



NOTA TÉCNICA CONJUNTA COVID-19 Nº 15/2021 SESA/SSAS/ SSERCAS/SSVS

**Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde
Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde**

Orientações para a Rede de Atenção à Saúde sobre internações nas Unidades Assistenciais Próprias e Contratualizadas da Rede Estadual de Atenção Hospitalar no âmbito do Plano de Retomada Segura para Garantia do Acesso Hospitalar no Contexto da Covid-19.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Considerando que em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19) como uma pandemia, a Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020 que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) e o reconhecimento do estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) no Espírito Santo a partir de 30 de março;

Considerando a Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017, em que se estabeleceram as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se definiu o Núcleo Interno de Regulação (NIR) como interface com as Centrais de Regulação e as instituições a qual pertence para disponibilizarem, entre outras estruturas, leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

Considerando que a mesma portaria determina o gerenciamento de leitos como dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas;

Considerando a Portaria Nº 217-R, de 10 de novembro de 2020 que dispõe sobre o Núcleo Interno de Regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, entre suas atribuições controlar diariamente a disponibilidade de leitos e à oferta ambulatorial da unidade, com base no censo hospitalar e na oferta dos recursos humanos, diagnóstico e terapêutica, oferecendo subsídios às Direções Assistenciais para que o gerenciamento de recursos possa ocorrer, sinalizando contingências locais que possam comprometer a regulação do acesso;

Considerando o plano de expansão de leitos da rede própria estadual e a nova perfilização da Rede Assistencial Hospitalar determinada pela Portaria Nº 067 -R, de 20 de abril de 2020 que dispôs sobre referências e contrarreferências das Unidades de Atenção Hospitalar durante o Estado de Emergência pública pela Covid-19 da Rede Hospitalar para qualificação da assistência a todos usuários do SUS que dependem destes serviços;

Considerando a Portaria Nº 095-R, de 10 de maio de 2021 que instituiu o Plano de Retomada Segura para Garantia do Acesso Hospitalar, sendo este uma estratégia de transição gradual, plena e segura de leitos Covid-19 para demandas de internação hospitalar clínicas-cirúrgicas, organizada Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde (SSAS) e Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS) em conjunto com as suas Unidades Hospitalares da Rede de Atenção à Saúde.

Considerando a Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998 que expediu diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares, instituindo o Programa de Controle de Infecção Hospitalar e que determinou como obrigatoriedade para a adequada execução do PCIH os hospitais a constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), como órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar;

Considerando NOTA TÉCNICA ANVISA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020, que trata sobre orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-COV-2 (Covid-19) dentro dos serviços de saúde, sendo COMPLEMENTAR À NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº04/2020 que dispõe sobre o controle da exposição a fontes de infecção, bem como, a implementação rigorosa das medidas de prevenção de infecção é fundamental para proteger os profissionais dos serviços de saúde e prevenir surtos dentro da instituição.

Considerando que estas notas técnicas indicam medidas de prevenção e controle devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), dispendo sobre a qualificação de leitos de isolamento;

Considerando a necessidade de readequação do quantitativo de leitos dedicados à pacientes críticos acometidos pela Covid-19, expandidos em situação emergencial para atender a alta demanda e assim como seus equipamentos e recursos humanos devem ser redirecionado para atender pacientes críticos não-Covid, a fim de garantir maior eficiência no uso do recurso público e determinação do quantitativo adequado para atender casos remanescentes da Covid-19, considerando estabilidade epidemiológica e fase de transição de flutuação de possíveis casos graves da doença;

Considerando a Portaria 133-R de 08 de julho de 2020 que institui a adoção das orientações da Nota Técnica 04/2020 da Anvisa sobre o estabelecimento de acomodação de pacientes suspeitos e confirmados Covid-19 em coorte quando a Taxa de Ocupação dos Leitos de Unidade de Terapia Intensiva exclusivos para o enfrentamento do coronavírus for superior a 75%, conforme informação divulgada diariamente no site <https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares> e a NOTA TÉCNICA COVID-19 N° 06/2021 – GEVS/SESA/ES que estabelece a definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta para a Covid-19, incluindo suas alterações posteriores;

Considerando a NOTA TÉCNICA COVID-19 N° 81/2020 que dispõe sobre recomendações das medidas de prevenção a serem adotadas pelos hospitais enquanto houver a transmissão do SARS-CoV-2 (Covid-19) no Estado do Espírito Santo, a NOTA TÉCNICA COVID-19 N° 69/2020 – SESA/GEVS que estabelece orientações para testagem de pacientes diagnosticados com Covid-19 no momento da alta hospitalar e a NOTA TÉCNICA COVID-19 N° 88/2020 – GEVS/SESA/ES que institui as orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da Covid-19 no Estado do Espírito Santo;

Considerando a Portaria N° 095-R, de 10 de maio de 2021 que instituiu o Plano de Retomada Segura para a Garantia do Acesso Hospitalar no Contexto da Covid-19, organizado pela Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde e Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde em conjunto com as suas Unidades Hospitalares e com a estratégia principal preparar estas instituições para a retomada gradual, plena e segura da sua capacidade assistencial, em um contexto de pós pandemia por SARS-CoV-2;

Esta nota técnica tem como objetivo instituir medidas de segurança a serem estabelecidas em casos de suspeita ou confirmação de síndrome gripal em paciente elegível à internação nas unidades assistenciais, para acomodação em quarto de isolamento, mesmo em unidades abertas de internação e em UTI que não seja dedicada em exclusividade para infecções respiratórias, no contexto epidemiológico exclusivo de queda sustentada de novos casos de coronavírus na Rede Hospitalar Pública e Contratualizada do Estado do Espírito Santo, através da adoção das orientações da Nota Técnica 04/2020 e 07/2020 da ANVISA relacionada a 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).

2. CONTEXTO

Devido a declaração pela OMS da pandemia do Novo Coronavírus, a Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde – SSERCAS, a partir das estratégias de vigilância e de organização da rede pela Subsecretaria de Atenção à Saúde – SSAS e Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde, sistematiza as ações e os procedimentos sob sua responsabilidade, de modo a organizar o acesso à Rede Estadual de Atenção Hospitalar própria e contratualizada organizada para o enfrentamento da Covid-19.

Logo, torna-se primordial regulamentar critérios de encaminhamento, fluxos e priorização de regulação do acesso nos casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus e orientar os gestores e profissionais de saúde, municipais e estaduais, envolvidos no processo de regulação de leitos hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde.

3. CENÁRIOS EPIDEMIOLÓGICO PARA A COVID-19 E OCUPAÇÃO OPERACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR

Em um cenário em que são necessárias medidas que preconizem a busca de equilíbrio entre a prioridade à vida e à retomada da atividade econômica, o Governo do Estado do Espírito Santo adotou uma estratégia pioneira para o mapeamento de riscos e medidas qualificadas no enfrentamento à Covid-19, tendo como premissa a avaliação de ameaças de forma equilibrada com relação a cada região e a cada município do Estado. Como variável intrínseca à metodologia adotada relacionada ao impacto de risco, considerou-se a taxa de ocupação de leitos de UTI para Covid-19.

O controle atual da pandemia no estado do Espírito Santo conforme mapa de gestão de risco instituído pela Portaria Nº 171-R, de 29 de agosto de 2020 prevê de queda de novos casos para as semanas epidemiológicas a partir da 26ª e aumento de outras demandas hospitalares como trauma e retorno das cirurgias eletivas. Assim sendo, com o novo impacto assistencial das comorbidades clínicas-cirúrgicas que demandam internação hospitalar na Rede Estadual de Atenção Hospitalar, torna-se necessário avaliar a otimização dos leitos para pacientes com outras indicações de internação. Essa otimização de leitos é necessária e independe do diagnóstico do paciente (e se o mesmo precisará ou não de isolamento por patologias infecciosas não-Covid-19)

Do ponto de vista epidemiológico, o Estado do Espírito Santo tem, recentemente, se comportado de maneira divergente do restante do Brasil. No ano de 2020 e nos primeiros trimestres de 2021, o Estado apresentou curva de casos com comportamento epidêmico semelhante àquele observado no país como um todo, exceto por ligeira defasagem temporal de cerca de 2 semanas;

Já a partir de abril/2021 apresenta-se clara divergência entre o estado e o país. Enquanto no Brasil ocorre ligeira queda, alcançando rapidamente uma estabilidade com elevada média de novos casos diários e formação de novo pico de casos no final do mês de junho/2021, no Espírito Santo, após o pico observado ao final do mês de março/2021 segue queda sustentada do número de novos casos, sem sinalização de mudança desta tendência observada até o presente momento.

Comportamento semelhante pode ser observado nos gráficos de mortes por Covid-19, exceto pelo fato de no contexto nacional ter havido queda mais pronunciada do número de mortes do que o observado no número de novos casos, nos meses de abril e maio de 2021, antes de fazer novo pico de óbitos em junho/2021. No Espírito Santo o número de óbitos seguiu a tendência do número de casos, entrando em queda sustentada a partir do final do mês de abril/2021, alcançando estabilidade no mês de julho/2021.

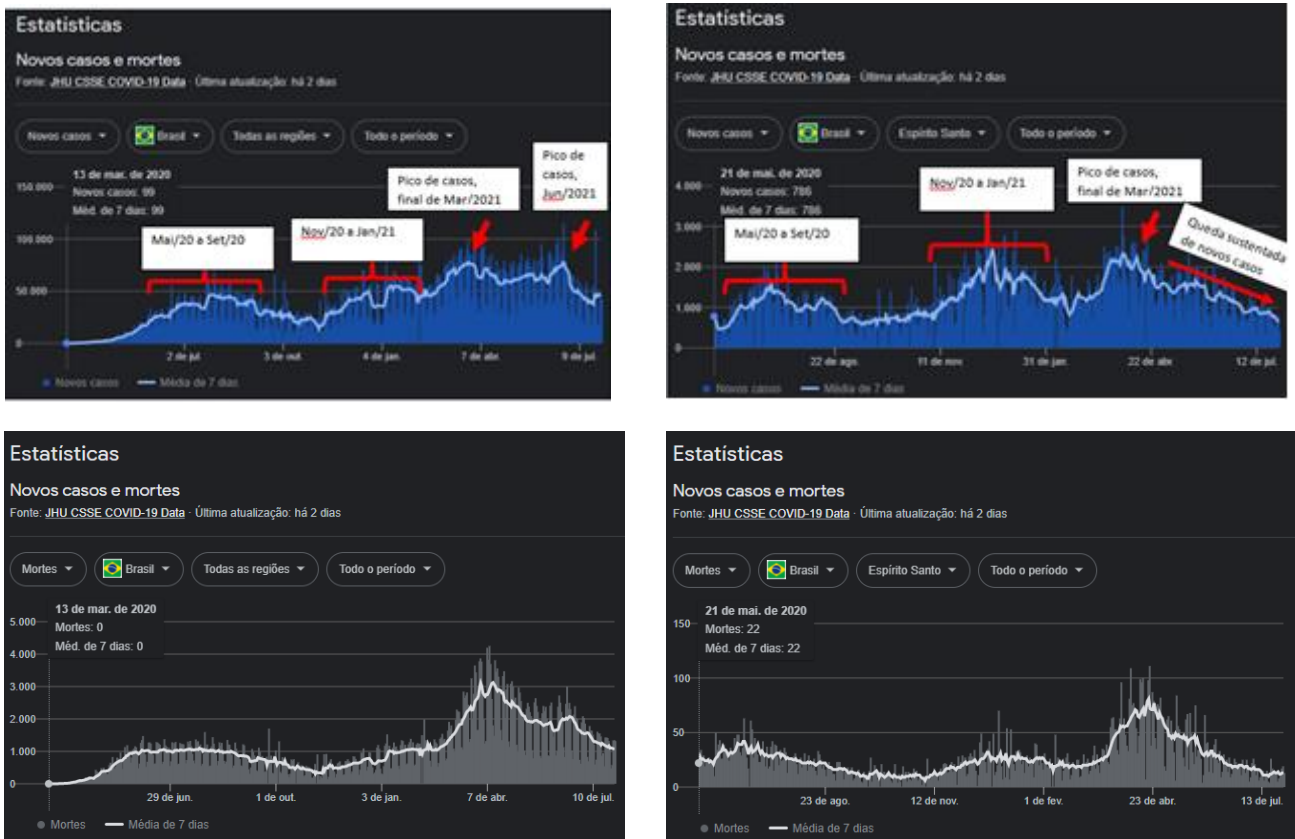


Figura 1. JHU CSSE COVID-19 Data

Concordante com estas informações, observado queda significativa da positividade das amostras de pacientes em que foi suspeitada COVID-19, nos meses de maio, junho e julho de 2021, demonstrando que estamos no momento de menor circulação viral desde maio/2020.

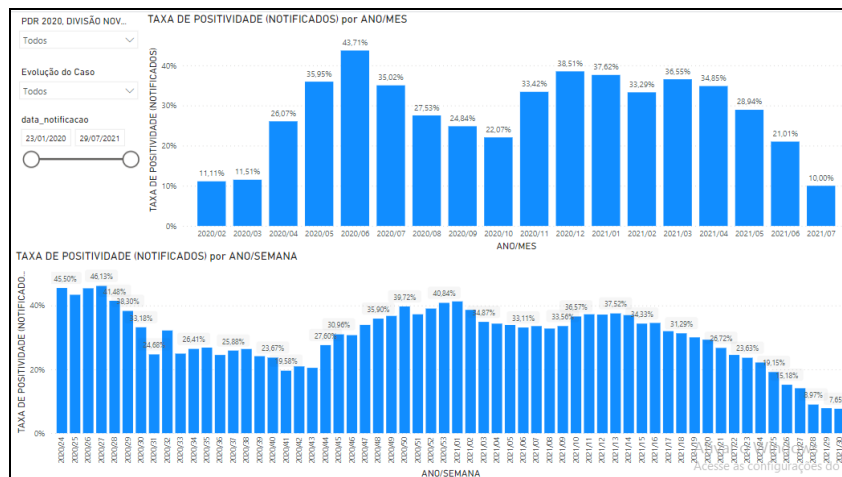


Figura 2. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - Sala de Situação

Além do número de casos e mortes, em queda no estado do Espírito Santo desde o final de maio/2021 e abril/2021 respectivamente, é relevante destacar a progressão do número de vacinados e sua relação temporal com a redução do número de novos casos, destacados na figura abaixo (em azul escuro o número de novos casos de Covid-19 por dia, em azul claro o número de vacinados por dia, a queda brusca ao final do gráfico representa o atraso até consolidação da informação).

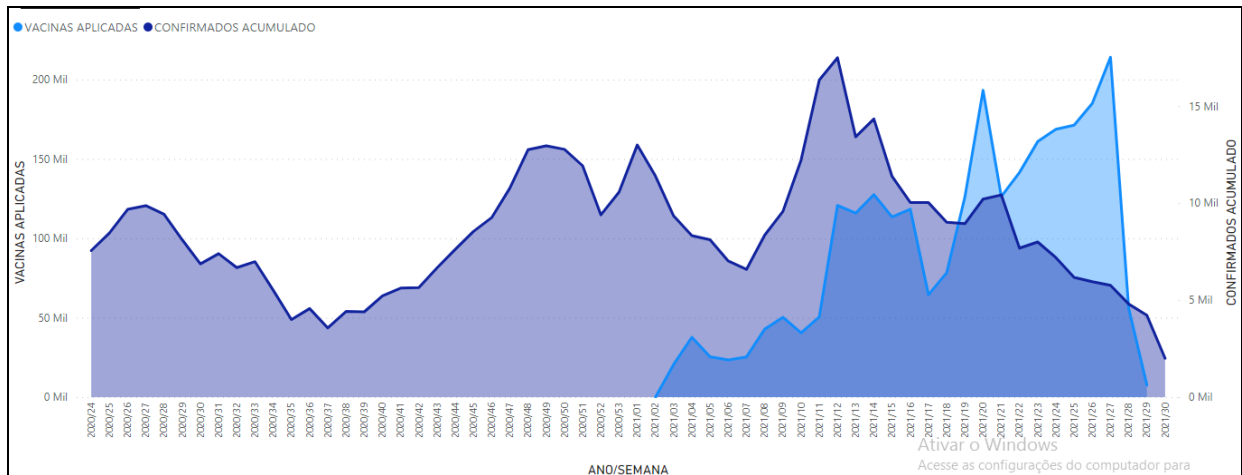


Figura 3. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - Sala de Situação

Conseqüentemente a este cenário epidemiológico local, há no momento ociosidade de leitos destinados ao tratamento de pacientes com COVID-19. De acordo com o Portaria Nº 171-R, de 29 de agosto de 2020 que estabeleceu a Matriz de Gestão de Risco para o Estado do Espírito Santo, observa-se a classificação da taxa de ocupação de leitos potenciais (máximos expandidos) de UTI para Covid-19. No contexto de possível caráter crescente de gravidade, o Estado do Espírito Santo vem apresentando há mais de 30 dias o nível de vulnerabilidade desta ocupação classificado como ADEQUADO (até 50% de taxa de ocupação potencial), com ociosidade operacional de mais de 50% da oferta de leitos exclusivos para a doença.

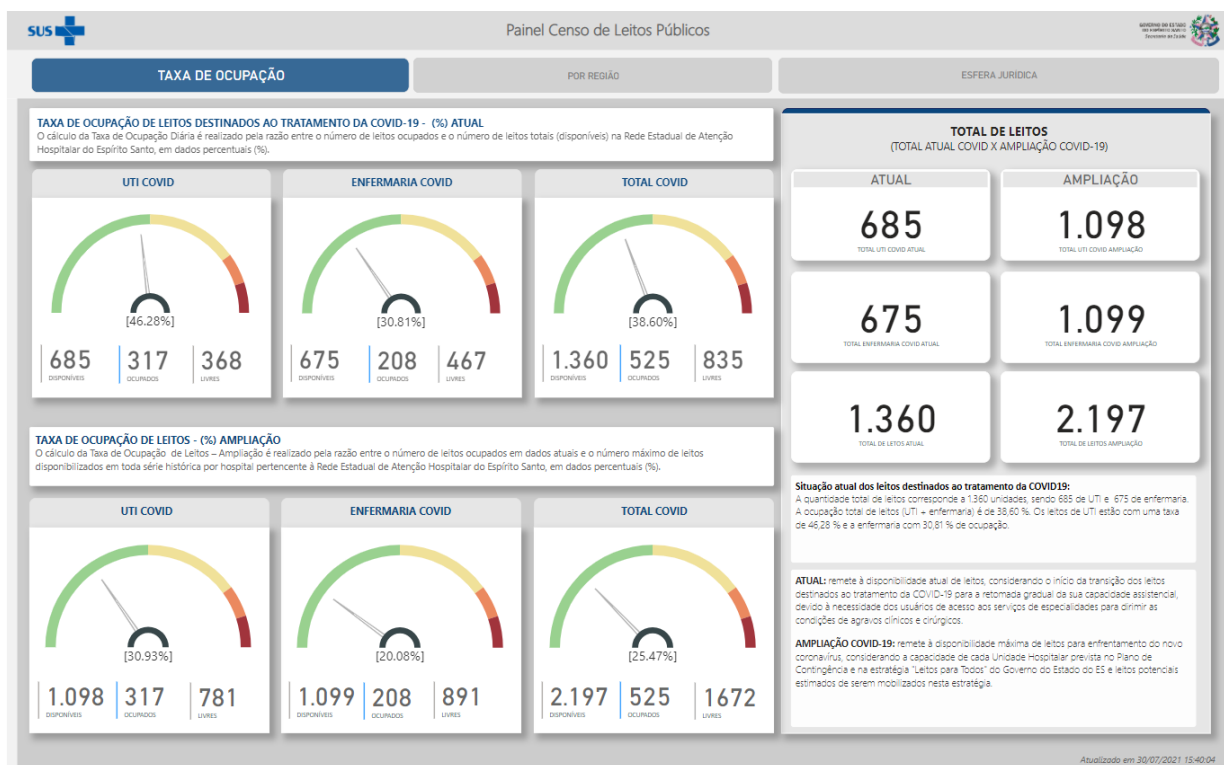


Figura 4. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - Sala de Situação

De acordo com a NOTA TÉCNICA ANVISA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, leitos de isolamento são definidos oficialmente como a acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 que deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas) e que deve reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível em áreas não assistenciais.

Esta mesma normativa define que os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Indica-se por esta recomendação oficial que na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto individual bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas), com portas fechadas e restringir o número de profissionais no local durante estes procedimentos.

Outras medidas de engenharia que envolvem a adaptação dos ambientes são recomendadas pela NOTA TÉCNICA ANVISA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020:

1. Uso de barreiras ou partições físicas para orientação e atendimento dos pacientes/acompanhantes nas áreas de triagem e adoção de divisórias entre pacientes nas áreas compartilhadas;
2. Evite-se aglomeração de pessoas nas áreas comuns como, por exemplo, refeitórios, copas, lanchonetes e salas de descanso/repouso;
3. Que se instale marcações e sinalizadores para o controle do distanciamento entre profissionais, pacientes e acompanhantes dentro dos serviços de saúde; e o estabelecimento das rotinas descritas no Quadro 3 NOTA TÉCNICA ANVISA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020.

Deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) em procedimento gerador de aerossol com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até $0,3\mu$ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde no atendimento ao paciente Covid-19, além do gorro descartável, óculos de proteção ou protetor facial (face shield), avental e luvas. Em procedimento que não possuem o risco de aerossolização, este tipo de máscara não é necessário, conforme tabela descritiva pela NOTA TÉCNICA ANVISA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020.

4. ESTRATÉGIA DE CONVIVÊNCIA DE RISCO E ORIENTAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

A organização das Unidades Assistenciais da Rede Hospitalar Pública e Contratualizada do Estado do Espírito Santo deve ser implementada mediante a estratégia de convivência de risco assistencial entre Covid-19 e demais comorbidades com demanda de internação hospitalar:

1. O quarto deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo as precauções para gotículas/aerossóis e contato, a fim de evitar a entrada/passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente ou box individual.
2. É importante definir o conceito de quarto individual ou box – sendo este um espaço com leito com separação física total. Área com uma área da UTI coletiva separada das demais apenas com uma meia parede (ou até parede inteira) e sem portas ou janelas não podem ser usados para isolamento respiratório.
3. O quarto também deve estar sinalizado quanto às medidas de precaução a serem adotadas: padrão, gotículas e contato ou aerossóis (conforme notas técnicas já disponibilizadas).
4. Antes da entrada do quarto de isolamento devem ser disponibilizadas:
 - a) Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica a 70% e lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
 - b) EPI apropriado, conforme nota técnica.
 - c) Mobiliário para guarda e descarte de EPI.
5. Os técnicos de enfermagem que atuam na assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser exclusivos, durante todo o seu turno de trabalho, não devendo circular por outras áreas de assistência e nem prestar assistência a outros pacientes (coorte de profissionais).
6. Os demais profissionais da equipe multidisciplinar podem não ser exclusivos, desde que sigam as recomendações evidenciadas anteriormente.
7. Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, tais como: fluxo dos

pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos de colocação e retirada de EPI, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.

8. Deve ser restringida a ampla entrada de visitantes.
9. Pacientes e acompanhantes/visitantes devem ser orientados a minimizar o risco de transmissão da doença, adotando ações preventivas já adotadas no hospital, principalmente o distanciamento social, o uso correto de máscaras e a higiene das mãos.
10. Recomenda-se que profissionais da saúde das unidades hospitalares não devem atuar nos serviços de saúde se estiverem com sintomas de doença respiratória aguda. Eles devem ser avaliados quanto aos sintomas e receber orientações para a realização de exames, afastamento e condições para o retorno às atividades, quando indicado seu afastamento.
11. Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros.
12. Caso não seja possível, todos os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com o seu uso) antes de serem utilizados em outros pacientes.

5. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19

A indicação de encaminhamentos pela Atenção Primária em Saúde, hospitais da Rede Estadual de Atenção Hospitalar para contrarreferência e Unidades de Pronto Atendimento – UPA/PA para conduta médica sofre influência técnica conforme o quadro clínico, definido no Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19. Desta maneira, possibilita a estratificação em coortes ou destinação em áreas de isolamento individual, conforme quadro sintomático apresentado para destinação do recurso hospitalar.

Testes Rápidos de Antígeno para Covid-19 com resultados negativos não exclui diagnóstico de Covid-19 e devem ser solicitados RT-PCR para confirmação ou descarte do caso suspeito. Sendo assim, não devem ser utilizados como barreira de acesso para destinação de

recurso hospitalar em leito clínico na melhor hierarquia disponível de necessidade do paciente, principalmente quando fora da janela temporal de testagem e sem clínica da doença estabelecida.

Quadro 02 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 – **CASOS LEVES**

DOENÇA NÃO COMPLICADA	<p>Quadro <u>compatível com infecção de vias aéreas superiores</u>, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos.</p> <p>Os sinais e os sintomas mais comuns são:</p> <ul style="list-style-type: none">• febre,• tosse,• dificuldade para respirar,• dor na garganta,• congestão nasal,• cefaleia,• mal-estar• mialgia. <p>Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico e não apresentar sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.</p>
------------------------------	---

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. mar.2020

Não necessita internação hospitalar ou encaminhamento para manejo de urgência em UPA/PA/HPP ou regulação do acesso para a referência hospitalar de Covid-19.

PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS POR OUTRAS PATOLOGIAS NÃO-COVID E QUE APRESENTAREM SINTOMAS LEVES NÃO SERÃO ENCAMINHADOS PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA COVID-19, que deverão organizar seus processos assistenciais em leito de isolamento e de coorte, na capacidade da unidade, para os casos de síndrome respiratória leve em pacientes da sua referência de internação hospitalar.

Quadro 03 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 – CASOS MODERADOS

PNEUMONIA SEM COMPLICAÇÕES	<p>Infecção adulto do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem sinais de pneumonia grave com tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida.</p> <p>Observação: Valores de referência de frequência respiratória de acordo com a faixa etária para avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 a 12 meses: 30 a 53 irpm• 1 a 2 anos: 22 a 37 irpm• 3 a 5 anos: 20 a 28 irpm• Escolar: 18 a 25 irpm• Adolescente: 12 a 20 irpm.
PNEUMONIA GRAVE	<p><u>Adolescente ou adulto</u>: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade descrito a seguir: <u>frequência respiratória > 30 incursões por minuto</u>; esforço respiratório severo; SpO2 < 93% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica.</p> <p>Crianças com tosse ou dificuldade para respirar mais pelo menos um dos critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">• cianose central ou spO2<90%;• esforço respiratório severo;• <u>sinais de PNM com aspectos de gravidade:</u><ul style="list-style-type: none">– uso de musculatura acessória para respiração;– incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos;– sibilância ou estridor em repouso;– vômitos incoercíveis;– alteração do sensorio: irritabilidade ou sonolência; convulsões. <p>A frequência respiratória que denota gravidade em crianças dependerá da idade, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none">• < 2meses: ≥60irpm• 2 a 11 meses: ≥50irpm• 1 a 5 anos: ≥40 irpm.

O diagnóstico é clínico prioritariamente baseado na estratégias de identificação de sintomas.

Imagens torácicas podem indentificar ou excluir complicações.

PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS POR OUTRAS PATOLOGIAS NÃO-COVID E QUE APRESENTAREM SINTOMAS MODERADOS NÃO SERÃO ENCAMINHADOS PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA COVID-19, que deverão organizar seus processos assistenciais em leito de isolamento e de coorte, na capacidade da unidade, para os casos de síndrome respiratória moderada em pacientes da sua referência de internação hospitalar, caso seja em leito de UTI de sua unidade.

Quadro 04 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 – CASOS GRAVES

<p>SÍNDROME DA ANGÚSTIA RESPIRATÓRIA AGUDA</p>	<p>Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até uma semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (infiltrados, opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação.</p> <p>Comprometimento da oxigenação em adultos e crianças (OI = Índice de Oxigenação (PaO₂/FiO₂):</p> <p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SARA leve: 200 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg (com Peep ou Cpap ≥ 5 cm H₂O, ou não ventilado). • SARA moderada: 100 mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 200 mmHg (com PEEP ≥ 5 cm H₂O, ou não ventilado). • SARA GRAVE: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 com PEEP ≥ 5 cm H₂O, ou não ventilado). • Quando a PaO₂ não está disponível, a SpO₂/FiO₂ ≤ 315 sugere SARA (inclusive em pacientes não ventilados). <p>Crianças:</p> <p>Use a métrica baseada no PaO₂, quando disponível. Caso o PaO₂ não esteja disponível, desmame a FiO₂ para manter a SpO₂ ≤ 97% para calcular o OSI ou a relação SpO₂/FiO₂:</p> <p>Ventilação não invasiva ou Cpap bi nível ≥ 5 cm H₂O através de máscara facial completa:</p> <p>PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg ou SpO₂/ FiO₂ ≤ 264.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SARA LEVE (com ventilação invasiva): 4 ≤ OI < 8 ou 5 ≤ OSI < 7,5. • SARA MODERADA (com ventilação invasiva): 8 ≤ OI < 16 ou 7,5 ≤ OSI < 12,3. • SARA GRAVE (com ventilação invasiva): OI ≥ 16 ou OSI ≥ 12,3.
<p>SEPSE</p>	<p>Síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada.</p> <p>São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.</p>
<p>CHOQUE SÉPTICO</p>	<p>Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada e requerendo o uso de vasopressores para manter PAM ≥ 65 mmHg.</p> <p>Crianças: qualquer tipo de hipotensão (SBP < 5º percentil ou > 2 DP abaixo do normal para a idade) ou dois ou três dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em menores de 12 meses e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); preenchimento capilar prolongado (> 2 seg) ou pulso fraco; taquipneia; pele manchada ou fria ou erupção petequeal ou purpúrica; aumento do lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.</p>

O diagnóstico é clínico prioritariamente baseado na estratégias de identificação de sintomas.
Imagens torácicas podem indentificar ou excluir complicações.

PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS POR OUTRAS PATOLOGIAS NÃO-COVID-19 E QUE APRESENTAREM SINTOMAS NÃO SERÃO ENCAMINHADOS PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA COVID-19, que deverão organizar seus processos assistenciais em leito de isolamento e de coorte, na capacidade da unidade, para os casos de síndrome respiratória grave em pacientes da sua referência de internação hospitalar, caso seja em leito de UTI de sua unidade.

6. REGULAÇÃO DOS RECURSOS HOSPITALARES DESTINADOS À COVID-19 (CASOS DE SRAG)

6.1 LEITOS DE ENFERMARIA

1. Pacientes com pneumonia com complicações ou pneumonia grave tem indicação de hospitalização imediata após medidas iniciais de isolamento para avaliação clínica, de acordo com a evolução respiratória e/ou hemodinâmica (primeiras 4 horas) após oxigenioterapia e hidratação.
2. Os critérios de indicação e estratificação de risco para priorização na Regulação Médica das solicitações de internação em leitos de enfermaria devem seguir os níveis de agravamento do estado clínico do usuário.
3. Os principais sinais e sintomas para paciente com indicação de internação em enfermaria são:

Quadro Gripal (**quando descartado outras condições associadas**) +

- Dispneia
- Saturação de oxigênio < 93% em ar ambiente
- Desconforto respiratório
- Piora das condições clínicas de base

4. Assim, todo paciente com sinais acima descrito, sem demais complicações, deverão ser monitorados em regime de internação em leito de enfermaria.

Caso o paciente já esteja internado em hospital com a melhor hierarquia de recurso para o caso leve ou moderado de síndrome respiratória, este não deverá ser regulado.

5. Para pacientes proveniente de acesso por UPA/PA ou HPP e que apresente SRAG como demanda da internação, este deverá ser regulado para leito clínico da referência de Covid-19 disponível na Rede Estadual de Atenção Hospitalar.
6. Deverá ser observado o critério de transmissibilidade da doença (período de transmissão baseado em tempo de sintomas e estado de imunossupressão prévia) para critério de seleção de leitos de isolamento ou de coorte em enfermarias gerais.

6.2 LEITOS DE UTI

1. A avaliação da necessidade de terapia intensiva em leito destinado para Covid-19 devem seguir as indicações para internação em UTI, a saber:

Quadro Gripal (quando descartado outras condições associadas) +

- Choque (hipotensão sem resposta a fluidos)
- Insuficiência respiratória
- Necessidade de O₂ > 5L/min (para SatO₂ 92%)
- FR>30 irpm
- Retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,25)

2. Assim, são indicações de regulação para UTI devido ao quadro gripal:
 - Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina).
 - Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia com necessidade de mais de 5l/min de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 92%, taquipneia

com frequência respiratória acima de 28 inspirações por minuto e retenção de gás carbônico com PaCO₂ > 50mmHg e/ou pH < 7,25.

- Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.
- 3. Para pacientes proveniente de acesso por de UPA/PA ou HPP e que apresente SRAG como demanda da internação com critério de gravidade, este deverá ser regulado para leito de UTI da referência de Covid-19 disponível na Rede Estadual de Atenção Hospitalar.
- 4. Deverá **ser observado o critério de transmissibilidade da doença (período de transmissão baseado em tempo de sintomas e estado de imunossupressão prévia)** para critério de seleção de leitos de isolamento ou de coorte em UTI gerais.

7. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

O atendimento e tratamento devem ser realizados conforme o quadro clínico apresentado pelo paciente, sendo que os casos de sintomas mais leves podem ser acompanhados pela equipe da Atenção Primária em Saúde, por meio de isolamento domiciliar. É importante considerar o contexto pós-Covid-19 para pacientes com doença já previamente diagnosticada como caso confirmado nos últimos 90 dias.

Assim sendo, conforme sinais e sintomas de agravamento do quadro clínico indicados nesta Nota Técnica, o paciente deverá ser referenciado para serviço de saúde de maior complexidade, sendo os Pronto Atendimentos (PA) e as Unidade de Pronto Atendimentos (UPA) as primeiras portas de acesso, nos municípios que dispõem desse recurso. Em cidades ou regiões que não possuem esse recurso, hospitais de pequeno porte (HPP), através de seus pronto socorros devem fazer o acolhimento inicial.

Após esse acolhimento inicial, diante da necessidade de encaminhamento para serviços de referência deve-se atentar para a necessidade de leitos de isolamento, sendo que a regulação do paciente deve, obrigatoriamente, seguir as seguintes vias:

1. SAMU, para regiões onde dispões desse recurso, ao tratar-se de pacientes graves e com necessidade de acolhimento na emergência. Este serviço pode utilizar de suas prerrogativas, sendo o recurso de VAGA ZERO uma delas;
2. Contato Direto, em locais onde dispõe de processo estabelecido, através de Rede de Urgência e Emergência (RUE);
3. Central de Regulação de Leitos (NERI), para as demais situações, independente do quadro do paciente, em locais onde não existam o contato direto com pronto socorros de referência ou ausência de cobertura SAMU.
4. Pacientes graves sempre devem regulados, além via sistema de regulação estadual através do telefone para destacar a urgência do caso.

<http://leitos.regulacao.saude.es.gov.br/regulador/#/login>

O paciente já em recurso hospitalar da Rede Estadual, o plano terapêutico proposto deve ser seguido. Mediante necessidade de isolamento por quadro respiratório, paciente deverá ser manejado no melhor recurso dentro do hospital, conforme orientação de sua CCIH. Logo, se o quadro gripal surgir no paciente internado ou à internação regulada, a equipe assistencial deverá tratar a doença principal como demanda prioritária de internação hospitalar.

Na situação instabilidade hemodinâmica e necessidade de VAGA ZERO, o paciente deve ser encaminhado imediatamente para a Porta de Entrada de Urgência 24H **mais próxima para primeiro atendimento e estabilização, independente se ser referência para a Covid-19.** Após estabilização, este deverá ser contrarreferenciado para a unidade adequada pelo SAMU ou pelo NERI, no território de abrangência em que este não atua.

VAGA ZERO: A Resolução do CFM 2.110/2014 determina que a chamada “vaga zero” seja prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências. É um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, mas deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

7.1 PASSO A PASSO PARA REGULAÇÃO E REFERÊNCIA DE CASOS LEVES

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por Covid-19 descritas acima, o usuário deverá solicitar coleta de amostra domiciliar, se houver em seu município, ou procurar atendimento na Atenção Primária ou na Unidade de Pronto Atendimento mais próxima de sua residência.

2º Passo: No atendimento, caso usuário seja reconhecido como caso suspeito, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnósticos, conforme nota técnica.

3º Passo: O usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações.

4º Passo: Após o resultado do exame o paciente receberá informações acerca do período recomendado do isolamento domiciliar ou da descontinuidade do mesmo.

5º Passo: A equipe da Atenção Primária manterá monitoramento dos casos suspeitos e confirmados em isolamento domiciliar do município.

6º Passo: Em caso de agravamento do quadro clínico, o usuário deverá procurar atendimento imediato em Unidade de Pronto Atendimento.

7.2. PASSO A PASSO PARA REGULAÇÃO E REFERÊNCIA DOS CASOS MODERADOS E GRAVES

7.2.1 Via de entrada na UPA / PA 24H

<p>1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19, o usuário poderá procurar atendimento na UPA 24H.</p>
<p>2º Passo: A UPA 24H / PA deverá acolher o usuário, classificar o risco e realizar o primeiro atendimento.</p>
<p>3º Passo: Caso usuário seja reconhecido como caso suspeito, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnóstico.</p>
<p>4º Passo: Conforme a evolução clínica o médico assistente poderá dar alta ao usuário ou solicitar internação hospitalar.</p>
<p>5º Passo: Em caso de alta, o usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações e será contra-referenciado para acompanhamento na Atenção Primária.</p>
<p>6º Passo: Em caso de necessidade de internação em leito de enfermaria, a vaga será solicitada via sistema de online de regulação ao NERI (Núcleo Especial de Regulação da Internação). (http://leitos.regulacao.saude.es.gov.br/regulador/#/login). No caso de pacientes com indicação de internação em UTI, deverá ser aberto chamado telefônico no SAMU 192, no território de abrangência em que este atua.</p>
<p>7º Passo: O Médico Regulador fará busca da vaga mais adequada na rede. Podendo referenciar para uma unidade na mesma região de saúde ou a mais próxima com o recurso necessário ao paciente.</p>
<p>8º Passo: Ao encontrar uma vaga disponível, regular ou receber liberação de regulação para a vaga.</p>
<p>9º Passo: O NERI informa via saiu sistema de online de regulação a unidade solicitante para providência do transporte do usuário e monitora até a admissão na unidade de internação, sendo que nos casos reagudizados o SAMU fará a transferência.</p>
<p>10º Passo: O serviço solicitante com mais de 50 quilômetros de distância da unidade executante poderá acionar o NERI.</p>
<p>11º Passo: Não serão admitidas recusas do leito destinado por parte do paciente ou seu representante legal. Assim, todo paciente regulado deverá ser transferido para o recurso disponibilizado, evitando desassistência na unidade solicitante aos demais usuários, decorrente</p>

da sobrecarga de serviço. Os casos de exceção deverão ser avaliados em conjunto com o Serviço Social, onde houver

7.2.2 Via de entrada na Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H – Para cidades ou regiões onde esse recurso é a referência

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 (conforme tabela 02 ou 03), o usuário deverá procurar atendimento na Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H mais próxima de sua residência.

2º Passo: A Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H deverá acolher o usuário, classificar o risco e realizar o primeiro atendimento.

3º Passo: Caso usuário seja reconhecido como caso suspeito, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnóstico, conforme nota técnica COVID-19 da SESA para Definição de Casos Operacionais e Critérios de Coleta.

4º Passo: A depender do quadro clínico, o usuário poderá permanecer em observação, sendo reavaliado periodicamente, para definição de conduta.

5º Passo: Conforme a evolução clínica o médico assistente poderá dar alta ao usuário ou solicitar internação hospitalar.

6º Passo: Em caso de alta, o usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações e será contra-referenciado para acompanhamento na Atenção Primária. Se necessária internação, será avaliada a disponibilidade de vaga de enfermaria ou UTI isolamento (se teste negativo com forte suspeita clínica) ou coorte (teste positivo) na própria unidade, ou necessidade de solicitar vaga na rede, que será requisitada via sistema de online de regulação ao NERI (Núcleo Especial de Regulação da Internação). (<http://leitos.regulacao.saude.es.gov.br/regulador/#/login>).

7º Passo: O Médico Regulador fará busca da vaga mais adequada na rede. Podendo referenciar para uma unidade na mesma região de saúde ou a mais próxima com o recurso necessário.

8º Passo: Ao encontrar uma vaga disponível, o médico deverá regular para o leito.

9º Passo: O NERI informa via sistema de online de regulação a unidade solicitante para providência do transporte do usuário e monitora até a admissão na unidade de internação.

10º Passo: O serviço solicitante com mais de 50 quilômetros de distância da unidade executante poderá acionar o NERI para apoio ao transporte.

11º Passo: Para os Hospitais de Pequeno Porte, o transporte e a regulação de pacientes graves serão realizado pelo SAMU 192.

12º Passo: Não serão admitidas recusas do leito destinado por parte do paciente ou seu representante legal. Assim, todo paciente regulado deverá ^{1,2} ser transferido para o recurso disponibilizado, evitando desassistência na unidade solicitante aos demais usuários, decorrente da sobrecarga de serviço. Os casos de exceção deverão ser avaliados em conjunto com o Serviço Social, onde houver.

7.2.3 Via SAMU 192

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19, o usuário poderá ligar no telefone 192 para solicitar atendimento do SAMU 192.

2º Passo: SAMU 192 abrirá ocorrência e o Médico Regulador após analisar o relato com o quadro clínico detalhado do usuário definirá se encaminhará o paciente para atendimento em Unidade de Pronto Socorro por meios próprios ou enviará a USB ou USA, quando constatar potencial de gravidade com necessidade de urgência no atendimento.

3º Passo: A equipe da USB ou USA realizará o primeiro atendimento e atualizará o quadro clínico para o Médico Regulador, o qual definirá a necessidade de encaminhamento do usuário para uma Porta de Entrada de Urgência.

4º Passo: A equipe da USB ou USA transportará o usuário até a Porta de Entrada de Urgência mais adequada ao quadro clínico (PA/UPA 24 ou Porta de Entrada de Urgência Hospitalar).

7.3. PASSO A PASSO PARA REGULAÇÃO E REFERÊNCIA DOS CASOS DE REINFECÇÃO OU SÍNDROME PÓS-COVID-19

1. Conforme publicação do *Centers for Diseases Control/EUA* (CDC/EUA), evidências acumuladas até o momento dão suporte à interrupção das precauções adicionais e isolamento para pessoas com Covid-19 em uma estratégia baseada em tempo de manifestação de sintomas. Essa recomendação limita o **prolongamento desnecessário** do isolamento dos pacientes e da utilização de recursos laboratoriais, leitos dedicados para Covid-19 e outros insumos estratégicos para enfrentamento da pandemia. (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>)

¹ Portaria SESA Nº 77 - R DE 30/04/2020 - Estabelece normas para internação, reinternação e transferência de pacientes em na rede SUS.

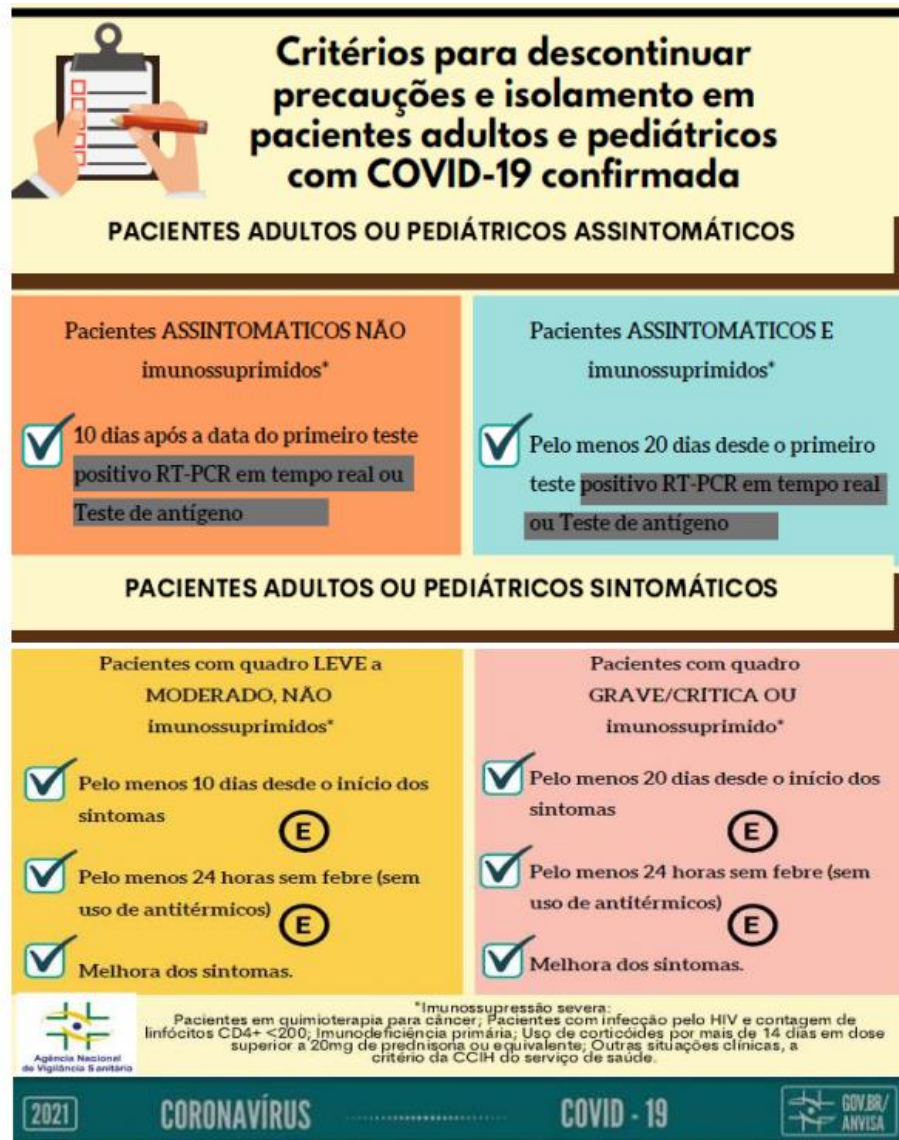
² PORTARIA Nº 064-R, DE 01/04/ 2021. Dispõe sobre o conceito de autoridade sanitária de órgão ou agente público, instituindo responsabilidades, com a finalidade de prevenir e mitigar riscos ao acesso à saúde.

2. Os dados disponíveis indicam **que pessoas com Covid-19 leve a moderada podem transmitir o vírus não mais que 10 dias após o início dos sintomas**. Pessoas **com doença mais grave a crítica ou pessoas imunocomprometidas**, provavelmente podem transmitir o vírus **não mais que 20 dias após o início dos sintomas**.
3. **As pessoas recuperadas podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-CoV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas (PCR detectável)**, após o início da doença, embora em concentrações **consideravelmente mais baixas que durante a doença**, em faixas nas quais o vírus competente para replicação não foi recuperado com segurança e **que a possibilidade de infecção é improvável**. É importante destacar, que os dados atualmente disponíveis são derivados de evidências em adultos; dados equivalentes de crianças e bebês não estão disponíveis no momento.
4. Além disso, **estudos não encontraram evidências de que pessoas clinicamente recuperadas, com persistência de RNA viral, tenham transmitido SARS-CoV-2 para outras pessoas**. Esses achados reforçam a utilização de uma estratégia baseada em sintomas, em vez de em testes laboratoriais para interromper o isolamento desses pacientes, evitando assim que pessoas que não estejam mais em período de contagiosidade sejam mantidas desnecessariamente isoladas e excluídas do contato com outras pessoas, do trabalho ou de outras responsabilidades e manejados em leitos que requeiram giro rápido, como os exclusivos destinados para manejo da Covid-19.
5. Ainda é importante destacar, que as precauções-padrão devem sempre ser aplicadas a todos os pacientes independentemente de estarem ou não com precauções adicionais e isolamento.
6. Resumidamente, as orientações operacionais para estes casos devem seguir:
 - As orientações para o quarto de isolamento ou área de coorte devem ser rigorosamente seguidas, como determina o documento **Nota Técnica 04/2020 e NT 07/2020 e todas as suas atualizações posteriores, disponível em:**

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/category/Covid-19>

- Imunossupressão severa é considerada para pacientes em quimioterapia para câncer; pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ <200; imunodeficiência primária; uso de corticoides por mais de 14 dias em dose superior a 20mg de prednisona ou equivalente; outras situações clínicas, a critério da SCIH/CCIH do serviço de saúde.
- A duração das precauções e isolamento deverá ser estabelecido na estratégia baseada em sintomas e como alternativa, a na estratégia baseada em testes, nos

termos da Nota Técnica 04/2020 ANVISA e conforme sintetizado na figura ilustrativa abaixo:



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2020

Figura 05. Critérios para Desconsiderar precauções e isolamentos em pacientes adultos e pediátricos com Covid-19 confirmada. Disponível em Nota Técnica 07/2020 ANVISA, atualizada em 23/07/2021.

- O teste padrão-ouro para diagnóstico da COVID-19 em pacientes que requeiram internação hospitalar e apresentam sintomas para a doença é o RT-PCR em tempo real, o qual detecta o RNA do vírus SARS-CoV-2. O melhor momento para sua coleta é entre o 3º e 8º dia a partir do início dos sintomas, por meio da coleta de swab de nasofaringe. Testes rápidos para antígeno **não são critérios para determinação de diagnóstico para os casos negativos**, principalmente aqueles que se encontram fora do período de testagem (do 1º ao 7º dia de início de sintoma respiratório).
- Os testes sorológicos (testes rápidos) são aqueles que detectam anticorpos produzidos contra o vírus SARS-CoV-2 e o melhor momento para sua coleta é a partir

de 10 a 15 dias do início dos sintomas. **Podem ser usados como exame complementar para diagnóstico de infecção prévia ou recente por COVID-19, especialmente quando a infecção viral está em via aérea baixa e o RT-PCR em tempo real pode ser negativo em secreção de nasofaringe.**

- **Testes sorológicos não devem ser utilizados isoladamente para estabelecer presença ou ausência de infecção ou re-infecção por SARS-CoV-2, diagnóstico de Covid-19, bem como para indicar período de infectividade da doença ou sinalizar possibilidade de retirada do isolamento.**
- Para pessoas imunocomprometidas, uma estratégia baseada em teste RT-PCR em tempo real pode ser considerada, desde que realizada em conjunto com a avaliação de um especialista em doenças infecciosas. Considerando o tempo para seu resultado, não deve ser exigido como garantia de acesso do paciente com sintomas e clínica compatível com Covid-19 que apresente gravidade.
- Para todas as outras situações, a estratégia de isolamento baseada em teste não deve mais ser considerada, exceto nas situações em que seja necessário descontinuar precauções adicionais e isolamento antes do período recomendado pela estratégia baseada em sintomas, descrita no documento.
- As recomendações para pacientes neonatais em UTIN ou Alojamento Conjunto, considerando as especificidades dos recém-nascidos e que uma parcela dessas crianças é imunodeprimida, principalmente os prematuros, seguem orientações para descontinuar as precauções nessa população, que são preferencialmente baseadas em sintomas e nos resultados de RT-PCR em tempo real (assim como na orientação para a população imunodeprimida pediátrica e adulta).
- Para pessoas previamente diagnosticadas com Covid-19 sintomático que permanecem assintomáticos após a recuperação **um novo teste não é recomendado até 3 meses (90 dias) a partir da data de início dos sintomas.**
- Se essa pessoa permanecer assintomática durante esse período de 3 meses (90 dias), é improvável que um novo teste forneça informações úteis, mesmo que a pessoa tenha tido contato próximo com uma pessoa infectada.
- Para pessoas previamente diagnosticadas com Covid-19 sintomático que desenvolvem novos sintomas consistentes com COVID-19 durante os 3 meses (90 dias) após a data do início dos sintomas, se uma etiologia alternativa não puder ser identificada (como Influenza, por exemplo), a **pessoa poderá realizar um novo teste, desde que seja realizado em conjunto com a avaliação de um especialista em doenças infecciosas e o isolamento pode ser considerado, especialmente se os sintomas se desenvolverem dentro de 14 dias após contato próximo com uma pessoa infectada.**

7. Neste aspecto, a determinação isolada sem critérios clínicos e epidemiológicos da realização de testagens por antígeno torna-se desnecessária para indicação em de recursos hospitalares para o tratamento e manejo do novo coronavírus. Nos casos negativos por antígeno, testes de RT-PCR devem ser colhidos dentro do período indicado e o paciente pode permanecer indefinidamente em suspeita em período epidemiológico distinto ao indicado para ambas coletas.
8. Esta prática inviabiliza o acesso e torna-se moroso a garantia do recurso adequado no tempo e momento oportuno e seguro para o tratamento da clínica principal demandante da internação, em outras demandas clínicas que não a Covid-19. Assim sendo, permite ao médico regulador avaliar clinicamente achados de solicitações para pacientes que apresentem sintomatologia gripal por mais de 10 dias consecutivos, no intuito de decidir recurso adequado em descontinuidade de precauções de isolamento adicionais motivadas exclusivamente por este motivo.
9. Portanto, os Hospitais da Rede Estadual próprios e contratualizados pertencentes à SESA deverão organizar seus fluxos para:

RECEBIMENTO de pacientes da Rede de Atenção à Saúde, nas demandas do processo estadual regulatório, o inclui retaguarda para pacientes das referências Covid-19, em leitos clínicos de enfermaria e cuidados intensivos em fase subaguda da doença, sem critério de precaução para isolamento respiratório.

ORGANIZAÇÃO dos processos assistenciais em leito de isolamento e de coorte, na capacidade da unidade, para os casos de síndrome respiratória em pacientes da sua referência de internação hospitalar.

10. Para compreensão da Covid-19 em seu período agudo e pós-agudo no contexto da internação hospitalar inclui-se a persistência dos sintomas ou desenvolvimento de complicações, após três ou quatro semanas, a partir do início dos sintomas agudos. Deste modo, divide-se esses pacientes em três categorias:
 - A. **COVID-19 AGUDA**: pacientes com a doença manifestada por sintomas respiratórios moderados a graves, dentro do período de transmissibilidade da doença (critério de isolamento ou estabelecimento de coortes, na estratégia baseada em início de sintomas).
 - B. **COVID-19 SUBAGUDO SINTOMÁTICO OU CONTÍNUO**: compõe-se de pacientes com sintomas e anormalidades variantes entre quatro e 12 semanas, além do período Covid-19 agudo, com critérios de internação hospitalar. Estes pacientes são considerados pacientes clínicos e devem ter seu acesso regulado a unidades assistenciais pertencente Rede Estadual de Atenção Hospitalar, em especial as principais

referências da retaguarda clínica. Serão destinados às referências com recursos no território, conforme as necessidades clínicas do paciente.

C. SÍNDROME CRÔNICA OU PÓS COVID-19: compõe-se de pacientes com sintomas e anormalidades persistentes ou presentes além de 12 semanas do início da Covid-19 aguda e não atribuíveis a diagnósticos alternativos, com critérios de internação hospitalar. Serão destinados às referências com recursos no território, conforme as necessidades clínicas do paciente, principalmente de cuidados prolongados e/ou de reabilitação.

11. Os efeitos da infecção pela Covid-19 podem, além de se estender por meses nos indivíduos, aumentar o risco de morte e desenvolvimento de condições crônicas e entre as manifestações mais graves, destacam-se: fibrose pulmonar, dano miocárdico viral direto ou como consequência das internações hospitalares prolongadas, com redução de função sistólica e arritmias, distúrbios tromboembólicos, déficit neuro cognitivo e Síndrome de Guillain-Barré. Nesse espectro, também estão incluídos sintomas psiquiátricos e alterações dermatológicas.
12. A Portaria N.º 064-R, de 01 de abril de 2021 dispõe sobre o conceito de autoridade sanitária de órgão ou agente público, instituindo responsabilidades, com a finalidade de prevenir e mitigar riscos de acesso à saúde. Desta maneira, adota-se na Rede de Atenção Hospitalar pertencente a esta SESA a atribuição do agente público regulador definir o recurso e o destino adequado ao paciente, podendo o fazer compulsoriamente, no momento que identificar urgência de resolução do quadro clínico do mesmo, sem necessidade de avaliação prévia do serviço executante, que deverá acolher o usuário, garantindo o acesso.
13. A comunicação da decisão desse agente deverá ser realizada aos médicos assistentes ou núcleos internos de regulação das unidades hospitalares, sendo esta comunicação obrigatória entre médicos. Se o NIR de algum serviço não tiver médico no momento essa comunicação deve ocorrer com o médico plantonista que vai receber o paciente. Desta maneira, o serviço executante não poderá rejeitar o encaminhamento do paciente já em remoção com retenção de ambulâncias, devendo esclarecimentos e regulações necessários serem resolvidos em contato direto com o NERI após o recebimento do paciente no leito, jamais durante ou na sua entrada.
14. **Nenhuma outra estratégia isolada diferente do padronizado nesta Nota Técnica devem impedir o acesso ao paciente SUS com recurso hospitalar estadual definido pelo médico regulador** (SAMU ou NERI), destinado pela autoridade sanitária de Estado. Assim sendo, pacientes regulados pelo NERI sejam em leitos para SRAG por

Covid-19 ou leitos clínicos em geral, com ou sem síndrome respiratória, jamais deverão ser devolvidos pela Unidade Hospitalar Executante pertencente à Rede de Atenção Estadual Hospitalar para uma unidade com menos recursos às necessidades do paciente, como as UPA/PA ou HPP.

15. Desta forma, orienta-se a todas Unidades da Rede de Atenção à Saúde a adoção das orientações da Nota Técnica 04/2020 e 07/2020 da Anvisa, verificando sistematicamente as suas atualizações. Logo, devem ser organizadas estratégias com medidas efetivas que evitem barreiras de acesso de usuários, acolhendo e atendendo de forma humanizada e consciente às suas necessidades clínicas motivadoras da referência de internação na Atenção Hospitalar.
16. Ressalta-se que todos hospitais do Estado do Espírito Santo deverão manter pelo menos 01 (um) leito de isolamento, para resolutividade da garantia do acesso, evitando barreiras de cuidado ao usuário. Devem possuir competência de gerenciar seus leitos, profissionais de saúde, insumos, materiais, equipamentos e EPI no contexto de pandemia, transição de leitos e período pós-pandemia, incluindo os casos de cronificação de Covid-19, estando estes fora do período de transmissibilidade da doença.
17. Por fim, devem ser eficientes para casos de maior complexidade de necessidade de saúde, realizando manejo terapêutico, regulação e encaminhamento de altas de isolamento ou de critérios de Covid-19, em exclusividade, no tempo oportuno e seguro, conforme estabelecido nesta Nota Técnica. Assim sendo, toda porta de entrada de unidade hospitalar deve ser capaz de promover a estabilização dos pacientes e em continuidade, regular ao serviço de referência da condição de saúde / linha de cuidado que demande e motive a internação.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 24 de janeiro de 2020, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES) ativou o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), para gerenciar as ações de prevenção e controle do novo coronavírus, declarado como pandemia pela Organização Mundial de Saúde. Em relação à doença Covid-19, há emergência de novos sorotipos com diferente transmissibilidade e virulência. Produção em massa de vacina para ampla imunização populacional mundial e capixaba faz-se necessária.

No cenário da pandemia do novo coronavírus, o cuidado do Estado do Espírito Santo nas Redes de Atenção à Saúde está centrado na padronização das ações para detectar precocemente pessoas caracterizadas como casos suspeitos da infecção, na realização manejo

inicial nas portas de entradas da Rede de Urgência e Emergência, com acionamento de transporte e encaminhamentos para unidades de referência de forma oportuna e segura.

Além disso, o critério de testagem foi ampliado para identificação de uma maior cobertura dos casos suspeitos, com realização precoce do manejo de isolamento domiciliar, de modo ágil e estratégico da contenção de transmissão nas cadeias epidemiológicas.

Vitória, 10 de agosto de 2021

ALESSANDRA BAQUE BERTON

Gerente de Regulação do Acesso à Assistência à Saúde
Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde

NÁDIA MENDONÇA FERREIRA

Gerente de Gestão Hospitalar
Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde

ORLEI AMARAL CARDOSO

Gerente de Vigilância em Saúde
Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde

9. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

_____. Governo de Estado de Saúde do Espírito Santo. Legislação. Enfrentamento Novo Coronavírus. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/legislacao>. Acesso em 22/08/2020.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV), Ministério da Saúde, 1ª edição revisada – 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_Covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em 20/03/2021.

_____. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. Brasília/DF. Fevereiro de 2020.

AMIB. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. Abril 2020. Atualizado em 10 de junho de 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf. Acesso em 25/07/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Portaria Nº 2.181, de 19 de agosto de 2020. Define o procedimento para o registro obrigatório de internações hospitalares dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, nos estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam serviços no SUS.

Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Portaria SAS/MS Nº 312, de 30 de abril de 2002. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

Brasil. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 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). (atualizada em 27/10/2020). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2020.

Portaria Nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

UFRGS. Necessidades assistenciais para o manejo de sintomas persistentes e Síndrome pós-COVID-19. TelessaúdeRS-UFRGS, 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/necessidades-assistenciais-para-o-manejo-de-sintomas-persistentes-e-sindrome-pos-Covid-19/>. Acesso em 25/06/2021.