 doses com intervalo de 12 semanas. Os indivíduos que tinham uma ou mais comorbidades tiveram uma eficácia da vacina de 73,43%, similar à eficácia da vacina observada na população geral.

É uma vacina contendo dose de 0,5 mL contém 1×10^{11} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas (quadro 2).



Quadro 2: Especificação da Vacina COVID-19: AstraZeneca/Fiocruz. Brasil, 2021.

AstraZeneca/Fiocruz	
Plataforma	Vacina covid-19 (recombinante)
Indicação de uso	maior ou igual a 18 anos
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos-ampola com 5,0 mL (10 doses) cada.
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/Intervalos	2 doses de 0,5 mL cada, com intervalo de 12 semanas
Composição por dose	0,5 mL contém 1×10^{11} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S).
Prazo de validade e conservação	24 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura: 2°C a 8°C
Validade após abertura do frasco	6 horas após aberta sob refrigeração (2°C a 8°C)

Fonte: CGPNI/SVS/MS

Dados sujeitos a alterações

*a indicação da vacina será para pessoas a partir de 18 anos de idade no país.

2.3. Vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth

A vacina COVID-19 (RNA mensageiro) desenvolvida pelo laboratório Pfizer/BioNTech é registrada no Brasil pela farmacêutica Wyeth. Cada dose de 0,3mL contém 30 µg de RNAm que codifica a proteína S (spike) do SARS-CoV-2. A vacina na apresentação de frasco multidose deve ser diluída com 1,8mL de solução de cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico 0,9%). Após a diluição, o frasco contém 2,25mL.

A eficácia vacinal geral foi de 95,0% (90,0%–97,9%), em estudos de fase 3, que incluíram 43.548 participantes, para a prevenção de covid-19 sintomática confirmada por RT-PCR após 7 dias da segunda dose, sendo semelhante nas diferentes faixas etárias. A eficácia após duas semanas da primeira dose e antes da segunda dose foi de 92,6% (69,0%-98,3%).

Estudos de vida real, demonstraram elevada efetividade vacinal na prevenção de infecção pelo SARS-CoV-2 em trabalhadores de saúde da linha de frente (80% após a primeira dose e 90% após a segunda), idosos acima de 70 anos (redução do risco de internação hospitalar de cerca de 80% e de risco de óbito pela covid-19 de 85%) e na população geral (97% contra casos sintomáticos, necessidade de internação ou morte pela covid-19).

Dados de eficácia e de efetividade, demonstraram elevada proteção contra formas graves da doença com a primeira dose bem como redução na transmissibilidade dos indivíduos vacinados com a primeira dose, os estudos de imunogenicidade demonstraram maior resposta de anticorpos com o uso do intervalo aumentado entre as doses (12 semanas versus 21 dias). o Programa Nacional de

Imunizações opta por adotar o esquema de duas doses da vacina COVID-19 Pfizer/Wyeth com intervalo de 12 semanas (quadro 3).

Quadro 3: Especificação da vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) - Pfizer/Wyeth. Brasil, 2021.

vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty)	
Plataforma	RNA mensageiro
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos multidose de 6 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	2 doses de 0,3 ml, intervalo entre doses de 12 semanas
Composição por dose da vacina diluída	0,3 ml contém 30 µg de RNAm codificando a proteína S (spike) do SARS-CoV-2 Excipientes: di-hexildecanoato de di-hexilaminobutanol, ditetradecilmetoxipoliétilenoglicolacetamida, levoalfafosfatidilcolina distearoila, colesterol, sacarose, cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico di-hidratado, fosfato de potássio monobásico, água para injetáveis
Prazo de validade e conservação	- no máximo 5 dias à temperatura de +2°C a +8°C; - até 14 dias (2 semanas) à temperatura de -25°C à -15°C; - durante toda a validade (6 meses) em freezer de ultra baixa temperatura (-80°C à -60°C)
Validade após abertura do frasco	6 horas após a diluição em temperatura de 2°C à 8°C
OBS: A vacina descongelada deve ser diluída no frasco original com 1,8 ml de solução de cloreto de sódio 0,9%, utilizando agulha de calibre igual ou inferior a 21 gauge e técnicas assépticas. Homogeneizar suavemente, não agitar; Após a diluição o frasco contém 2,25ml.	

Fonte: CGPNI/SVS/MS. Dados sujeitos a alterações.

2.4. Vacina covid-19 (recombinante) – Janssen

A vacina covid-19 (recombinante) da Farmacêutica Janssen, na composição por dose de 0,5mL contém Adenovírus tipo 26 que codifica a glicoproteína spike SARSCoV-2, produzido na linha celular PER.C6 TetR e por tecnologia de DNA recombinante, não inferior a 8,92 log10 unidades infecciosas (Inf.U), na apresentação de frasco-ampola multidose de 2,5mL (5 doses).

A eficácia global em prevenir Covid-19 sintomática, moderada a grave/crítica confirmada laboratorialmente foi de 66,3% (IC95% = 57,2%-72,4%) após ≥14 dias da vacinação com dose única. Eficácia ≥63% foi observada em diferentes categorias por idade, sexo, raça/etnia e entre aqueles com comorbidades. No Brasil a eficácia foi de 64,7% (IC95% = 54,1%-73%).

A eficácia estimada em evitar hospitalizações, foi de 93,1% (IC95% = 71,1%- 98,4%) ≥14 dias da vacinação e 100% (IC95% = 74,3%-100%) após ≥28 dias. A eficácia contra mortalidade global foi de 75% (IC95% 33,4%- 90,6%).

Quadro 4: Especificação da Vacina covid-19 (recombinante) - Vacina covid-19 (recombinante) - Janssen. Brasil, 2021.



vacina covid-19 (recombinante)	
Plataforma	Vetor viral (não replicante)
Indicação de uso	Pessoas com idade maior ou igual a 18 anos
Forma farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frascos multidose de 5 doses
Via de administração	IM (intramuscular)
Esquema vacinal/intervalos	dose única de 0,5 mL
Composição por dose	0,5 mL contém Adenovírus tipo 26 que codifica a glicoproteína spike SARS-CoV-2* (Ad26.COV2-S), não inferior a 8,92 log ₁₀ unidades infecciosas (Inf.U). Excipientes: hidroxipropilbetaciclodextrina, ácido cítrico monoidratado, etanol**, ácido clorídrico, polissorbato 80, cloreto de sódio, hidróxido de sódio, citrato trissódico di-hidratado e água para injetáveis.
Prazo de validade e conservação	4,5 meses à temperatura de +2°C a +8°C (atualização em 14/06/2021); 24 meses à temperatura de -25°C à -15°C. Após descongelada, não recongelar.
Validade após abertura do frasco	6 horas após a abertura do frasco em temperatura de 2°C à 8°C

* Produzido na linha celular PER.C6 TetR e por tecnologia de DNA recombinante;

** Cada dose (0,5 mL) contém aproximadamente 2 mg de etanol

Fonte: Bula da vacina/Janssen.

3. Eventos Adversos

3.1. Eventos Adversos observados com a vacina Coronavac-Butantan

a) Reações adversas observadas a partir de estudos clínicos fase I/II em Adultos (18-59 anos) e Idosos (com mais de 60 anos):

- Reação muito comum (podem ocorrer em mais de 10% dos pacientes)

Local da aplicação: dor.

- Reação comum (podem ocorrer entre 1% e 10% dos pacientes) Sistêmica: cansaço, febre, dor no corpo, diarreia, náusea, dor de cabeça.

- Reação incomum (podem ocorrer entre 0,1% e 1% dos pacientes) Sistêmica: vômitos, dor ou distensão abdominal, tonturas, tosse, perda de apetite, reação alérgica, pressão arterial elevada, hipersensibilidade alérgica ou imediata.

Local da aplicação: coloração anormal, inchaço, coceira, vermelhidão, diminuição da sensibilidade, endurecimento.

b) Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Adultos (18-59 anos) até 7 dias após a administração da segunda dose da vacina:

- Reação muito comum (podem ocorrer em mais de 10% dos pacientes) Sistêmica: dor de cabeça, cansaço

Local: dor

- Reação comum (podem ocorrer entre 1% e 10% dos pacientes) Sistêmica: enjoo, diarreia, dor muscular, calafrios, perda de apetite, tosse, dor nas articulações, coceira, coriza, congestão nasal

- Local: vermelhidão, inchaço, enduração, coceira Reação incomum (podem ocorrer entre 0,1% e 1% dos pacientes) Sistêmica: vômito, febre, vermelhidão, reação alérgica, dor garganta, dor ao engolir, espirros, fraqueza muscular, tontura, dor abdominal, sonolência, mal estar, dor nas extremidades, dor abdominal superior, dor nas costas, vertigem, falta de ar, inchaço.

Local: hematoma

c) Reações adversas observadas a partir do estudo clínico fase III em Idosos (acima de 60 anos) até 7 dias após a administração da segunda dose da vacina:

Reação muito comum (podem ocorrer em mais de 10% dos pacientes)

Local: dor

Reação comum (podem ocorrer entre 1% e 10% dos pacientes)

Sistêmica: enjoo, diarreia, dor de cabeça, cansaço, dor muscular, tosse, dor nas articulações, coceira, coriza, dor ao engolir, congestão nasal.

Local: coceira, vermelhidão, inchaço, enduração.

Reação incomum (podem ocorrer entre 0,1% e 1% dos pacientes)

Sistêmica: vômito, calafrios, diminuição de apetite, reação alérgica, tontura, hematoma, hipotermia, desconforto nos membros, fraqueza muscular.

Local: hematoma

Além disso, existem riscos teóricos de que indivíduos vacinados poderiam desenvolver Doença Agravada pela Vacina, ou seja, ter uma doença mais grave do que teria caso não tivesse tomado a vacina, mas até o momento não há relato que isso tenha acontecido com o vírus que causa a COVID-

19. Esta vacina foi testada anteriormente em animais e estes não apresentaram esta forma de infecção mais grave.

3.2. Eventos Adversos observados com a Vacina Covid-19 Recombinante Oxford-AstraZeneca

As reações adversas mais frequentes foram sensibilidade no local da injeção (> 60%); dor no local da injeção, cefaléia, fadiga (> 50%); mialgia, mal estar (> 40%); pirexia, calafrios (> 30%); e artralgia, náusea (> 20%). A maioria das reações adversas foi de intensidade leve a moderada e usualmente resolvida dentro de poucos dias após a vacinação. Em comparação com a primeira dose, as reações adversas reportadas após a segunda dose foram mais leves e menos frequentemente reportadas.

As frequências de ocorrência de reações adversas são definidas como: muito comum ($\geq 1/10$); comum ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); incomum ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raro ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muito raro ($< 1/10.000$) e desconhecido (não pode ser estimado).

MedDRA SOC	Frequência	Reações Adversas
Doenças do sangue e do sistema linfático	Incomum	Linfadenopatia ^a
Doenças do metabolismo e da nutrição	Incomum	Redução do apetite ^a
Doenças do sistema nervoso	Muito comum	Cefaleia
	Incomum	Tontura ^a
Doenças gastrointestinais	Muito comum	Náusea
	Comum	Vômito
	Incomum	Dor abdominal ^a
Distúrbios da pele e tecidos subcutâneos	Incomum	Hiperidrose ^a , prurido ^a , erupção cutânea ^a
Distúrbios musculoesqueléticos e dos tecidos conjuntivos	Muito comum	Mialgia, artralgia
Distúrbios gerais e alterações no local de administração	Muito comum	Sensibilidade no local de injeção, dor no local de injeção, sensação de calor no local de injeção, eritema no local de injeção, prurido no local de injeção, inchaço no local de injeção, hematoma no local de injeção ^a , fadiga, mal-estar, pirexia ^b , calafrios
	Comum	Endurecimento no local de injeção, doença semelhante à influenza ^c

^a Reação adversa não solicitada

^b A pirexia inclui febre (muito comum) e febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (comum)

Obs: as reações adversas medicamentosas (RAMs) são organizadas por Classe de Sistema de Órgão (SOC) do MedDRA.

3.3. Eventos Adversos observados com a Vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth

Os eventos adversos observados com a vacina encontram-se descritos no quadro 5, descritos como locais ou sistêmicos e classificados por gravidade. Outros eventos adversos relatados foram miocardite e pericardite que foi mais frequente em adolescentes e adultos jovens do sexo masculino com sintomas de nova dor torácica, dispneia e taquicardia e anafilaxia com aproximadamente 5 eventos por 1 milhão de doses; 80% dos casos ocorreram em indivíduos com história de reações alérgicas e 90% ocorreram 30 minutos após a aplicação da vacina. Outras reações alérgicas relatadas foram prurido, exantema, prurido na garganta e sintomas respiratórios leves.

Quadro5: Eventos Adversos observados com a Vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth

EVENTOS ADVERSOS				
REAÇÕES LOCAIS				
SINAL OU SINTOMA	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAU 4
DOR NO LOCAL DA INJEÇÃO	não interfere na atividade diária	interfere na atividade diária	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização por dor intensa
EDEMA	>2.0 a 5.0 cm	>2.0 a 5.0 cm	>10.0 cm	necrose
HIPEREMIA	>2.0 a 5.0 cm	>2.0 a 5.0 cm	>10.0 cm	necroses ou dermatite esfoliativa
REAÇÕES SISTÊMICAS				
CALAFRIOS	não interfere na atividade	alguma interferência com a atividade	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização
CEFELÉIA	não interfere na atividade	alguma interferência com a atividade	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização
DIARRÉIA	-	-	-	-
DOR ARTICULAR NOVA OU PIORA	não interfere na atividade	alguma interferência com a atividade	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização
DOR MUSCULAR NOVA OU PIORA	não interfere na atividade	alguma interferência com a atividade	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização
FADIGA	não interfere na atividade	alguma interferência com a atividade	impede a atividade diária	visita à emergência ou hospitalização
FEBRE	-	-	-	>40°C
VOMITO	1 a 2 vezes em 24 horas	> 2 vezes em 24 horas	requer hidratação intravenosa	visita à emergência ou hospitalização
USO DE ANTITÉRMICO OU ANALGÉSICO	-	-	-	-

3.4. Eventos Adversos observados com a Vacina covid-19 (recombinante) – Janssen

As reações adversas locais mais comuns relatadas foram dor no local da injeção (48,6%). As reações adversas sistêmicas mais comuns foram cefaléia (38,9%), fadiga (38,2%), mialgia (33,2%) e náusea (14,2%). Pirexia (definida como temperatura corporal $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) foi observada em 9% dos participantes. A maioria das reações adversas ocorreu em 1–2 dias após a vacinação e foram de gravidade leve a moderada e de curta duração (1–2 dias).

4. Advertências e Precauções

Hipersensibilidade

Como com todas as vacinas injetáveis, o tratamento e a supervisão médica adequada devem estar prontamente disponíveis no caso de evento anafilático após a administração da vacina.

Enfermidades concomitantes

A presença de uma infecção menor, como um resfriado e/ou febre de baixo grau não deve retardar a vacinação. Entretanto, a administração da vacina covid-19 (recombinante) deve ser postergada em indivíduos com uma enfermidade febril aguda grave.

Trombocitopenia e distúrbios da coagulação

A vacina covid-19 (recombinante) deve ser administrada com cautela a indivíduos com trombocitopenia, qualquer distúrbio da coagulação ou a pessoas em terapia anticoagulante, uma vez que pode ocorrer sangramento e hematoma após uma administração intramuscular nesses indivíduos.

Eventos neurológicos

Eventos muito raros de distúrbios desmielinizantes foram reportados após a vacinação com a vacina covid-19 (recombinante), porém não foi estabelecida uma relação causal. Como com outras vacinas, os benefícios e riscos potenciais do uso da vacina covid-19 (recombinante) devem ser considerados.

Indivíduos imunocomprometidos

Não se sabe se indivíduos com resposta imune comprometida, incluindo indivíduos que estejam recebendo terapia imunossupressora, desenvolverão a mesma resposta que indivíduos imunocompetentes ao esquema da vacina.

Uso durante a gravidez e lactação

A Lei Nº 14.190, de 29 de julho de 2021, no seu § 4º, estabelece que as gestantes, as puérperas e as lactantes, com ou sem comorbidade, independentemente da idade dos lactantes, serão incluídas

como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. As gestantes e puérperas deverão ser vacinadas com vacinas COVID-19 que não contenham vetor viral (Sinovac/Butantan ou Pfizer/Wyeth).

5. Precauções na administração da Vacina COVID-19

- Em casos de doenças agudas febris moderadas ou graves: recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença. É improvável que a vacinação de indivíduos infectados pré ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. A vacinação deve ser adiada até a recuperação clínica total e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.
 - Em pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana: devem ser vacinados com pelo menos um mês de intervalo entre a administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.
 - Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-COV-2.
- A inaptidão temporária a doação de sangue e componentes associada ao uso de vacinas são:
- Sinovac/Butantan: 48 horas após cada dose.
 - AstraZeneca/Fiocruz: 7 dias após cada dose.
 - Pfizer/Wyeth: 7 dias após cada dose.
 - Jansen: 7 dias após cada dose.

6. Contraindicações

- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19.

7. Administração simultânea com outras vacinas

- Considerando a ausência de estudos de coadministração, neste momento não se recomenda a administração simultânea das vacinas COVID-19 com outras vacinas.
- Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

8. Notificação de Evento Adverso Pós-Vacina (EAPV) no GHC

Os principais componentes de um sistema de vigilância de EAPV são a detecção, a notificação e busca ativa de novos eventos, investigação e classificação final de causalidade. Usualmente recomenda-se a notificação de todos EAPV graves para as vacinas de uso rotineiro no PNI bem como surtos de eventos adversos leves. Entretanto, considerando a introdução emergencial das vacinas COVID-19 e a necessidade de se estabelecer o perfil de segurança das mesmas orienta-se que:

TODOS os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos deverão ser notificados ao NHE/HNSC-HCC mediante o preenchimento da ficha contida no Anexo 1. O envio da ficha deve ser por e-mail (nhepidemio@ghc.com.br) que posteriormente irá inserir os casos no E-SUS NOTIFICA (Algoritmo no Anexo 1).

Segundo o Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos PósVacinação do Ministério da Saúde os eventos adversos graves deverão ser comunicados pelos profissionais de saúde dentro das primeiras 24 horas de sua ocorrência.

Evento adverso pós-vacinação (EAPV) é qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação e que, não necessariamente, possui uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos). Um EAPV pode ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou um achado laboratorial anormal. Classificação dos eventos adversos pós-vacinação quanto à gravidade:

A. Evento adverso grave (EAG):

- a. Requer hospitalização por pelo menos 24 horas ou prolongamento de hospitalização já existente.
- b. Causa disfunção significativa e/ou incapacidade persistente (sequela).
- c. Resulta em anomalia congênita.
- d. Causa risco de morte (induz à necessidade de uma intervenção clínica imediata para evitar o óbito).
- e. Causa o óbito.

B. Evento adverso não grave (EANG): qualquer outro evento que não esteja incluído nos critérios de evento adverso grave (EAG). Atenção:

- Eventos clinicamente relevantes em pacientes que não necessitem de internação, tais como broncoespasmo, discrasias sanguíneas, convulsões febris, por terem um potencial de gravidade, devem ser investigados e acompanhados.
- A avaliação de causalidade dos EAPV será realizada pelas Coordenações de Imunização Estaduais e Municipais conforme o fluxo já estabelecido pelo PNI.

XXII - VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

1. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19

A. Aspergilose Pulmonar

a. Quando suspeitar de Aspergilose pulmonar/traqueobronquite associada à COVID19 (APAC)?

Deve-se considerar a hipótese de APAC nos pacientes com diagnóstico de SARSCoV-2 que apresentem insuficiência respiratória refratária, apesar de receber todo o suporte recomendado para pacientes críticos, incluindo antibioticoterapia apropriada, lesão pulmonar compatível (cavitação, nódulos, condensações) e qualquer um dos achados clínicos a seguir:

- Febre refratária por mais de 3 dias ou uma nova febre após um período de defervescência de mais de 48 horas durante uso de antibioticoterapia adequada, na ausência de qualquer outra etiologia.
- Piora da insuficiência respiratória, apesar da antibioticoterapia e suporte ventilatório (por exemplo, taquipneia, tipo de padrão respiratório ou aumento das necessidades de oxigênio).
- Dor pleurítica, atrito pleural e/ou hemoptise.

b. Candidemia

Os pacientes com as formas graves da COVID-19, que demandam longa internação, representam grupos de risco para candidemia. Esses pacientes, não apenas são expostos a inúmeros fatores de riscos ao longo de sua internação, como geralmente apresentam infecção pelo SARS-CoV-2 nos enterócitos, fenômeno este que atua como facilitador da translocação de espécies de *Candida* do lúmen intestinal para a corrente sanguínea.

Entre os fatores de risco para desenvolver candidemia nos pacientes com Covid19, merecem destaque a disbiose induzida pelo uso de antibióticos de amplo espectro, colonização por *Candida* spp., uso de cateter venoso central (CVC), hipóxia ou hipotensão prolongada, levando a alterações da barreira gastrointestinal, insuficiência renal e hemodiálise, uso de medicamentos imunossupressores como corticoides.

A *Candida auris* é uma espécie emergente no mundo, associada à resistência a múltiplas drogas antifúngicas e infecções invasivas. Esta espécie pode colonizar facilmente o ambiente hospitalar e os pacientes apresentam alta transmissibilidade, podendo causar surtos nos serviços de saúde de difícil controle.

c. Quando suspeitar de Candidemia associada à COVID19 (APAC)?

A candidemia deve ser suspeitada e investigada em pacientes com COVID-19, com mais de 7-10 dias de internação, exposto aos múltiplos fatores de risco e que evoluam com sinais clínicos de sepse, apesar de antibioticoterapia.

d. Mucormicose

A mucormicose é uma infecção fúngica invasiva, rara e grave.

e. Quando suspeitar de Mucormicose associada à COVID-19?

Paciente diabético descompensado com diagnóstico de forma grave da COVID19, que fez uso de corticoide e evolui durante ou posterior ao quadro de COVID19 com quadro de sinusite aguda/subaguda com imagem mostrando sinusite e ao menos UM dos sinais a seguir:

- Precoces: Dor aguda e localizada (incluindo dor com irradiação para olho), febre, comprometimento do estado geral, dor facial intensa;
- Tardios: úlcera nasal com exsudato negro, sangramento nasal, edema de face, assimetrias, dor ocular, ptose palpebral, alterações visuais, amaurose, congelamento de movimentos oculares, hematomas e necrose ao redor do nariz. Há possibilidade de extensão da micose para o seio paranasal, para barreiras ósseas, incluindo órbita e palato, podendo ainda acometer sistema nervoso central, com formação de abscesso cerebral.

f. Notificação

Todos os casos de Aspergilose, Candidíase associada à *Candida auris* e mucormicose correlacionados a COVID-19 em pacientes com ou pós-COVID-19 deverão ser notificados por meio do Formulário de Notificação e Investigação de Micose Oportunistas associadas à COVID-19 pela equipe do NHE/HNSC-HCC a partir dos resultados de exames diretos e culturais com pesquisa de fungos.

Infecções fúngicas invasivas classificadas como surto infeccioso no serviço de saúde

Devem ser notificadas pelos Serviços de Controle de Infecção do GHC as infecções fúngicas invasivas classificadas como surto infeccioso no serviço de saúde, os casos de *C. auris* e os casos de Candidíase invasiva, aspergilose invasiva e mucormicose associados à COVID-19. Os demais casos devem ser vigiados pelos serviços de saúde, porém não precisam ser notificados.

Definição de caso

Indivíduo com diagnóstico de COVID-19 que, durante a fase aguda da doença ou após o período de convalescença, desenvolva Aspergilose, Candidíase invasiva associada à *Candida auris* ou mucormicose.

Orientações para solicitação de diagnóstico de aspergilose e mucormicose no Sistema GAL/MS (Ministério da Saúde)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES (Diagnóstico De Rotina)

Para solicitar os exames relacionados à aspergilose e mucormicose no Sistema GAL, faz-se necessário preenchimento das variáveis obrigatórias e mais:

-Finalidade: Investigação

-Descrição: Fungo

-Agravado/Doença: Micose

-Nova Amostra: Secreção Cutânea OU Abscesso Cutâneo OU Líquido Pleural OU

Escarro OU Lavado Broncoalveolar OU Secreção Traqueal OU Aspirado Gástrico OU Secreção Ocular OU Secreção Nasofaríngea OU Secreção Orofaríngea OU Fragmento Cutâneo/Biópsia OU Sangue

-Pesquisa:

Exame / metodologia

Fungos, biologia molecular / PCR - Reação em Cadeia de Polimerase

Exame micológico direto / micológico direto

Cultura para fungos / cultura para fungos

Histopatológico II / microscopia óptica

Observação: esta solicitação no sistema Gal Lacen/RS será realizada pela equipe do NHE/HNSC-HCC, quando necessária.

Lista de Exames do Sistema GAL/MS



HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz)
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FEMINA

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596
CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653
CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20
CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17

F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
F.(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
F.(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

Exame	FUNGOS – Micoses Metodologia	Material
Fungos, Biologia Molecular	PCR - Reação em Cadeia de Polimerase	Secreção Cutânea/Abscesso Cutâneo/Líquido Pleural/Escarro/Lavado Broncoalveolar/Secreção Traqueal/Aspirado Gástrico/ Secreção Ocular/Secreção Nasofaríngea/Secreção Orofarina/Fragmento Cutâneo/Biópsia/Sangue
Exame Micológico Direto	Micológico Direto	Secreção Cutânea/Abscesso Cutâneo/Líquido Pleural/Escarro/Lavado Broncoalveolar/Secreção Traqueal/Aspirado Gástrico/ Secreção Ocular/Secreção Nasofaríngea/Secreção Orofarina/Fragmento Cutâneo/Biópsia/Sangue
Cultura para Fungos	Cultura para Fungos	Secreção Cutânea/Abscesso Cutâneo/Líquido Pleural/Escarro/Lavado Broncoalveolar/Secreção Traqueal/Aspirado Gástrico/ Secreção Ocular/Secreção Nasofaríngea/Secreção Orofarina/Fragmento Cutâneo/Biópsia/Sangue
Histopatológico II	Microscopia Ótica	Secreção Cutânea/Abscesso Cutâneo/Líquido Pleural/Escarro/Lavado Broncoalveolar/Secreção Traqueal/Aspirado Gástrico/ Secreção Ocular/Secreção Nasofaríngea/Secreção Orofarina/Fragmento Cutâneo/Biópsia/Sangue

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A definição do Nível de Resposta (de 1 a 4) ao enfrentamento da situação do coronavírus será realizada pela diretoria do GHC. Somente a Diretoria está autorizada a estabelecer contato com os veículos de comunicação sobre qualquer caso suspeito/confirmado de pacientes com Coronavírus no GHC. Em caso de dúvidas contatar a Assessoria de Comunicação Social do GHC.

REFERÊNCIAS

Aerosol and surface stability of HCoV-19 (SARS-CoV-2) compared to SARS-CoV-1 Neeltje van Doremalen^{1*}, Trenton Bushmaker^{1*}, Dylan H. Morris^{2*}, Myndi G. Holbrook¹, Amandine Gambale³, Brandi N. Williamson¹, Azaibi Tamin⁴, Jennifer L. Harcourt⁴, Natalie J. Thornburg⁴, Susan I. Gerber⁴, James O. Lloyd-Smith^{3,5}, Emmie de Wit¹, Vincent J. Munster

Alserehi H, Wali G, Alshukairi A, Alraddadi B. Impact of Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome. BMC Infect Dis. 2016 Mar 2;16:105.

Assessment of patients who tested positive for COVID-19 after recovery. www.thelancet.com/infection Vol 20 September 2020). Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1473309920304333?token=F79B7B6685C50D1BDEC8FF0A1FC6CF0AEB99627495A0EAF6D72A03AF2E50B230FD800F3AC3828F453B51A49F571B08CF>.

Assiri A, Abedi GR, Al Masri M, Bin Saeed A, Gerber SI, Watson JT. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection During Pregnancy: A Report of 5 Cases From Saudi Arabia. Clin Infect Dis. 2016 Oct 1;63(7):951-3.

Associação Brasileira de Medicina de Emergência. Recomendações para Atendimentos de Casos Suspeitos de COVID-19 em Emergências Pediátricas. Publicado em 15 de maio de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Manejo de corpos no contexto do novo corona vírus – COVID-19 – versão 01 – publicada em 25/03/2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejocorpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

Brasil. Brasília. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2021. Orientações para vigilância, identificação, prevenção e controle de infecções fúngicas invasivas em serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. 14 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-04-2021-infecoes-fungicas-e-covid19.pdf>. Acesso em 05/07/2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES / ANVISA Nº04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) – atualização 08/05/2020. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTESANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19. 10/12/2020.

Brasil. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Farmacovigilância. Gerência-Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Plano de Monitoramento de Eventos Adversos de Medicamentos e Vacinas Pós-Autorização de Uso Emergencial: Diretrizes e Estratégias de Farmacovigilância para o enfrentamento da COVID-19. 2021.

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 18 fev 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de tecnologia em imunobiológicos Bio-Manguinhos. VACINA COVID-19 (RECOMBINANTE). SUSPENSÃO INJETÁVEL. 10 DOSES.

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação [s.n.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf.

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Segundo Informe Técnico. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. 23/01/2021.

Brasil. Brasília. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 26 jul 2013. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/%281%29RDC_36_2013_COMP.pdf/ca75ee9f-aab2-4026-ae12-6feef3754d13.].

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SNVEAPV) [s.n.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf. Acesso em: 9 jan. 2021.

Brasil. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos adversos Pós-Vacinação, 4ª edição, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos - 3. Ed.; 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 01 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE - Jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 05 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE - Mar. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/14/2020-03-02-Boletim-Epidemiologico-05-corrigido.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 52/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao_novo/saude/SEI_MS_-_0017401088_-_Nota_Tecnica_final_1.pdf.

Case Report: Recurrent Clinical Symptoms of COVID-19 in Healthcare Professionals: A Series of Cases from Brazil. Am. J. Trop. Med. Hyg., 00(0), 2020, pp. 1–4.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Coronavirus Testing—United States, 2003. (2003). MMWR. 2003;52;297-302.

Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation and Management Considerations for Neonates At Risk for COVID-19. Updated Aug. 3, 2020. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html#:~:text=Reported%20signs%20among%20neonates%20with,%2C%20diarrhea%2C%20and%20poor%20feeding>

Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/index.html>.

Centers for Disease Control and Prevention. Information for Pediatric Healthcare Providers. Updates July 17, 2020. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pediatric-hcp.html>

Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control -- Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/hcp/infection-control.html>

Disappearance of antibodies to SARS-CoV-2 in a -COVID-19 patient after recovery. Liu A et al., Clinical Microbiology and Infection.

European Centre for Disease Prevention and Control. Reinfection with SARS-CoV: considerations for public health response: ECDC;2020.

Febrasgo.org.br – 17/02/2020

GUDBJARTSSON, DANIEL et al. Humoral Immune Response to SARS-CoV-2 in Iceland. New England Journal of Medicine. Set, 2020. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2026116?query=featured_coronavirus#article_citing_articles.

[Ng OW, Chia A, Tan AT, Jadi RS, Leong HN, Bertoletti A, et al. Memory T cell responses targeting the SARS coronavirus persist up to 11 years post-infection. Vaccine 2016;34:2008e14.].

Porto Alegre. Prefeitura de Porto Alegre. Secretaria de Saúde. Boletim COVID-19 nº 53/2020.14 de Maio de 2020.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Nota Informativa 9 COE/SES-RS. 13 de Maio 2020. Vigilância de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome respiratória Aguda Grave (SRAG) relacionada à infecção humana pelo COVID-19, sistemas de notificação, rede laboratorial e estratégias de testagens. World Health Organization. WHO. Novel Coronavirus (COVID-2019) technical guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Rio Grande do Sul. Secretaria estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Nota Informativa. Assunto: Fluxo de notificação de suspeita para micoses oportunistas relacionadas à COVID-19 – Aspergilose, Candidíase invasiva associada à *Candida auris* e Mucormicose. 08 de Julho 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE Elaborado em 07/10/2020. INVESTIGAÇÃO DE POSSÍVEIS REINFECÇÕES POR SARS-COV-2. Genomic evidence for reinfection with SARS-CoV-2: a case study

Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta - Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal. Publicado em 20/05/2020. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532d-NA_Sindr_Inflamat_Multissistemica_associada_COVID19.pdf

Sociedade Brasileira de Pediatria. Nota de Alerta: Notificação obrigatória no Ministério da Saúde dos casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) potencialmente associada à COVID-19. Publicado em 07/08/2020. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22682b-NA_-_NotificacaoObrigatoria_no_MS_dos_SIM-Covid19.pdf

World Health Organization. WHO. Advice on the use of masks the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak Interim guidance 29 January 2020

World Health Organization. WHO. Novel Coronavirus (COVID-19) technical guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Wuhan Novel Coronavirus (2019-nCoV) Mortality Rate. National Health Commission (NHC) of China.

Acessado em 6/2/2019, no <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-death-rate/>

WHO/COVID-19/IPC_Masks/2020.1. Disponível: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. NOTA INFORMATIVA Nº23/2023CEVS/SES-RS Orientações para vigilância epidemiológica e diagnóstico

laboratorial da Covid-19 Revoga as Notas Informativas CEVS/SES nº 50 de 07 de dezembro de 2022, Nota Informativa CEVS/SES nº 12/2022 publicada em 26 de dezembro de 2022 e a Nota Informativa 16 DVE/CEVS de 11 de maio de 2023 bem como as demais disposições em contrário. Publicada em 09 de novembro de 2023. Atualizada em 29/02/2024.

ANEXO I - FLUXO PARA ENTRADA E RETIRADA DO PACIENTE DO ISOLAMENTO - HNSC

Retirada do isolamento para os casos confirmados:

Pacientes no andar/enfermaria:

- Manter em isolamento até 1 dia após resolução da febre (sem antitérmicos)
- E melhora dos sintomas
- E que tenha mais de 07 dias do início dos sintomas.

Paciente em UTI

- Manter em isolamento até 1 dia após resolução da febre (sem antitérmicos)
- E melhora dos sintomas
- E que tenha mais de 20 dias do início dos sintomas.

Paciente Imunocomprometidos (Hemato/Onco, HIV sem tratamento com CD4 < 200, usuários de prednisona dose > 20 mg por mais de 14 dias)

- Manter em isolamento até 1 dia após resolução da febre (sem antitérmicos)
- E melhora dos sintomas
- E que tenha mais de 20 dias do início dos sintomas.

Pacientes RT-PCR ou teste antígeno **positivo e assintomáticos**:

- **Pacientes imunocompetentes:** devem permanecer em isolamento por 07 dias após a data do primeiro teste positivo RT-PCR ou do teste antígeno, desde que não apresentem sintomas respiratórios nesse período.

- **Pacientes imunocomprometidos:** devem permanecer em isolamento por 20 dias após a data do primeiro teste positivo RT-PCR ou do teste antígeno, desde que não apresentem sintomas respiratórios nesse período.

OBS: É responsabilidade do médico assistente comunicar o CIH-HNSC para retirada do isolamento.

Referências:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

ANEXO II - TÉCNICA DE PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

Paramentação

1. Higienização das mãos
2. Avental
3. Máscara
4. Óculos/protetor facial
5. Luvas

Desparamentação

1. Luvas
2. Óculos/protetor facial
3. Avental
4. Máscara
5. Higienização das mãos

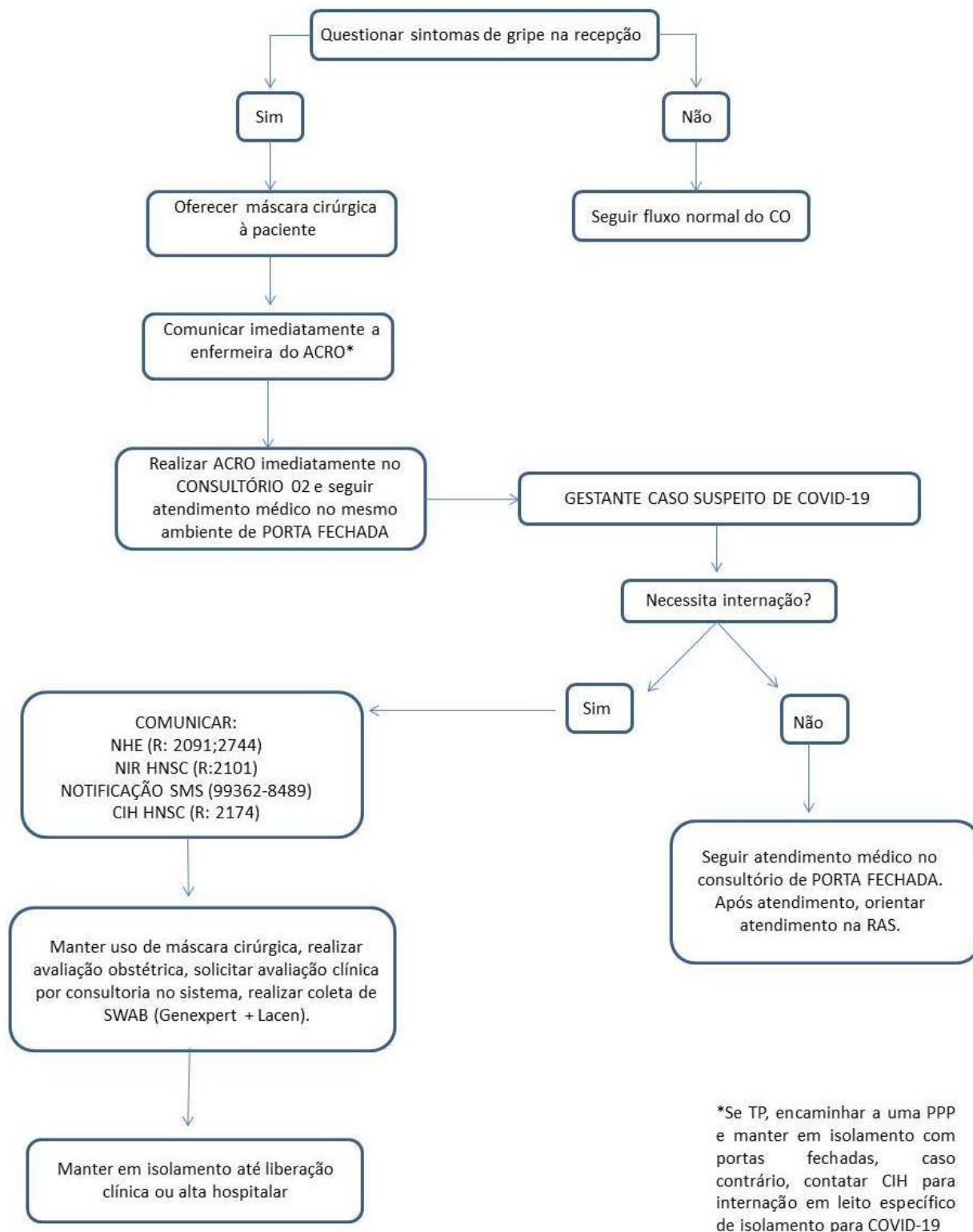
Vestir



Retirar



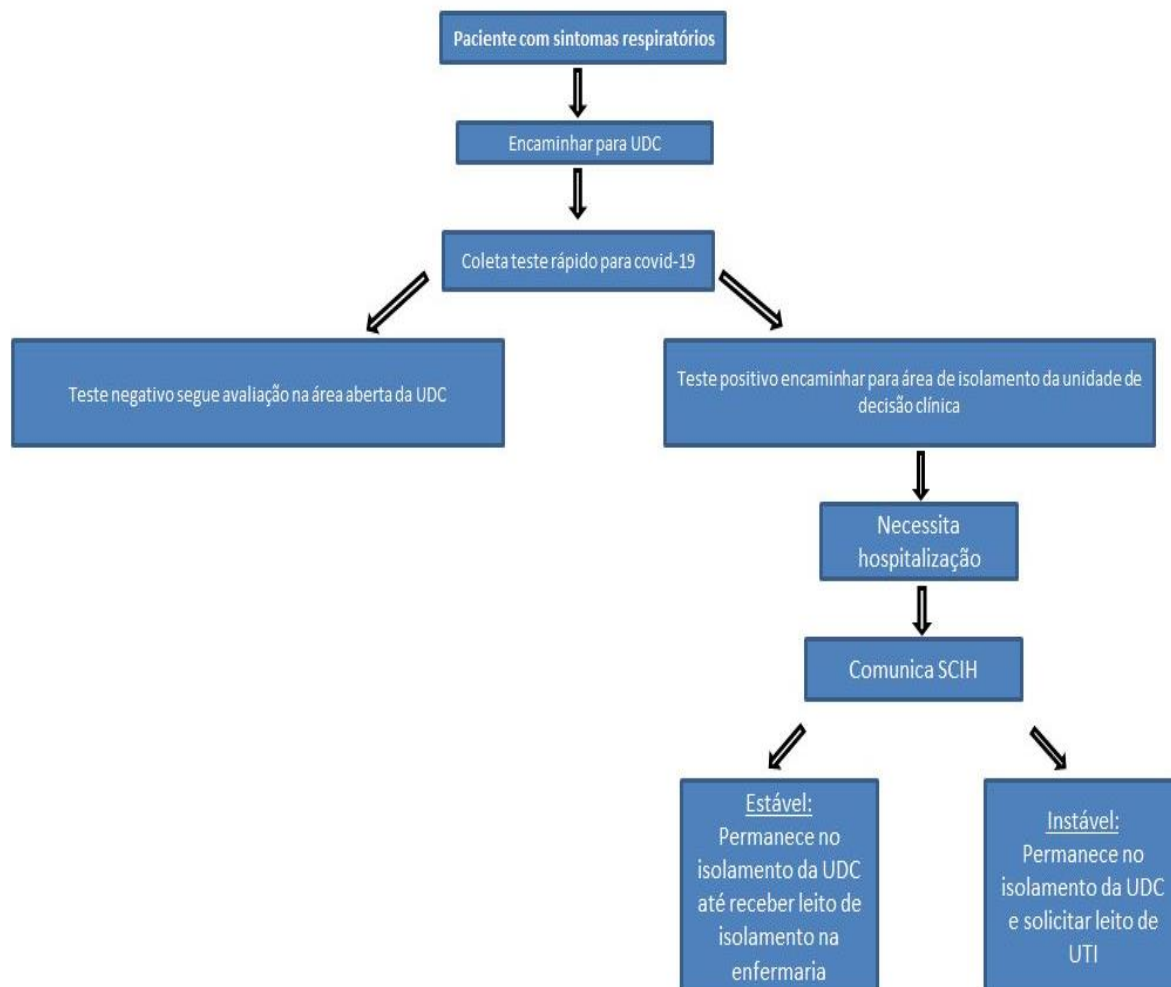
ANEXO III - Fluxo de Atendimento à Gestante com Suspeita de Coronavírus (COVID-2019).



ANEXO IV - Fluxo para casos suspeitos de infecção por COVID-19 na emergência demanda espontânea – HNSC.

Fluxo de casos suspeitos de Covid-19 na Emergência do HNSC – Demanda espontânea

Fluxo paciente suspeito covid-19

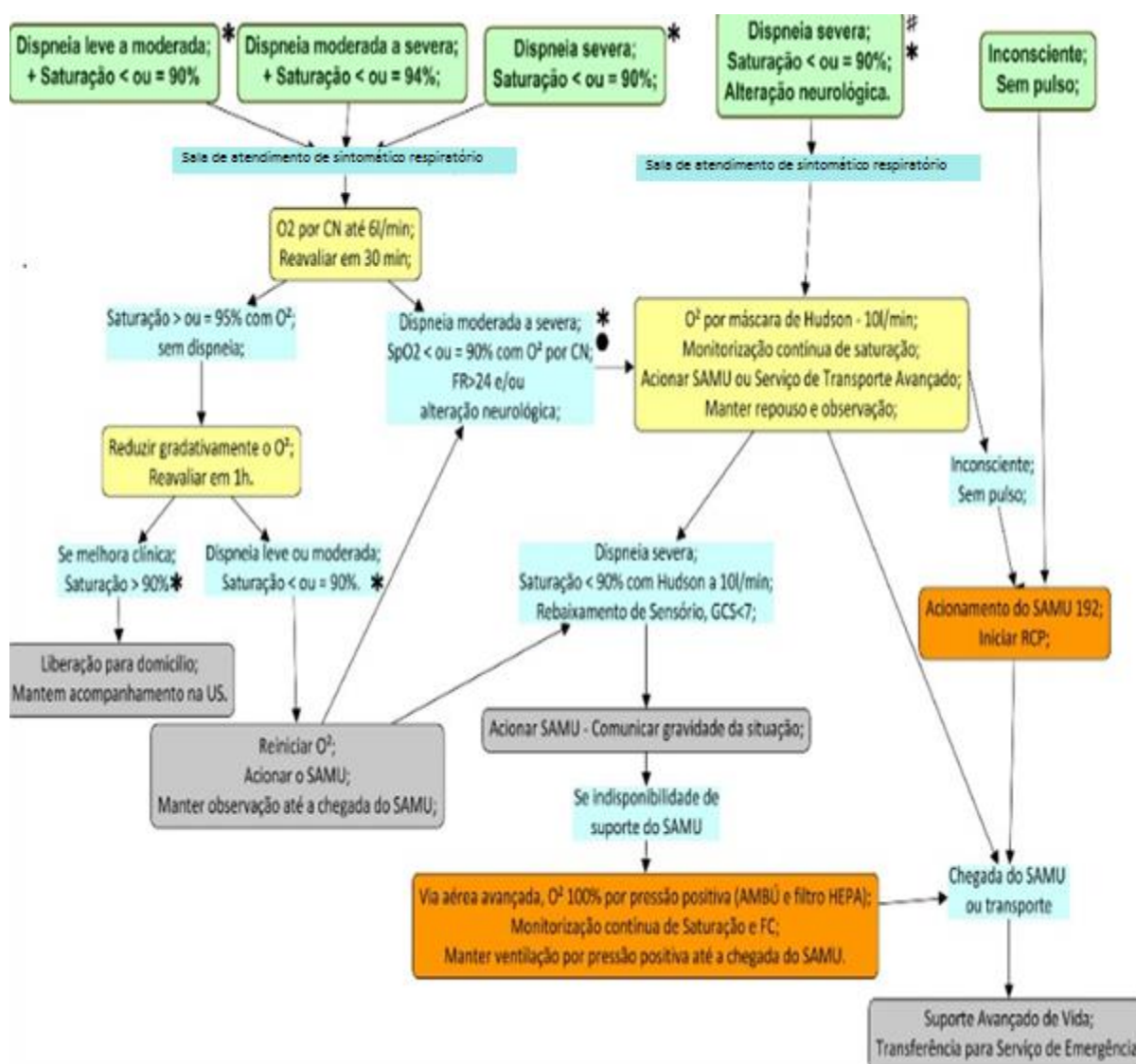


ANEXO V - Fluxo de atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas unidades de saúde (US) da GSC

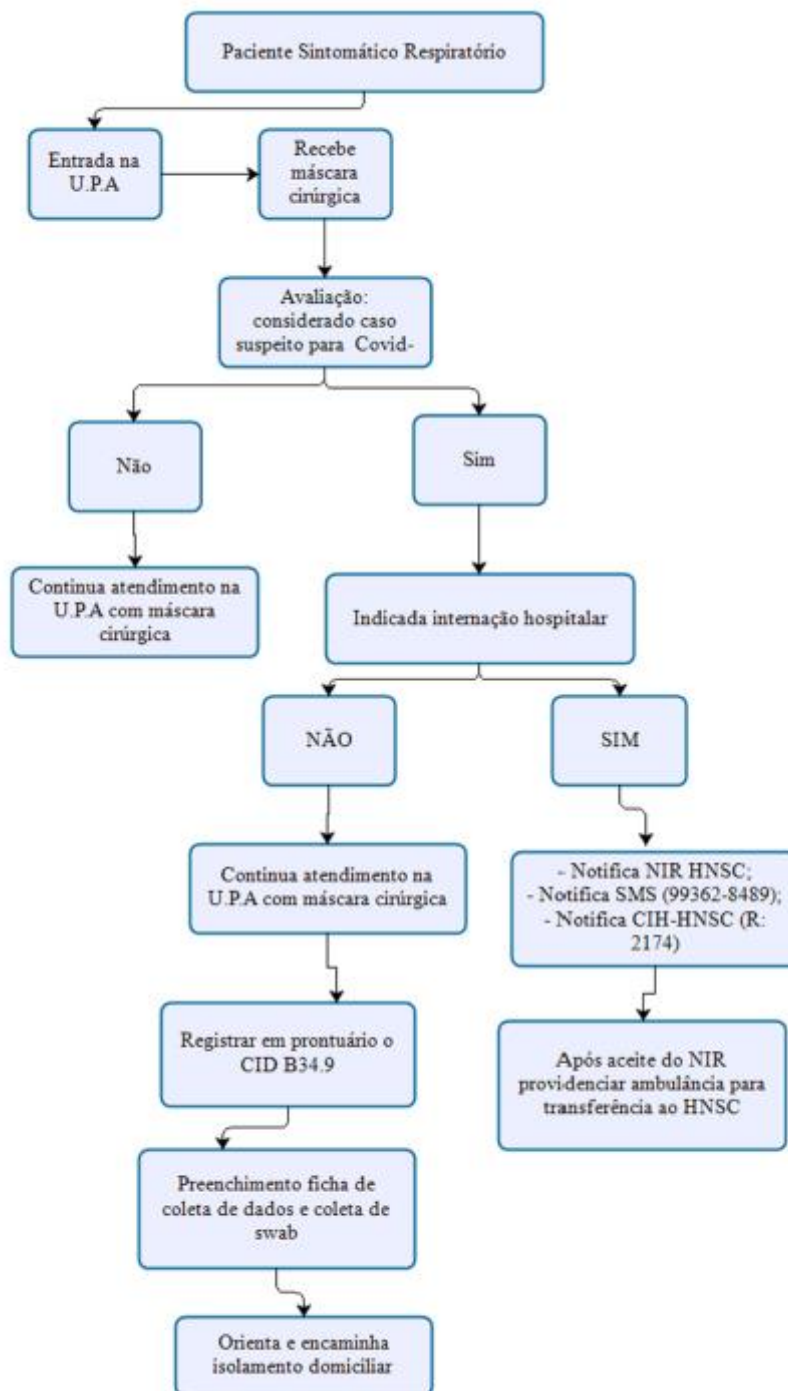
Usuário acessa o serviço referindo: febre; dispneia, tosse, dor de garganta, dor de cabeça, artralgia, mialgia ou alteração de paladar

- Fornecer máscara descartável conforme etiqueta respiratória.
- Encaminhar para acolhimento ou conforme fluxo da Unidade de Saúde;
- Seguir orientações que constam no Documento GSC 088/2023 de 24/03/2023 e suas atualizações.

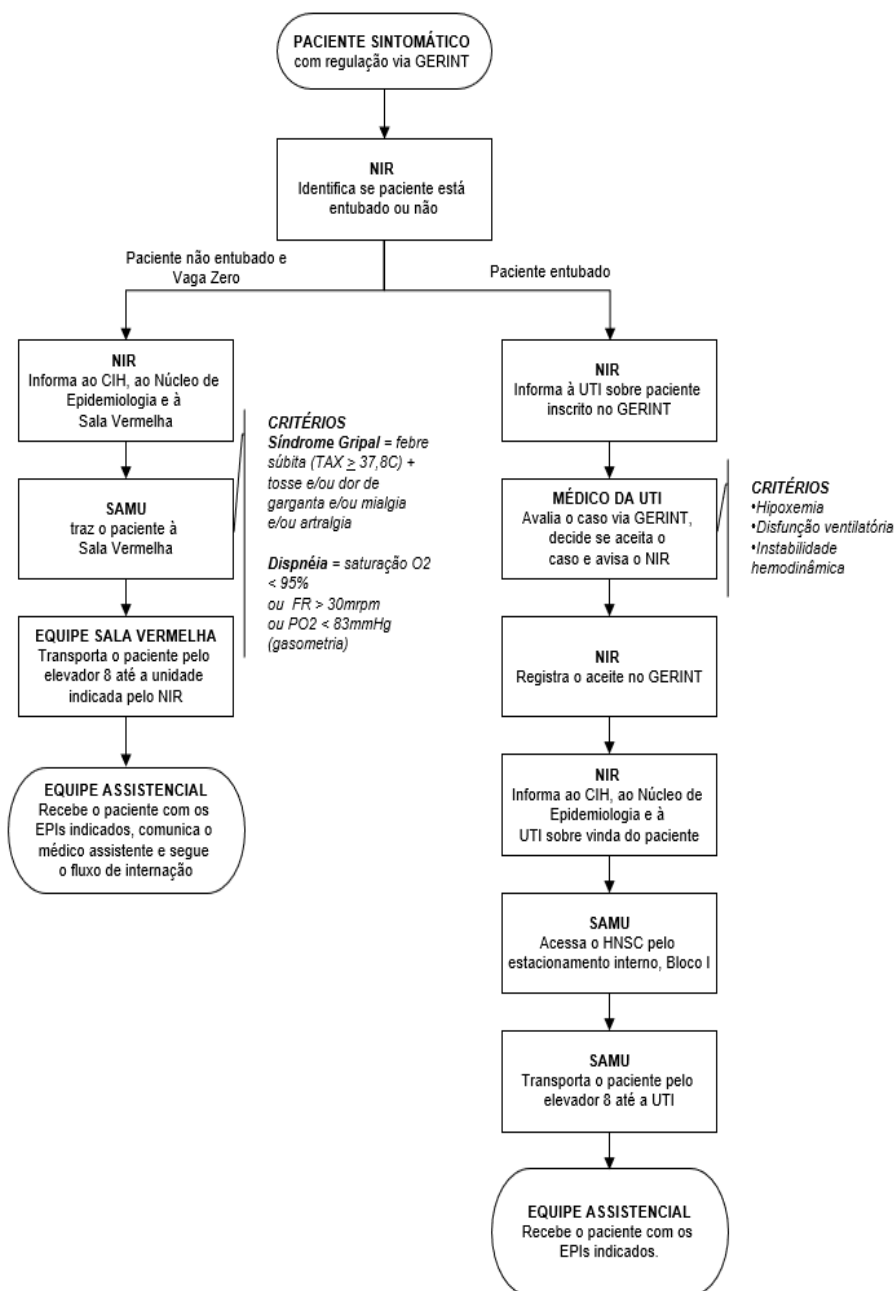
MANEJO CLÍNICO



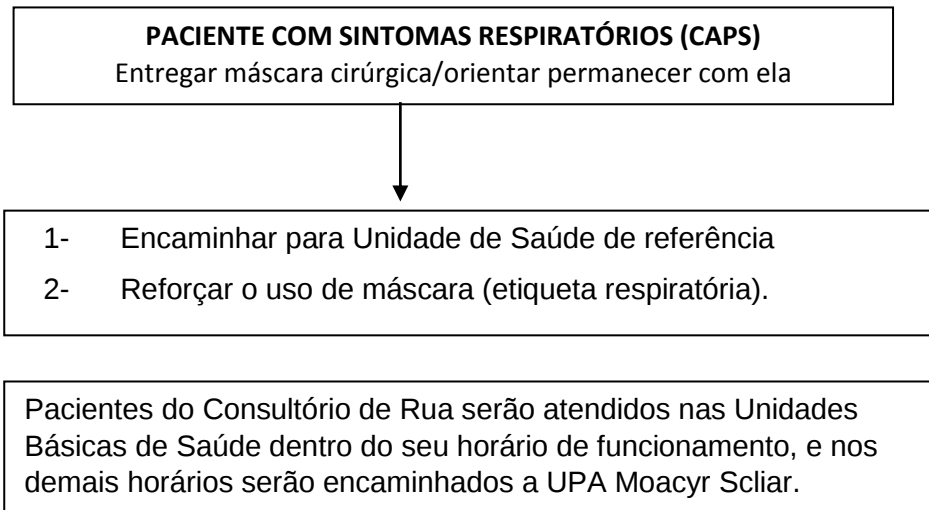
ANEXO VI - Fluxo para Casos Suspeitos de Infecção por Coronavírus (COVID-2019) na UPA Moacyr Scliar (UPA).



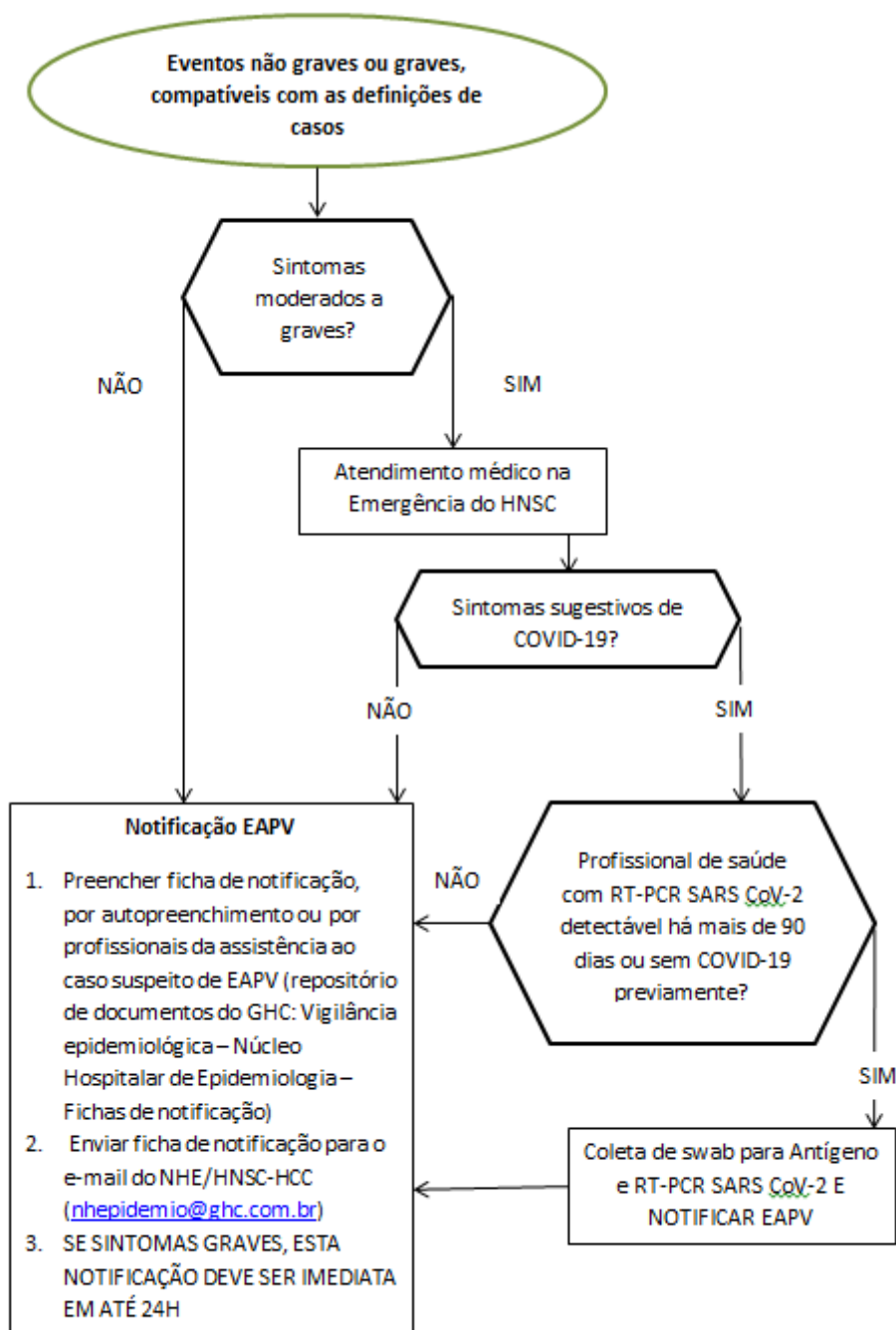
ANEXO VII - Fluxo para casos suspeitos de infecção por COVID-2019 regulados pelo GERINT com necessidade de internação em unidade clínica ou unidade de terapia intensiva



ANEXO VIII - Fluxo para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nos CAPS e Consultórios de Rua – GSC



ANEXO IX - Orientações para Notificação de Eventos Adversos Pós Vacina Covid-19 no GHC.



OBS: Pacientes hospitalizados no GHC ou com atendimento ambulatorial no GHC com suspeita de EAPV também devem ser notificados.



ANEXO X -Ficha de Notificação/Investigação de Eventos Adversos pós-vacina SARS-CoV-2



Ficha de notificação/investigação de eventos adversos pós-vacina SARS-CoV-2
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia / HNSC-HCC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de Notificação: ____/____/____ CPF: ____-____-____-____ Reg GHC: ____-____-____-____

Número de cartão SUS (CNS): ____-____-____-____-____-____-____-____

Nome Completo do paciente:

Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino Raça: ____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade em anos: ____

Nome da mãe: _____

Município de residência: _____ CEP residência: ____-____-____ País de residência: _____

Endereço Completo: _____

Telefones: _____ E-mail: _____

Ocupação: _____ Profissional da Saúde: ☐ Sim (GHC CP: ____-____-____) ☐ Não

Item de Notificação:

Data de Aplicação: ____/____/____

Imunobiológico: _____ Dose: _____

Laboratório: _____ Lote: _____

Data de validade: ____/____/____ Via de Administração: _____

Local Aplicação: _____ Indicação: _____

Estabelecimento: _____

REAÇÕES SISTÊMICAS:

Início dos sintomas sistêmicos: ____/____/____

- ☐ Febre
- ☐ Tosse
- ☐ Diarreia
- ☐ Náusea/vômitos
- ☐ Cefaleia
- ☐ Coriza
- ☐ Mialgia
- ☐ Dispneia
- ☐ Calafrio

- ☐ Exantema
- ☐ Reação alérgica
- ☐ Dor orofaríngea
- ☐ Odisfagia
- ☐ Espirros
- ☐ Astenia
- ☐ Tontura
- ☐ Dor abdominal
- ☐ Hipersensibilidade alérgica ou imediata

- ☐ Sonolência
- ☐ Mal estar
- ☐ Dor em extremidades
- ☐ Dor nas costas
- ☐ Vertigem
- ☐ Edema
- ☐ Fadiga
- ☐ Artralgia

- ☐ Prurido
- ☐ Congestão nasal
- ☐ Inapetência
- ☐ Equimose
- ☐ Hipotermia
- ☐ Distensão abdominal
- ☐ Hipersensibilidade
- ☐ PA elevada

REAÇÕES LOCAIS:

Início dos sintomas locais: ____/____/____

- ☐ Dor
- ☐ Coloração anormal
- ☐ Inchaço

- ☐ Prurido
- ☐ Eritema

- ☐ Hipoestesia local
- ☐ Endurecimento

- ☐ Hematoma
- ☐ Edema local



INVESTIGAÇÃO:

Algum EAPV anterior à presente vacinação?

☐ Sim ☐ Não

Morbidades prévias:

- ☐ Doença cardiovascular, incluindo hipertensão
☐ Diabetes
☐ Doença hepática
☐ Doença neurológica crônica ou neuromuscular
☐ Imunodeficiência

- ☐ Infecção pelo HIV
☐ Doença renal
☐ Doença pulmonar crônica
☐ Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
☐ Outro: _____

Medicação em uso?

☐ Sim ☐ Não

Quais?

Viajou nos últimos 15 dias?

☐ Sim ☐ Não

Data de início: ____/____/____ Data de término: ____/____/____

Município: _____ UF: ____ País: _____

Atendimento médico?

☐ Sim ☐ Não

- ☐ Ambulatório / Consultório
☐ Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas)
☐ Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas)
☐ Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Nome do hospital: _____

Data da internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____

Município: _____ UF: ____

EVOLUÇÃO

- ☐ Cura sem sequelas
☐ Cura com sequelas
☐ Óbito ____/____/____

Declaração de Óbito: _____

- ☐ Não é EAPV
☐ Perda de seguimento
☐ Em acompanhamento

Observações Adicionais: _____

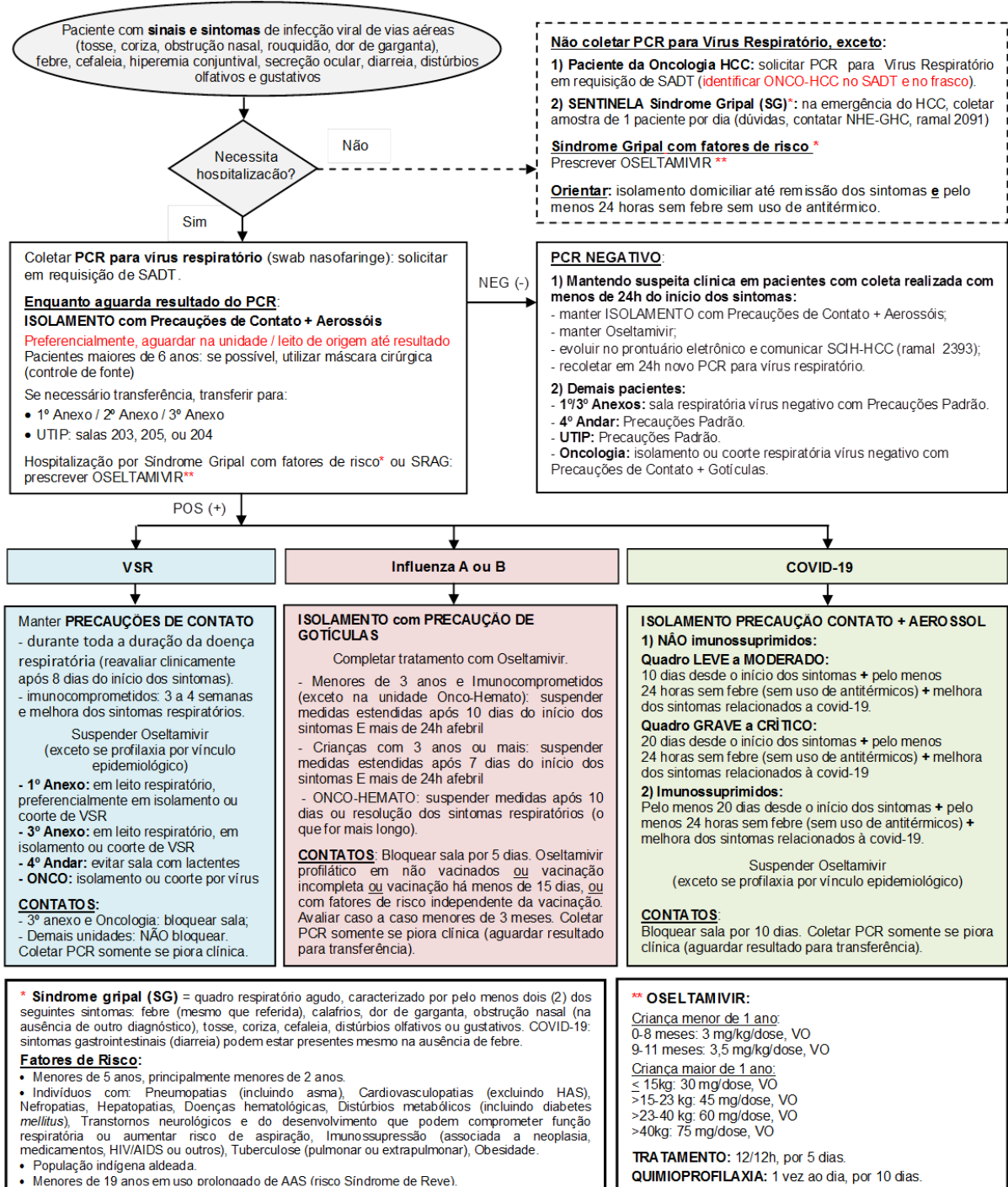
Responsável pelo preenchimento da investigação:

Origem da notificação: _____ Estado de notificação (UF)? ____ Município de notificação: _____

Nome do notificador: _____ Profissão ou ocupação: _____

ANEXO XI – Fluxo de atendimento Síndrome Respiratória Viral Aguda HCC

Recomendações para Medidas de Bloqueio CASO SUSPEITO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA VIRAL AGUDA SCIH-HCC / Março 2024



Fonte: Ministério da Saúde, 28/12/2023 Nota Técnica Nº31/2022-CGPN/DEIDT/SVSMS / Agência Nacional de Saúde, 02/05/2023 Nota Técnica Nº04/2020 / Secretaria Estadual da Saúde do RS, 29/02/24 Nota Informativa Nº 23/2023 CEVS/SES-RS / Secretaria Estadual de Saúde do RS, 2023 Protocolo De Vigilância Epidemiológica De Influenza / Ministério da Saúde, 2018 Protocolo de Tratamento de Influenza / Secretaria da Saúde Governo do Estado do RS, 2018 - Instruções para Uso de Osetamivir em Influenza / CDC, 2007 Guideline for Isolation Precautions (Update: Jul, 2023) / AAP, 2023 Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children 2023–2024 / AAP, 2024 Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases.

ANEXO XII – Duração das precauções estendidas e isolamento HCC (exceto UTIN / UCIN)

Doença leve	Presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga ou cefaleia.
Doença moderada	Os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hipoxemia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
Doença grave	Considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto). Para crianças, os principais sintomas incluem taquipneia (maior ou igual a 70 irpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 irpm para crianças maiores de 1 ano), hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou SpO ₂ <90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões, dificuldade de alimentação/recusa alimentar.
Doença crítica	As principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.
Imunossupressão severa	• Pacientes em quimioterapia para câncer • Pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ <200 • Imunodeficiência primária • Uso de corticóides por mais de 14 dias em dose superior a 20 mg de prednisona ou equivalente • Outras situações clínicas, a critério do SCIH do serviço de saúde.

Pacientes assintomáticos não imunossuprimidos	10 dias após a data do primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou TR-Ag
Pacientes assintomáticos e imunossuprimidos	20 dias desde o primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou TR-Ag
Pacientes com quadro leve a moderado, não imunossuprimidos	10 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas relacionados a COVID-19*
Pacientes com quadro grave / crítico	20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas relacionados a COVID-19*
Pacientes imunossuprimidos**	Pelo menos 20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas relacionados a COVID-19*

***Observação:** A melhora dos sintomas descrita no critério se refere aos sintomas relacionados a COVID-19, pois outras infecções podem causar febre, sinais e sintomas. Na dúvida sobre a retirada do isolamento, discutir com especialistas e SCIH.

****Observação:** Para retirada do isolamento de pacientes imunocomprometidos, que após 20 dias do início dos sintomas : ainda persistem com febre ou outros sinais e sintomas, recomendamos avaliar se o quadro clínico está diretamente relacionado com o quadro infeccioso causado pela infecção pelo SARS-CoV2; se são sequelas da doença; ou se estão relacionadas a outras infecções como as bacterianas ou fúngicas, por exemplo. Essa avaliação deve ser feita de forma individualizada por um especialista que também pode utilizar a estratégia baseada em testes (dois RT-PCR para SARS-CoV2 negativos coletados com intervalo > ou igual 24 horas) para auxiliar na tomada de decisão e Protocolo da SCIH.

IMPORTANTE: Apesar da possibilidade de redução do tempo de isolamento respiratório domiciliar de pessoas com COVID-19 na comunidade, conforme orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da

Saúde, no caso de pacientes hospitalizados, o tempo de isolamento deve ser mantido o que consta nesta Nota Técnica, devido aos riscos de disseminação do SARS-CoV2 dentro do serviço de saúde e toda a dinâmica das precauções e isolamentos dentro desses serviços.

Contactantes de casos confirmados de COVID-19:

Pacientes sintomáticos: Médico assistente avalia e discute com SCIH sobre realização de testagem

Pacientes assintomáticos: Após 10 dias de quarentena, enfermeira do SCIH entra em contato com enfermeira da unidade para conferir evolução de paciente. Se paciente estiver assintomático, será suspensa quarentena.



HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz)
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FEMINA

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 F.(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17 F.(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

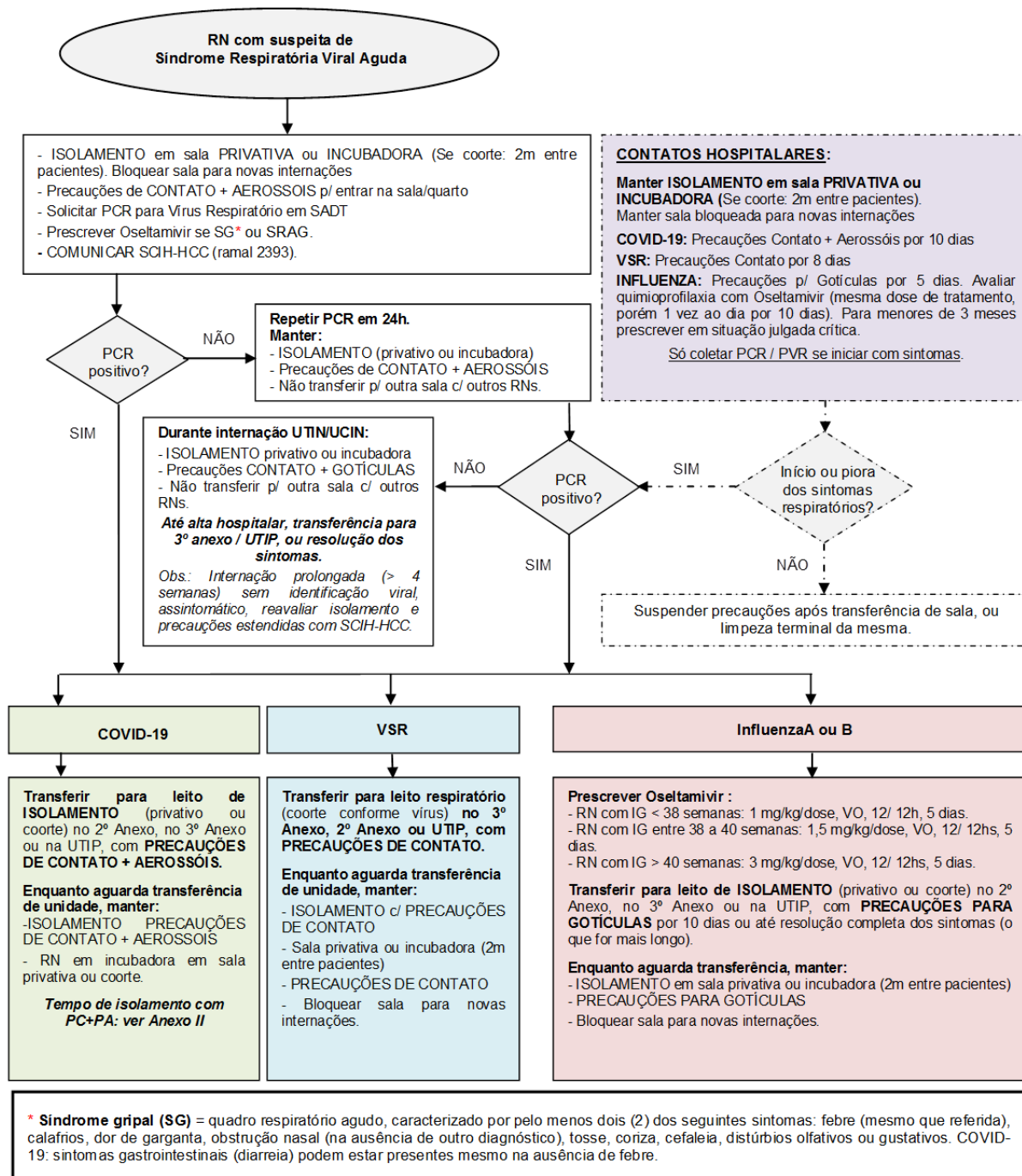
100%
SUS

ANEXO XIII – Neonatologia HCC: RN com Síndrome Respiratória Viral / Suspeita COVID-19 HCC

Recomendações para Medidas de Bloqueio

CASO SUSPEITO DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA VIRAL AGUDA- UNIDADES NEONATAIS HCC

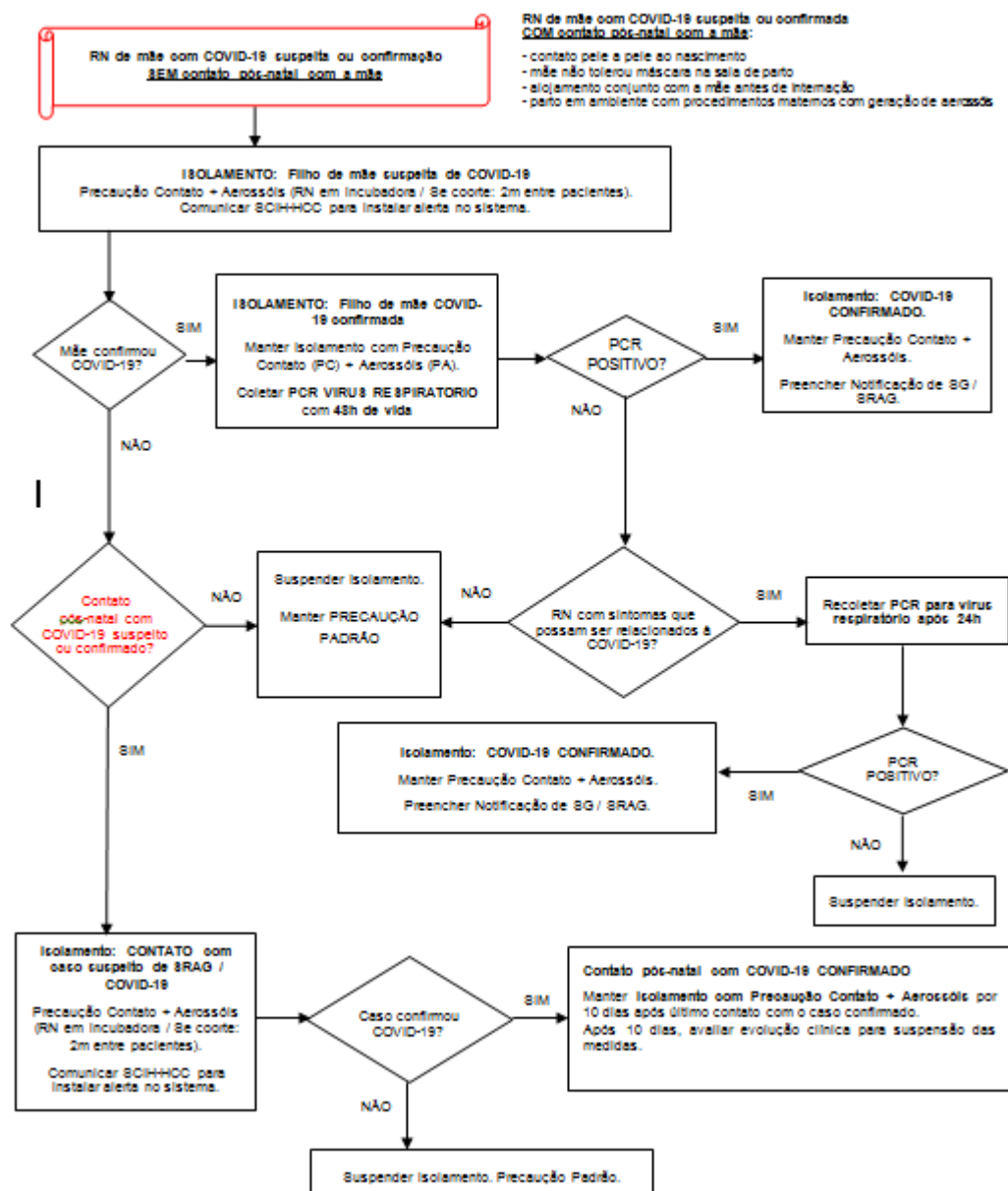
SCIH-HCC / Abril 2023



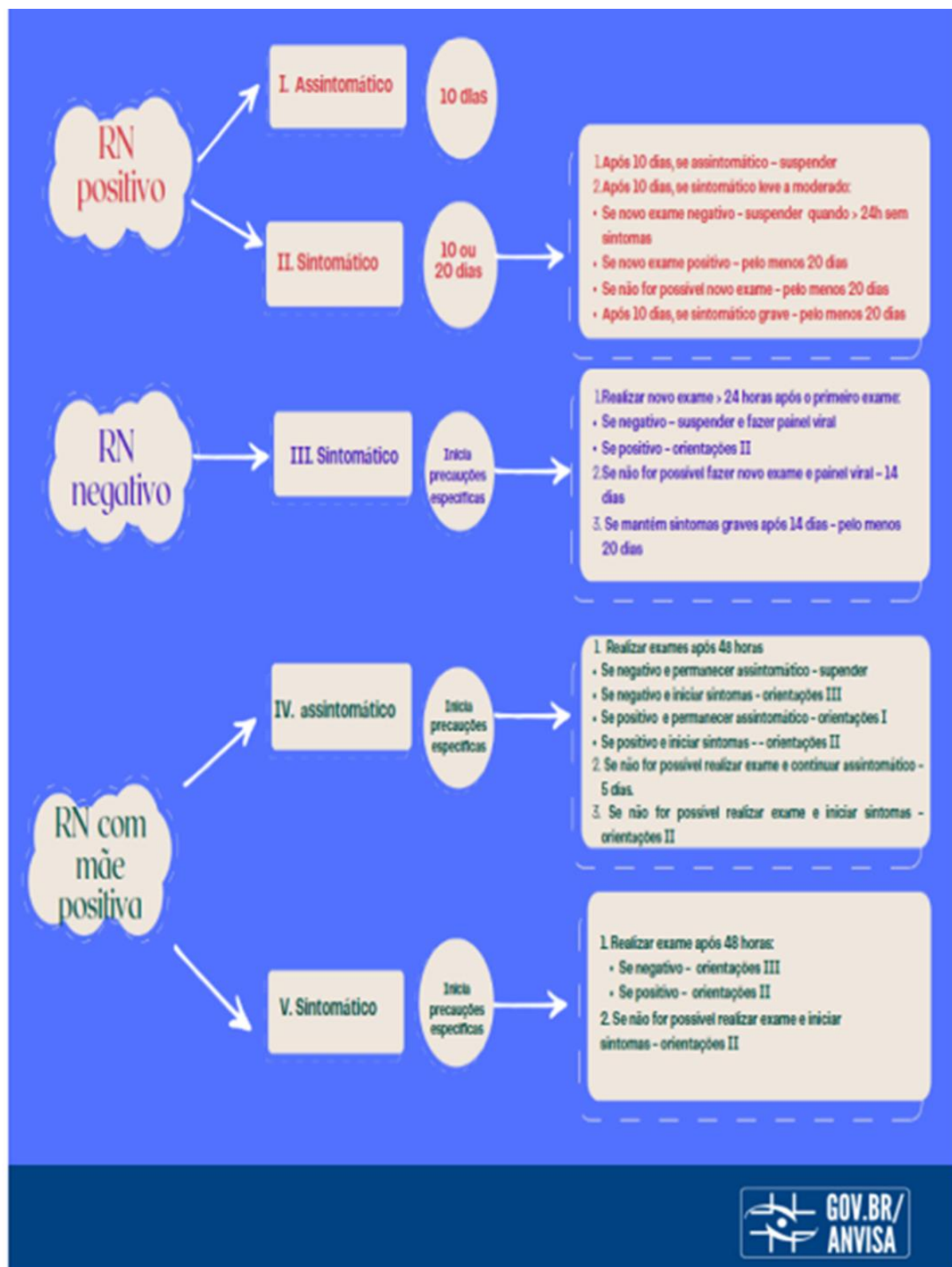
Fonte: Ministério da Saúde, 2023 Nota Técnica Nº 13/2023-CGV/D/IMU/SVSAMS / Ministério da Saúde, 2022 Nota Técnica Nº31/2022-CGPN/DEIDT/SVSMS / Secretaria Estadual de Saúde do RS, 2003 Protocolo De Vigilância Epidemiológica De Influenza / Secretaria Estadual da Saúde do RS, 2022 Nota Informativa Nº 42 CEVS/SES-RS / Ministério da Saúde, 2018 Protocolo de Tratamento de Influenza / Secretaria da Saúde Governo do Estado do RS, 2018 - Instruções para Uso de Oseltamivir em Influenza / CDC, 2007 Guideline for Isolation Precautions (Update: May, 2018) / AAP, 2022 Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy.

ANEXO XIV – Neonatologia HCC - RN de Mãe com COVI-19 suspeita ou confirmada

RN de Mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada



ANEXO XV – NEONATOLOGIA HCC: Resumo dos critérios para a suspensão de isolamento e das medidas de precaução estendidas



ANEXO XVI – Caso Suspeito de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) Potencialmente Associada à COVID-19

Doença multissistêmica temporariamente relacionada à COVID-19, que envolve pelo menos 2 órgãos e sistemas, sendo grave, potencialmente fatal e frequentemente associada à presença de choque e necessidade de suporte em UTI pediátrica.

Ocorre dias a semanas após a infecção aguda pelo SARS-CoV-2, portanto considerada condição clínica pós-infecciosa e não por ação direta do vírus.

Quando suspeitar:

- 1- Paciente com febre persistente, marcadores laboratoriais de atividade inflamatória
- 2- Exclusão de qualquer outra causa infecciosa
- 3- Não é obrigatória detecção prévia de SARS-CoV-2 por RT-PCR

Definição de caso: (Notificação obrigatória)

Casos que foram hospitalizados com:

Presença de febre elevada ($> 38^{\circ}\text{C}$) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (até 19 anos de idade)

E

Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:

- Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)
- Hipotensão arterial ou choque
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas [incluindo achados do ecocardiograma ou elevação de Troponina, ou N-terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-proBNP)]
- Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa ou D-dímero elevados)
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)

E

Marcadores de inflamação elevados (VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros)

E

Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa e inflamatória, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico

E

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

Observações:

- Podem ser incluídas crianças e adolescentes que preencherem os critérios completos ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou síndrome do choque tóxico.
- Os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de SIM-P em qualquer morte pediátrica característica com evidência de infecção por SARS-CoV-2.

Diagnóstico diferencial:

- Sepse bacteriana
- Síndrome de Kawasaki
- Síndrome da pele escaldada
- Síndrome do choque tóxico
- Apendicite
- Outras infecções virais
- Síndrome de ativação macrofágica
- Lupus Eritematoso Juvenil
- Vasculites primárias

Investigação complementar:

Exames laboratoriais:

- Hemograma com plaquetas (anemia, leucopenia, plaquetopenia)
- EQU



- Eletrólitos e bioquímica completa (hiponatremia com piora função renal)
- Coagulograma completo com fibrinogênio (fibrinogênio em ascensão indicando atividade inflamatória ou em queda abrupta indicando coagulopatia de consumo)
- D-dímero (aumentado)
- Triglicerídeos (elevado)
- Ferritina (elevada)
- VHS (inesperadamente baixo ou em queda, sugerindo síndrome da tempestade de citocinas)
- PCR (aumentada)
- Troponina, pró-BNP, CK (aumentados)
- TGO, TGP, DHL (em ascensão)
- Albumina (hipoalbuminemia)
- hemocultura, urocultura, coprocultura e cultura orofaringe
- Sorologia COVID-19 (LACEN): solicitar em SADT
- PCR VIRUS RESPIRATORIO: **solicitar se não comprovar exame prévio positivo.**

Exames de imagem:

- Ecocardiograma e ECG (miocardite, pleurite e/ou dilatação de artérias coronárias)
- RX tórax (infiltrados simétricos e/ou derrame pleural)
- Ecografia abdominal (sinais de colite, ileíte, linfadenite, ascite e/ou hepatoesplenomegalia)
- Tomografia de tórax (se necessário, para anormalidades de artéria coronária, sem contraste)

Critérios de hospitalização:

Sinais e sintomas moderados ou graves e risco para complicações, incluindo qualquer das condições abaixo:

- Desconforto respiratório
- Alteração de sinais vitais (taquicardia, taquipneia, hipotensão arterial)
- Choque
- Alterações neurológicas (diminuição nível de consciências, convulsões, encefalopatia, cefaleia intensa e persistente, déficit neurológico focal)
- Lesão renal, hepática ou coagulopatia
- Dor abdominal intensa, vômitos incoercíveis, incapacidade de se alimentar
- Sinais de desidratação
- Síndrome de Kawasaki (completo ou parcial)
- Comorbidades que aumentem risco de complicações (pneumopatias/cardiopatias crônicas, imunodeficiências primárias, doenças autoimunes sistêmicas, neoplasias, uso de imunossuppressores)
- Incapacidade de seguimento clínico ambulatorial
- Marcadores inflamatórios muito alterados (PCR>10; alterações eletrocardiográficas ou de enzimas cardíacas)

Tratamento:

Deve ser individualizado.

O objetivo é diminuir o estado inflamatório sistêmico e reestabelecer o funcionamento adequado dos órgãos e sistemas, com a finalidade de diminuir a incidência de sequelas e mortalidade associadas.

Pacientes suspeitos, mas em bom estado geral e sem exames laboratoriais compatíveis com quadro inflamatório podem ser acompanhadas ambulatorialmente, com reavaliação em 24 a 48 horas.

- **Antimicrobianos:** Se choque ou sinais de sepse, iniciar esquema empírico, ceftriaxone (associar clindamicina na suspeita de choque tóxico).

- **Imunoglobulina endovenosa (IGEV):** 1-2g/kg em infusão EV contínua de 12h; pode ser repetida se refratariedade à primeira dose

Considerar quando:

- - síndrome de Kawasaki completa ou incompleta
- - síndrome de ativação macrofágica
- - síndrome do choque tóxico
- - apresentações moderadas e graves*

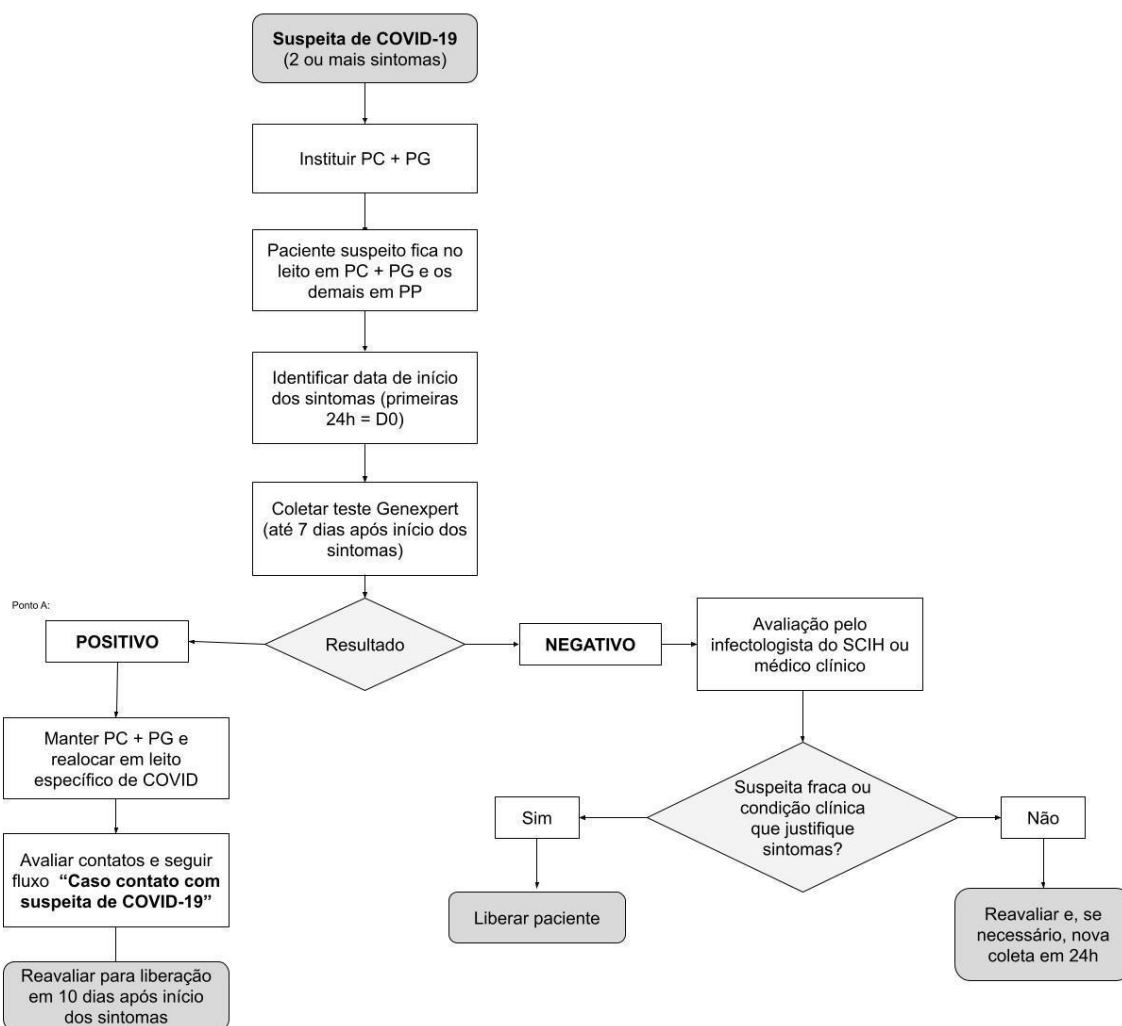
* Moderada/Grave:

- Choque
- Envolvimento cardíaco incluindo qualquer um dos seguintes: alteração ecográfica da função de ventrículo direito, dilatação ou aneurisma de artéria coronária, arritmia, BNP ou troponina aumentados
- Outras manifestações graves que necessitem suporte de UTI

- **Corticoesteroides:** Metilprednisolona – dose alta inicial de 10-30mg/kg/dia por 1 a 3 dias consecutivos, seguido de 2mg/kg/dia por 5 dias. Diminuir dose gradualmente ao longo de 2-3 semanas. Administrar junto com IGEV nos casos graves e nos refratários à infusão da mesma.
- **Imunomoduladores:** Uso não bem estabelecido. Apenas nos casos refratários ao tratamento e com orientação do reumatologista.
- **Anticoagulantes:** Nos casos de SIM-P com manifestações da síndrome de Kawasaki e/ou plaquetose: AAS 30 a 50mg/kg/dia. Quando 48h afebril, reduzir para 3 a 5mg/kg/dia (máximo 80mg/dia) até normalização da contagem plaquetária e ecocardio sem alterações após 4 semanas.



ANEXO XVII- Fluxo para Suspeita de Infecção Por Covid-19 HCR

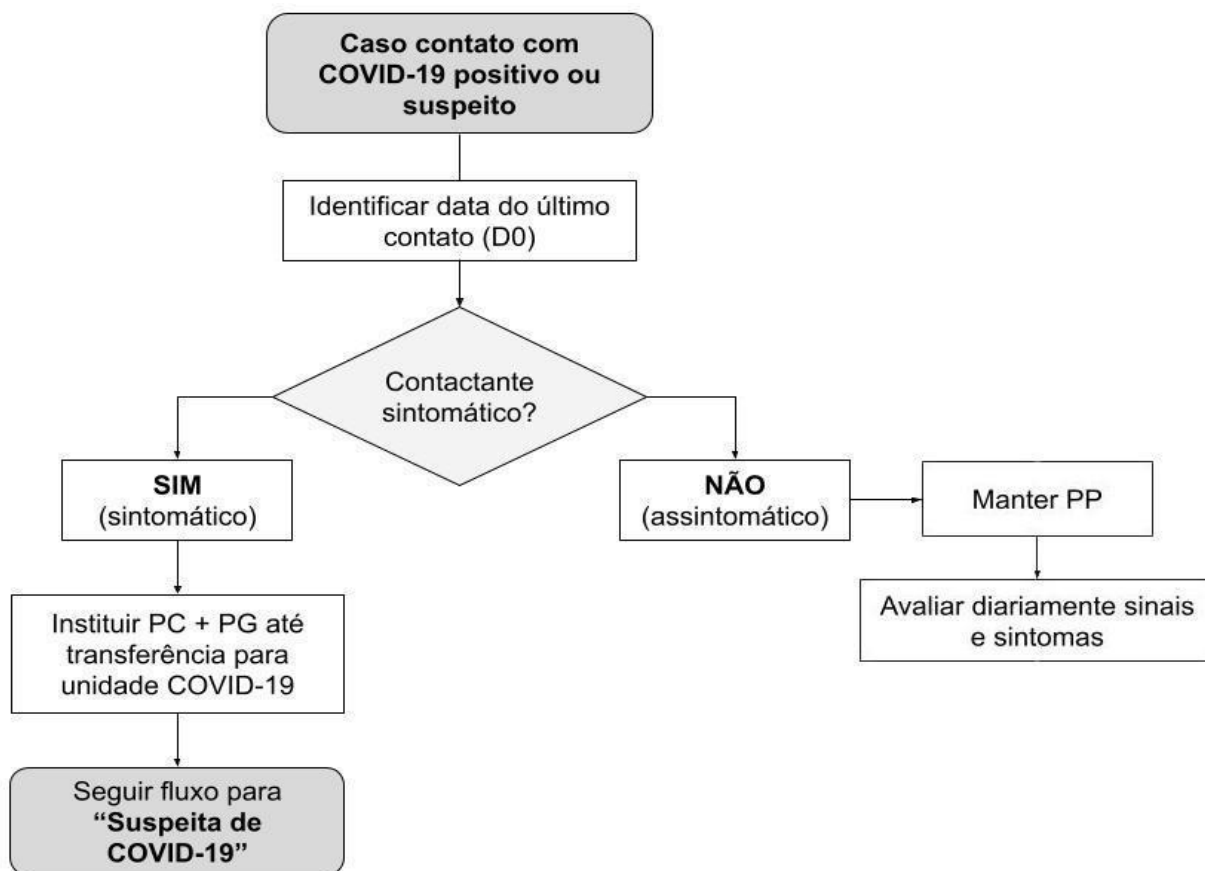


PC: Precaução de Contato | PG: Precaução de Gotículas | PP: Precaução Padrão

*Encaminhar pacientes sintomáticos para leito/unidade COVID-19 | Em caso de falta de leitos, agrupar **casos positivos** de COVID-19. | Não agrupar suspeitos de fontes diferentes.

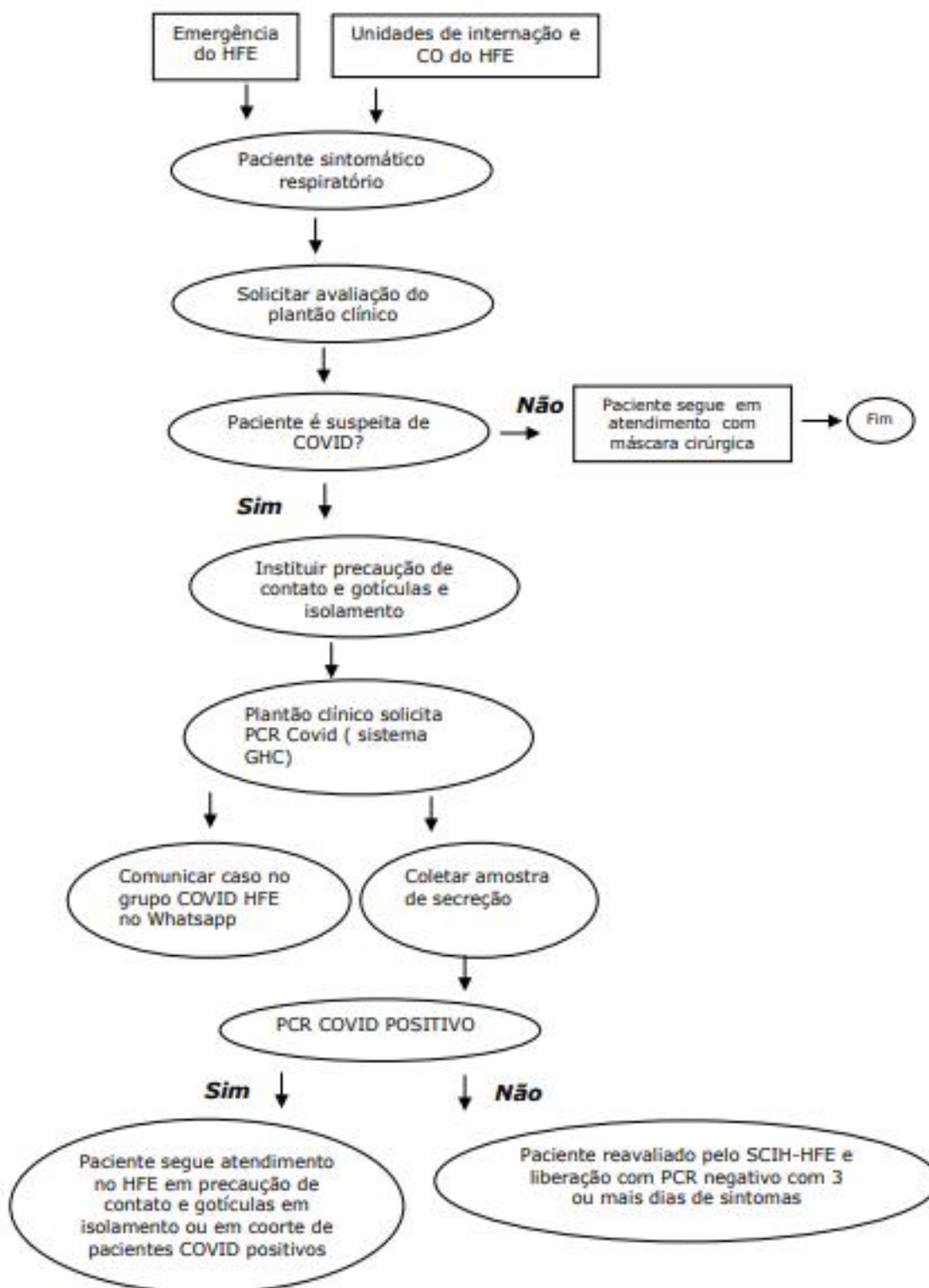
Atualizado em 18/03/2024

ANEXO XIII- Fluxo para casos de contato com covid-19 positivo - HCR

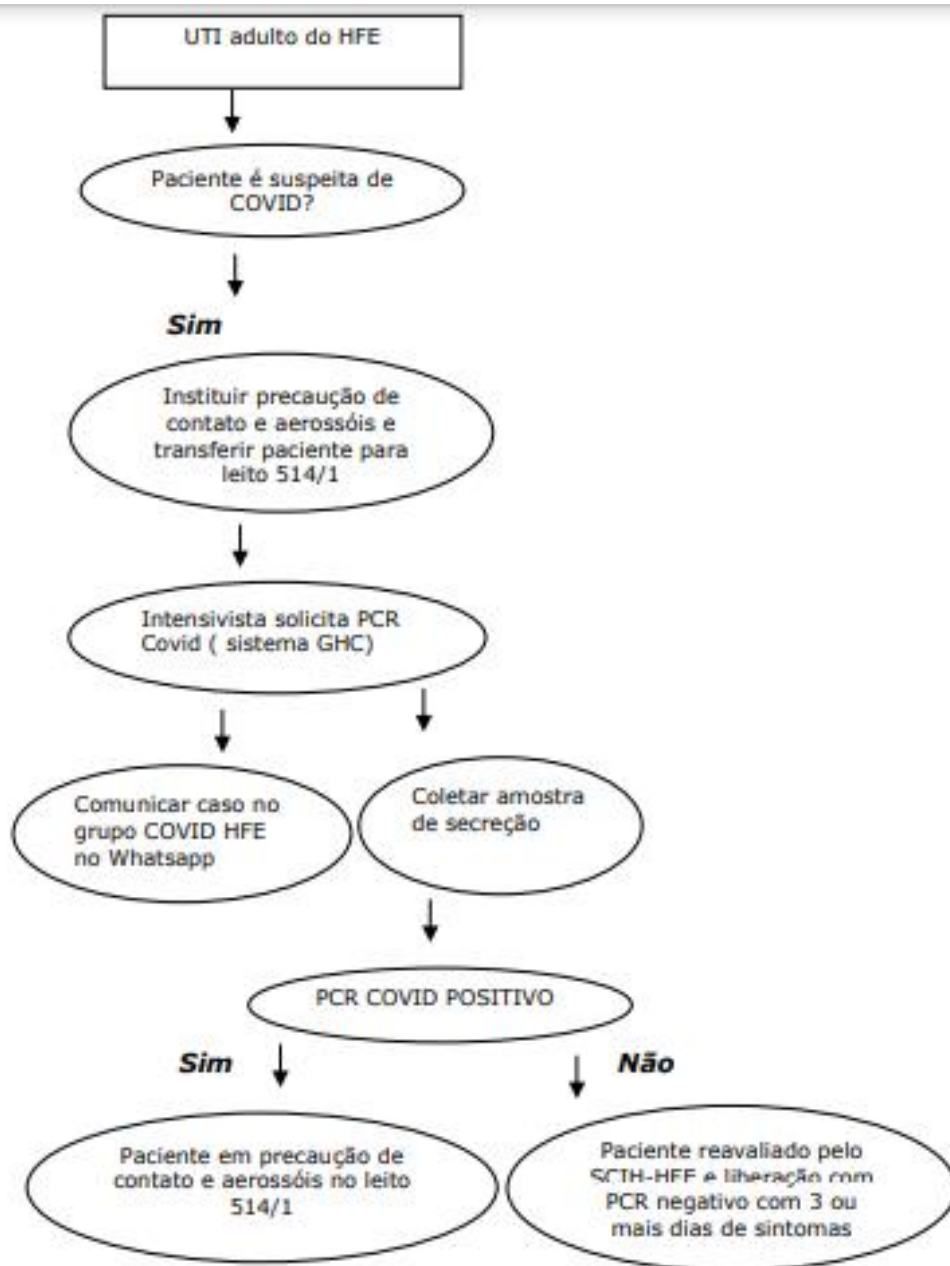


PP: Precaução Padrão | **PC:** Precaução de Contato | **PG:** Precaução de Gotículas
Atualizado em 18/03/24

ANEXO XIX - Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: emergência, unidades de internação e centro obstétrico.

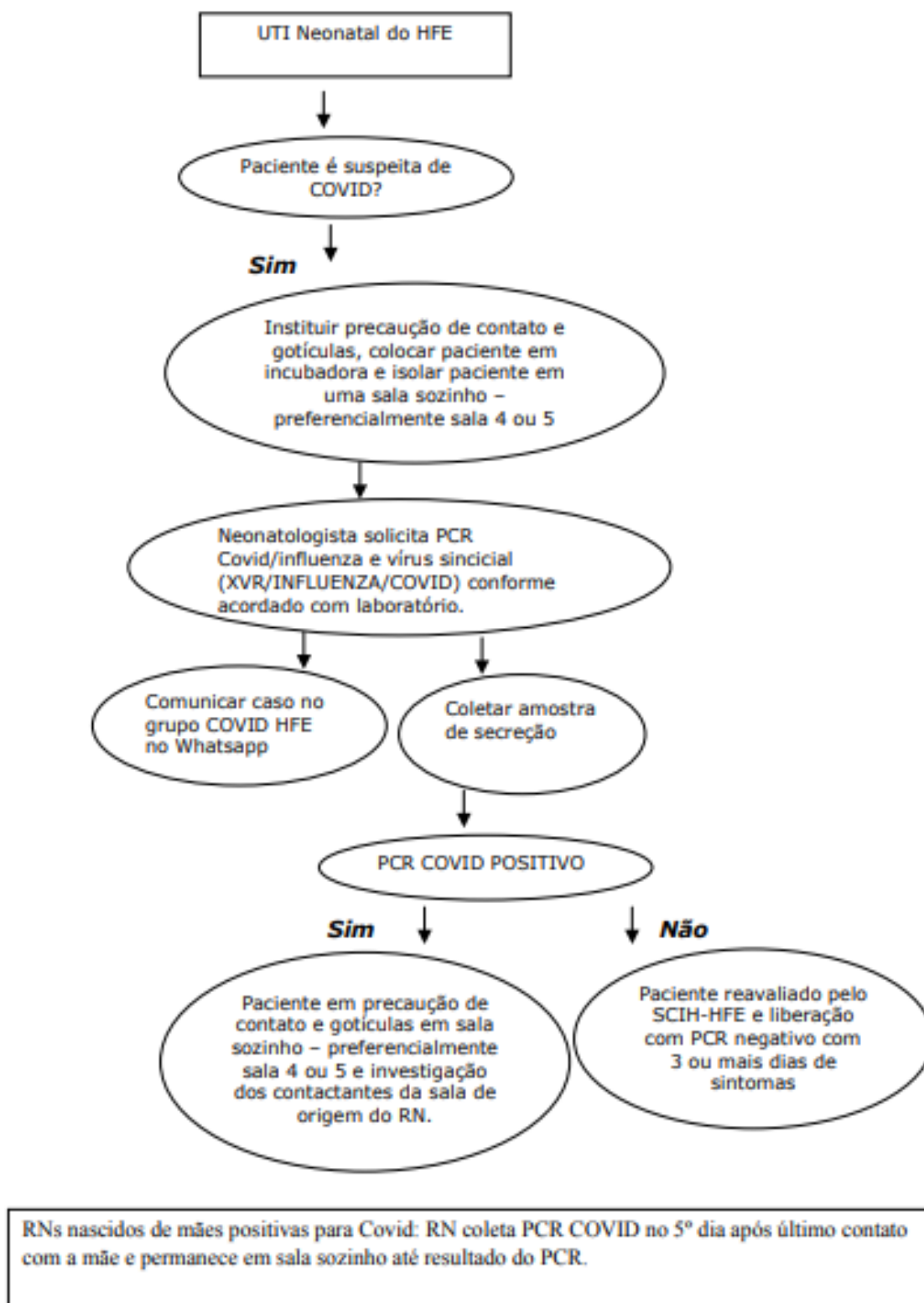


ANEXO XX - Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: UTI adulto

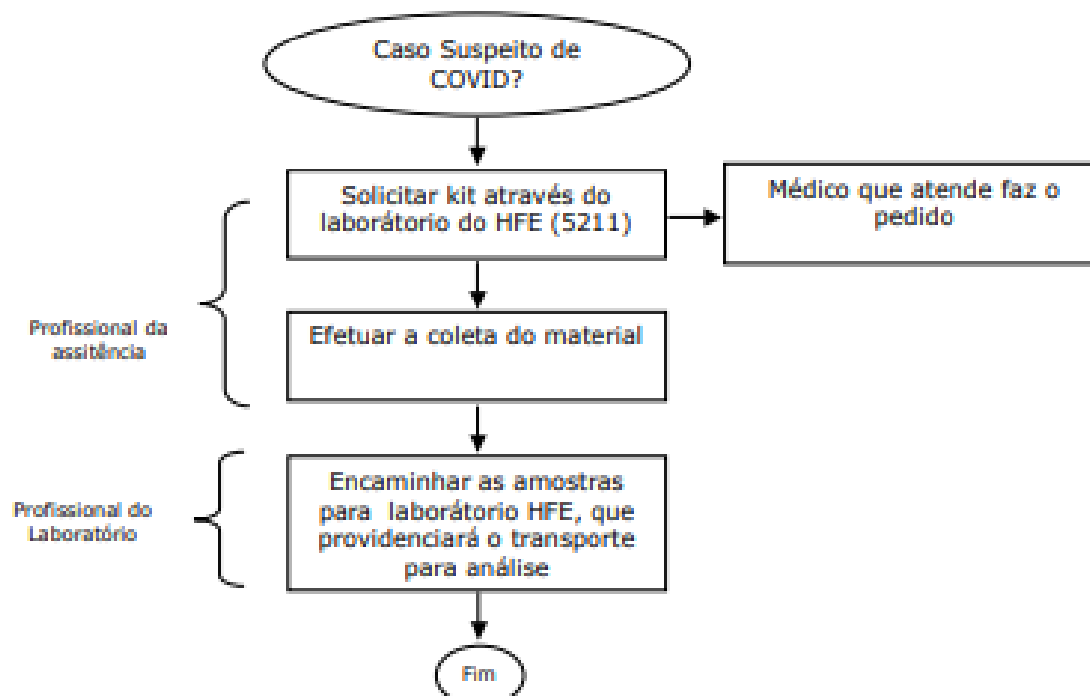


Se mais de um paciente com COVID positivo na UTI do HFE com Síndrome Respiratória Aguda grave e critério para internação em UTI devido ao quadro ventilatório ou hipoxemia, desde que ainda com indicação de isolamento respiratório, avaliar transferência para UTI HNSC ou solicitação de vaga via Gerint.

ANEXO XXI- Fluxograma para casos suspeitos de COVID no HFE: UTI Neonatal



ANEXO XXII - Fluxograma: Coleta de amostras no HFE





GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz) CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-200
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Alvarés Cabral, 653 F.(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP. 91350-250
HOSPITAL CRISTO REDENTOR CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 F.(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP. 91040-000
HOSPITAL FEMINA CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17 F.(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP. 90430-001
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

**100%
SUS**

ANEXO XXIII – Ficha de Registro Individual – Casos de síndrome respiratória aguda grave Hospitalizados

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE 31/03/2020	
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO			
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.			
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas:
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			
8 Sexo: ☐ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign			
9 Data de nascimento: _____ 10 (ou) Idade: _____ 11 Gestante: ☐			
1-Dia 2-Mês 3-Ano _____ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre			
12 Raça/Cor: ☐ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não			
13 Se indígena, qual etnia? _____ 6-Não se aplica 9-Ignorado			
14 Escolaridade: ☐ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)			
3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
15 Ocupação: _____ 16 Nome da mãe: _____			
17 CEP: _____			
18 UF: _____ 19 Município: _____ Código (IBGE): _____			
20 Bairro: _____ 21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 22 Nº: _____			
23 Complemento (apto, casa, etc...): _____ 24 (DDD) Telefone: _____			
25 Zona: ☐ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado 26 País: (se residente fora do Brasil) _____			
27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ign			
28 Se sim: Qual país? _____ 29 Em qual local? _____			
30 Data da viagem: _____ 31 Data do retorno: _____			
32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
☐ Febre ☐ Tosse ☐ Dor de Garganta ☐ Dispneia ☐ Desconforto Respiratório			
☐ Saturação O ₂ < 95% ☐ Diarreia ☐ Vômito ☐ Outros _____			
36 Possui fatores de risco/comorbidades? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
☐ Puérpera (até 45 dias do parto) ☐ Doença Cardiovascular Crônica ☐ Doença Hematológica Crônica			
☐ Síndrome de Down ☐ Doença Hepática Crônica ☐ Asma			
☐ Diabetes mellitus ☐ Doença Neurológica Crônica ☐ Outra Pneumopatia Crônica			
☐ Imunodeficiência/Imunodepressão ☐ Doença Renal Crônica ☐ Obesidade, IMC _____			
☐ Outros _____			
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 38 Data da vacinação: _____			
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____			
a mãe amamenta a criança? ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	40	Qual antiviral? ☐ 1-Osetamivir ☐ 2-Zanamivir ☐ 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento: _____
	42	Houve internação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	43	Data da internação por SRAG: _____	44	UF de internação: _____
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): _____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____			
	47	Internado em UTI? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	48	Data da entrada na UTI: _____	49	Data da saída da UTI: _____
Dados Laboratoriais	50	Uso de suporte ventilatório: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	51	Raio X de Tórax: ☐ 1-Normal ☐ 2-Infiltrado intersticial ☐ 3-Consolidação ☐ 4-Misto ☐ 5-Outro: _____ ☐ 6-Não realizado ☐ 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _____
	53	Coletou amostra? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	54	Data da coleta: _____	55	Tipo de amostra: ☐ 1-Secreção de Naso-orofaringe ☐ 2-Lavado Brônco-alveolar ☐ 3-Tecido post-mortem ☐ 4-Outra, qual? _____ ☐ 9-Ignorado
	56	Nº Requisição do GAL: _____	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ☐ 1-Positivo ☐ 2-Negativo ☐ 3-Inconclusivo ☐ 4-Não realizado ☐ 5-Aguardando resultado ☐ 9-Ignorado	58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____
	59	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se sim, qual influenza? ☐ 1- Influenza A ☐ 2- Influenza B Positivo para outros vírus? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) ☐ Vírus Sincial Respiratório ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Adenovírus ☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____			
Conclusão	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ☐ 1-Detectável ☐ 2-Não Detectável ☐ 3-Inconclusivo ☐ 4-Não realizado ☐ 5-Aguardando resultado ☐ 9-Ignorado	62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____		
	63	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se sim, qual influenza? ☐ 1- Influenza A ☐ 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? ☐ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 ☐ 2-Influenza A/H3N2 ☐ 3-Influenza A não subtipado ☐ 4-Influenza A não subtipável ☐ 5-Inconclusivo ☐ 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? ☐ 1-Victoria ☐ 2-Yamagata ☐ 3-Não realizado ☐ 4-Inconclusivo ☐ 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) ☐ SARS-CoV-2 ☐ Vírus Sincial Respiratório ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Parainfluenza 4 ☐ Adenovírus ☐ Metapneumovírus ☐ Bocavírus ☐ Rinovírus ☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____			
	65	Classificação final do caso: ☐ 1-SRAG por influenza ☐ 2-SRAG por outro vírus respiratório ☐ 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ ☐ 4-SRAG não especificado ☐ 5- COVID-19	66	Critério de Encerramento: ☐ 1-Laboratorial ☐ 2-Vínculo-Epidemiológico ☐ 3-Clinico		
	67	Evolução do Caso: ☐ 1-Cura ☐ 2-Óbito ☐ 9-Ignorado	68	Data da alta ou óbito: _____	69	Data do Encerramento: _____
70 OBSERVAÇÕES: _____						
71 Profissional de Saúde Responsável: _____				72 Registro Conselho/Matrícula: _____		



ANEXO XXIV – Ficha de notificação para casos suspeitos de Síndrome Gripal pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Ficha de notificação para casos suspeitos de Síndrome Gripal pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)

Profissional da saúde: ☐ Sim ☐ Não
Profissional do GHC? ☐ Sim ☐ Não
Qual Hospital: ☐ HNCS ☐ HCC ☐ HCR
☐ HFE ☐ UPA ☐ SSC
SITUAÇÃO DO PROFISSIONAL:
☐ SINTOMÁTICO ☐ ASSINTOMÁTICO

Síndrome gripal

Paciente com febre de início súbito ($\geq 37^{\circ}\text{C}$) mesmo que referida, acompanhada de tosse OU dor de garganta E pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de Notificação: ____/____/____ CPF: ____-____-____-____ Reg GHC: ____-____-____
Número de cartão SUS (CNS): ____-____-____-____
Nome Completo do paciente: _____
Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: ____/____/____ Idade em anos: ____
Nome da mãe: _____
Município de residência: _____ CEP residência: ____-____ País de residência: _____
Endereço Completo: _____
Telefones: _____ E-mail: _____

DADOS DO CASO

Data dos primeiros sintomas: ____/____/____
Sintomas apresentados: ☐ Febre ☐ Tosse ☐ Dor de garganta ☐ Dificuldade de respirar ☐ Diarreia ☐ Náusea/vômitos ☐ Cefaleia (dor de cabeça) ☐ Coriza ☐ Irritabilidade/confusão ☐ Adinamia (fraqueza) ☐ Outro: _____
Sinais clínicos observados: ☐ Febre ☐ Exsudato faríngeo ☐ Convulsão ☐ Conjuntivite ☐ Coma ☐ Dispneia/Taquipneia ☐ Alteração de ausculta pulmonar ☐ Alteração na radiologia de tórax ☐ Outro: _____
Morbidades prévias: ☐ Doença cardiovascular, incluindo hipertensão ☐ Diabetes ☐ Doença Hepática ☐ Doença neurológica crônica ou neuromuscular ☐ Imunodeficiência ☐ Infecção pelo HIV ☐ Doença Renal ☐ Doença Pulmonar Crônica ☐ Neoplasia (tumor sólido ou hematológico) ☐ Outro: _____
Paciente foi hospitalizado? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
Situação de saúde do paciente no momento da notificação: ☐ Óbito ☐ Cura ☐ Sintomático ☐ Ignorado
Foi realizada coleta de amostra do paciente? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Internado em UTI?

☐ Sim ☐ Não

Data da entrada na UTI:

____/____/____

Data da saída da UTI:

____/____/____

Uso de suporte ventilatório: ____

1- Sim, invasivo 2- Sim, não invasivo
3- Não 9- Ignorado

Raio X de Tórax: ____

1- Normal 2- Infiltrado intersticial 3- Consolidação
4- Misto 5- Outro: _____
6- Não realizado 9- Ignorado

Data do Raio X:

____/____/____

VS



HOSPITAL N.S. DA CONCEIÇÃO S.A. (Matriz)
HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO
HOSPITAL CRISTO REDENTOR
HOSPITAL FEMINA

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Trein, 596 F(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
CNPJ 92.787.118/0004-72 - Rua Álvares Cabral, 653 F(51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-250
CNPJ 92.787.118/0003-91 - Rua Domingos Rubbo, 20 F(51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
CNPJ 92.787.118/0002-00 - Rua Mostardeiro, 17 F(51) 3314.5200 - Porto Alegre - RS - CEP: 90430-001

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

100%
SUS

DADOS DE EXPOSIÇÃO E VIAGENS

Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil
até 14 dias antes do início dos sintomas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

*Especificar no item Observações Adicionais qual o itinerário,
código de voos, empresa aérea e país para onde viajou.

Paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso
suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Esteve em alguma unidade de saúde nos 14
dias antes do início dos sintomas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Teve Contato próximo com animais em áreas afetadas?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

Ocupação do caso suspeito: ☐ Profissional de saúde

☐ Estudante da área de saúde

☐ Profissional de laboratório

☐ Trabalha em contato com animais

☐ Outros

DADOS LABORATORIAIS

Data da Coleta:

____/____/____

Tipo de amostra: ☐

1- Secreção de naso-orofaringe 2- Lavado Broco-alveolar

3- Tecido post-mortem 4- Outra, qual? _____

Nº Requisição do GAL: _____

Data do Resultado do IFI: _____

Resultado da IFI: ☐ 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 5- Aguardando resultado 9- Ignorado

Qual vírus respiratório?

☐ Influenza A ☐ Influenza B ☐ VSR ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Adenovirus

Laboratório que Realizou IFI: ☐ LACEN ☐ FIOCRUZ ☐ HNSC

Nº Requisição do GAL: _____

Data do Resultado do PCR: _____

Resultado da PCR: ☐ 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado 5- Aguardando resultado 9- Ignorado

☐ Coronavírus (2019-nCoV)

Influenza A: ☐

1- Influenza A(H1N1)pdm09
4- Influenza A não subtipável

2- Influenza A/H3N2
5- Inconclusivo

3- Influenza A não subtipado
6- Outro, especifique: _____

Influenza B: ☐

1- Victoria
4- Inconclusivo

2- Yamagata
5- Outro, especifique: _____

3- Não Realizado

Qual outro vírus respiratório?

☐ VSR ☐ Parainfluenza 1 ☐ Parainfluenza 2 ☐ Parainfluenza 3 ☐ Parainfluenza 4

☐ Adenovirus ☐ Metapneumovirus ☐ Bocavirus ☐ Rinovirus

☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____

Laboratório que Realizou PCR: ☐ LACEN ☐ FIOCRUZ ☐ HNSC

Envio de Material ao LACEN: ☐ SIM ☐ NÃO

Data do envio: _____

☐ SWAB ☐ Bronquinho ☐ PVR

NHE – HNSC / HCC

Enviada para SMS:

____/____/____

Observações Adicionais: _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE NOTIFICADORA

Origem da notificação: _____ Estado de notificação (UF)? _____ Município de notificação: _____

Nome do notificador: _____ Profissão ou ocupação: _____

Telefone de contato do notificador/unidade notificadora: _____

E-mail do notificador/unidade notificadora: _____