GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA - SESAP
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E CONTROLE EM SAÚDE - CPS
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES DE REFERÊNCIA – COHUR
IV UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – IV URSAP

PLANO REGIONAL DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2)
4ª REGIÃO DE SAÚDE

Caicó/RN
03 Janeiro/2021

RIO GRANDE DO NORTE
GOVERNO DO ESTADO

MARIA DE FÁTIMA BEZERRA
Governadora do Estado do Rio Grande Do Norte

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS
Secretário de Estado da Saúde Pública

MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA
Secretária Adjunta da Secretaria de Estado do Rio Grande do Norte

LYANE RAMALHO CORTEZ
Subsecretária de Gestão das Regiões e Redes de Atenção

CORDÉLIA MARIA DE ARAÚJO
Gerente da IV URSAP

SUMÁRIO

1. Introdução 4
2. Objetivos do Plano Regional para enfrentamento da Covid-19 na 4ª Região de Saúde, RN 6
3. Caracterização da 4ª Região de Saúde 7
4. Características da doença 9
4.1. Agente etiológico 9
4.2.Diagnóstico 11
5. Vigilância em Saúde 13
5.1. Definição de casos 13
5.2. Notificação 15
5.3. Critérios para investigação dos casos de reinfecção 16
5.4. Critérios para investigação dos casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIMP) 16
5.5.Vigilância à Saúde do Trabalhador 18
5.6. Vigilância laboratorial – Política de testagem 21
6. Rede de Assistência à Saúde 25
6.1. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento da Pandemia de Covid 19 25
6.2.Regulação para acesso a leitos Covid 19 28
6.3. Caracterização da Rede de Assistência para Enfrentamento ao COVID 19 33
7.Atuação dos Profissionais de Saúde na Atenção Básica 41
8. Atuação dos Profissionais de Saúde nas Unidades Hospitalares (Pronto Socorro, Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva) 44
9. Atuação das equipes de saúde prisional (ESP) e estratégia de saúde da família (ESF) no sistema prisional, no âmbito da APS 45
10. Saúde mental e atenção psicossocial durante a pandemia pelo novo coronavírus 46
11.Outras medidas que evitam a transmissão de doenças respiratórias 48
12. Biossegurança 48
13.Referências 49
14.Anexos 51
14.1 Anexo I-Classificação de Risco e Manejo do Paciente 52
14.2. Anexo II -Critérios de Internação 53
14.3. Anexo III -Dimensionamento de Equipamentos para as Unidades Hospitalares 54
14.4. A nexo IV- Dimensionamento de Pessoal para as Unidades Hospitalares 56
14.5. Anexo V- Necessidades de Adequações para o Hospital Regional Telecila Freitas Fontes 59
14.6. Anexo VI- Necessidades de Adequações para os leitos da EMCM/UFRN e Liga 59
14.7. Anexo 7- Condicionantes clínicos obstétricos para atendimento (Nota Técnica Conjunta nº 11/2020/SESAP) 60

1. INTRODUÇÃO

O escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi informado em dezembro de 2019 de casos de pneumonia de etiologia (causa) desconhecida detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. As autoridades chinesas em 7 de janeiro de 2020 anunciaram que o vírus causador do surto era uma nova cepa do coronavírus. Os coronavírus (CoV) são uma grande família de vírus que causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV). Os coronavírus são zoonóticos, e investigações detalhadas descobriram que o SARS-CoV foi transmitido de gatos da cidade para humanos e o MERS-CoV de camelos/dromedários para humanos. Todos os coronavírus que afetam humanos tem origem animal.

O novo coronavírus foi classificado como SARS-CoV-2, trata-se de uma cepa que não foi previamente identificada em humanos, fato que tem dificultado a descrição detalhada do espectro clinico da infecção, bem como o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. A princípio os pacientes identificados com a doença respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2 na China tiveram contato com animais vivos, em um mercado de frutos do mar e animais vivos da cidade de Wuhan, sugerindo a disseminação da doença de animais para pessoa, porém um número crescente de pacientes supostamente não se expôs a este mercado de animais, indicando assim a disseminação de pessoa para pessoa.

O modo de transmissão de pessoa para pessoa pode ter ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. O período médio de incubação é de 5 dias, com intervalo que pode chegar até 16 dias. Dados preliminares da doença respiratória aguda (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas, no entanto até o momento as informações são insuficientes para determinar o período que uma pessoa infectada pode transmitir o vírus.

As manifestações clinicas da doença respiratória aguda (COVID-19) podem variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa, de acordo com os dados mais atuais os sinais e sintomas clínicos são principalmente respiratório, com apresentação de febre, tosse e dificuldade para respirar. As complicações incluíram síndrome respiratória aguda

grave-SRAG, lesão cardíaca aguda e infecção segundaria e óbito. O diagnóstico pode ser: clínico observando os quadros de síndrome gripal, com investigação clínico-epidemiológica e exame físico e laboratorial específico para Coronavírus com as técnicas de detecção do genoma viral (RT-PCR) em tempo real e sequenciamento parcial ou total. O diagnóstico diferencial deve ser realizado para influenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros. Até o momento o tratamento é inespecífico, com adoção de medidas de suporte, levando em consideração o diagnóstico diferencial para adequar o manejo clínico.

De acordo com a Portaria nº 454, de 20 de Março de 2020 que declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (COVID-19), para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotada, como medida não-farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias.

O monitoramento dos casos de doença respiratória aguda (COVID-19) está em constante atualização, à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e cientificas são publicadas. O Ministério da Saúde, assim como a Secretaria Estadual de Saúde Pública- SESAP do Rio Grande Norte, tem tem emitido boletins diariamente e feito importantes movimentos de vigilância constante e organização da rede para suporte aos possíveis casos da nova doença.

O presente documento foi elaborado pelos membros do Comitê de Crise para enfrentamento do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) instituído através de Portaria-SEI nº 837, de 02 de abril de 2020, do Gabinete do Secretário Estadual de Saúde e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR) da 4ª Região de Saúde para subsidiar o planejamento, organização da rede de atenção à saúde para resposta rápida e oportuna, frente à ocorrência de surto por Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

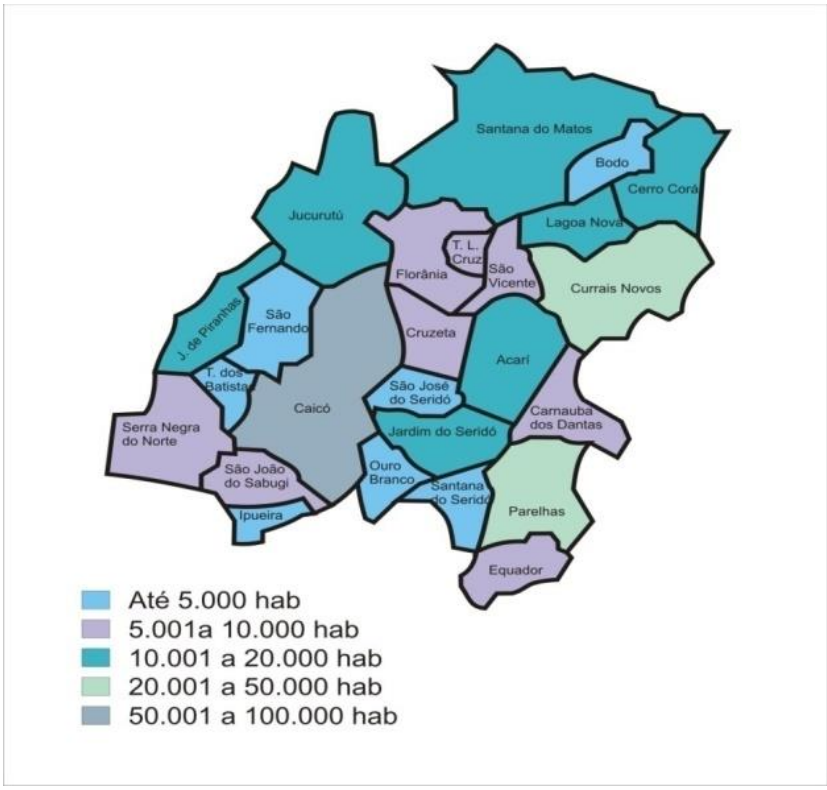
Este Plano está alinhado com a versão do Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do Coronavírus do Rio Grande do Norte, atualizada em 10 de dezembro de 2020 e as diretrizes do Ministério da Saúde.

2. OBJETIVOS DO PLANO REGIONAL PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19 NA REGIÃO DO SERIDÓ:

- Estabelecer alinhamento entre ações de vigilância em saúde, de organização da rede assistencial e de comunicação social, necessárias para o enfrentamento da pandemia por COVID-19 na 4ª região de saúde;
- Implantar níveis de resposta para o enfrentamento ao coronavírus nas unidades assistenciais da região;
- Estabelecer protocolos em conformidade com as orientações da Secretaria de Estado de Saúde Pública, e dos demais órgãos sanitários competentes;
- Propor estratégias de qualificação de pessoal frente a pandemia, sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde;
- Propor estratégias de monitoramento da situação de saúde e das ações executadas.

3. CARACTERÍSTICAS DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE

A 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte apresenta área física de 10.796,65 km², o equivalente a 20,44% da superfície do Estado e Densidade demográfica de 26,49 habitantes / km². Sua configuração geográfica abrange 25 (vinte e cinco) municípios: Acari, Bodó, Cerro Corá, Carnaúba dos Dantas, Caicó, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Lagoa Nova, Ouro Branco, Parelhas, São Fernando, São Vicente, São João do Sabugi, São José do Seridó, Santana do Matos, Serra Negra do Norte, Timbaúba dos Batistas e Tenente Laurentino Cruz.



Tomando-se como base os dados do IBGE, publicados no Plano Estadual de Saúde 2016-2019, a população total da 4ª Região de Saúde/RN é de 311. 531 habitantes, representando 9,1% da população total do Estado.

Os dados mostram que a maioria da população residia na zona urbana (76,11%) e que, segundo o sexo, a população geral era constituída de 50,86% de mulheres. Quanto à proporção de idosos na população, a 4ª Região apresenta 13,3% de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população da IV Região de Saúde, RN, por faixa etária.

Faixa etária	População	%
Até 10 anos	42.745	14,4%
10 a 19 anos	51.782	17,4%
20 a 29 anos	53.648	18,0%
30 a 39 anos	44.026	14,8%
40 a 49 anos	39.565	13,3%
50 a 59 anos	26.436	8,9%
60 a 69 anos	19.583	6,6%
70 a 79 anos	12.051	4,0%
80 anos e mais	7.962	2,7%
Total	297.798	100,0

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2016-2019.

A população residente da 4ª Região no que se refere à cor/raça está representada em sua maioria por pessoas da cor branca, seguida da cor parda. Estratificando por situação de domicílio, esta mesma configuração predomina na zona urbana. Somado a isso, a população residente coberta exclusivamente pelo SUS corresponde a 97%.

Conforme o mapa de saúde da região, a Rede física de serviços está assim configurada: 2 hospitais regionais (Caicó e Currais Novos), 7 hospitais gerais, 18 Unidades Mistas 24 horas, 3 unidades de Pronto Socorro Geral (Caicó, Currais Novos e Parelhas), 2 Hemocentros (Caicó e Currais Novos), 5 Centros de Apoio Psicossocial (Caicó -2, Currais Novos, Jucurutu, Parelhas), 1 Residência Terapêutica (Caicó), 1 Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (Caicó), 1 Serviço de Aconselhamento e Testagem (Caicó), 1 Central Regional de Regulação do Seridó, 3 Centros de Controle de Zoonoses (Caicó, Currais Novos e Serra Negra do Norte), 2 Centros Especializados de Odontologia (Currais Novos e Parelhas), 1 Centro Especializado de Reabilitação III (Caicó), 2 Hemocentros (Caicó e Currais Novos, 2 Unidades Centrais de Agentes Terapêuticos (Caicó e Currais Novos),1 Rede de Frios (IV URSAP), 1 Laboratório Regional de Saúde Pública (Caicó), 5 Unidades Móveis de nível pré hospitalar urgência/emergência, Hospital de Oncologia do Seridó (Caicó), Clínica do Rim (Caicó), 2 transportes sanitários (Caicó), 48 Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia, 127 Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), 68 Postos de Saúde, 78 Consultórios

Isolados, 32 Clínicas Especializadas/Ambulatório, 13 Laboratórios de Prótese, 4 Policlínicas.

4. CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças.

Previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves.

Em relação a Doença pelo Novo Coronavírus 2019 (COVID-19), a clínica não está descrita completamente, como o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

4.1.AGENTE ETIOLÓGICO

Família: *Coronaviridae*.
Os nomes oficiais são:
Doença: doença de coronavírus (COVID-19);
Vírus: síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2).

RESERVATÓRIO E MODO DE TRANSMISSÃO

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus animais podem infectar pessoas e depois se espalhar entre elas, como aconteceu com o MERS-CoV e SARS-CoV. No início, muitos dos pacientes com surtos de doenças respiratórias causados por SARS-CoV-2 em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo que a disseminação ocorreu de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

Quando da disseminação de pessoa para pessoa que ocorreu com MERS-CoV e SARS-CoV, acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham.

Tendo sido identificado também transmissão por aerossóis em pacientes submetidos a procedimentos de vias aéreas, como a intubação oro traqueal ou aspiração de vias aéreas. Na população, a disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas geralmente ocorre após contatos próximos, sendo particularmente vulneráveis os profissionais de saúde que prestam assistência a esses pacientes. Nos surtos anteriores de SARS e MERS os profissionais de saúde representaram uma parcela expressiva do número de casos, tendo contribuído para amplificação das epidemias.

É importante esclarecer para melhor entendimento quanto ao risco associado à COVID-19, que a facilidade com que um vírus se espalha de pessoa para pessoa pode variar. Alguns vírus são altamente transmissíveis (como sarampo), enquanto outros são menos transmissíveis.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5,2 dias, com intervalo que pode chegar até 12,5 dias, número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando também a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do SARS-CoV-2 sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente que defina quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Quanto a imunidade, não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra

novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. O que se sabe é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligada a transmissibilidade e suscetibilidade.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Em avaliação recente de 99 pacientes com pneumonia e diagnóstico laboratorial de 2019-nCoV internados no hospital de Wuhan, aponta-se maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos, sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), dor de cabeça (8%), dor de garganta (5%), rinorréia (4%), dor no peito (2%), diarréia (2%) e náusea e vômito (1%). Segundo exames de imagem, 74 pacientes (75%) apresentaram pneumonia bilateral, 14 pacientes (14%) apresentaram manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco e 1 paciente (1%) evoluiu com pneumotórax. Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com 2019-nCoV.

COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%). A letalidade entre os pacientes hospitalizados variou entre 11% e 15%.

4.2.DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e

do exame físico. É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem recente a área com transmissão, ou seja, viagem ao exterior ou a qualquer outro estado brasileiro.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras estão descritas no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico nº 2 que se encontra disponível no Portal do Ministério da Saúde. Além disso, o teste rápido está sendo disponibilizado para fins de complementação diagnóstica, devendo ser observada as recomendações da Nota Técnica 08/2020-SESAP para grupos prioritários de testagem rápida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância da doença do coronavírus (COVID-19), tem como propósito orientar os serviços de Vigilância em Saúde e a Rede de Atenção à Saúde do SUS para atuação e na identificação, notificação e manejo oportuno dos casos suspeitos do novo coronavírus a fim de conter o risco de transmissão em todo território nacional.

5.1.Definição de casos suspeitos para investigação de COVID-19

SÍNDROME GRIPAL (SG) Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse **OU** dor de garganta **OU** coriza.

***EM CRIANÇAS** (MENOS DE 2 ANOS DE IDADE): considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

***EM IDOSOS**: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) Síndrome respiratória que apresente: dispneia/desconforto respiratório **OU** pressão persistente no tórax **OU** saturação de O^2 menor que 95% em ar ambiente **OU** coloração azulada dos lábios ou rosto.

***EM CRIANÇAS:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asas de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

DEFINIÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS PARA COVID-19

Um caso suspeito de COVID-19 pode passar a ser considerado confirmado mediante um dos critérios elencados abaixo.

- Laboratorial: Caso suspeito com características de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave que teve resultado positivo em RT-PCR em tempo real ou resultado positivo em teste rápido para anticorpos IgM e/ou IgG ou sorologia clássica.

- Clínico-epidemiológico: Caso suspeito com características de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso de COVID-19 confirmado laboratorialmente nos últimos 07 dias antes do aparecimento dos sintomas e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

DEFINIÇÕES DE CONTATO PRÓXIMO DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com caso confirmado.
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções).
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro.
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.

DEFINIÇÃO DE CONTATO DOMICILIAR DE CASO CONFIRMADO DE COVID-19:

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

DEFINIÇÃO DE CASOS DESCARTADOS

Serão descartados os casos suspeito de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave com resultado laboratorial negativo para SARS-CoV-2 ou com confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

5.2.NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

O QUE NOTIFICAR?

Deverão ser notificados todos os casos suspeitos de síndrome gripal ou de síndrome respiratória aguda grave, que apresentem as características clínicas estabelecidas.

Além desses, todos os óbitos por síndrome respiratória aguda grave, independente de hospitalização, deverão ser notificados.

QUANDO NOTIFICAR?

Os casos ou óbitos suspeitos e/ou com confirmação de COVID-19 devem ser notificados em até 24h.

COMO NOTIFICAR?

- Casos suspeitos com características de **Síndrome Gripal**: Notificar através do sistema E-SUS VE (https://notifica.saude.gov.br/login);
- Casos e óbitos suspeitos com características de **Síndrome Respiratória Aguda Grave**: Notificar através do SIVEP-GRIPE https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0

Em ambos os casos, a ficha de notificação deverá ser preenchida completamente e enviada ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) através de e-mail (cievsrn@gmail.com).

COMO INVESTIGAR CASOS SUSPEITOS?

Todas as notificações de casos suspeitos de COVID-19 deverão ser investigadas, considerando a definição de casos apresentadas. Deve-se levar em consideração na investigação:

- Dados de identificação;
- Antecedentes de exposição;
- Existência de contato com casos semelhantes;
- Caracterização clínica do caso;
- Identificação de possíveis contatos, em particular os contatos íntimos;

Além disso, deverá ser realizado um teste laboratorial com o intuito de confirmar ou descartar o caso. O tópico de testagem a seguir contempla as informações necessárias para tal. A investigação dos casos deverá ser realizada pela equipe da vigilância epidemiológica do município de residência e/ou de ocorrência, contando com o apoio do CIEVS-RN.

5.3. CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE REINFECÇÃO

Estudos recentes apontaram a possibilidade de ocorrência de casos de reinfecção pelo SARS-CoV2 (TILLET et al.,2020; LEE et al., 2020). O Rio Grande do Norte registrou um dos primeiros casos comprovados de reinfecção do Brasil. Desse modo, é importante a realização da investigação de casos suspeitos de reinfecção para compreender a dinâmica das linhagens virais circulantes.

O estado tem o protocolo de investigação estabelecido pela Nota Técnica nº 25/2020 - SUVIGE/CPS/SECRETARIO (RIO GRANDE DO NORTE, 2020). Assim, são considerados passíveis de investigação para reinfecção todos casos de pacientes que apresentem sintomas de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave após 60 dias do primeiro episódio de sinais e sintomas, e que tiveram diagnóstico confirmado para COVID-19 através de resultado de RT-PCR positivo.

Todos os casos de pacientes que se enquadrem no critério devem ser notificados regularmente de acordo com as recomendações dispostas no item 3.4, porém deverá ser preenchida notificação específica via FORM SUS para a investigação de reinfecção.

A ficha de notificação do E-SUS VE ou SIVEP-Gripe deverá ser encaminhada ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Norte (CIEVS-RN) por e-mail, acompanhada pela ficha devidamente preenchida do FORM SUS. Além disso, o CIEVS-RN deverá ser acionado via telefone pelo profissional de saúde que procedeu com a notificação.

5.4. CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIMP)

Na Itália e Reino Unido, pediatras identificaram a ocorrência de uma síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes, com sinais e sintomas semelhantes à doença de Kawasaki, e até o momento, é temporalmente associada à COVID-19 (DAVIES et al., 2020; FELDSTEIN et al., 2020; POULETTY et al., 2020; WHITTAKER et al., 2020).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica Nº 16, definindo critérios para notificação e investigação de casos suspeitos para a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) (BRASIL,2020), os quais são: Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

● Presença de febre ≥3 dias em crianças e adolescentes (ente 0 e 19 anos), e;

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

Associado a pelo menos 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 de ecocardiograma ou elevação de troponima⁄NT –proBNP);

● Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados);

● Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal);

● 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 caso de COVID-19. Podem ser incluídas crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelos SARS-CoV-2. O diagnóstico diferencial com coleta de amostra em tempo oportuno para arboviroses também deve ser realizado.

Podem ser incluídas crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para síndrome de Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelos SARS-CoV-2. O diagnóstico diferencial com coleta de amostra em tempo oportuno para arboviroses também deve ser realizado. Todos os casos de pacientes que se enquadrem no critério devem ser notificados via formulário específico () e terem as amostras para investigação cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e enviadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/RN) seguindo o fluxo estabelecido pela Nota Técnica Nº 01/2020 - AGUDAS/SUVIGE/CPS/SECRETARIO

(RIO GRANDE DO NORTE, 2020). Além disso, o CIEVS-RN deverá ser acionado via telefone pelo profissional de saúde que procedeu com a notificação.

5.5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Diante da premissa que os ambientes de trabalho, são potenciais locais para transmissão da COVID-19, o CEREST/RN, vem instituindo, comunicação com as Vigilâncias Municipais e outras organizações sindicais, além do setor produtivo e MPT para obter de modo oportuno e preciso, as diretrizes dos desdobramentos de mitigação de novos casos da COVID-19 nesses ambientes.

O CEREST/RN, vem revisando os protocolos e realizando vigilância sistematizada nos ambientes de trabalho diante de novas evidências ou recomendações do MS, reforçando a importância da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), nesses ambiente, além, da notificação oportuna da COVID-19 relacionada ao trabalho, na FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO.

A Nota Técnica Nº 2/2020/SESAP - CEREST/SESAP - CPS/SESAP - SECRETÁRIO, discorre sobre ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA A INVESTIGAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DA COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO.

O monitoramento dos casos de COVID-19, se dá através de boletim epidemiológico de saúde do trabalhador semanal produzido pela equipe do CEREST/RN, o qual discorre sobre os profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 no Rio Grande do Norte.

Este Centro reitera a importância da qualificação das notificações, para uma vigilância mais efetiva a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras no nosso Estado, o déficit de preenchimento do campo ocupação, nos impede de ter um diagnóstico ampliado de quais as categorias laborais que mais estão expostas ao adoecimento aqui no RN, além dos profissionais de saúde.

As orientações acerca das medidas a serem cumpridas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho, estão contidas na Nota Técnica Nº 8/2020/SESAP - CEREST/SESAP - CPS/SESAP - SECRETARIO, a qual refere medidas de vigilância, monitoramento com vistas a detecção precoce e afastamento imediato de trabalhadores e trabalhadoras com suspeita de COVID-19, além de recomendações ao ambiente de trabalho. A orientação para que toda a equipe de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do

trabalhador) seja envolvida em caso de surto de Covid19 ou descontrole do contágio nos ambientes de trabalho, assim como para a necessidade de suspensão temporária das atividades da empresa e o imediato afastamento de todos os trabalhadores nesses casos.

As empresas devem, implantar rotina de testagem molecular RT-PCR associada à testagem sorológica (IgG/IgM), conforme avaliação médica, em trabalhadores que mantiverem rotina de trabalho presencial e desempenhem atividades em ambientes compartilhados, com vistas à adoção de estratégias de monitoramento, controle da cadeia de transmissão e redução de impacto, observados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde.

É exigido às empresas a emissão da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), para fins estatísticos e epidemiológico, de acordo com o art. 336 do Decreto Federal nº 3.048/99, sempre que houver confirmação ou suspeito de infecção pela COVID-19, e a notificação ao SINAN, assinalando o campo ocupação nos sistemas de informação.

QUANDO E COMO INVESTIGAR ÓBITOS SUSPEITOS?

Além dos casos suspeitos, a investigação de óbitos é crucial durante o período de pandemia. Todos os óbitos suspeitos de COVID-19 ou Síndrome Respiratória Aguda Grave, assim como todos os óbitos que apresentem como causa básica pneumonia, sepse ou causa mal definida deverão ser investigados.

Os procedimentos de investigação de óbitos se assemelham aos da investigação de casos suspeitos. Caso o material para realização do teste laboratorial não tenha sido coletado em vida, deve-se proceder uma coleta *post-mortem* no serviço de saúde, por meio de swab na cavidade nasal e orofaringe em até seis horas. É válido atentar às orientações previstas no Manual de Manejo de Corpos no contexto do novo coronavírus do Ministério da Saúde, e a Nota Técnica Nº 2/2020 da SESAP.

QUANDO E COMO MONITORAR OS CASOS EM ISOLAMENTO SOCIAL?

Todos os casos suspeitos e ou confirmados, assim como seus familiares e contatos próximos, aos quais foram indicados a realização de medidas de isolamento social, devem ser monitorados pelas equipes de saúde da atenção básica.

O monitoramento deve ser feito preferencialmente por telefone a cada 48 horas. Poderá ser realizado atendimento presencial se houver necessidade, de preferência no domicílio do paciente. Em caso de agravamento do caso, encaminhar imediatamente para os demais níveis de cuidado.

Deve-se adotar o seguintes procedimentos no acompanhamento via telefone:

1. Anotar em prontuário o número de contato do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente), durante a primeira avaliação na USF;
2. Ligação deve ser realizada por profissional de saúde da ESF a cada 48 horas para acompanhamento da evolução do quadro clínico;
3. Não há necessidade de gravar a conversa;
4. Anotar informações sobre a conversa telefônica no prontuário – quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com paciente em uso de máscara, além do horário da ligação e queixas.

QUANDO POSSO CONSIDERAR UM CASO COMO RECUPERADO?

Um caso confirmado de COVID-19 é considerado recuperado quando deixa de apresentar sintomas após 14 dias. Vale salientar que não é possível ainda, de acordo com o conhecimento científico vigente sobre a doença, dizer que um caso foi totalmente curado de COVID-19.

QUEM ENCERRA OS CASOS?

No momento, o encerramento dos casos é de responsabilidade estadual, através do CIEVS/SESAP.

5.6.. VIGILÂNCIA LABORATORIAL – POLÍTICA DE TESTAGEM

TESTE MOLECULAR - RT-PCR em Tempo Real (qRT-PCR)

A qRT-PCR é uma técnica molecular utilizada para a detecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2) considerada o padrão-ouro para diagnóstico em pacientes sintomáticos na fase aguda (entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente).

QUEM TESTAR?

Pacientes ambulatoriais:

- **Apenas** os pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID-19 **E** que pertençam ao seguintes grupos de risco:
    - Pacientes com comorbidades: diabetes mellitus hipertensão arterial, miocardiopatia, doença pulmonar crônica, neoplasias malignas e gestação de risco
    - Pacientes com idade acima ou igual a 60 anos.
- Pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID-19 e que sejam profissionais de saúde.

As amostras deverão ser encaminhadas para o LACEN/RN ou IMT/UFRN (listagem em anexo) junto com a **ficha do RedCap** devidamente preenchida

Pacientes internados:

- Serão coletadas as amostras de **todos** os paciente internados com quadro de Síndrome Gripal que apresente dispneia **OU** Saturação de SpO2 < 95% **OU**

desconforto respiratório **OU** que evoluiu para **óbito por SRAG independente de internação**.

As amostras deverão ser encaminhadas para o LACEN/RN ou IMT/UFRN junto com a **ficha do SIVEP-Gripe** (ficha do SRAG) devidamente preenchida.

QUANDO COLETAR MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DA qRT-PCR?

A amostra deverá ser coletada **até o 10° dia** dos sintomas, **preferencialmente**, entre o **3º ao 5º dia**.

TESTE RÁPIDO PARA DETEÇÃO DE ANTICORPOS CONTRA SARS-CoV-2

É um ensaio imunocromatográfico para detecção rápida e qualitativa dos anticorpos IgG/IgM da síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 (SARS-CoV-2), em amostras de sangue total, soro ou plasma humano. Este teste deve ser usado como uma ferramenta para auxílio no diagnóstico da COVID-19, resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV-2 assim como resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de SARS-CoV-2. O resultado deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios. Os testes rápidos disponibilizados neste primeiro momento são os denominados ONE STEP COVID-2019 TEST® anticorpos IgM/IgG contra SARS-CoV-2, a empresa fabricante do teste no Brasil é a Celer Biotecnologia S/A . Esse teste foi analisado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz, e obteve parecer satisfatório.

QUEM TESTAR?

- **Apenas** os pacientes que se enquadrem na definição de caso suspeito para COVID-19 **E** que pertençam ao seguintes grupos:
    - Pacientes com comorbidades: diabetes mellitus, hipertensão arterial, miocardiopatia, doença pulmonar crônica, neoplasias malignas e gestação de risco;
    - Paciente com idade igual ou superior a 60 anos;
    - Profissionais de saúde em atividade;
    - Profissionais de segurança pública em atividade;
    - Paciente que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde;

    - Profissionais cuidadores diretos de pessoas idosas que atuam nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
    - Pessoas em situação de rua
- Profissionais de saúde assintomático que reporte exposição sem proteção a paciente COVID-19 confirmado.

QUANDO COLETAR MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO?

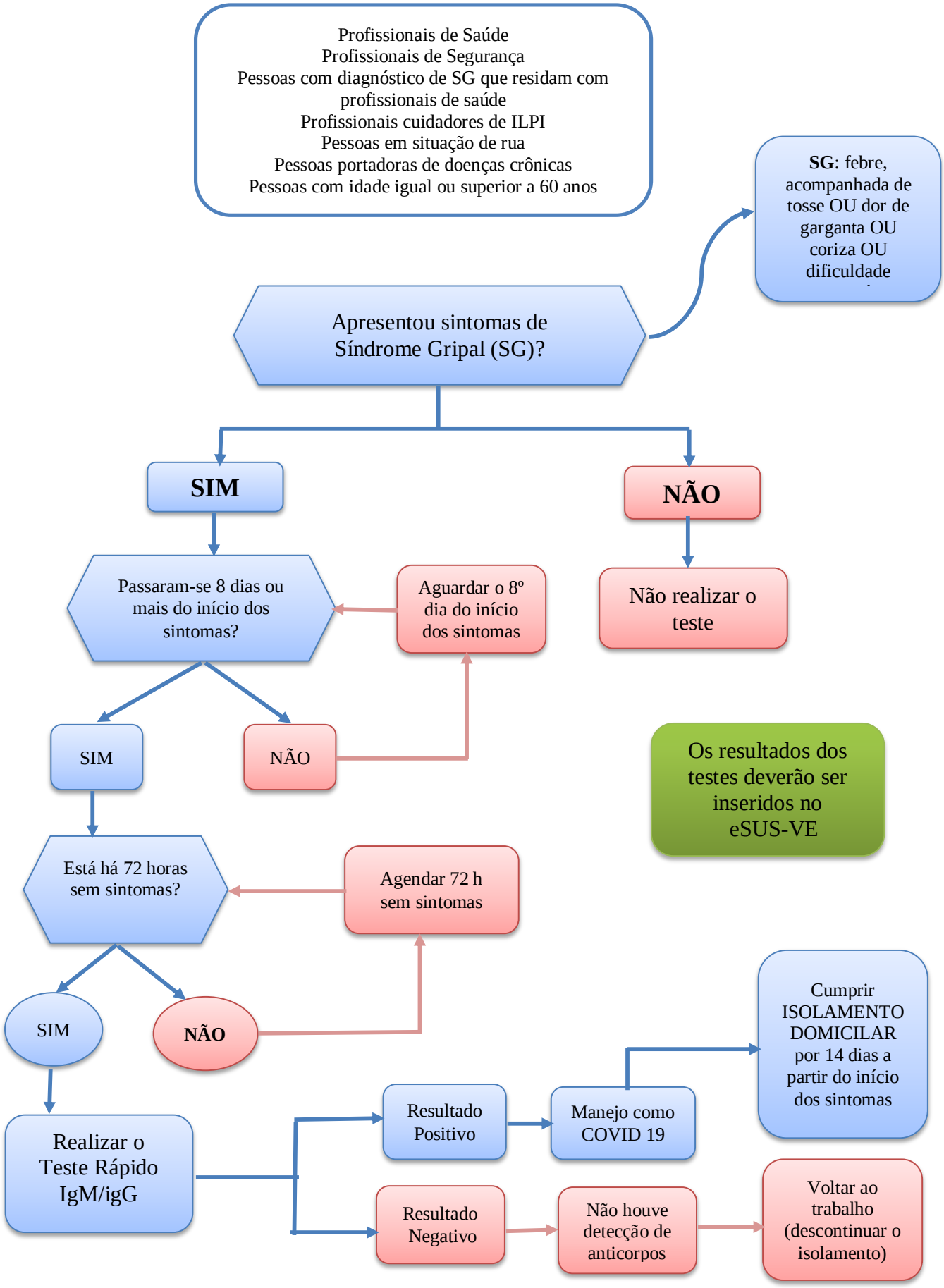
Para a realização do teste rápido o material deverá ser coletado **após pelo menos 7 dias do início dos sintomas** e 72 horas sem sintomas.

No caso de **profissionais de saúde assintomático** que reportem exposição sem proteção a paciente COVID-19 confirmado, a coleta deverá ser realizada após o **10º dia de exposição**.

COMO NOTIFICAR O TESTE RÁPIDO?

- **É imprescindível que se registre o resultado individual de todos os testes rápidos.** Para isso, é preciso notificar o caso suspeito no sistema **eSUS-VE hps://nofica.saude.gov.br** e informar o resultado do teste no campo específico. Reforça-se a importância de se **registrar tanto os resultados positivos quanto os negativos**. Essas informações são essenciais para monitoramento da epidemia no RN e no Brasil.

FLUXO PARA UTILIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO



Referência: CONASS/CONASEMS. COVID Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na RAS. SUVIGE/SESAP. Nota Técnica nº 10/2020.

6. REDE DE ASSISTÊNCIA

6.1. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID 19

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrando os diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde é urgente nesse momento. O enfrentamento da pandemia convoca a RAS de urgência e emergência, incluindo as ações de prevenção (distanciamento social, higienização), o atendimento da Síndrome Gripal nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e o fluxo de assistência a SRAG até a internação em leitos de UTI, com todos os recursos de apoio e laboratorial e terapêutico necessários.

A APS, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, deverá se estruturar para planejar as ações de sua competência, com vistas à (ao):

1.desenvolvimento de ações voltadas ao conhecimento e adesão da população às medidas protetivas e preventivas (não farmacológicas) ao novo coronavírus.

2. organização da atenção à síndrome respiratória de urgência e emergência na Unidade Básica de Saúde (UBS) para atender usuários com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com estabilização clínica, transferência para serviço de referência, notificação e registro do atendimento; logística de acesso regulado e transporte de urgência; recursos de EPI; educação permanente; atendimento presencial na UBS.

3. Organização dos fluxos de atenção ao (às):

3.1. idoso institucionalizado em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI) e Comunidades Terapêuticas.

3.2. condições crônicas, ciclos de vida e doenças crônicas na RAS (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica).

3.3. linhas de cuidado: saúde mental, saúde bucal, gestação e puerpério, ciclo de vida da criança.

4.Organização da atenção à saúde de populações em situação de vulnerabilidades (LGBT+, negra, quilombola, cigana, povos de terreiro, em situação de rua, dos campos, das águas e das florestas), de conformidade com os Planos Emergenciais para Prevenção e Enfrentamento da COVID do Rio Grande do Norte.

5. Mapeamento de trabalhadores e trabalhadoras de serviços essenciais (estabelecimento de saúde, farmácia, supermercado, transporte coletivo, transporte de cargas, serviço de

entrega, limpeza, segurança pública, entre outros), com vistas à garantia do atendimento na RAS.

6.Adoção dos procedimentos de notificação de casos para investigação de Covid 19, de acordo com o sistema de informação indicado para o caso (SG ou SRAG) e monitoramento dos casos suspeitos e ou confirmados, pela equipe de Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde.

7. Monitoramento epidemiológico e assistencial implantado com definição de indicadores relacionados à COVID-19 e acompanhamento de crônicos, em relação à evolução da epidemia, processos de (re)organização da RAS e resposta assistencial.

Diante da detecção, e notificação de caso suspeito, os exames devem ser coletados imediatamente, assim como deve ser realizada a investigação epidemiológica do caso. Pessoas em acompanhamento ambulatorial devem ser orientadas a:

- Permanecer em seu domicílio enquanto perdurarem os sintomas;
- Retornar ao serviço de saúde se houver piora do quadro clínico;
- Adotar todas as medidas de precaução para evitar o contágio pelo novo coronavírus.

O fluxo estabelecido no Rio Grande do Norte, para casos confirmados ou suspeitos para o novo coronavírus podem não necessitar de hospitalização, podendo ser acompanhados em domicílio, assim é recomendado o isolamento domiciliar para os casos suspeitos de COVID-19 durante o período de 10 a 20 dias (Quadro 1) (BRASIL, 2020), para os casos de pacientes não hospitalizados, sendo estes acompanhados pela Atenção Primária do Município de residência do paciente.

Quadro 1. Critérios para descontinuar precauções e isolamento em pacientes com COVID19 confirmada.

Quadro clínico	Recomendação
Pacientes assintomáticos não gravemente imunossuprimidos	10 dias após a data do primeiro teste RTPCR em tempo real positivo.
Pacientes assintomáticos e gravemente imunossuprimidos	pelo menos 20 dias desde o primeiro teste RT-PCR em tempo real positivo.
Pacientes com quadro leve a moderado, não gravemente imunossuprimidos	pelo menos 10 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas.
Pacientes com quadro grave/crítico OU gravemente 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.

Fonte: BRASIL, 2020.

A Atenção Primária do município deve fazer o monitoramento dos casos confirmados que se encontram em seu território, identificando sinais de agravamento precocemente, como a baixa saturação de O2, encaminhando aos outros níveis de atenção em tempo oportuno.

Todos os casos com indicação de internação hospitalar, deverão ser direcionados aos hospitais de referência, através do transporte sanitário realizado pelo SAMU 192 RN, SAMU Natal ou SAMU Mossoró, para casos graves. Caso o município tenha o Transporte Sanitário Avançado ou Ambulância adequada para transferir o paciente, essa remoção ficará a cargo do município solicitante, garantindo ao paciente as condições adequadas de transporte seguro com equipe de médico e enfermeiro, além dos equipamentos mínimos necessários para realização dessas transferências inter-hospitalares ou intermunicipais.

É importante salientar que em alguns momentos o SAMU 192 RN poderá não ter condições de realizar essas transferências, diante da demanda de Atendimento Préhospitalar primário, nesse caso os municípios deverão se organizar para realizar transporte em ambulâncias municipais, em condições adequadas. Para que não o paciente tenha o menor tempo-resposta, diminuindo assim a espera pelo leito de UTI.

Cabe ainda aos municípios o transporte inter-hospitalar de pacientes não graves. Destaca-se que sendo necessária a regulação do acesso, o indicado é contatar a Central Metropolitana de Regulação no Complexo Estadual de Regulação - CER/SESAP/RN. Vale ressaltar que especificamente para os municípios pactuados com o SAMU 192 RN a decisão de transporte cabe a Central de Regulação de Urgências do SAMU. Os municípios que não possuem pactuação com o SAMU 192 RN devem utilizar o canal prioritário pelo número 192 para regulação de acesso e orientação.

6.2.REGULAÇÃO PARA ACESSO A LEITOS COVID-19

A Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, através do Complexo Estadual de Regulação (CER) estabelece o Protocolo de Regulação dos Leitos COVID utilizando o Sistema RegulaRN - UFRN/LAIS como ferramenta de gerenciamento dos leitos conforme o Plano de Contingência/RN.

As diretrizes deste Protocolo estão pautadas na Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que institui as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde, no seu anexo XXVI que aprova a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, nas recomendações do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte (CREMERN) Nº 05/2020 que dispõe sobre a utilização do Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de acesso a leitos de terapia intensiva, assistência ventilatória, cuidados paliativos e leitos de retaguarda clínica (enfermaria), como meio de hierarquização da gravidade dos pacientes, na ausência absoluta de leitos suficientes para atender a demanda terapêutica durante a pandemia.

Atualmente em atividade no estado, temos a Central Metropolitana de Regulação - CMR, em cogestão com Secretaria Municipal de Natal, com abrangência nas I, III, IV, V e VII Regiões de Saúde e a Central de Regulação do Oeste, sob gestão do município de Mossoró, com abrangência da II, VI, e VIII Regiões de Saúde, e essas possuem os meios para otimizar a utilização dos leitos de forma organizada, hierarquizada, criteriosa e transparente.

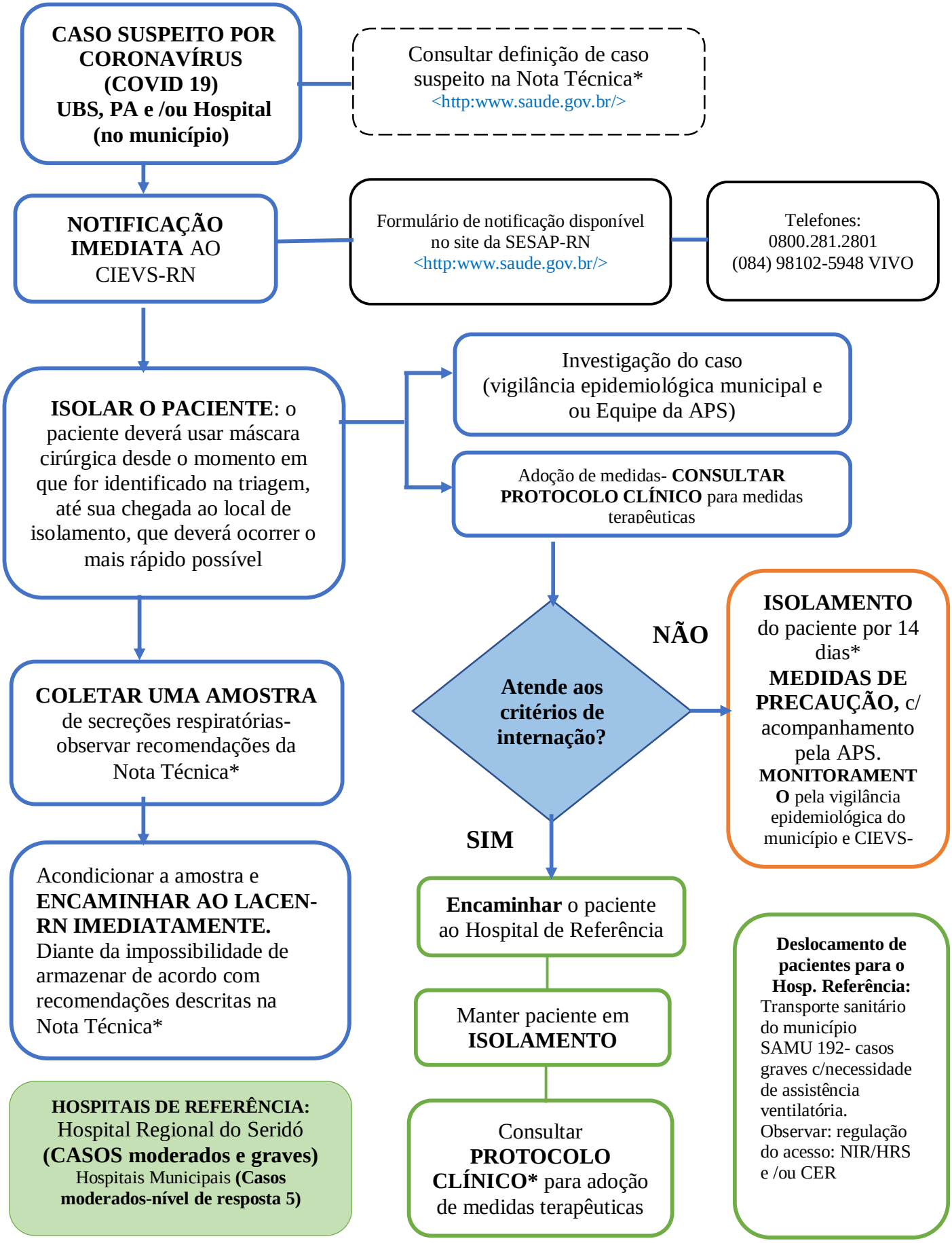
A admissão e a alta hospitalar em "leitos COVID" são de atribuição e competência do médico responsável pela assistência do paciente, levando em consideração a indicação médica. As solicitações de vagas para "leitos COVID" deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

O atendimento ao paciente portador de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) utiliza o Escore Unificado para Priorização (EUP-UTI) de pacientes ao acesso a unidades de terapia intensiva e de assistência ventilatória, utilizando combinação do SequentialOrganFailure Assessment (SOFA) simplificado, Índice de Comorbidades de Charlson (ICC), ClinicalFrailtyScale (CFS) e o Clinical FrailtvScale (CFS) de forma a tentar contemplar a maior parte das situações clínicas presentes nos pacientes que demandam leitos críticos nas Centrais de Regulação de Leitos e também as condições de vulnerabilidade presentes em pacientes com comorbidades e idosos.

O processo é considerado ENCERRADO com a admissão do paciente na unidade de referência do destino. O Protocolo de Regulação para acesso a leitos Covid-19 está disponível integralmente no site: https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/fluxos-e-protocolos/.

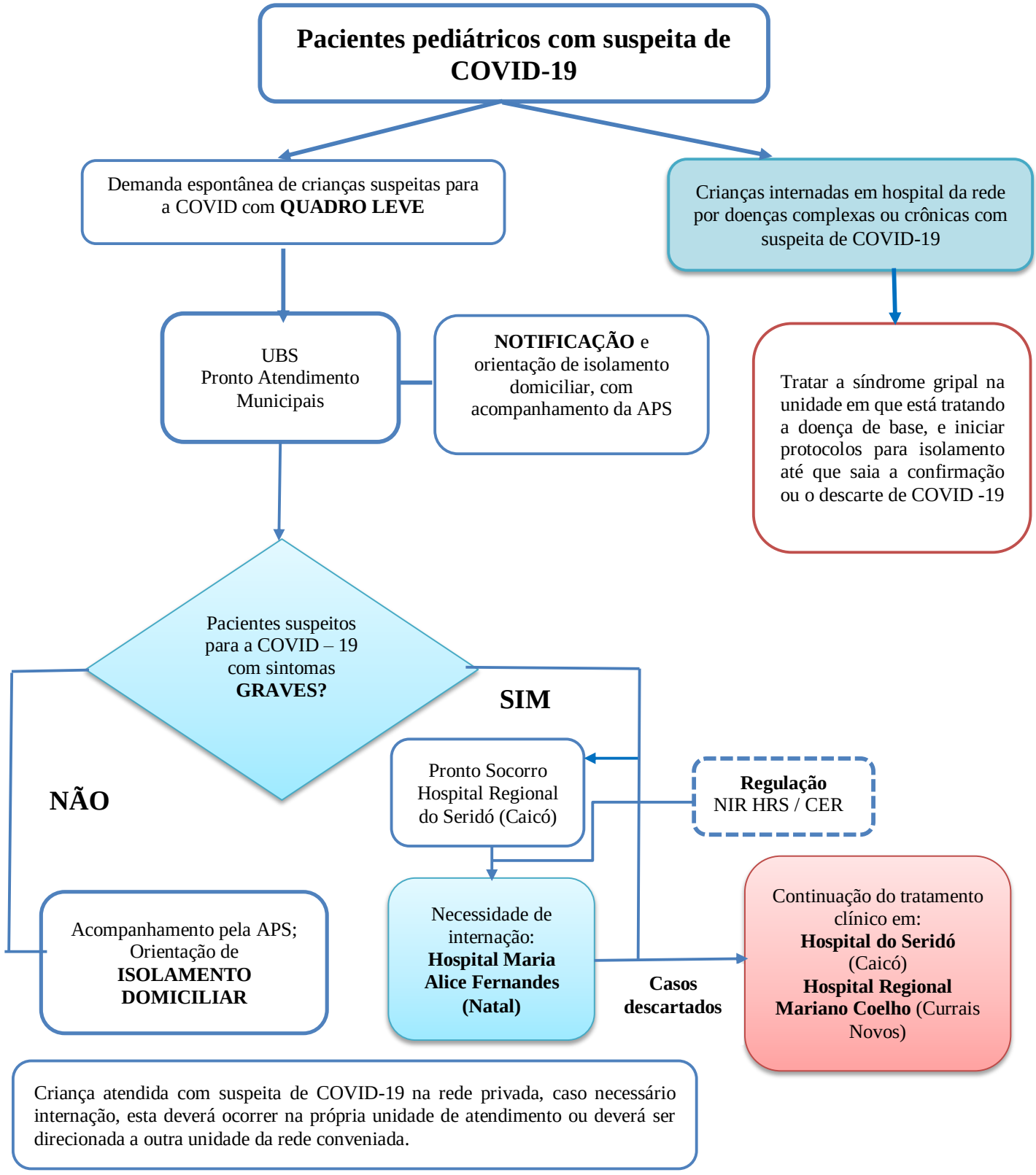
FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTE ADULTO SUSPEITO DE COVID 19

4ª REGIÃO DE SAÚDE, RN



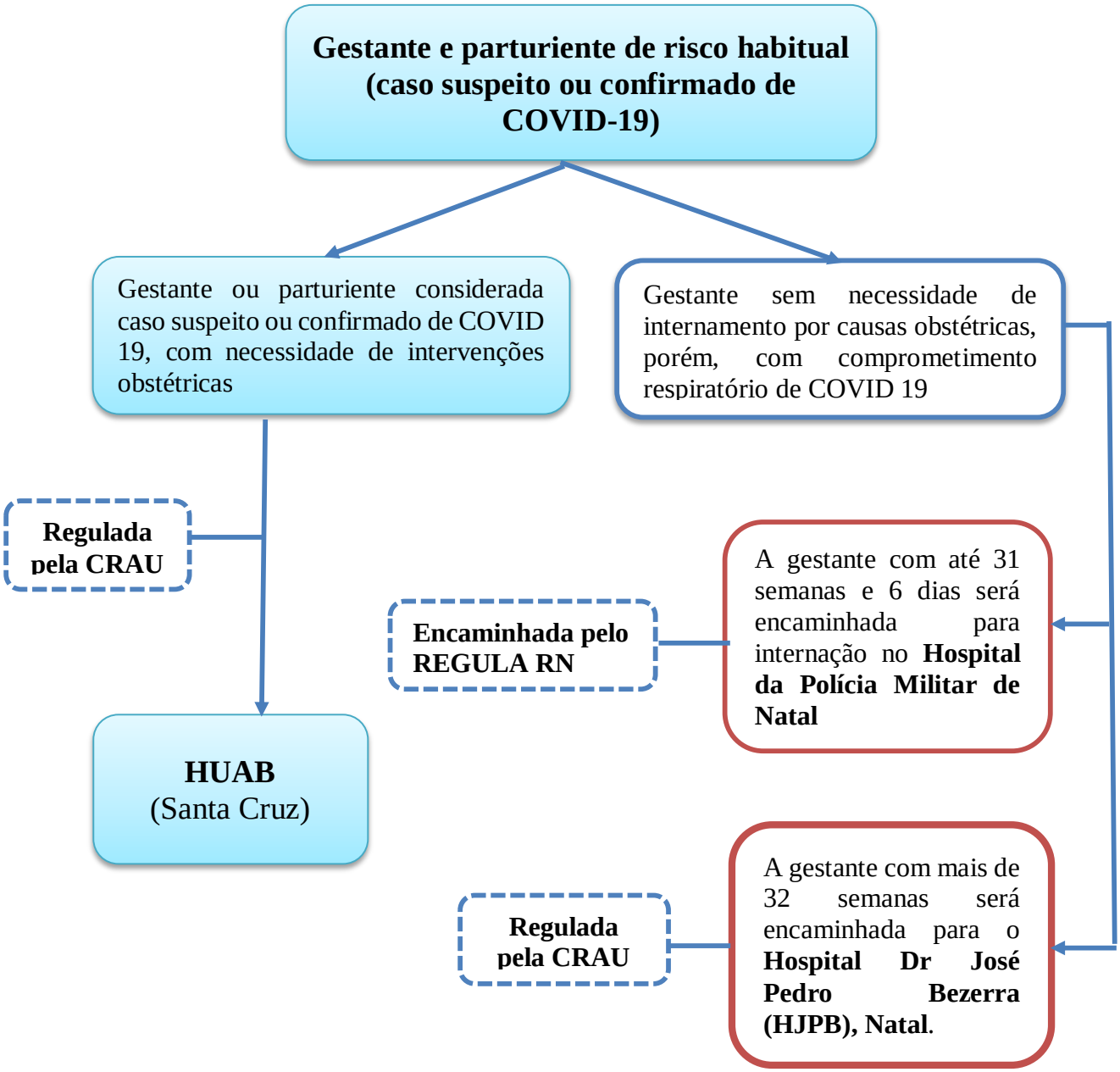
***INFORMAÇÕES SUJEITAS À REVISÃO/OBSERVAR PERSISTÊNCIA DE SINTOMAS-CONSULTAR CIEVS-RN**

FLUXO DE ATENDIMENTO A PACIENTE; PEDIÁTRICO COVID19



Referências: Nota Técnica Nº 06/2020/ SESAP -Define orientações à Rede Materno Infantil para o atendimento a pacientes pediátricos em relação ao novo coronavírus.
Nota Técnica nº 01/2020/HRS- Orientações sobre fluxo de atendimento a pacientes pediátricos Frente à Pandemia de COVID-19

FLUXO DE ATENDIMENTO A GESTANTE E PARTURIENTE COVID19



Referência: Nota Técnica Conjunta Nº 11/2020/ SESAP-CPS-ATRAS-SUAS/SESAP -Define orientações à Rede Materno Infantil na 4ª Região de Saúde para o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados em gestantes pelo novo coronavírus (COVID 19) no âmbito do SUS do Rio Grande do Norte.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO AO COVID-19

Para entendermos a evolução do COVID 19 em nosso meio, são descritos três tipos de cenários: inação, mitigação e supressão, conforme descrito a seguir:

- Inação: O estado não realiza nenhuma ação para conter o contágio do vírus, esperando que ele afete toda a população, gerando imunidade coletiva.

- Mitigação: São realizadas ações com intuito de aliviar a propagação do vírus. Aceita-se que não conseguiremos detê-lo e realizamos ações para evitar ao máximo casos de contágio que fariam colapsar o sistema público de saúde.

- Supressão: Tentativa de romper as cadeias de transmissão, buscando efetivamente deter a epidemia e reduzir os casos ao menor número possível.

Sobre este ponto, encontramo-nos atualmente no cenário de mitigação, em transição para a supressão.

De acordo com o Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento do COVID-19, para o Estado do Rio Grande do Norte são considerados os seguintes níveis de resposta:

- Nível 1 (ALERTA) - A infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) como potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sem ocorrência no Brasil;

- Nível 2 (PERIGO IMINENTE) - Presença de caso suspeito de COVID-19 no Brasil ou no Estado do Rio Grande do Norte;

- Nível 3 (EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL) - Há confirmação de transmissão local do primeiro caso de COVID-19, no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tendo em vista já nos encontrarmos, nos âmbitos estadual e regional, no nível 3, na fase de mitigação e com a constatação da confirmação de mais de 20 casos no RN,

para fins de organização da rede de serviços na região Seridó, este plano levará ainda em consideração os níveis de resposta seguintes:

- Nível 3 - Na fase de mitigação e com casos suspeitos ou confirmados no Seridó, com até 5 pacientes internados suspeitos/confirmados na referência hospitalar (Hospital Regional Telecila Freitas Fontes);

- Nível 4 - Fase de mitigação com mais de 5 pacientes internados suspeitos/confirmados no Hospital Regional Telecila Freitas Fontes, e limite máximo de 40 pacientes internados e/ou até 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva. Neste nível, a unidade hospitalar de referência para COVID-19 é o Hospital Regional Telecila Freitas Fontes, com retaguarda do Hospital do Seridó para internações clínicas de pacientes com outras etiologias, e suporte do Hospital Regional Dr. Mariano Coelho para pacientes que necessitem de UTI e não estejam acometidos por COVID-19, além de gestantes em trabalho de parto com suspeita ou confirmação de COVID-19;

- Nível 5 - Fase de supressão com mais de 40 pacientes internados suspeitos/confirmados e/ou 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva, no Hospital Regional Telecila Freitas Fontes e com 07 pacientes suspeitos/ confirmados com sintomatologia moderada internados e 05 pacientes em ventilação mecânica invasiva no Hospital Regional Mariano Coelho. Neste nível, além dos serviços de retaguarda já descritos no nível 4, faz-se necessário dispor de leitos adicionais nos hospitais de pequeno porte dos municípios adscritos (Portaria nº 561-MS, de 26/03/2020), bem como, dos leitos instalados em parceria com a Escola Multicampi de Ciências Médicas – EMCM/UFRN e o Hospital de Oncologia do Seridó - Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (casos moderados).

Os Quadros 2 e 3 a seguir resumem como se dará a organização da rede de atenção na região do Seridó, de acordo com os níveis de resposta considerados para enfrentamento da pandemia por Coronavírus.

Quadro 2. Organização da Rede de Atenção para atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19 na Região do Seridó, Rio Grande do Norte

Nível de Resposta	Critério	Casos leves	Casos moderados (Pronto Atendimento)	Casos moderados (que necessitem internação)	Casos graves	Parturientes com COVID suspeita ou confirmada
3	Até 5 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF	Atenção Básica/ isolamento domiciliar	Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento dos municípios HRTFF	HRTFF	HRTFF	HRMC
4	Mais de 5 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF; e até os limites máximos de: 40 pacientes internados e/ou 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva.	Atenção Básica/ isolamento domiciliar	Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento dos municípios HRTFF	HRTFF	HRTFF	HRMC
5	Mais de 40 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF e/ou 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva.	Atenção Básica/ isolamento domiciliar	Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento dos municípios HRTFF	HRTFF Hospitais de pequeno porte nos municípios EMCM/UFRN e LIGA	HRTFF HRMC	HUAB

Siglas: HRTFF (Hospital Regional Telecila Freitas Fontes), EMCM (Escola Multicampi de Ciências Médicas), LIGA (Liga Norte Riograndense Contra o Câncer), HRMC (Hospital Regional Mariano Coelho); HUAB (Hospital Universitário Ana Bezerra, em Santa Cruz)

As gestantes e parturientes de risco habitual da 4ª Região de Saúde que se enquadrem como caso suspeito e ou caso confirmado de COVID 19 que possuam sintomas leves e necessidade de intervenções obstétricas, deverão ser referenciadas via Central de Regulação do Acesso às Urgências (CRAU) para o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), conforme protocolo institucional (Anexo 7).

No caso das gestantes que não tiverem necessidade de internamento por causas obstétricas, porém, com comprometimento respiratório de COVID 19 deverão ser referenciadas, conforme determinado em nota: http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000231806.PDF. As gestantes até 31 semanas e 6 dias serão encaminhadas pelo Sistema de Gerenciamento de Leito-REGULA RN, para internação no Hospital da Polícia de Natal. No caso de gestantes com mais de 32 semanas serão encaminhadas pela Central de Regulação do Acesso às Urgências (CRAU) para o Hospital Dr José Pedro Bezerra (HJPB).

Quadro 3. Organização da Rede de Atenção à Saúde nas áreas de clínica médica, cirurgia, obstetrícia, pediatria, terapia intensiva e traumatologia na Região do Seridó, RN, durante o período de enfrentamento da pandemia por COVID-19.

Nível de Resposta	Critério	Clínica Médica	Cirurgia	Obstetrícia (risco habitual)	Pediatria	Terapia Intensiva	Traumatologia
3	Até 5 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF	HRTFF HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF HRMC	HRTFF
4	Mais de 5 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF; e até os limites máximos de: 40 pacientes internados e/ou 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva.	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF (apenas situações emergenciais) HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF HRMC	HRTFF
5	Mais de 40 pacientes internados por COVID-19 no HRTFF e/ou 27 pacientes em ventilação mecânica invasiva.	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF (apenas situações emergenciais) HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	Hospital do Seridó HRMC Hospitais de pequeno porte nos municípios	HRTFF HRMC	HRTFF

Siglas: HRTFF (Hospital Regional Telecila Freitas Fontes), HRMC (Hospital Regional Mariano Coelho)

No contexto atual, o dimensionamento de leitos, de acordo com os níveis de resposta para enfrentamento da pandemia por COVID-19 na 4ª Região de Saúde, está detalhado no Quadro 3 a seguir.

Quadro 4. Dimensionamento de leitos hospitalares para atendimento aos pacientes com COVID suspeita ou confirmada, 4ª Região de Saúde, RN.

Serviços de saúde	Nível 3		Nível 4		Nível 5	
	Sem VMI	Com VMI	Sem VMI	Com VMI	Sem VMI	Com VMI
HRTFF	-	06	13	27	18	30
HRMC	06	01	06	01	07	05
Hospitais de pequeno porte nos municípios	-	-	-	-	69	-
Total	06	07	19	28	94	35

Siglas: HRTFF (Hospital Regional Telecila Freitas Fontes), HRMC (Hospital Regional Mariano Coelho)

O Quadro 5 apresenta a estimativa de leitos pactuados nos hospitais de pequeno porte dos municípios da 4ª Região, para internação de casos não complicados e que não necessitem de ventilação mecânica invasiva, assim como, o quantitativo de leitos Covid estruturados pelos respectivos municípios.

O quantitativo de 72 leitos pactuados foi distribuído proporcionalmente às populações dos municípios com capacidade para realizar internações hospitalares localmente.

Quadro 5. Distribuição de leitos hospitalares (pactuados e estruturados) na 4ª Região de Saúde, RN.

Município	Serviço de saúde	Nº de leitos existentes	População	% população	Leitos COVID pactuados	Leitos COVID /Leitos total	Leitos COVID estruturados
Acari	Hospital Dr. Odilon Guedes	6	11136	0,066852368	5	80,22%	5
Cerro Corá	Maternidade Clotilde Santina	21	11179	0,067110508	5	23,01%	5
Carnaúba dos Dantas	Hospital Maternidade Estelita S. Dantas	21	8180	0,049106714	4	16,84%	3
Cruzeta	Unidade Mista de Saúde Abílio Chacon Filho	12	7998	0,04801412	3	28,81%	9
Equador	Hospital e Maternidade Marina Bezerra	18	6045	0,036289742	3	14,52%	3
Jardim de Piranhas	Hospital Geral Francisca Pereira Mariz	16	14837	0,089070454	6	40,08%	8
Jardim do Seridó	Hospital e Maternidade Dr. Ruy Mariz	32	12396	0,074416483	5	16,74%	5
Jucurutu	Hospital Maternidade Terezinha Lula de Queiróz Santos	49	18295	0,109829747	8	16,14%	8
Lagoa Nova	Hospital Maternidade Garibaldi Alves Filho	24	15614	0,093734992	7	28,12%	2
Ouro Branco	Hospital e Maternidade Mae Paula	10	4812	0,028887715	2	20,80%	2
Parelhas	Hospital Dr. José Augusto Dantas	51	21477	0,128932139	9	18,20%	6 (previsão de mais 3 leitos em 30 dias)
São Vicente	Unidade Mista de São Vicente	13	6424	0,038564979	3	21,36%	2 (estabilização)
São José do Seridó	Unidade Mista de Saúde Maria Aparecida Dantas	12	4634	0,027819134	2	16,69%	2
Santana do Matos	Hospital Dr. Clóvis Avelino	24	12791	0,076787773	6	23,04%	3
Santana do Seridó	Hospital Maternidade Ana Bezerra de Almeida	12	2680	0,016088752	1	9,65%	1
Serra Negra do Norte	Hospital Maria Cândida Medeiros Mariz	21	8078	0,048494381	3	16,63%	5

Nota: Para fins de cálculo do número de leitos por município, foram excluídos os municípios de Caicó e Currais Novos, além dos municípios que não dispõem de leitos para internação, a saber: Bodó, Florânia, Ipueira, São Fernando, Timbaúba dos Batistas e Tenente Laurentino Cruz.

Alguns municípios da 4ª Região de Saúde implantaram em seus territórios Centros Municipais de Referência para Covid-19, dentre eles: Acari, Caicó (2), Cerro Corá, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Jardim de Piranhas (Centro de Testagem), Jardim do Seridó, e São José do Seridó.

7. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

As Equipes das Unidades Básicas de Saúde deverão estar preparadas para atuar de forma efetiva na disseminação de informações, orientando a comunidade sobre os riscos de transmissão e as formas de evitá-la, bem como coordenar o acesso aos serviços de referência, de acordo com os protocolos técnicos pré-definidos para a organização racional da rede de assistência à saúde. É de responsabilidade das Equipes de Saúde da Atenção Primária:

- Participar da elaboração dos planos municipais e do planejamento das ações de enfrentamento no âmbito municipal, na detecção precoce de casos suspeitos a fim de interromper a cadeia de transmissão no menor tempo possível e proporcionar uma resposta oportuna;
- Facilitar o acesso das populações em situação de vulnerabilidade (em situação de rua, quilombolas, ciganas, nômades, apátridas, refugiados, migrantes, LGBT+, povos de campos, das águas e das florestas e povos tradicionais de matriz africana, afro brasileira, afro amerindia -povos de terreiros) aos serviços públicos, primordialmente de saúde, independente da documentação, fazendo valer o cumprimento da portaria nº 940/2011/MS, que garante esse atendimento nas unidades públicas de saúde sem a exigência do comprovante de endereço ou do cartão SUS;
- Garantir que, durante a campanha de vacinação contra a Influenza, seja realizada a busca ativa dos grupos prioritários junto a essas populações, especialmente, daquelas localizadas em regiões mais longínquas, de difícil acesso e fora da área adscrita;
- Compor GTs intersetoriais que fortaleçam as ações e projetos estratégicos que atendam às demandas das populações em situação de vulnerabilidades, no enfrentamento do COVID-19.
- Garantir a vigilância ativa de casos no grupo etário dos idosos, em especial nas Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIS), para cuidado e proteção desse grupo de risco;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto de problemas identificados;
- Participar intensamente na elaboração e execução de campanhas de vacinas, capacitando profissionais e mantendo-os informados quanto à doença, dose da vacina, esquema vacinal, contra-indicações, etc;

- Avaliar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao risco de transmissão e da necessidade de isolamento em casos suspeitos, realizando a busca ativa dos contatos, a fim de orientar e administrar medidas profiláticas aos contatos;
- Articular com outras áreas de saúde pública, como vigilância epidemiológica e sanitária, mantendo sempre a equipe informada sobre qual a situação atual;
- Identificar os locais de risco em suas áreas de abrangência, como escolas, creches, asilos e outros;
- Organizar o funcionamento dos serviços de forma a priorizar o atendimento dos casos suspeitos, a oferta imediata de máscara cirúrgica e o isolamento da pessoa;
- Conhecer o fluxo de unidades de referência e articular com essas unidades o repasse das informações do caso;
- Assegurar o transporte adequado e seguro dos casos suspeitos sem complicações para unidades de pronto atendimento para diagnóstico o mais rápido possível;
- Assegurar o transporte adequado e seguro dos casos suspeitos nas formas graves para hospitais de referência, após avaliação médica, evitando complicações e óbitos;
- Registrar no sistema de informação (e-SUS AB), ressaltando sinais e sintomas suspeitos e, nos casos confirmados, referir CID 10 – Infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19): – Infecção pelo novo coronavírus de localização não especificada;
- Identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com o caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa, ações de controle e investigação;
- Compartilhar com as equipes dados epidemiológicos sobre a circulação de COVID-19 e outros vírus respiratórios.
- Quanto ao atendimento odontológico, as ESB - Equipes de Saúde Bucal devem manter apenas os atendimentos de urgências nas unidades de saúde. Dito isso, visto que as demandas por atendimentos dentro do consultório odontológico irão diminuir e reforçando o papel da ESB como responsáveis pelo cuidado em saúde no território junto a EAP.
- Quando houver atendimento odontológico, este deverá ocorrer individualmente, evitando-se o compartilhamento de espaços devido à transmissão de microrganismos, principalmente quando há uso de equipamentos que produzam aerossóis. Atentar para atendimentos com maiores intervalos entre as consultas, proporcionando maior tempo para realizar adequada descontaminação dos ambientes, além da utilização de todo o

EPI necessário (Máscara N95/Cirúrgica, gorro, protetor facial, luvas, avental cirúrgico ou descartável).

- Os Casos de urgência que não consigam ser atendidos na APS deverão ser encaminhados ao Serviço de Urgência Odontológica do município, quando houve, ou aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), estes devem atender também apenas urgências e tomar as mesmas precauções orientadas à ESB.

As informações estão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link saude.gov.br/listacorona.

- Dúvidas sobre manejo clínico em APS serão esclarecidas por meio do Canal de Telessaúde: 0800 644 6543

.

8. ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES HOSPITALARES (PRONTO SOCORRO, CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)

- Identificar precocemente pacientes suspeitos;
- Oferecer máscara cirúrgica aos pacientes suspeitos, desde o momento em que forem identificados na classificação de risco, até sua chegada ao local de isolamento;
- Os profissionais de saúde que estão em contato com o caso suspeito deverão utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerossóis; máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental). Deverão ser utilizadas máscaras de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias;
- Realizar adequadamene e periodicamente a higienização das mãos;
- Os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPI deverão ser providos pela Instituição.

O caso suspeito do novo Coronavírus (COVID-19) poderá ser detectado na classificação de risco no Pronto Socorro já que o período de incubação é de até 15.2 dias e eventualmente ele também pode não ter sido detectado nos pontos de entrada. Após identificado, deverá ser ofertada a máscara cirúrgica e isolado imediatamente nas melhores condições possíveis, desde o momento em que for identificado na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

Caso o paciente apresente sinais de gravidade, o profissional deverá contactar a Núcleo Interno de Regulação para solicitar internação, e logo que liberado a vaga, o mesmo deverá ser removido ao Hospital, utilizando medidas de precauções no transporte. Se o paciente não apresentar sinais de gravidade, deverá proceder o isolamento domiciliar até a melhora dos sintomas, com as recomendações e medidas de precaução e monitorar os contactantes, ação essa que deverá ser desencadeada pelas equipes de vigilância epidemiológica (CEVS-RN e Municípios); para isso a realização da anamnese detalhada do paciente é imprescindível. O caso deverá ser notificado imediatamente ao Núcleo de Epidemiologia Hospitalar, assim como ao CIEVS-RN, que, por sua vez, notificará o Ministério da Saúde.

As autoridades sanitárias do Município, Estado e do Ministério da Saúde realizarão a avaliação epidemiológica do evento e no caso de enquadramento como caso suspeito de novo Coronavírus (COVID-19) desencadearão as medidas previstas no fluxo, diante disso ressalta-se a importância do correto preenchimento da ficha de notificação com as informações coletadas pelos profissionais que prestaram atendimento ao paciente.

9.ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE PRISIONAL (ESP) E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO SISTEMA PRISIONAL, NO ÂMBITO DA APS

- Adotar procedimentos de identificação de sinais e sintomas respiratórios, através do preenchimento da ficha clínica utilizada pelo presídio, durante o ingresso do custodiado no estabelecimento prisional;

● Observar, por meio de diagnóstico diferencial e classificação de risco, os vários vírus circulantes (gripe comum, H1N1, adenovírus, rinovírus e outros);

● Separar, se possível, pessoas do grupo de risco, idosos acima de 60 anos, com tuberculose, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), imunodeprimidos associados ao HIV e Aids, obesos com IMC igual ou maior a 40, pessoas com transtorno neurológico com riscos à função respiratória, com doenças renais, cardiovasculares, diabéticos, hipertensos;

● Seguir os protocolos de isolamento e uso de máscaras para os sintomáticos respiratórios suspeitos de COVID-19 e/ou confirmados;

● Realizar monitoramento dos casos suspeitos e confirmados em isolamento para identificação de sinais de agravamento, como baixa saturação de O2, em tempo oportuno e encaminhamento para outros níveis de atenção;

● Adotar o isolamento por coorte e o uso de cortinas e/ou biombos confeccionados com material impermeável, marcações no piso delimitando a distância mínima de dois metros, na ausência de isolamento em cela individual, para os casos suspeitos e/ou confirmados;

● Comunicar, imediatamente, à direção da Unidade Prisional, para o devido isolamento, a identificação de uma pessoa sintomática respiratória suspeita de COVID-19, realizando a classificação de risco para os casos identificados e manter vigilância diária da cela e do pavilhão;

● Realizar busca ativa diária de possíveis casos de sintomáticos respiratórios nos pavilhões;

● Certificar-se de que as informações do caso foram repassadas, oportunamente, para a unidade de referência para a qual a pessoa deverá ser encaminhada;

● Solicitar a limitação de movimentação de policiais penais nos pavilhões, restringindo-se ao necessário;

Usar EPI, incluindo máscara N95 ou máscara cirúrgica, nos casos de atendimento aos sintomáticos respiratórios, a fim de evitar a disseminação da infecção respiratória;

● Limitar a circulação de vários profissionais da equipe no pavilhão ou cela com casos suspeitos de COVID-19 ou outras doenças respiratórias, como também pelos pavilhões ou celas em que não haja sintomáticos respiratórios;

● Notificar, obrigatoriamente, casos suspeitos, em até 24h, por meio da Ficha de Notificação de Casos suspeitos de COVID-19 ou por email: cievsrn@gmail.com, registrar o atendimento no Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (APS) o e-SUS AB (CID 10 - U07.1 – Diagnóstico de doença respiratória aguda pelo 2019-nCoV).

● Ao notificar as pessoas privadas de liberdade que seja colocado o endereço da Unidade Prisional, para fins de dados epidemiológicos;

● Lançar mão da impressão da ficha de notificação, preencher e enviar por email, nos casos em que não haja acesso ao link para a notificação online;

● Promover ações de educação em saúde para as pessoas privadas de liberdade e policiais penais, voltadas para a prevenção da COVID-19;

● Seguir o fluxo, de acordo com os Protocolos de Manejo Clínico constantes nos Planos de Contingência, disponibilizados para as pessoas com sinais e sintomas de agravamento da COVID-19, para o atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

10.SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DURANTE A PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS

Diante da pandemia, o Sistema de Saúde brasileiro tem mobilizado esforços, em caráter emergencial, para tentar prevenir o contágio pelo Covid-19 e ofertar cuidados em saúde para a população, especialmente os casos mais graves. Todavia, além da sintomatologia, morbidade e consequências, há outros aspectos do sofrimento provocado por essa doença que são mais da ordem da subjetividade humana e precisam também de uma mobilização emergencial na área da saúde. Nessa perspectiva o enfrentamento da doença diz respeito a atuação na área da saúde mental para além do transtorno mental grave e persistente e das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Os serviços da saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS primeiramente precisam continuar ativos cumprindo sua função precípua, se adequando às condições de biossegurança e distanciamento social impostas. Para além disso é importante ampliar e propor o cuidado dos aspectos de saúde mental decorrentes do risco maior de contágio, medo do adoecimento e da transmissão principalmente para familiares e pessoas dos considerados grupos de risco e da sensação de confinamento, solidão, da impossibilidade de

trabalhar, do receio do desemprego, da perda de renda ou alterações significativas na rotina e incerteza com o futuro. Por isso a política pública de Saúde Mental também tem sido considerada pela OMS e o Ministério da Saúde do Brasil como fundamental no enfrentamento ao novo coronavírus e, portanto, indispensável que se adeque a esse momento de pandemia e continue funcionando.

Nessa circunstância a primeira condição necessária é fazer um planejamento que oriente a reorganização dos modos de fazer e funcionar com o objetivo de criar ações estratégicas que mantenham a finalidade da política pública e dos seus serviços, que estejam apropriadas às condições impostas pelo evento extraordinário que precisa ser enfrentado. Esse planejamento é determinante para manter a funcionalidade, a prestação dos serviços e o propósito da política pública de saúde mental em meio aos diversos efeitos que um evento imperativo como essa pandemia em questão tem provocado a ele damos o nome de Plano de Contingência. Ele vai permitir uma capacidade de reação efetiva quanto a preparação, mitigação, recuperação ou reorganização que se fizerem necessárias. Todo o planejamento anterior que havia sido feito precisa ser revisto à luz da situação de emergência provocada pelo novo coronavírus.

Esse Plano deve considerar e reforçar, como ponto de partida, as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e sua regionalização. Esta é uma rede transversal e intersetorial constituída por diversos componentes, serviços e ações: atenção primária em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

A RAPS está presente em todas as regiões de saúde do Rio Grande do Norte com uma cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS satisfatória em relação ao parâmetro populacional o que torna esse aspecto uma potencialidade a ser explorada diante da necessidade expansão da estruturação da saúde mental nos territórios para enfrentamento dessas novas condições de crise que a pandemia veio trazer. Crise não somente relacionada aos transtornos severos e persistentes e das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas que já eram foco da RAPS, mas desse aspecto da saúde da população relativo a condições emocionais que surgem nesse momento como estresse, depressão, ansiedade etc. E o reconhecimento desse novo sujeito de sofrimento psíquico que a pandemia do novo Coronavírus veio gerar para a política de saúde mental.

11. OUTRAS MEDIDAS QUE EVITAM A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Até o presente momento não há conhecimento de formas de prevenção mais efetivas do que a não exposição ao vírus, sendo assim as precauções recomendadas para o público em geral são:

- Lavagem de mãos frequente com água e sabão, com duração mínima de 20 segundos, e na indisponibilidade de água e sabão, uso álcool em gel a 70%;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca, com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando possível, saindo somente em situações essenciais;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com lenço de papel descartável, jogando-o no lixo após uso;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Limpar e desinfetar objetos e superfície tocados com frequência;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal (talheres, pratos ou garrafas);
- Evitar aglomeração de pessoas;
- Evitar contato próximo com animais selvagens e animais doentes em fazendas ou criações;
- Evitar viagens nesse momento.

12..BIOSSEGURANÇA

A biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente. (BRASIL,2010).

Neste aspecto, a Vigilância Sanitária possui normas técnicas específicas para conduzir práticas seguras nos serviços de saúde nas áreas de acondicionamento de medicamentos e insumos para a saúde; esterilização e desinfecção de artigos; segurança ocupacional; limpeza e desinfecção de resíduos de corpos; resíduos de serviços de saúde, disponíveis na página oficial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

13.REFERÊNCIAS

Boletim Epidemiológico 01, Versão 2, 28 de janeiro de 2020, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-nCoV, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletimepidemiolog ico-SVS-28jan20.pdf>.

Boletim Epidemiológico 12, Versão 2, 28 de janeiro de 2020, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-nCoV, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletimepidemiolog ico-SVS-28jan20.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Plano de Contingência para Resposta às Emergências de Saúde Pública: Influenza – Preparação para a Sazonalidade e Epidemias/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível no link: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/20/Plano-de-Conting-- ncia-para-Sazonalidade-e-Epidemias-de-Influenza---Final-enviado-19.03.2019.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>. ANEXOS 1. CHECK LIST PREPARAÇÃO DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA 2019- CoV.

Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Disponível em <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>.

Nota Conjunta – SESAP-RN/SMS Natal/SMS Parnamirim. Nota Informativa nº 05/2020 – SUVIGE/CPS/SESAP-RN. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000227546.PDF>.

Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Boletim Epidemiológico nº 14 – COVID – 19. Monitoramento dos casos de COVID-19. Semana Epidemiológica 01 a 13 de 2020. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000227875.PDF>.

Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Nota Técnica nº 09/2020/SESAP-SUVIGE/SESAP-CPS/SESAP-SECRETÁRIO. 20 de Março, 2020. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000227886.PDF>.

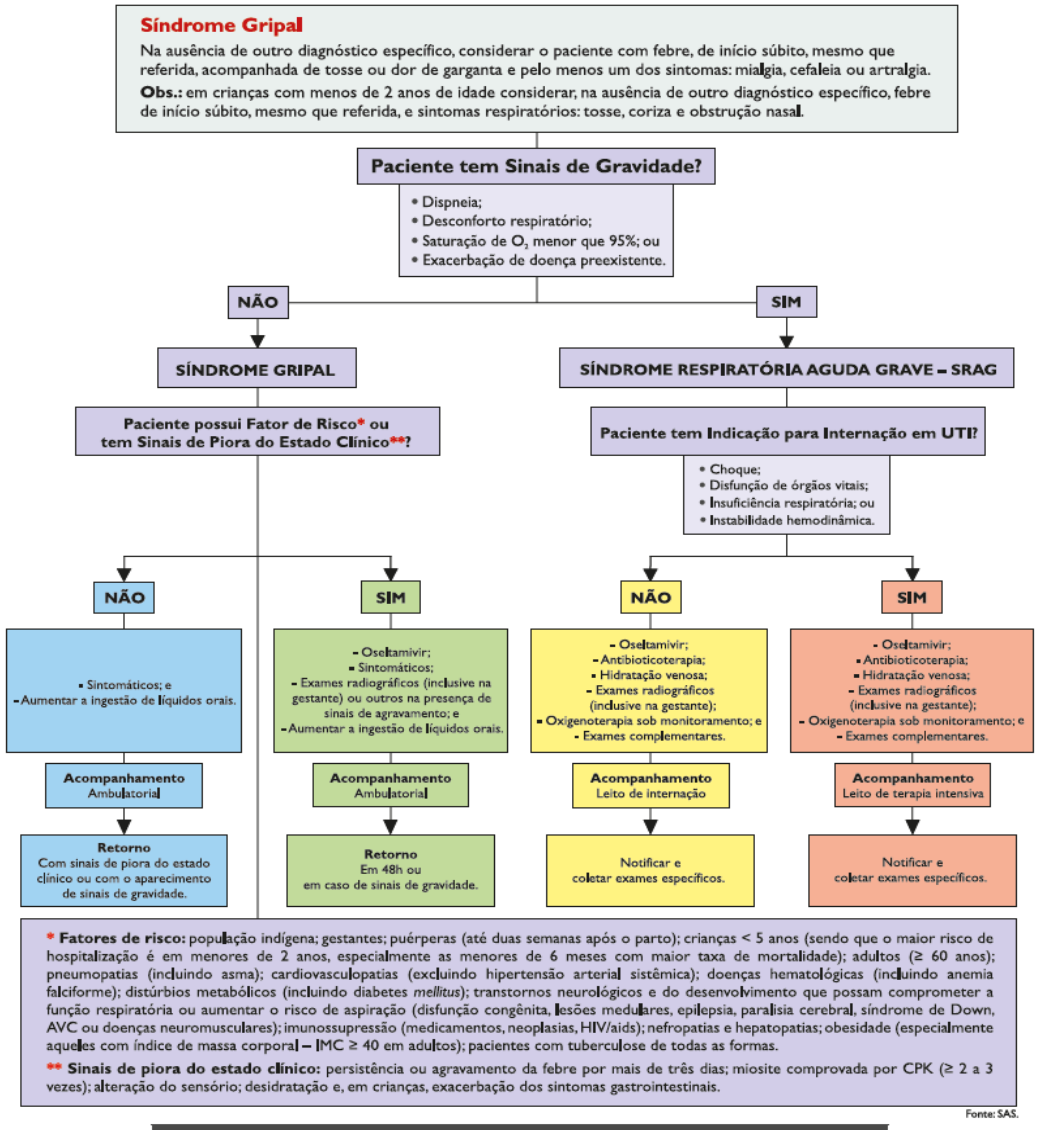
WHO. Word Health Organization- https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situationreports. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html>.

COVID. Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Brasília, maio de 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE

SÍNDROME GRIPAL/SRAG
Classificação de Risco e Manejo do Paciente



Fonte: SAS.

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
OSELTAMIVIR	Adulto		75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
ZANAMIVIR	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg,12/12h, 5 dias
Dose para Tratamento no Período Neonatal – Tratamento durante cinco dias			
Recém-nascido pré-termo			1 mg/kg/dose 12/12 horas até 38 semanas de idade
Período Neonatal			1 mg/kg/dose 12/12 horas < 38 semanas de idade
			1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade
			3 mg/kg/dose de 12/12 horas em RN com IG > 40 semanas

*via oral

ANEXO 2 – CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Doença não complicada	Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico. Esses pacientes não apresentam sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar.
Pneumonia sem complicações	Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem pneumonia grave tem tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida: <2meses: ≥60irpm 2 a 11 meses: ≥50irpm 1 a 5 anos: ≥40 irpm
Pneumonia grave	Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade: frequência respiratória > 30 incursões por minuto; dispneia; SpO2 < 90% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica. Crianças com tosse ou dificuldade de respirar ainda podem ter como critérios de gravidade: uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos; sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensório (irritabilidade ou sonolência); convulsões. A frequência respiratória que denota gravidade em infantes dependerá da idade, a saber: <2meses: ≥60irpm 2 a 11 meses: ≥50irpm 1 a 5 anos: ≥40 irpm O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem excluir complicações.
Síndrome da Angústia Respiratória Aguda	Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até 1 semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação; relação PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg – leve (entre 200-300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).
Sepse	Síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. 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.
Choque Séptico	Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. jan.2020

Observação 1: Pacientes com pneumonia sem complicações ou pneumonia grave – hospitalização imediata após medidas iniciais de isolamento e avaliação clínica, de acordo com a evolução respiratória e/ou hemodinâmica (primeiras 4 horas) após oxigenioterapia e hidratação. Avaliar necessidade de terapia intensiva (vide condições descritas no protocolo de influenza, disponível em: ***http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf.***

Pacientes com doença não complicada – hospitalização preferencialmente em leito de isolamento. Pacientes com comorbidades ou pertencentes a grupo de risco (vide influenza grupo) devem permanecer hospitalizados com avaliação clínica por pelo menos 24 horas para posterior encaminhamento domiciliar caso seja este o fluxo hospitalar de atendimento adotado.

ANEXO 3 - DIMENSIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS PARA AS UNIDADES HOSPITALARES

EQUIPAMENTO	HOSPITAL DO SERIDÓ	HRTFF	HRMC	TOTAL
MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	-	-	07	07
VENTILADOR MECÂNICO*	-	-	07	07
CARRO DE EMERGÊNCIA	-	-	02	02
DESFIBRILADOR	-	-	02	02
KIT DE LARINGOSCÓPIO	01	02	02	05
REANIMADOR MANUAL ADULTO	-	-	10	10
REANIMADOR MANUAL PEDIÁTRICO	02	-	-	02
BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA	10	40	24	74
CILINDROS DE OXIGÊNIO*	-	-	-	-
ASPIRADOR DE SECREÇÕES PORTÁTIL	01	-	04	05
ELETROCARDIÓGRAFO	01	-	-	01
EQUIPAMENTO RX PORTÁTIL	-	-	01 (fixo)	01 (fixo)
PROCESSADORA DE RX	-	-	01 CR	01
NEGATOSCÓPIO	01	-	02	03
VACUÔMETRO	-	-	10	10
FLUXOMETRO PARA VALVULA DE OXIGENIO	-	-	10	10
SUPORTE PARA SORO	-	10	12	22
ESCADINHA 2 DEGRAUS	-	30	12	42
BIOMBO 3 FOLHAS	-	-	02	02
FOCO CIRÚRGICO AUXILIAR (DE PÉ)	-	-	01	01

TENSIÔMETRO (ESFIGMOMANÔMETRO)	-	10	12	22
ESTETOSCÓPIO BIAURICULAR	-	10	-	10
HAMPER	-	10	02	12
LIXEIRA COM PEDAL	-	30	30	60
BELICHE	-	05	03	08
COLCHAO PARA BELICHE	-	05	06	11
LENÇOIS	-	350	100	450
COXIM PARA MOBILIZAÇÃO (MODELOS DIVERSOS)	-	80	20	100

*Hospital não possui canalização de gases medicinais. A permanência do item dependerá da recuperação ou não da canalização de gases da unidade.

ANEXO 4 - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL PARA AS UNIDADES HOSPITALARES

SERVIÇOS DE SAÚDE	CATEGORIA	UTI			LEITOS COM VMI			OS			CM			CME			FARMÁCIA			LAC			RADIO DIAGNÓSTICO			NUTRIÇÃO		
		A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T
HRTFF	ENFERMEIRO	2D 1N	1N	2D 2N	4D 4N	1D 1N	5D 5N	5D 5N	-	5D 5N	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO INTENSIVISTA	1D 1N	-	1D 1N	3D 3N	-	3D 3N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO CLÍNICO	-	-	-	-	-		2D 2N	-	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO RADIOLOGISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D	1N	1D 1N	-	-	-
	ASSIST.SOCIAL	A			Ne			T			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		3D 2N			-			3D 2N																				
	PSICÓLOGO	2D 1N			-			2D 1N			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NUTRICIONISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 1N	1N	2D 2N
	FARMACÊUTICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	-	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	BIOQUÍMICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	-	2D 2N	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	6D 6N	-	6D 6N	15D 15N	-	15D 15N	8D 8N	-	8D 8N	-	-	-	1D 1N	1D 1N	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO DE LABORATÓRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3D 3N	1D 1N	4D 4N	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3D 3N	-	3D 3N	-	-	-
	AUXILIAR DE FARMÁCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	2D 2N	4D 4N	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FISIOTERAPEUTA	1D 1N	-	1D 1N	-	2D 2N	2D 2N	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Observação: As categorias Assistente Social e Psicólogo encaixam-se nas profissões de apoio e o quantitativo disposto na tabela refere-se à escala atualmente praticada na unidade. Contudo, vale salientar que essa unidade só dispõe de 2 Psicólogos e 3 Assistentes Sociais estatutários, dos quais, 1 está em processo de aposentadoria. O setor Radiodiagnóstico já inclui dimensionamento para o serviço de Tomografia.

SERVIÇOS DE SAÚDE	CATEGORIA	UTI			LEITOS COM VMI			PS			CM			CME			FARMÁCIA			LAC			RADIO DIAGNÓSTICO			NUTRIÇÃO		
		A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T
HOSPITAL DO SERIDÓ	ENFERMEIRO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	-	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO INTENSIVISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO CLÍNICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE SOCIAL	1D 1N												-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSICÓLOGO	1D 1N												-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NUTRICIONISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D	-	1D
	FARMACÊUTICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	BIOQUÍMICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4D 4N	4D 4N	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO DE LABORATÓRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-
	AUXILIAR DE FARMÁCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D	2N	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: A – Atual
Ne – Necessidade
T – Total
D – Diurno
N – Noturno

SERVIÇOS DE SAÚDE	CATEGORIA	UTI			LEITOS COM VMI			OS			CM			CME			FARMACIA			LAC			RADIO DIAGNÓSTICO			NUTRIÇÃO		
		A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T	A	Ne	T
HRMC	ENFERMEIRO	-	-	-	-	7D 7N	7D 7N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO INTENSIVISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MÉDICO CLÍNICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ASSISTENTE SOCIAL	6D 6N												-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PSICÓLOGO	3D 3N												-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NUTRICIONISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6D 6N	4D 4N	10D 10N
	FARMACÊUTICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	BIOQUÍMICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2D 2N	2D 2N	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	-	-	-	2D 2N	20D 20N	22D 22N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO DE LABORATÓRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1D 1N	1D 1N	-	-	-	-	-	-	-
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AUXILIAR DE FARMÁCIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	7D 7N	7D 7N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: A – Atual
Ne – Necessidade
T – Total
D – Diurno
N – Noturno

ANEXO 5 – NECESSIDADE DE ADEQUAÇÕES PARA HOSPITAL REGIONAL TELECILA FREITAS FONTES

- ✓ Paredes de gesso em clínica cirúrgica (1/3 da parede);
- ✓ Válvulas de descarga e demais acessórios hidráulicos (para todas as enfermarias);
- ✓ Sifão sanfonado para pias (área de nutrição e banheiros);
- ✓ Lâmpadas tipo T8 (para corredores);
- ✓ Lâmpadas LED 9W (para enfermarias e banheiros);
- ✓ Recuperação estrutural em área do antigo Pronto Socorro, considerando limpeza, pintura, adequações elétricas e hidráulicas.

ANEXO 6 – NECESSIDADE DE ADEQUAÇÕES PARA OS LEITOS LOCALIZADOS NA EMCM-UFRN/LIGA

- ✓ Manutenção na rede de gases medicinais;
- ✓ Avaliação da necessidade de instalação de central de gás ou cilindros de oxigênio;
- ✓ Fechamento de área destinada ao fluxo exclusivo para pacientes em tratamento de câncer;
- ✓ Abertura de porta para entrada dos pacientes COVID-19.

ANEXO 7- CONDICIONANTES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS PARA ATENDIMENTO (NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 11/2020/SESAP)

1. Distúrbios do metabolismo da glicose (relatado ou confirmado)

- Diabetes gestacional sem uso de insulina

2. Prematuridade comprovada (≥ 32 semanas) com:

- Trabalho de parto;
- Amniorrexe prematura;
- Gemelaridade com indicação de resolução obstétrica;
- Oligohidrâmnio e polidrâmnio;
- Restrição de crescimento com indicação de resolução obstétrica imediata.

3. Condições clínicas maternas:

- Infecção urinária complicada com necessidade de terapia endovenosa
- Neoplasia trofoblástica gestacional
- Incompetência istmo cervical (ig ≥32 semanas)

4. Pós-datismo

5. Hemorragias com estabilidade hemodinâmica:

- Gestação ectópica
- Placenta prévia

6. Abortamentos com estabilidade hemodinâmica

7. Infecção de ferida operatória ou endometrites sem indicação de abordagem cirúrgica ou sem sinais de sepse

8. Gestante com HIV;

9. Óbito fetal sem comorbidade