



## Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Santa Casa de Cesário Lange

# **Plano de Contingência COVID-19**



# Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Santa Casa de Cesário Lange

Roberto Gonella Junior  
Provedor

Thiago Roberto Manttuane Alves de Almeida  
Coordenador de Saúde

## Comitê de Enfrentamento ao COVID-19

Karoline Lopes Paes

Juliano Donizete Coelho

Marcia Regina Ricioli

Vanessa Carvalho de Oliveira

Vania Solange Benfica de Toledo

Fabiana Aparecida do Nascimento

Elaborado em 30 de março de 2020 pelos integrantes do Comitê de Enfrentamento do COVID-19

Atualizado em 01 de junho de 2020

## Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

Santa Casa de Cesário Lange

Avenida Brasil, 340, Vila Brasil, Cesário Lange/SP, Cep 18265-000

Tel.: (15) 3246-1410

[www.bhcl.org.br](http://www.bhcl.org.br)

## Sumário

Introdução .....	5
Objetivos .....	6
Objetivo Geral .....	6
Objetivos Específicos .....	6
Metas .....	7
Componentes do Plano de Contingência do COVID-19 .....	8
1. Vigilância em Saúde .....	8
2. Controle de Infecção Hospitalar .....	9
a. Cirurgias Eletivas .....	9
b. Recepção, Higiene e Limpeza .....	9
c. Visitas e Acompanhantes .....	11
d. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) .....	11
Assistências de Média e Alta Complexidade .....	13
Assistência Farmaceutica e Laboratorial .....	13
Assistência Hospitalar .....	14
Educação Permanente em Saúde .....	15
Gestão .....	16
Estratificações de Casos Suspeitos com a Atenção Primária do Município .....	17
Acolhimento com Classificação de Risco .....	18
Atendimento Médico no Serviço de Apoio .....	19
Unidade de Coleta .....	20
Regulação .....	20
Referência Regional .....	20
Ações de Monitoramento .....	21
Medicação .....	22
Laboratório .....	23
Transferência .....	24
Veículos e Recursos Humanos .....	25
Higienização dos Veículos .....	26

Acompanhantes .....	27
Recursos Humanos e Contratações .....	28
1. Médicos (Realidade Atual).....	28
2. Enfermagem.....	28
3. Técnicos de Enfermagem.....	28
Considerações Finais.....	29
Apêndice.....	30
I. Lista de Clínica Médica para Enfrentamento ao COVID-19.....	30
II. Protocolo Assistencial de Manejo e Tratamento de Infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange .....	31
a. Introdução.....	31
b. Objetivos.....	33
c. Apresentação Clínica .....	34
d. Diagnóstico.....	36
e. Exames Complementares.....	36
f. Critérios de Internação/Admissão – Hospital de Campanha .....	40
g. Critérios para transferência de pacientes dos leitos de clínica para os leitos de estabilização (presença de um ou mais critérios): .....	42
h. Tratamento .....	43
i. Condutas Iniciais: Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não Invasivo.....	46
j. Intubação Orotraqueal (IOT) e Ventilação Mecânica (VM) .....	48
k. Critérios de Alta Hospitalar .....	52
l. Medidas de Prevenção – Equipamentos de Proteção Individual (EPI).....	52
m. Paramentação e Desparamentação.....	55
n. Emissão de Declaração de Óbito (D.O.) em situação de pandemia.....	57
Referências Bibliográficas .....	61
Anexos.....	65
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVS .....	70

## Introdução

O plano aqui apresentado tem como período de abrangência o ano de 2020, seguindo orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio dos protocolos do Ministério da Saúde (MS), que atualiza, de forma contínua, o Plano de Contingência para situações de emergências, e da Secretária Estadual de Saúde de São Paulo.

As estratégias previstas contemplam o conjunto de ações das redes assistenciais, atenção primária, urgência/ emergência, rede hospitalar, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde, bem como, ações de comunicação, mobilização e publicidade.

Após o aumento da classificação de risco da epidemia, uma série de ações foi adotada e culminaram com a ativação, no dia 22 de janeiro de 2020, do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-nCoV), do Ministério da Saúde, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à possível emergência de saúde pública, buscando uma atuação coordenada no âmbito do SUS.

Em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

A Portaria MS nº 188 também estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, a gestão do COE-nCoV19. Em 11 de março a OMS decretou pandemia da COVID-19.

O Brasil está adotando a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo.

## Objetivos

### Objetivo Geral

Organizar as ações de prevenção e controle para o enfrentamento da possível emergência do novo Coronavírus (SARS-CoV-19) na Beneficência Hospitalar de Cesario Lange.

### Objetivos Específicos

- Monitorar oportunamente a possível emergência do novo Coronavírus (SARS-CoV-19) a nível hospitalar, na Beneficência Hospitalar de Cesário Lange;
- Manter contato com o setor de vigilância epidemiológica a fim de realizar a passagem de informações oportunamente e organização dos serviços de acordo com o cenário epidemiológico e protocolos estabelecidos pelos órgãos competentes;
- Definir as responsabilidades por componente (vigilância em saúde, assistência, suporte laboratorial, comunicação e gestão);
- Organizar e orientar o fluxo dos pacientes com suspeita de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-19), na Beneficência Hospitalar de Cesário Lange.

## Metas

- Preservar a integridade de todos os profissionais da saúde;
- Atender toda a população de forma organizada, identificar e classificar a demanda conforme preconiza o enquadramento de casos suspeitos;
- Notificar a Vigilância Epidemiológica, em tempo oportuno, 100% dos casos de Coronavírus;
- Notificar a Vigilância Epidemiológica, oportunamente, 100% dos óbitos suspeitos por Coronavírus.

## Componentes do Plano de Contingência do COVID-19

Plano de Contingência do Coronavírus está estruturado em 08 (oito) componentes, cada um deles adaptado aos protocolos do Ministério da Saúde e voltado para a operacionalização. São eles:

- Vigilância em Saúde;
- Controle de Infecção hospitalar;
- Assistência da Baixa e Media Complexidade;
- Assistência Farmacêutica e Laboratorial;
- Assistência Hospitalar;
- Educação Permanente em Saúde;
- Gestão;
- Estratificação de casos suspeitos com a atenção primária do município.

### 1. Vigilância em Saúde

A Portaria 1.378, de 09 de julho de 2013, do Ministério da Saúde brasileiro, estabelece as competências dos entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) quanto às ações de Vigilância em Saúde, as quais geram as ações integradas de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde que possibilitam análises de situação de saúde, ações de vigilância em saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde.



Trata-se de um instrumento fundamental para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

## **2. Controle de Infecção Hospitalar**

### **a. Cirurgias Eletivas**

As cirurgias foram suspensas, devendo ser mantidas atividades cujos benefícios da pronta realização superem riscos associados ao cenário da epidemia de Covid-19. Eventuais faltas estarão justificadas em função da situação, devendo ser o paciente novamente contatado em momento oportuno.

### **b. Recepção, Higiene e Limpeza**

Na recepção de serviços de saúde, os pacientes deverão ser triados. Todo e qualquer paciente que apresentar os sintomas da doença (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, sinais de cianose, batimento de asa de nariz e dispneia) deverá ser colocado em isolamento e orientado, de acordo com protocolo assistencial. Esses pacientes devem utilizar máscaras cirúrgicas, se disponíveis.

Os demais pacientes deverão ser orientados sobre aspectos de prevenção da doença (cobrir nariz e boca ao espirrar ou tossir, lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool em gel, evitar aglomerações, manter ambientes ventilados, não compartilhar objetos pessoais), devendo ser disponibilizados meios de higienização das mãos, tais como álcool em gel e lavatórios com sabão e papel toalha.

Os pacientes de risco (idosos acima de 60 anos, portadores de comorbidades e imunodeprimidos) deverão utilizar máscaras cirúrgicas, se disponíveis, e ser orientados acerca de prevenção em suas rotinas diárias e ao longo da permanência no serviço.

São consideradas comorbidades a presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. Deverá ser permitido apenas 1 (um) acompanhante por paciente, restrito aos casos previstos em lei (abaixo de 18 e acima de 65 anos de idade e gestantes) e/ou por necessidade do procedimento a ser realizado.

O acompanhante também deverá ser orientado acerca de aspectos de prevenção da doença. Pacientes e acompanhantes devem permanecer na recepção somente nos 30 minutos que antecedem a consulta / exame / procedimento regular.

As recepções deverão ser constantemente higienizadas, mantidas arejadas e organizadas com o intuito de evitar a aglomeração com ações tais como: manter espaço entre cadeiras e longarinas; sugerir que acompanhantes aguardem do lado de fora do serviço ambulatorial; orientar aos pacientes que evitem circulação e não transitem pelo ambulatório após encerramento do seu atendimento.

Ampliar a frequência da limpeza e higiene da unidade, principalmente banheiros, maçanetas, corrimão e piso locais da unidade com grande fluxo de pessoas (pacientes e colaboradores), solução de água sanitária.

Álcool em gel deve ser disponibilizado em pontos estratégicos na unidade (por exemplo, entrada, guichês de triagem, guichês de atendimento, sala de espera, saída, relógios de ponto). Colocar placas de aviso em locais estratégicos (por exemplo, a entrada, guichê de triagem) solicitando que os pacientes utilizem máscara de proteção, caso apresentem qualquer um dos sintomas da doença (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, sinais de cianose, batimento de asa de nariz e dispneia).

Estimular o paciente a usar sua própria caneta para assinatura ou providenciar a limpeza contínua da mesma.

A caneta do colaborador deve ser de uso pessoal.

**c. Visitas e Acompanhantes**

As visitas a pacientes internados serão restritas em termos de horários, período e número de visitantes.

Os visitantes deverão ser informados e orientados acerca dos cuidados de prevenção para interação segura com os pacientes.

O número de acompanhantes deverá ser limitado a 1 (um) por paciente, nos casos amparados por lei.

Caso os visitantes e acompanhantes apresentem sintomas da doença (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, sinais de cianose, batimento de asa de nariz e dispneia), serão orientados acerca dos cuidados necessários para tratamento da doença, isolados e ter o contato com o paciente restringido.

Caso evidenciada necessidade, esses visitantes e acompanhantes com sintomas serão encaminhados para serviços de referência. Em caso de pacientes com diagnóstico de Covid-, as visitas deverão ser bloqueadas, mantendo-se os informativos diários necessários aos familiares.

**d. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)**

No intuito de apoiar e orientar sobre as medidas de prevenção e controle da COVID-19 foram formuladas orientações técnicas direcionadas aos trabalhadores que porventura tenham contato com casos suspeitos do novo Coronavírus (2019-nCoV).

É objeto destas orientações, os trabalhadores dos serviços de saúde. Vale ressaltar que estes apresentam um maior risco de exposição, contaminação e infecção por agentes biológicos patogênicos, incluindo o novo Coronavírus (2019-nCoV).

Assim, é essencial a adoção de medidas de prevenção e controle durante todas as etapas de atendimentos a casos suspeitos ou confirmados: antes da chegada do paciente ao serviço, na chegada, triagem e espera do atendimento e durante toda a assistência prestada.

Apenas a adoção integrada de todas as medidas é que garante a minimização dos riscos de infecção nos ambientes de saúde.

Estas medidas incluem precauções padrão, tais como: proteção individual voltada aos trabalhadores e controles administrativo, ambiental e de engenharia, a saber:

- Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) recomendados aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo 2019-nCoV são: 1) gorro; 2) óculos de proteção ou protetor facial; 3) máscaras; 4) avental impermeável de mangas compridas; 5) luvas de procedimentos.
- Quanto ao tipo de máscara, utilizar as de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 $\mu$  (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.
- Para os profissionais de apoio (limpeza, nutrição, hotelaria) que estejam envolvidos na realização de serviços que tenham relação com os casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo 2019-nCoV ou em atividades que envolva o contato com superfícies e materiais potencialmente contaminados recomenda-se os seguintes EPIs: 1) gorro; 2) óculos de proteção ou protetor facial; 3) máscara cirúrgica; 4) avental impermeável de mangas compridas; 5) luvas de procedimentos.
- Para recepcionistas, motoristas e trabalhadores que se envolvam no acolhimento dos pacientes nos serviços de saúde, recomenda-se o uso de máscara cirúrgica e higiene das mãos com água e sabão, além de álcool 70% em solução ou em gel.

- Após o atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo 2019-nCoV, deve-se realizar o descarte adequado de todos os EPIs e, imediatamente após o descarte, a higienização das mãos.
- Os resíduos potencialmente infectados com o 2019-nCoV devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada. O tratamento pode ser feito dentro ou fora da unidade geradora, inclusive fora do estabelecimento, desde que respeitadas condições mínimas de acondicionamento e transporte destes resíduos.
- Esses resíduos devem ser acondicionados em sacos brancos leitosos devidamente identificados como material potencialmente infectante. No formulário para notificação eletrônica imediata, disponibilizado pelo CIEVS, o campo ocupação é de preenchimento obrigatório, e tem como foco os profissionais dos serviços de saúde.

### **Assistências de Média e Alta Complexidade**

No âmbito hospitalar serão atendidos pacientes previamente referenciados da atenção primária. Os casos de baixa e média complexidades que necessitaram de internação hospitalar serão atendidos na Beneficência Hospitalar de Cesário Lange, que atenderá em nível secundário. Em se tratando de caso de alta complexidade, serão encaminhados para hospitais referenciados pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo.

### **Assistência Farmacêutica e Laboratorial**

Atualmente a Farmácia continua com seu funcionamento e horários normais. O serviço de laboratório segue por meios de terceirizados e no caso de coleta de swab para COVID-19, será

encaminhado pela vigilância epidemiológica do município o qual seguirá para o laboratório credenciado.

### **Assistência Hospitalar**

No ingresso à Beneficência Hospitalar de Cesário Lange, o paciente será triado na entrada por enfermeira (o).

Todas as pessoas que adentrarem, deverão higienizar as mãos com álcool 70%. Em todos os casos será questionado a respeito de sintomas de interesse no caso da COVID-19.

Questionamentos como presença de tosse, febre, dor de garganta, dificuldade ao respirar, náuseas ou vômitos, cefaleia, coriza, adinamia.

Também será feito questionamento a respeito de viagens internacionais ou contato direto com caso suspeito ou confirmado de COVID -19.

Em caso de negativa a algum desses sintomas seguirá em atendimento conforme sua classificação de risco.

Caso alguma das respostas seja positiva, será encaminhado imediatamente para complexo de apoio ao COVID-19, já com a máscara cirúrgica disponibilizada para uso por parte do paciente, além das mãos previamente higienizadas, outro profissional capacitado e paramentado, deverá completar a checagem dos sinais vitais e acionar atendimento médico.

Os exames laboratoriais visando diagnóstico do vírus SARS-CoV-2 por meio de RT-PCR serão solicitados somente para pacientes internados graves ou críticos, para unidades sentinelas e para profissionais de saúde, com sintomas de Covid-19, conforme resolução SS28 de 17/03/2020.

O teste diagnóstico não deverá ser realizado em pessoas assintomáticas.

Essas medidas buscam otimizar o bom uso desse recurso, cujos insumos estão restritos no mundo devido à situação pandêmica e informações Epidemiológicas e Censo Hospitalar.

Relatórios serão disponibilizados utilizando o mapa de leitos desses dois módulos, de modo a informar à Secretaria de Estado da Saúde o estado diário das internações de casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19.

A Secretaria de Saúde em conjunto com a Administração da Beneficência Hospitalar de Cesario Lange consensuaram 05 leitos de clínica médica para atendimentos de COVID-19 para casos de baixa e média complexidade. Em casos graves manteremos a regulação regional.

Desse modo, é fundamental que os hospitais mantenham as internações atualizadas, checando a fidedignidade de dados informados nos módulos, tanto por meio de inserções manuais, quanto pelas inserções integradas.

O código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª edição (CID-10) para a Covid-19 é U04.9, o qual será o código principal em casos suspeitos ou confirmados. Códigos secundários são B34.2 e B97.2.

### **Educação Permanente em Saúde**

- Sensibilizar os colaboradores da Beneficência Hospitalar de Cesario Lange para o conhecimento do Coronavírus e sua oportuna condução.
- Capacitar as categorias profissionais envolvidas no serviço para identificação precoce, manejo adequado dos casos suspeitos de Coronavírus.
- Alcançar com a Educação Permanente, ampla divulgação e conhecimento sobre as rotinas estabelecidas acerca do Coronavírus, para 100% dos profissionais dessa instituição.

- Promover ações de atualização e capacitação referentes à prevenção e controle do novo Coronavírus (2019- nCoV).
- Divulgar vídeos e materiais provenientes do Ministério da Saúde acerca dos cuidados de prevenção do Coronavírus.
- Capacitar todos os profissionais envolvidos, para multiplicar as informações corretas sobre Coronavírus.

### **Gestão**

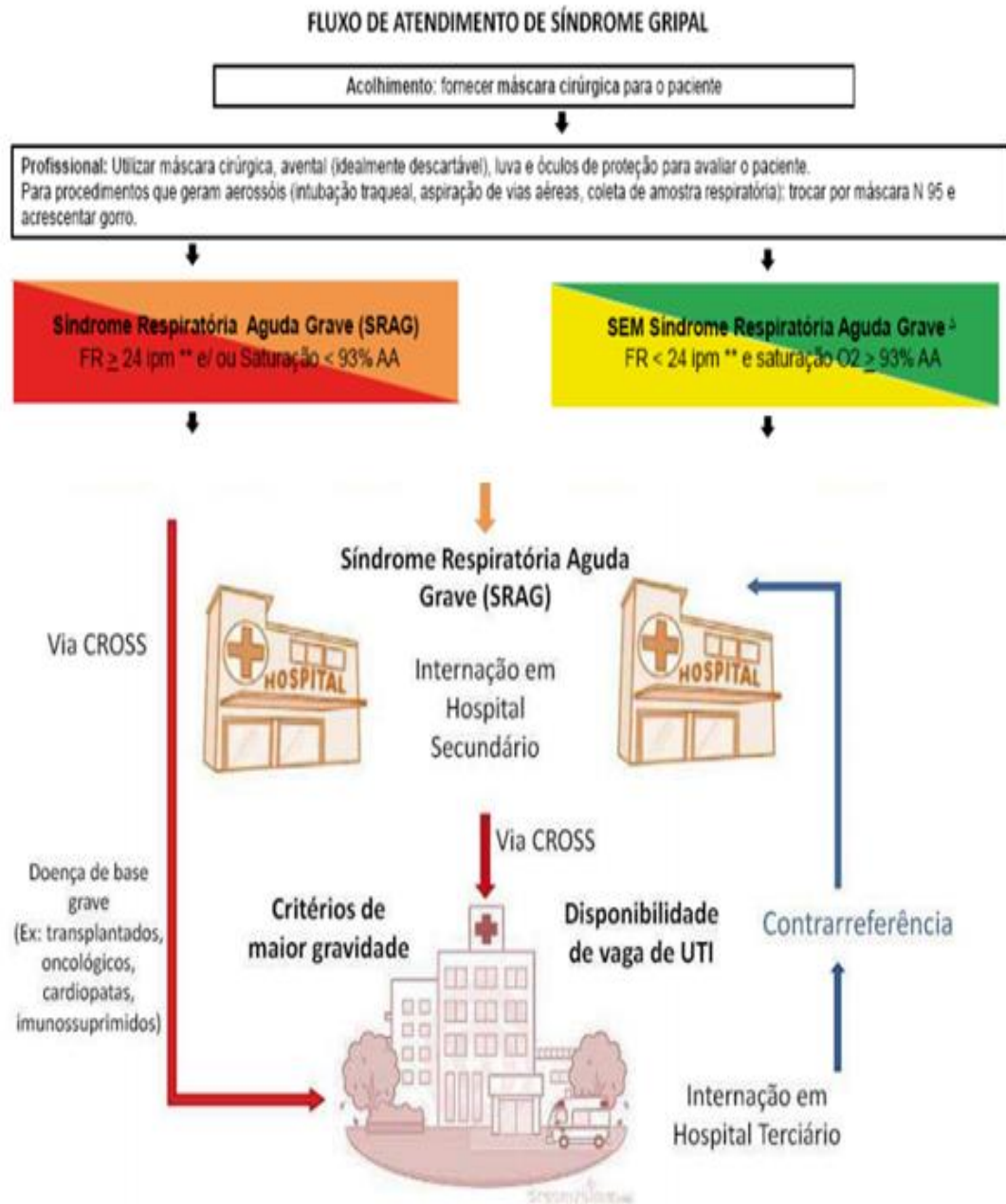
No intuito de apoiar e orientar sobre as medidas de prevenção e controle da COVID-19 foram formuladas orientações técnicas direcionadas aos trabalhadores que porventura tenham contato com casos suspeitos do novo Coronavírus (2019-nCoV).

É objeto destas orientações, os trabalhadores dos serviços de saúde. Vale ressaltar que estes apresentam um maior risco de exposição, contaminação e infecção por agentes biológicos patogênicos, incluindo o novo Coronavírus (2019-nCoV).

Assim, é essencial a adoção de medidas de prevenção e controle durante todas as etapas de atendimentos a casos suspeitos ou confirmados: antes da chegada do paciente ao serviço, na chegada, triagem e espera do atendimento e durante toda a assistência prestada. respeito de viagens internacionais ou contato direto com caso suspeito ou confirmado de COVID -19.



Estratificações de Casos Suspeitos com a Atenção Primária do Município



## Acolhimento com Classificação de Risco

O profissional Enfermeiro responsável pela realização do Acolhimento com Classificação de Risco deverá, ao acolher o paciente, avaliar se este apresenta critérios para definição de caso, que são:

- Situação 1 - VIAJANTE: pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias; OU
- Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO: Pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias. • CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19):
- Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR: Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

Todos os casos que chegarem no Serviço e forem sintomáticos, suspeitos ou não, deverão ser encaminhados à Complexo de apoio ao COVID-19 seguindo rigorosamente as recomendações:

- Uso constante da máscara cirúrgica;
- Manter rigorosa higiene das mãos;
- Permanecer em área indicada até a realização da consulta

#### **Atendimento Médico no Serviço de Apoio**

A realização do atendimento médico deverá ser em sala privativa ou com menor circulação de pessoas, mantendo a porta fechada e o ambiente ventilado, seguindo rigorosamente as normas de segurança quanto à higienização das mãos e quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual:

- Higiene das mãos com preparação alcoólica
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Capote, Avental ou Jaleco

Síndrome gripal sem insuficiência respiratória deverá ser preenchida a ficha de sintomáticos (em anexo) e encaminhar para a Vigilância epidemiológica para monitoramento. Síndrome respiratória aguda grave, permanecerá no complexo de apoio ao COVID 19 e seguirá todo o protocolo.

### Unidade de Coleta

A coleta do SWAB para os casos suspeitos enquadrados na SS28 será realizada no complexo de apoio ao COVID-19, locado na Beneficência Hospitalar de modo a ser mantido um fluxo organizado, comunicando a Vigilância epidemiológica do município para encaminhamento da amostra.

### Regulação

Pacientes com perfil para isolamento domiciliar serão acompanhados pela Equipe de Vigilância Epidemiológica, agentes de saúde e demais profissionais que compõe o serviço municipal de saúde. A regulação hospitalar do Município de Cesário Lange deverá regular os casos de maior gravidade que necessitem de transferências e internações, seguindo definições pactuadas com a Secretaria Estadual de Saúde.

### Referência Regional

Referência	Internação Clínica COVID-19 Exclusivo e Preferencial	Internação em UTI COVID-19 Exclusivo e Preferencial
1ª Referência (Adulto)	Santa Casa de Cesário Lange (Cesário Lange)	Santa Casa de Tatuí (Tatuí)
2ª Referência (Adulto)	Santa Casa de Tatuí (Tatuí)	Dr. Adib Domingos Jatene (Sorocaba)
3ª Referência (Adulto)	Santa Casa de Misericórdia de Cerquilha (Cerquilha)	Santa Casa de Itu (Itu)
1ª Referência (Pediátrica)	Santa Casa de Cerquilha (Cesário Lange)	CHS (Sorocaba)
2ª Referência (Pediátrica)		

## **Ações de Monitoramento**

As ações de monitoramento consistirão, principalmente, na identificação de contactantes de casos suspeitos ou confirmados e no auxílio e participação na busca ativa destes, capitaneada pela equipe da vigilância em saúde.

Os contatos próximos de uma pessoa com suspeita de Coronavírus (2019- nCoV) devem ser acompanhados e monitorados pela equipe de Vigilância Epidemiológica.

Na presença destes sinais e sintomas, os profissionais da saúde deverão orientar a procura pelo serviço de saúde para avaliação e encaminhamento adequado.

## Medicação

Até o momento, não há medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas.

## Laboratório

Deve ser realizada coleta de swabs combinados (nasal/oral), ou aspirado de nasofaringe (ANF) de todos os casos que se enquadrem nos critérios de suspeição clínica e ou epidemiológico.

- Orientar e treinar os profissionais envolvidos na coleta do material biológico e em biossegurança;
- Logística na solicitação de insumos para coleta (SWAB).

## **Transferência**

Todos os dias são realizadas transferências para serviços de referência e ambulatório de especialidades.



## **Veículos e Recursos Humanos**

Contamos, no presente momento com 1 (uma) ambulância e 1 (um) motorista.

## Higienização dos Veículos

A ambulância deve ser higienizada constantemente e após toda e qualquer viagem de caso suspeito de COVID-19.

O protocolo para desinfecções das ambulâncias segue Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº04/2020 atualizada em 21/03/2020, expedida pela Agência nacional de Vigilância sanitária e, que estabelecem ações para a segurança de pacientes nos serviços de saúde do Brasil. Para desinfecção das ambulâncias.

## **Acompanhantes**

Apenas será permitida a presença do acompanhante e casos específicos como, menores de idade, portadores de deficiência física, pacientes psiquiátricos ou idosos.

Uma vez que a restrição da entrada dos mesmos nos serviços de referência serão também limitadas.

Em um primeiro momento, pacientes que apresentam sintomas respiratórios ou febre deverão ser impedidos de viajar junto com demais pacientes.

## Recursos Humanos e Contratações

### 1. Médicos (Realidade Atual)

Atualmente contamos com um médico plantonista 24 (vinte e quatro) horas por dia, divididos em escalas de doze horas, além de um médico responsável pela enfermaria.

Também há uma empresa contratada para realização de transferências de média e alta complexidade. Caso haja necessidade de alteração do fluxo de protocolo pode-se aditar o presente plano de contingência, possibilitando a contratação de mais médicos.

Levando em consideração o atual quadro de médicos contratados na cidade e a formação da Sala de Monitoramento do COVID-19, será necessária a contratação de dois médicos plantonistas no esquema de plantões de 12 horas.

A situação pode mudar uma vez que existe a possibilidade de afastamento de médico caso tenha contato direto e sintomas respiratórios ou febre.

### 2. Enfermagem

A equipe de enfermagem será remanejada de acordo com a demanda do serviço. Caso haja afastamento médico por qualquer razão, será necessária a contratação de mais funcionários.

### 3. Técnicos de Enfermagem

A equipe de técnicos de enfermagem é suficiente num primeiro momento. Caso haja necessidade de alteração do fluxo de protocolo pode-se aditar o presente plano de contingência, possibilitando a contratação de mais funcionários.

## Considerações Finais

As diretrizes e orientações registradas neste plano de contingenciamento Hospitalar poderão ser alteradas a qualquer tempo, de acordo com as mudanças no cenário epidemiológico e nas normativas direconadoras para o enfrentamento da Covid-19.

O presente Plano de Contingenciamento Hospitalar fará parte do plano Municipal da Secretaria Municipal de Saúde de Cesário Lange e estará disponível no portal da Prefeitura Municipal de Cesário Lange, assim como eventuais atualizações.

## Apêndice

## I. Lista de Clínica Médica para Enfrentamento ao COVID-19

Descrição do Quarto	Sexo da Enfermaria	Descrição do Leito	Código da Clínica
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 1	627
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 2	627
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 1	627
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 2	627
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 1	627
Enfermaria Nova (Adulta)	Misto	Leito 1	627
Enfermaria Nova (Pediatria)	Misto	Leito 1	649
Enfermaria Nova (Pediatria)	Misto	Leito 2	649

## II. Protocolo Assistencial de Manejo e Tratamento de Infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) da Beneficência Hospitalar de Cesário Lange

### a. Introdução

O novo Coronavírus (SARS-CoV-2) é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan na China em 2019, e considerado uma Pandemia pela OMS em março de 2020.

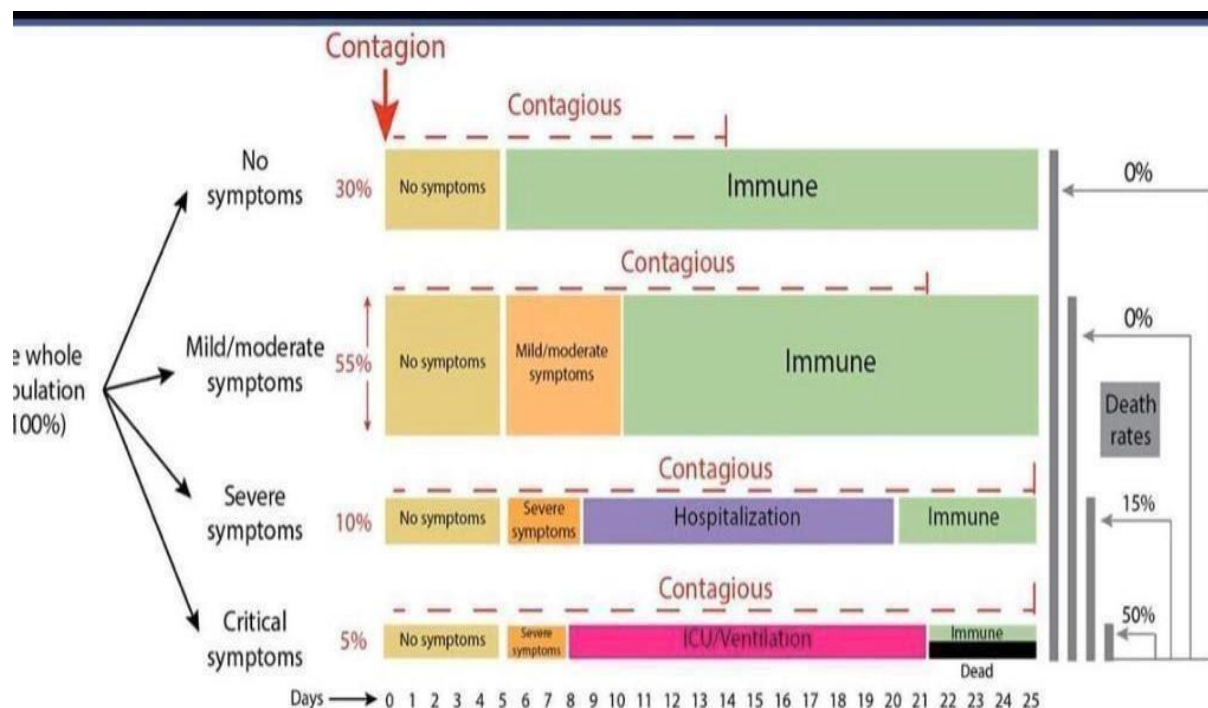
Por se tratar de uma infecção recente causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o espectro clínico ainda não foi completamente elucidado, podendo variar destes quadros respiratórios leves até insuficiência respiratória grave, dessa maneira as informações a seguir se referem ao que sabemos até o momento quanto ao padrão de infectividade, transmissibilidade, letalidade e mortalidade. A doença causada por este novo vírus é chamada COVID-19.

**Agente Etiológico:** Trata-se de RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae. São da subfamília Betacoronavírus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Esses vírus provocam infecções respiratórias como a MERS e a SARS.

**Período de Incubação:** O período médio de incubação da infecção pelo coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias.

**Período de Transmissibilidade:** O período de transmissibilidade pode variar de acordo com a gravidade do paciente e a duração dos sintomas, mas parece ser maior durante os primeiros 7 dias no paciente sintomático. No entanto, dados preliminares do novo coronavírus (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.



References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. Ann Intern Med. 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Neil M Ferguson et al. Imperial College COVID-19 Response Team. 16 March 2020.
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. The Lancet, March 19, 2020.

**Transmissibilidade:** 1 caso índice pode transmitir para 2 a 5 casos secundários.

**Modo de transmissão:** pessoa a pessoa, podendo ser por contato, fômites, gotículas ou aerossóis.

**Manifestações Clínicas:** O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse seca e dificuldade para respirar. Em avaliação recente de 99 pacientes com pneumonia e



diagnóstico laboratorial de SARS-CoV-2 internados no hospital de Wuhan, aponta-se maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos e do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), cefaléia (8%), dor de garganta (5%), rinorréia (4%), dor no peito (2%), diarreia (2%), náusea e vômito (1%). Segundo exames de imagem, 74 pacientes (75%) apresentaram pneumonia bilateral, 14 pacientes (14%) apresentaram condensações 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 COVID-19.

Alguns pacientes são assintomáticos e aproximadamente 80% de todos os infectados se recuperam sem tratamento. Um em cada seis dos diagnosticados desenvolverão dificuldade respiratória

**Complicações:** As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), arritmia (16,7%), insuficiência cardíaca aguda (7,2%), e infecção secundária (10%). Também há relatos de falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, miocardite e parada cardiorrespiratória.

**Letalidade:** de 2 - 3,5%, mas sendo maior na idade avançada (15% se idade  $\geq$  80 anos) ou com comorbidades (doença cardiovascular, diabetes, doença respiratória crônica, hipertensão, câncer) e menor nas crianças e jovens (0-0,2%). Casos graves podem apresentar com letalidade de 49%.

Vale ressaltar que ainda não há vacina ou medicamentos específicos aprovados para o tratamento da doença.

#### **b. Objetivos**

- Orientar os colaboradores para atuação no manejo oportuno de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo novo coronavírus;
- Garantir que os casos suspeitos ou confirmados recebam suporte e tratamento adequado quando necessário;

- Capacitar a equipe para que haja resposta rápida aos casos com piora clínica e transferência para o setor de estabilização com necessidade de suporte ventilatório e condutas intensivas;
- Disseminar conhecimento atualizado sobre a COVID-19.
- Orientar os colaboradores para evitar contaminação e transmissão do vírus.

### **c. Apresentação Clínica**

Como falado na introdução, o espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de sintomas leves semelhantes aos gripais até uma pneumonia severa e insuficiência respiratória. Segue abaixo as síndromes clínicas associadas à infecção por SARS-COV-2 publicadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

#### **c.1. 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, anosmia, 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.

#### **c.2. Pneumonia sem complicações**

Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade e sem necessidade de oxigênio suplementar.

#### **c.3. Pneumonia grave**

Infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade:

- Frequência respiratória > 30 incursões por minuto;
- Dispneia; SpO<sub>2</sub> < 90% em ar ambiente;
- Cianose;
- Disfunção orgânica.

O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem ajudar a confirmar a suspeita e excluir complicações.

#### **c.4. Síndrome da Angústia Respiratória Aguda**

Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, geralmente ocorre em até 10 dias do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (vidro fosco, opacidades bilaterais, atelectasia lobar ou consolidações nodulares); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação; relação PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 300 mmHg – leve (entre 200- 300 mmHg), moderada (entre 100-200 mmHg) e grave (abaixo de 100 mmHg).

#### **c.5. Sepses**

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, hipoxemia, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.

#### **c.6. Choque Séptico:**

Sepses acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de

ressuscitação volêmica adequada.

#### **d. Diagnóstico**

##### **d.1. Diagnóstico clínico:**

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal ou apenas tosse seca, no entanto, mesmo os casos iniciais leves podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre tornar-se persistente além de 3-4 dias (ao contrário do descenso habitual observado nos casos de Influenza). Náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia podem estar presentes. Miocardite e pericardite têm sido descritas.

##### **d.2. 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. A amostra deverá ser coletada até o 7º dia dos sintomas, preferencialmente até o 3º dia. Os pacientes deverão vir com o teste colhido e a notificação realizada no serviço de referência e com o protocolo do exame anotado na ficha de admissão.

##### **d.3. 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.

#### **e. Exames Complementares**

### **e.1. Exames Gerais:**

Os achados laboratoriais mais comuns encontrados são linfopenia (41- 75%), eosinopenia, (75%), aumento de: PCR (92%), TGO e TGP (37%), D dímero, DHL e CPK. A linfopenia e altos níveis de DHL são associados a pior prognóstico.

A coleta de exames laboratoriais ficará a critério clínico, mas recomenda-se análise laboratorial principalmente para os pacientes com comorbidades e/ou sintomas mais graves e/ou que apresentarem piora clínica. São eles:

- Hemograma com reticulócitos
- Gasometria arterial
- Lactato arterial
- Coagulograma
- Ureia e creatinina
- Glicemia
- Sódio, potássio, magnésio, fósforo e cálcio
- CPK
- DHL
- PCR
- Bilirrubina total e frações, TGO, TGP

- D-dímero
  
- Hemocultura, urina tipo 1 e urocultura em casos específicos de suspeita de infecção bacteriana concomitante.

### **e.2. Exames Específicos**

PCR para COVID-19: Os pacientes encaminhados ao hospital de campanha deverão ter exame coletado no seu hospital de origem e informado no momento da solicitação de transferência o número do protocolo do exame para acompanhamento do resultado. Será autorizada a coleta no HCamp dos casos com piora clínica e sem resultado definitivo até o momento do agravamento.

### **e.3. Radiografia de Tórax:**

**Indicação:** pacientes com quadro clínico e laboratorial de suspeição da doença, que necessitem de internação, principalmente naqueles com quadro clínico mais grave. Alterações radiológicas podem ocorrer na grande maioria dos casos durante a evolução do paciente. Podem surgir opacidades de espaço aéreo, usualmente incharacterísticas em relação a outras pneumonias virais, opacidade em vidro fosco bilateral, subpleural ou periférico, consolidações pulmonares, espessamento septal, dilatação brônquica ou espessamento de paredes. Não é observado linfadenopatia, derrame pleural e nódulo pulmonar.

### **e.4. Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax:**

**Indicação:** a TC de tórax está indicada em pacientes hospitalizados sintomáticos com radiografia de tórax normal ou com achados indeterminados e na avaliação de complicações, piora clínica ou pesquisa de diagnósticos alternativos. A TC do tórax NÃO deve ser realizada para rastreamento da doença. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo

reservado para situações específicas, a serem determinadas pelo radiologista.

Os achados tomográficos na fase inicial (0 - 2 dias do início dos sintomas) podem ser normais ou com opacidades focais e atenuação em vidro fosco ou consolidações. Na fase intermediária (3 - 5 dias do início dos sintomas), as consolidações descritas acima aparecem em cerca de 55% dos casos, o acometimento pulmonar é bilateral na maioria dos exames (cerca de 76%) com distribuição periférica (64%) e leve predileção pelas regiões posteriores e pelos lobos inferiores.

Na fase tardia (6 - 12 dias do início dos sintomas), as consolidações descritas acima aparecem em cerca de 60% dos casos, o envolvimento é bilateral em cerca de 88% com distribuição periférica em 72% mantendo a predileção pelas regiões posteriores e pelos lobos inferiores. Opacidades reticulares, nessa fase, são em torno de 20%. Nota-se a ausência de linfonomegalia, derrame pleural, escavação e nódulos.

Ocorre diferentes graus de resolução das alterações pulmonares, mas pode não ocorrer resolução completa até por volta do 26º dia. Considerar outros diagnósticos, quando:

- Derrame pleural
- Linfonomegalia
- Lesões pulmonares escavadas
- Padrão de pneumonia lobar
- Padrão nodular centrolobular / em "árvore em brotamento".

\* IMPORTANTE: lembrar que já estamos no período de sazonalidade de ocorrência de infecção por H1N1.

**f. Critérios de Internação/Admissão – Hospital de Campanha**

Os critérios de admissão para os leitos clínicos deverão ser seguidos para o encaminhamento dos pacientes para o H.Camp. O objetivo de tais critérios é garantir a assistência segura ao paciente, bem como apoiar os centros de maior complexidade, prestando os cuidados necessários para os pacientes de menor gravidade.

Os pacientes serão aceitos pelo médico regulador, via plataforma de regulação, mediante disponibilidade de vaga e cumprimento dos critérios de inclusão descritos no item a seguir. Caso os pacientes internados nos leitos clínicos do H.Camp. apresentem piora do quadro, serão direcionados aos leitos de estabilização.

**f.1. Pacientes encaminhados dos Hospitais Públicos, UPAs, AMAs e Pronto Socorros deverão preencher todos os critérios de inclusão para vagas no Hospital de Campanha**

- Idade  $\geq$  18 anos;
- Tempo de permanência no serviço de origem  $\geq$  24 horas;
- Frequência respiratória  $\leq$  24 irpm;
- SpaO<sub>2</sub> > 92% em ar ambiente ou SpaO<sub>2</sub>  $\geq$  94% com O<sub>2</sub>  $\leq$  3 l/min sob cateter nasal;
- Estabilidade hemodinâmica, sem uso de drogas vasoativas (PAS > 90mmHg ou PAM > 65mmHg);
- Glasgow 15;
- Coleta de exame no serviço de origem para COVID-19 (PCR ou exame sorológico) com o número de protocolo anotado na ficha de solicitação E preenchimento de notificação de síndrome respiratória aguda grave hospitalar, com suspeita de COVID- 19;



- Nos casos encaminhados por hospitais, é necessária a realização prévia de tomografia de tórax sugestiva de COVID-19. Nos casos encaminhados das AMAs, pronto socorros e UPAs é desejável a realização prévia da tomografia.

**Critérios de exclusão:**

- Doença onco-hematológica
- Transplantado ou em uso de imunossupressores
- Quimioterapia nos últimos 30 dias ou neutropenia < 1.000
- Tuberculose referida e não tratada
- Terapia renal substitutiva
- Doença psiquiátrica em surto
- Isolamento de contato por bactéria MDR ("multidrug-resistant") no local de internação prévio
- Gestante
- Pacientes que possuam diagnóstico confirmado de H1N1

**f.2. Pacientes encaminhados de UTIs ou semi intensivas deverão preencher todos os critérios de inclusão para vaga no HCA:**

- Idade  $\geq$  18 anos
- Tempo de início dos sintomas: > 7 dias

- Extubação e/ou ausência de ventilação não invasiva (VNI) > 48 horas
- SpaO<sub>2</sub> > 92% em ar ambiente ou SpaO<sub>2</sub> ≥ 94% com O<sub>2</sub> ≤ 3l/min sob cateter nasal
- Hemodinâmica: estável >24h (PAS>90mmHg ou PAM>65mmHg), sem uso de drogas vasoativas.

**Critérios de exclusão:**

- Terapia renal substitutiva
- Alteração de consciência ou delirium hiperativo (Glasgow menor do que 15)
- Tuberculose referida e não tratada
- Doença psiquiátrica em surto
- Isolamento de contato por bactéria MDR no local de internação prévio
- Gestante
- Pacientes que possuam diagnóstico confirmado de H1N1.

**g. Critérios para transferência de pacientes dos leitos de clínica para os leitos de estabilização (presença de um ou mais critérios):**

- Pacientes que apresentaram falência à oxigenioterapia (SpO<sub>2</sub> < 94% e /ou FR
- 30 irpm com sinais de desconforto respiratório, após 1 hora de máscara com reservatório.

- Pacientes idosos (idade > 65 anos) ou pacientes com disfunções orgânicas prévias que apresentam FR  $\geq$  24 irpm com sinais de desconforto respiratório após 1 hora de máscara com reservatório.
- Pacientes com insuficiência respiratória elegíveis ao uso de VNI.
- Pacientes com insuficiência respiratória com necessidade de IOT precoce.
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou choque.
- Disfunções orgânicas agudas (insuficiência renal aguda, alteração do nível de consciência, insuficiência hepática, etc.).
- Sepses ou choque séptico com hipotensão arterial (PAS < 90 ou PAM < 65) e/ou sinais de hipoperfusão tecidual (lactato > 36 mg/dl).

## **h. Tratamento**

Até o momento, não dispomos de tratamento específico para a infecção pelo novo coronavírus.

### **h.1. Oseltamivir**

Indica-se o uso de Oseltamivir para todos os casos de síndrome gripal que tenham situações de risco para complicações (vide abaixo). Essa recomendação independe da situação vacinal do paciente e o ideal é que se inicie o fármaco em até 48 horas após o início dos sintomas. Situações de risco para complicações em caso de Síndrome Gripal em adultos:

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo

as que tiveram aborto ou perda fetal)

- Adultos  $\geq$  60 anos.
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
- Indivíduos que apresentem:
  - Pneumopatias (incluindo asma)
  - Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação)
  - Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica)
  - Nefropatias
  - Hepatopatias
  - Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme)
  - Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus)
  - Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares)
  - Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide  $\geq$  20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros
  - Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC  $\geq$  40 em adultos)

DOSE: Oseltamivir 75mg VO/VS 12/12h por 5 dias.

Dose corrigida para Clearance  $>30$ -60: 30mg 12/12 horas por 5 dias. Manter tratamento até resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 e/ou H1N1. Se positivo para SARS-CoV-2 suspender o uso.

## **h.2. Antibioticoterapia**

Os pacientes que necessitem de internação devido a hipoxemia mais exame de imagem alterado, orientamos a prescrição de:

- Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 7 dias e
- Azitromicina 500mg EV ou VO/VS 1x/dia por 5 dias – considerar extensão da terapia devido ao efeito imunomodulador.

Obs: A escolha da antibioticoterapia em casos especiais ficará a critério da equipe médica do hospital, de acordo com as recomendações da comissão de infecção hospitalar local (CCIH).

## **h.3. Anticoagulação Profilática**

- Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia;

## **h.4. Indicações na Terapia Adjuvante nas Formas Graves**

Utilizar as recomendações da nota técnica nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS e quadro abaixo, com tratamento de duração de 5 dias.

Situação clínica	Recomendação	Considerações
<p>Pacientes hospitalizados com formas graves da COVID-19*</p> <p>Casos críticos da COVID-19**</p>	<p><b>Difosfato de Cloroquina:</b></p> <p>3 comp. de 150mg 2x/dia no 1º dia (900mg de dose de ataque) seguido de 3 comp. 150 mg 1x/dia no 2º, 3º, 4º e 5º dias (450mg/dia)</p> <p>OU</p> <p><b>Hidroxicloroquina:</b></p> <p>1 comp. 400mg 2x/dia no 1º dia (800mg dose de ataque), seguido de 1 comp. 400 mg 1x/dia no 2º, 3º, 4º e 5º dias (400mg/dia)</p>	<p>Verifique o eletrocardiograma (ECG) antes do início, risco de prolongamento do intervalo QT. O risco é maior em pacientes em uso de outros agentes prolongadores do intervalo QT. Manter monitoramento do ECG nos dias subsequentes</p>
<p>*Dispneia, frequência respiratória <math>\geq 30/\text{min}</math>, <math>\text{SpO}_2 \leq 93\%</math>, <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 300</math> e/ou infiltração pulmonar <math>&gt; 50\%</math> dentro das 24 a 48 horas</p>		
<p>**Falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos</p>		
<p>*** Para pacientes abaixo de 60 kg, fazer ajuste de 7,5 mg/kg de peso.</p>		

### Observações Importantes

Realizar ECG antes do início da droga e acompanhar durante toda a internação o intervalo QT, pois a cloroquina pode aumentar esse intervalo, especialmente se utilizada com outras drogas que prolongam o QT. A suspensão se dará por avaliação clínica individualizada.

Na presença de insuficiência renal ou insuficiência hepática graves, reduzir a dose de cloroquina para 50%. O uso de corticóide não é recomendado rotineiramente, porém deve ser considerado em casos de broncoespasmo em pacientes com antecedente de asma e/ou DPOC; Evitar balanço hídrico positivo.

#### i. Condutas Iniciais: Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não Invasivo

Os pacientes com hipoxemia e/ou taquipnéia são elegíveis para oxigênio terapia ou suporte ventilatório.

**Recomendamos as seguintes orientações**

- Manter  $SpaO_2 \geq 94\%$  utilizando cateter nasal  $O_2$  até 5L/min ou máscara com reservatório a 10L – 15L/min. Atingir esta meta em até 1 hora a partir da internação.
- Não atingindo a meta acima OU presença  $FR > 30$  irpm com sinais de esforço respiratório, fala entrecortada, cianose central, alteração de consciência, acidose respiratória, proceder intubação orotraqueal (IOT) e ventilação protetora.
- Em pacientes idosos (idade  $> 65$  anos) ou com disfunções orgânicas prévias (cardíaca, respiratória, hepática ou renal) ou desnutrição/sarcopenia, a manutenção de  $FR \geq 24$  irpm mesmo após 1 hora de máscara com reservatório é indicativo de necessidade de suporte ventilatório.
- Condições para uso de ventilação não invasiva (VNI): pacientes que após 1 hora de oxigenioterapia apresentam o índice de  $O_2$  ( $PaO_2/FiO_2$ )  $\geq 200$  com sinais de dispneia, aumento da FR e  $SpO_2 < 90\%$ . O teste terapêutico será realizado com máscara facial acoplada a um circuito Y do ventilador mecânico com filtro de barreira (EPA) no ramo expiratório do ventilador, por até 1 hora com parâmetros máximos de  $FiO_2$  até 50%,  $EPAP \leq 10cmH_2O$  e  $PS/PC \leq 10cmH_2O$ . Para não contaminação dos profissionais e do ambiente preconiza-se o uso de máscara sem válvula expiratória. Se o paciente não tolerar a interface e/ou não apresentar melhora do desconforto respiratório sinalizada por  $FR \leq 24$  irpm e  $SpO_2 \geq 94\%$ , proceder intubação orotraqueal e ventilação protetora. Se o paciente apresentar melhora, manter VNI e reavaliar 1/1h.

Obs.: Definição de dependência da VNI: necessidade de permanência em VNI  $\geq 4$  horas em um período de 6 horas para manutenção da  $FR \geq 24$  irpm e da  $SpO_2 \geq 94\%$ . Nesses casos proceder para IOT.

## **j. Intubação Orotraqueal (IOT) e Ventilação Mecânica (VM)**

### **j.1. Sequência rápida de intubação (SRI) e IOT**

Para a realização de intubação orotraqueal é recomendado realizar a sequência rápida de intubação (SRI), devendo-se considerar a experiência do médico neste protocolo. A SRI é indicada em pacientes que requerem intubação traqueal mas apresentam alto risco de refluxo ou aspiração do conteúdo gástrico. Isso significa que a SRI é universalmente indicada em situações de intubação em emergências. Deste modo, a intubação "não-SRI" é quase que exclusiva do ambiente da cirurgia eletiva.

O médico e equipe deve usar equipamento para proteção pessoal, testar os laringoscópios, ter vários calibres de tubos endotraqueais em mãos ou acessíveis, aspirador e possível material para vias aéreas difíceis do tipo máscara laríngeas. O paciente deve receber monitorização da pressão arterial, cardioscopia, acesso venoso e oximetria de pulso e o uso de capnógrafo de onda é sempre desejável.

O conjunto máscara facial, bolsa inflável reservatório e fonte de oxigênio, acompanhados das cânulas orofaríngeas, nasofaríngeas, material para fixação do tubo, seringas para insuflação do balonete, fio guia e material para acesso invasivo a via aérea, além da medicação aspirada devem estar disponíveis. Todos profissionais que participarão da IOT, deverão estar usando os EPIs adequados conforme descrição no item 11 deste protocolo.

As condições ideais para a realização da técnica de sequência rápida incluem analgesia, hipnose, bloqueio neuromuscular. Medicação na pré-indução como lidocaína (1 mg/kg) pode ser usada para melhorar ainda mais as condições de intubação, suprimindo os reflexos da tosse e reduzindo a resposta simpática.

- Lidocaína (1 mg/kg);
  
- Fentanil 50-100 mcg EV;
  
- Etomidato 0,3 mg/kg em 30-60 segundos e 3 minutos após infusão do fentanil;



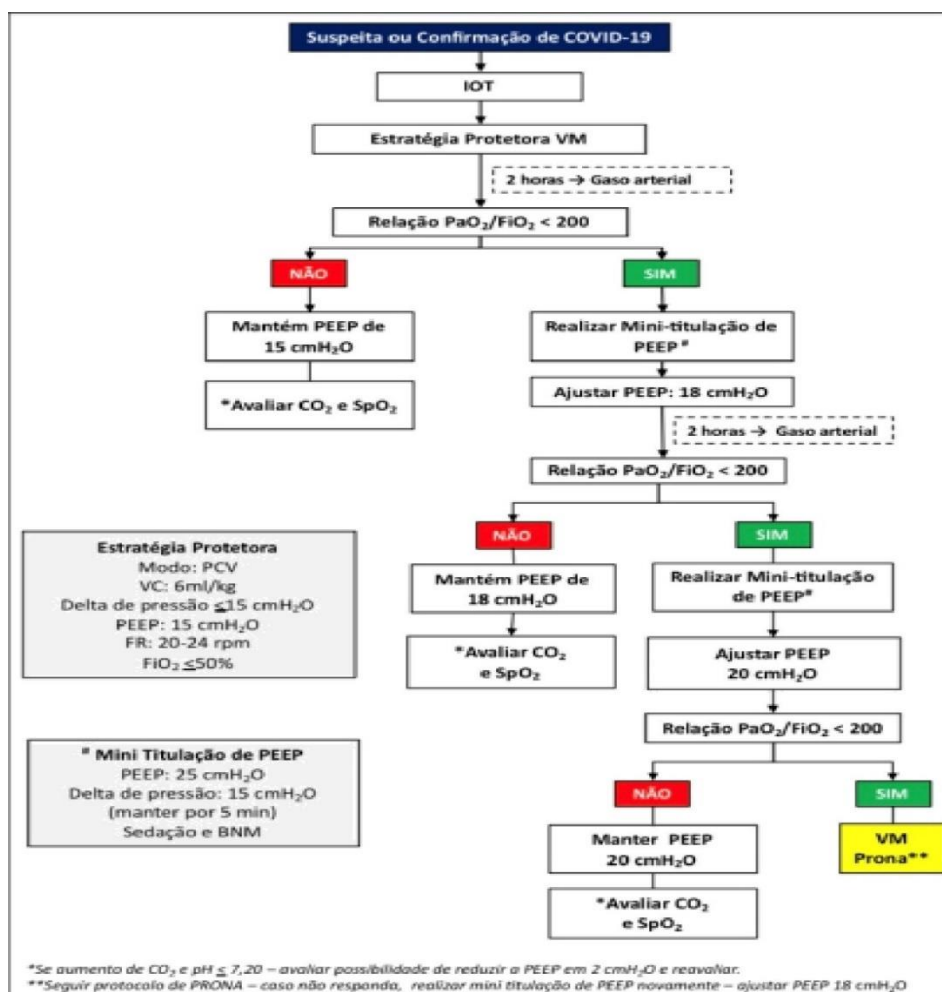
- Bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1,0 mg/kg ou rocurônio 1,2 mg/kg (caso exista contraindicação a succinilcolina como hipercalemia e hipertensão intracraniana). Facilitar a intubação e evita que o paciente tussa durante o procedimento;
- Após verificação do adequado posicionamento do tubo oro-traqueal com capnógrafo (evitar uso de Ambu) e insuflação do balonete, o paciente poderá ser conectado ao ventilador. Será papel do fisioterapeuta deixar o ventilador programado e pronto para ser utilizado após a IOT;
- É comum queda da SpO<sub>2</sub> < 70% após a IOT;
- Evitar ventilação com máscara e ambu antes da IOT pelo aumento de produção de aerossóis;
- Em pacientes sem VNI: pré oxigenação com máscara reservatório com o menor fluxo de ar possível para manter oxigenação efetiva. Evitar ventilação assistida com bolsa-máscara-válvula ou uso de dispositivos supraglóticos;
- Em pacientes em VNI: iniciar a SRI com o paciente em VNI. Apenas retirar a VNI para realizar a intubação;
- Será instalado dois filtros: filtro EPA entre o circuito e o ventilador no ramo expiratório e o filtro HME entre o tubo orotraquel e o circuito. Será instalado circuito de aspiração fechada entre o filtro HME e o tubo orotraquel.

### **j.2. Ajustes Iniciais do Ventilador Mecânico:**

- Modo pressão controlada (PCV);
- Volume corrente de 6 ml/kg de peso predito;
- PEEP inicial de 15 cmH<sub>2</sub>O;
- Ajuste da FR para manter volume minuto (VM) entre 7 – 10 L/min;

- Pressão de platô < 30cmH2O;
- Driving pressure (pressão de platô menos PEEP) ≤ 15 cmH2O;
- Alvo inicial de SpO2 entre 93 e 96%;
- Alvo inicial de ETCO2 entre 30 e 45 mmHg;
- Gasometria arterial após IOT para eventuais ajustes nos parâmetros iniciais.

### Estratégia de Ventilação Mecânica

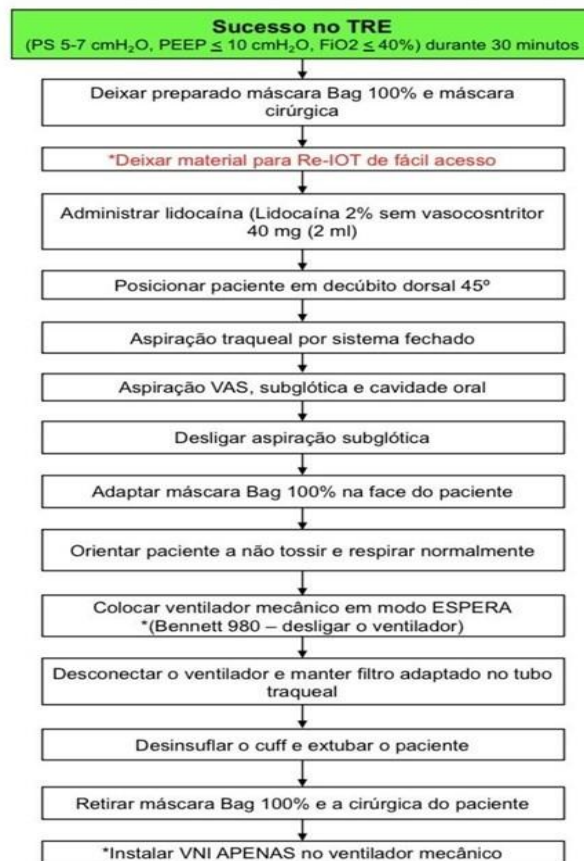


**j.3. VM durante a Parada Cardiorrespiratória (PCR):**

Paciente com via aérea avançada (IOT): manter conexão com o respirador. Não desconectar o tubo orotraqueal para realização de ventilação com AMBU. Imediatamente colocar em modo VCV 6ml/kg, alarme de pressão 60 cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 100%, PEEP: 0, FR: 10 irpm, Ti: 1.0 e ajustar a sensibilidade o menos sensível possível. Serão 30 compressões x 2 ventilações realizadas através do disparo manual do ventilador. Paciente sem IOT: Realizar somente as compressões. Não realizar ventilação.

**Extubação**

**CUIDADOS NA EXTUBAÇÃO**



\*Se paciente apresentar contraindicação para uso de VNI, manter em bag 100% e observar frequentemente.

\*\*Manter VNI por 18 horas seguidas pós extubação. Após esse período, caso não conseguir permanecer 2h fora da VNI deve-se realizar a Re-IOT.

#### **k. Critérios de Alta Hospitalar**

Serão considerados pacientes elegíveis para alta os que preencherem todos os critérios abaixo:

- Ausência de febre >48h
- SpO2 > 93% (ar ambiente)
- Sem sinais de desconforto respiratório
- Condições de realizar isolamento domiciliar por mais 14 dias

#### **l. Medidas de Prevenção – Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**

Diante do cenário mundial de escassez de EPIs no contexto da pandemia causado pelo COVID-19, a recomendação de uso, troca e durabilidade dos EPIs precisará ser adequada à disponibilidade e estoque para gerenciamento de crise. O procedimento descrito abaixo foi desenhado para minimizar os riscos dentro das restrições impostas pelo desabastecimento generalizado.

##### **l.1 EPIs disponíveis de acordo com a área de trabalho:**

###### **Profissionais de saúde nos leitos clínicos (baixa complexidade) e equipe da higiene**

- Higienizar as mãos com água e sabão (ou preparação alcoólica, caso as mãos não estejam visivelmente sujas) frequentemente;
- Propé;

- Avental impermeável ou descartável;
- Máscara N95;
- Óculos de proteção individual;
- Gorro;
- Luvas de procedimento.

#### **Profissionais de saúde nos leitos de estabilização**

- Higienizar as mãos com água e sabão (ou preparação alcoólica, caso as mãos não estejam visivelmente sujas) frequentemente.
- Macacão;
- Máscara N95;
- Óculos de proteção individual;
- Protetor Facial
- Luvas de procedimento.

#### **Profissionais de apoio (manutenção, nutrição e outros)**

- Higienizar as mãos com água e sabão (ou preparação alcoólica, caso as mãos não estejam visivelmente sujas) frequentemente.
- Óculos de proteção individual;

- Máscara cirúrgica;
- Avental impermeável ou descartável;
- Luvas de procedimento.

**Equipe administrativa, recepcionistas, vigilantes ou outros que atuem no acolhimento dos pacientes**

- Higienizar as mãos com água e sabão (ou preparação alcoólica, caso as mãos não estejam visivelmente sujas) frequentemente.
- Máscara cirúrgica.

**I.2. Troca e Durabilidade dos EPIs**

- Avental impermeável: a troca deve ser realizada para o intervalo das refeições ou caso visivelmente sujo ou danificado.
- Avental descartável: a troca deve ser realizada para o intervalo das refeições ou caso visivelmente sujo ou danificado. No cenário de falta de avental impermeável, o avental descartável poderá ser usado como substituto.
- Óculos de proteção individual e protetores faciais: deverão ser entregues para desinfecção a cada desparamentação.
- Macacão: a troca deve ser realizada para o intervalo das refeições ou caso visivelmente sujo ou danificado.
- Máscara Cirúrgica: a troca deve ser realizada a cada 4 horas ou caso esteja úmida, suja, danificada ou apresentando obstrução para respirar.

- Máscara N95 ou similar: a troca deve ser realizada a cada 7 dias ou caso esteja visivelmente suja, danificada ou com perda da vedação facial.

#### **m. Paramentação e Desparamentação**

##### Orientações Gerais:

- O profissional deve cuidar para não tocar na parte externa da sua máscara e se tocar deve higienizar as mãos imediatamente.
- Caso haja necessidade de remover a máscara, o profissional deve sair da área de atendimento ao paciente antes de fazê-lo.
- As máscaras N95 deverão ser armazenadas em um reservatório respirável para que possam ser reutilizadas.
- O processo de desparamentação será assistido por enfermeiro treinado.

#### **m.1. Sequência correta na paramentação dos profissionais de saúde**

##### **Para profissionais de saúde nos leitos de estabilização: Entrada dos funcionários:**

- Higienização das mãos e pegar o kit EPI.

##### Paramentação no vestiário:

1. Higienizar as mãos (sempre por no mínimo 20 segundos até que todo álcool gel seja absorvido: palma/dorso/espaco entre os dedos / polegar / unhas);
2. Colocar a máscara N95 pegando-a pelo elástico sem tocar na parte externa;
3. Colocar os óculos;

4. Testar vedação da máscara;
5. Vestir o macacão;
6. Vestir protetor facial;
7. Higienizar as mãos (sempre por no mínimo 20 segundos até que todo álcool gel seja absorvido: palma/dorso/espaco entre os dedos / polegar / unhas);
8. Vestir luvas de procedimento.
- 9.

Entre um paciente e outro:

1. Retirar as luvas;
2. Higienizar as mãos;
3. Vestir novas luvas de procedimento.

Desparamentação na área suja

1. Higienizar as mãos;
2. Retirar o protetor facial e desprezar na caixa apropriada;
3. Baixar o zíper do macacão;
4. Retirar as luvas;
5. Retirar o macacão tocando a parte interna, embrulhar e desprezar;
6. Higienizar as mãos;
7. Retirar óculos de proteção e desprezar na caixa apropriada;
8. Retirar a máscara N95 pelos elásticos e guardar no reservatório individual;
9. Higienizar as mãos.

**Para profissionais de saúde nos leitos clínicos:**

Entrada dos funcionários:

- Higienização das mãos e pegar o kit EPI.

Paramentação no vestiário:

1. Higienizar as mãos (sempre por no mínimo 20 segundos até que todo álcool gel seja absorvido: palma/dorso/espaco entre os dedos/polegar/unhas);
2. Calçar o propé;



3. Vestir o avental;
4. Colocar a máscara N95 pegando-a pelo elástico sem tocar na parte externa;
5. Colocar os óculos;
6. Testar a vedação da máscara;
7. Vestir o gorro;
8. Higienizar as mãos (sempre por no mínimo 20 segundos até que todo álcool gel seja absorvido: palma/dorso/espaço entre os dedos/polegar/unhas);
9. Vestir luvas de procedimento

Entre um paciente e outro:

1. Retirar as luvas;
2. Higienizar as mãos;
3. Vestir novas luvas de procedimento.

Desparamentação na área suja

1. Retirar as luvas;
2. Higienizar as mãos;
3. Retirar avental tocando a parte interna, embrulhar e desprezar;
4. Higienizar as mãos;
5. Retirar o gorro;
6. Higienizar as mãos;
7. Retirar óculos de proteção e desprezar na caixa apropriada;
8. Retirar a máscara N95 pelos elásticos e guardar no reservatório individual;
9. Higienizar as mãos.

**n. Emissão de Declaração de Óbito (D.O.) em situação de pandemia**

\*\* Não serão realizadas autópsias por morte natural no período de Pandemia - Decreto 64.880 e Res. SS-32 de 20/março/2020

1. Casos confirmados de Covid -19 deverão ter a Declaração de Óbito preenchida como bem-definido;
2. Casos de síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico e casos suspeitos de Covid-19 com investigação em andamento devem colher swab nasal/orofaríngeo post-mortem (até 24 h pós o óbito), caso não tenham material colhido em vida;
3. Demais casos: devem ter a Declaração de Óbito preenchida pelo médico que assistiu o paciente ou que constatou o óbito:
  - a. Se as informações disponíveis no prontuário e as informações fornecidas por familiares possibilitarem a identificação da causa de óbito, mesmo que sintônico, o médico deverá preencher a D.O. com estas informações.
  - b. Em situações que as informações do item a não permitirem, minimamente, a definição de uma causa, a D.O. deve ser preenchida como Morte Indeterminada e aplicada autópsia verbal. Aplica-se o questionário de autópsia verbal disponível em anexo que deverá ser impresso e preenchido manualmente. Os casos não devem ser encaminhados para autópsia no SVO durante o período de pandemia de Covid 19.
4. O CREMESP está de acordo com a Resolução SS-32 da Secretaria de Saúde e determinou que não há infração ao Código de Ética Médica por seguir este procedimento no momento da Pandemia.

#### **Casos Confirmados de COVID -19**

- Preenchimento da D.O. como óbito BEM DEFINIDO
- Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V

**Exemplos do Preenchimento do Bloco V da Declaração de Óbito:**

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	<b>COVID -19</b> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID 10 dias <b>B34.2</b>
		b	Devido ou como consequência de:	
		c	Devido ou como consequência de:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b> 10 anos <b>I10</b> <b>Diabetes Mellitus</b> 7 anos <b>E14.9</b>	

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	<b>Doença respiratória aguda</b> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID 4 dias <b>U04.9</b>
		b	<b>COVID -19</b> Devido ou como consequência de:	10 dias <b>B34.2</b>
		c	Devido ou como consequência de:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</b> 10 anos <b>J44.9</b> <b>Doença Cardíaca Hipertensiva</b> 15 anos <b>I11.9</b>	

**Casos Suspeitos de COVID -19**

- Casos com síndrome respiratória aguda grave sem diagnóstico etiológico;
- Qualquer caso suspeito de COVID -19 sem confirmação.

Check -List:

- Checar se há exame de COVID -19 em andamento;
- Se não houver: coletar SWAB nasal / orofaríngeo post-mortem (até 24 horas);
- Preencher a D.O. com “não realizada autópsia conforme resolução SS- 32 de 20/03/2020”;

- Sempre incluir as comorbidades na PARTE II do Bloco V.

V Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>			<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>					
	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia?					
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado								
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b>			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>						Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a <b>Insuficiência Respiratória e esclarecer</b>									
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			b Devido ou como consequência de: <b>Aguardando exames laboratoriais Swab Naso/Orofaríngeo</b>									
			c Devido ou como consequência de:									
			d Devido ou como consequência de:									
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			<b>Diabetes / Hipertensão Arterial</b>									
			<b>Não realizada autópsia conforme Res SS-32 de 20/03/2020</b>									

## Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 03. 21 de fevereiro de 2020.

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

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 04. 10 de fevereiro de 2020.

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcورونا-SVS-13fev20.pdf>.

Centro de Vigilância em Saúde (CVE). Medidas de prevenção e controle de infecção a serem adotadas na assistência à saúde. 5 de fevereiro de 2020

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.alexandre-v-ranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/prevencao-e-controle-de-infeccao>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (covid-19). Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA (atualizada em 17/02/2020).

<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandreranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissaorespiratoria/coronaviruscovid-9/prevencao-e-controle-de-infeccao>

Prefeitura de São Paulo, COVISA. Informe Técnico 031/DVE/2019. Influenza, práticas de biossegurança em serviços de saúde. 2019.

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/informe\\_tecnico\\_seguranca\\_influenza.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/informe_tecnico_seguranca_influenza.pdf)

Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus. Brasília- DF 2020.

Protocolo IABAS do Hospital de Campanha do Anhembi

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24.

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):507- 513.

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020; Feb 7.

Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, Akdis CA, Gao YD. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020 Feb 19. doi: 10.1111/all.14238.

World Health Organization (WHO). Clinical management severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. 12 March 2020.

BMJ. Best Practice COVID-19. 12 March 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas

para Gestão em Saúde. Revisão Sistemática Rápida sobre alternativas terapêuticas para coronavírus humano. Brasília, 2020.

Chatre C, Roubille F, Vernhet H, Jorgensen C, Pers YM. Cardiac Complications Attributed to Chloroquine and Hydroxychloroquine: A Systematic Review of the Literature. *Drug Saf.* 2018 Oct;41(10):919-931.

Gautret P, Lagier JC, Parola P, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non- randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2020. In Press 17 March 2020 – DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949.

Micromedex [Internet]. IBM Watson Health, Micromedex drug reference – Hydroxychloroquine sulfate. [Acesso em 21 mar 2020]. Available from: <https://www.micromedexsolutions.com/home/dispatch/ssl/true>

PAHO.COVID-19: Chloroquine and hydroxychloroquine research. Institutional communication. Pan American health Organization. Updated March 19th, 2020.

Riera R, Pacheco RL. Hidroxicloroquina e cloroquina para infecção por COVID-19. Revisão sistemática rápida. Disponível em: <https://oxfordbrazilebm.com/index.php/2020/03/21/rapid-review-hidroxicloroquina-covid19/> . Acessado em: [21 mar 2020]

Savarino A, Bounavoglia C, Norelli S, Di Trani L, Cassone A. Potential therapies for coronaviruses. *Expert Opin Ther Pat.* 2006;16(9):1269–88.

Touret F, de Lamballerie X. Of chloroquine and COVID-19. *Antiviral Res.* 2020. Published online March 5, 2020. DOI:10.1016/j.antiviral.2020.104762.

Uptodate [Internet]. Wolters Kluwer, drug reference – Chloroquine Phosphate. [Acesso em 21 mar 2020]. Available from: <https://www.uptodate.com/>

Uptodate [Internet]. Wolters Kluwer, drug reference – Hydroxychloroquine sulfate. [Acesso em 21 mar 2020]. Available from: <https://www.uptodate.com/>

World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med* 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30116-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30116-8)

World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>

COVID-19 Clinical Guidance For the Cardiovascular Care Team. American College of Cardiology. Manejo Novo Coronavírus (COVID-19) de 31/03/2020 -Serviço de controle de infecção Hospitalar, Hospital Albert Einstein.

Guia CBR- Achados de imagem na COVID-19 - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por imagem.

Decreto 64.880 e Res. SS-32 de 20/março/2020. Resolução SS-32, 20- 03-2020 - Dispõe sobre as diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19 no Estado de São Paulo.



## Anexos

- a. Orientações para Preenchimento da Declaração de Óbito
- b. Questionário de Autópsia



### Orientações para o Preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito é o documento padrão, no território nacional, para registrar, atestar ou declarar um óbito. Utilizado também, como documento para base do cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil.

Tem como finalidade: Documentar o desaparecimento de uma pessoa; Juridicamente para heranças, seguros, etc.; Na Saúde Pública para análises, planejamento e formação de políticas públicas.

Utiliza-se nas comparações fundamentais entre locais (cidades, estados, regiões, países), nas avaliações temporais e nas avaliações de eficácia (antes e depois de intervenção).

A padronização das causas de morte é fundamental, pois é acordada entre todos os países membros da OMS, e obedecem regras de codificação estabelecidas pela OMS. Para estatísticas de mortalidade pressupõem para cada óbito uma única causa. Quando duas ou mais causas de morte estiver relatada no atestado de óbito, aplica-se o regramento internacional a fim selecionar a causa básica do óbito estabelecido pela CID-10.

No Brasil temos técnicos formados para realizarem a seleção e codificação da causa básica da Declaração de óbito, a partir da descrição do médico.

### Definições das Causas de morte: definição universal

- **Causas de morte:** doenças ou estados mórbidos ou lesões que produziram a morte ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu estas lesões.
- **Causa básica de morte**
- O óbito geralmente não é consequência de um evento único, mas de uma cadeia de eventos concatenados.
- A causa básica é doença ou circunstância que iniciou a cadeia de eventos mórbidos que levou diretamente à morte
- **Causas intermediárias**



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

- Estados mórbidos que produziram a causa terminal
- **Causa terminal**
- Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte
- **Causas associadas (outras condições)**
- Outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram, porém na sequência que determinou a morte.  
Registradas na Parte II do Bloco V da declaração de óbito.

**Causa básica de morte**

- **MORTE NATURAL:** doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte.
- **CAUSA EXTERNA:** as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39) Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
V Condições e causas do óbito	40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	<i>causa imediata ou terminal</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
		b	<i>causa intermediária</i>		
		c	<i>causa intermediária</i>		
		d	<i>CAUSA BÁSICA DA MORTE</i>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<i>Doença associadas (Comorbidade)</i>			

**Regras de preenchimento das causas de morte**

- Registrar apenas uma doença, alteração ou lesão em cada linha.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

- Para cada causa registrada, indicar, na casela à direita, o tempo aproximado entre o início da doença e a morte (em horas, dias, meses ou anos). Se este tempo for desconhecido, preencher “desconhecido”.
- Não colocar siglas: IAM, FA, IRC, BAV, etc.

**Atenção:**

1. CID - Não preencher, espaço destinado aos codificadores dos serviços de estatística dos municípios.
2. O médico é responsável não só por atestar as causas de óbito, mas pelo preenchimento e assinatura de toda a DO.

**Orientações da CID – 10 para COVID-19**

**Nota Técnica do MS:**

<p>A OMS recomenda o uso do código de emergência da CID-10 <b>U07.1</b> para o diagnóstico da Doença respiratória aguda devido ao COVID-19. Porém, devido à ausência da categoria <b>U07</b> no SIM, na Classificação, nos volumes da CID-10 em português, bem como nos manuais e protocolos de codificação, esse código não está habilitado para</p>
<p>inserção no Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM.</p>
<p>A Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas-CGIAE, gestora nacional do SIM, informa que o código da CID -10 <b>B34.2</b> (Infecção por coronavírus de localização não especificada) deve ser utilizado para a notificação de Coronavírus no âmbito do <b>SIM</b>. Para os óbitos ocorridos por <b>Doença respiratória aguda devido ao COVID-19</b> deve ser utilizado também, como <u>marcador</u>, o código <b>U04.9</b> (Síndrome</p>
<p>Respiratória Aguda Grave –SARS). Esta orientação será mantida até que as tabelas com os novos códigos definidos pela OMS sejam atualizadas nos sistemas de informação e que tenhamos a edição atualizada da publicação da 10ª Classificação Internacional de Doenças, em língua portuguesa que, no momento, encontra-se em fase de revisão.</p>

Todos os óbitos **confirmados por COVID-19** deverão ser classificados com o **CID - B34.2** (Infecção por Coronavírus de localização não especificada).



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

No caso de óbito confirmado que o médico mencionar na Declaração de Óbito “Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS”, ou “Doença Respiratória Aguda” devido ao COVID-19, deverá ser classificado com o CID - **U04.9**.

OBS: O CID - U07.1 , é um código que não esta habilitado no Brasil para inserção no Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM.

Recomenda-se que o médico descreva claramente a sequencia de diagnósticos corretamente no Bloco V da Declaração de Óbito.

**Exemplos do Preenchimento do Bloco V da Declaração de Óbito:**

<b>Condições e causas do óbito</b>	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>
	37) A morte ocorreu			38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39) Necropsia?
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				
	<b>40) CAUSAS DA MORTE</b>			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>	
	<b>PARTE I</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a <b>COVID-19</b>   <b>10 dias</b>   <b>B34.2</b>	
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			b	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			Devido ou como consequência de:	
	c			Devido ou como consequência de:	
	d			Devido ou como consequência de:	
	<b>PARTE II</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			e <b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>   <b>10 anos</b>   <b>I10</b>	
				f <b>Diabetes Mellitus</b>   <b>7 anos</b>   <b>E14.9</b>	

<b>Condições e causas do óbito</b>	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>
	37) A morte ocorreu			38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39) Necropsia?
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				
	<b>40) CAUSAS DA MORTE</b>			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>	
	<b>PARTE I</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a <b>Doença respiratória aguda</b>   <b>4 dias</b>   <b>U04.9</b>	
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>			b	
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			Devido ou como consequência de:	
	c			Devido ou como consequência de:	
	d			Devido ou como consequência de:	
	<b>PARTE II</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			e <b>Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica</b>   <b>10 anos</b>   <b>J44.9</b>	
				f <b>Doença Cardíaca Hipertensiva</b>   <b>15 anos</b>   <b>I11.9</b>	



## **CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA À SAÚDE-CIVS**

Devido a muitos óbitos ocorrerem em população acima de 60 anos (população de risco) e em portadores de doenças crônicas, orientamos que estas doenças sejam mencionadas na Parte II do Bloco V da Declaração de Óbito. Este dado é muito importante para análise epidemiológica e planejamento para elaboração de políticas públicas.

São Paulo, 20 de Março de 2020.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS – CCD

QUESTIONÁRIO DE AUTÓPSIA VERBAL

Data do Óbito		/		/		Nº da Declaração de Óbito		/		
Nome do Entrevistado:						Telenones: com DDD.				
A	Data de início da entrevista					Hora de início da entrevista				
B	Relação do respondente com o falecido	Pais	Filho(a)	Irmão(ã)	Esposo(a)	Outro: Especifique: _____				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO</b>										
C	Qual o nome completo do falecido?									
D	Qual o sexo do falecido?	Masculino	Feminino							
E	Data de nascimento					Qual era idade do (nome_falecido)?	anos	recusou-se a dizer	não sabe	
G	Hora do óbito	recusou-se a dizer	não sabe	H Intervalo post-mortem (IPM)						
<b>DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS ANTECEDENTES</b>										
1.1	Algum profissional de saúde alguma vez comentou que o falecido sofreu ou tinha algum dos problemas abaixo? Para cada opção marque: 1 - SIM; 0-NÃO; 98- RECUSOU-SE A DIZER; 99-NÃO SABE									
	1.1a-Asma	1.1c-Câncer, qual	1.1d-Tuberculose	1.1g-Diabetes						
	1.1h-Epilepsia	1.1i-Problema cardíaco	1.1l-Derrame cerebral (AVC)	1.1m-Doença Pulmonar Crônica, qual						
	1.1n-HIV/AIDS	1.1o-Demência	1.1p-Hipertensão arterial	1.1q-Doença de Chagas	1.1u-Problema por bebida					
<b>SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE</b>										
2.1	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	horas	dias	meses	anos	recusou-se a dizer	não sabe			
2.2	O falecido teve febre?	sim, por quanto tempo?	dias ou	meses	não	recusou-se a dizer	não sabe			
2.93	O falecido teve febre alta nos últimos 3 dias?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.7	O falecido teve lesões na pele (manchas avermelhadas)?	sim, por quantos dias?	dias	não	recusou-se a dizer	não sabe				
2.9	Qual a localização das lesões de pele?	Todo o corpo	Extremidades	Rosto	Peito / Abdomem	recusou-se a dizer	não sabe			
		Outra localização, especifique					recusou-se a dizer	não sabe		
2.10	O falecido teve feridas?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.11	As feridas tinham líquido claro ou pus?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.13	O falecido teve uma úlcera (ferida profunda) no pé?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.14	O pus escorria da úlcera?	sim, por quantos dias?	dias	não	recusou-se a dizer	não sabe				
2.21	Os olhos do falecido ficaram amarelados?	sim, por quanto tempo?	dias ou	meses	não	recusou-se a dizer	não sabe			
2.25	O falecido teve o rosto inchado?	sim, por quanto tempo?	dias ou	meses	não	recusou-se a dizer	não sabe			
2.26	O falecido teve as pernas inchadas?	sim, por quanto tempo?	dias ou	meses	não	recusou-se a dizer	não sabe			
2.27	O falecido teve o corpo todo inchado?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.29	O falecido teve um nódulo (caroço) no pescoço?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.30	O falecido teve um nódulo (caroço) na axila?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					
2.31	O falecido teve um nódulo (caroço) na virilha?	sim	não	recusou-se a dizer	não sabe					

2.32	Teve tosse?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.33	Por quanto tempo teve tosse?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.34	A tosse tinha catarro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.35	A tosse tinha sangue?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.36	O falecido teve dificuldade para respirar, falta de ar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.38	A dificuldade para respirar era contínua ou ia e vinha?	<input type="checkbox"/> Contínua	<input type="checkbox"/> ia e vinha	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.43	O falecido teve dor no peito no mês anterior à morte?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.44	Quanto tempo a dor durou?	<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> De 30 minutos a 24 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.47	O falecido teve diarreia ou fezes mais líquidas que o usual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.50	Tinha sangue nas fezes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.51	Esse sangramento nas fezes durou até o dia que morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.52	O falecido parou de urinar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.53	O falecido estava vomitando na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.55	Havia sangue no vômito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.56	O vômito era cor de café?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.57	O falecido teve dificuldade ao engolir?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.58	Por quanto tempo antes do óbito teve dificuldades para engolir?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.59	A dificuldade de engolir era com alimentos sólidos, líquidos ou ambos?	<input type="checkbox"/> líquidos	<input type="checkbox"/> sólidos	<input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.60	O falecido tinha dor ao alimentar ou beber líquidos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
260a	O falecido teve caroço, inchaço ou nódulo dentro da boca/língua/bochecha/gengiva?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
2.61	O falecido teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.62	Por quanto tempo antes do óbito teve dor na barriga?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
2.63	A dor era embaixo ou em cima na barriga?	<input type="checkbox"/> Embaixo na barriga	<input type="checkbox"/> Em cima na barriga	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.64	O falecido teve barriga inchada ou saliente mais que o usual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.66	Quão rapidamente o falecido desenvolveu essa barriga saliente/inchada?	<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.67	O falecido teve uma massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.68	Por quanto tempo antes do óbito teve massa/caroço na barriga?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
268a	O falecido tinha fígado aumentado?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.71c	O falecido teve dores de cabeça ou dor atrás dos olhos na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.71t	O falecido teve fortes dores musculares ou nas articulações na semana anterior ao óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.94	O falecido teve extrema fadiga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.72	O falecido teve o pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.73	Por quanto tempo antes do óbito teve pescoço endurecido?	<input type="checkbox"/> dias ou	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			
2.74	Em algum momento o falecido chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe			



2.75	A perda de consciência começou de forma rápida ou lenta?	<input type="checkbox"/> rapidamente	<input type="checkbox"/> lentamente	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.77	Ficou inconsciente até o óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.82	O falecido teve convulsões (ataque/epilepsia)? (demonstre)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.83	Por quanto tempo antes do óbito teve convulsões?	<input type="text" value=""/> minutos ou	<input type="text" value=""/> horas	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.84	O falecido ficava inconsciente imediatamente após as convulsões?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.85	O falecido teve paralisia em alguma parte do corpo?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.87	Qual extremidade ou outra parte do corpo ficou paralisada?(Leia a lista em sequencia e MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS)	<input type="checkbox"/> Lado esquerdo (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Um braço apenas	<input type="checkbox"/> Parte de cima do corpo	<input type="checkbox"/> Todo o corpo	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer
		<input type="checkbox"/> Lado direito (braço e perna)	<input type="checkbox"/> Uma perna apenas	<input type="checkbox"/> Parte de baixo do corpo	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> não sabe
2.88c	O falecido teve perda progressiva de memória, principalmente para acontecimentos recentes?	<input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo?	<input type="text" value=""/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="text" value=""/> anos	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.88t	O falecido teve perda de memória que interferia nas atividades de vida diária?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.89	O falecido apresentou diminuição ou perda do olfato?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.90	O falecido apresentou diminuição ou perda do paladar?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.91	O falecido teve contato com casos suspeitos de COVID-19 nos últimos 14 dias?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
2.95	O falecido recentemente testou positivo para COVID-19, em teste aplicado por profissional da área de saúde?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> não foi colhido
2.92	O falecido tomou vacina da gripe no último ano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>PERGUNTAS PARA AS MULHERES</b>						
3.1	A falecida teve inchaço ou nódulo na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.2	A falecida teve ferida (úlceras) na mama?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3a	A falecida menstruava?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.3	A falecida parou de menstruar devido a menopausa?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.4	Após parar de menstruar na menopausa a falecida teve algum sangramento vaginal?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.5	Se não estava na menopausa, a falecida sangrava entre os períodos menstruais?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.6	Teve sangramento vaginal muito forte (excessivo) na semana antes do óbito?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.7	No momento do óbito, a menstruação estava atrasada?	<input type="checkbox"/> sim, por quantas semanas?	<input type="text" value=""/> semanas	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe
3.9	A falecida teve uma dor forte na barriga pouco tempo antes de morrer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
3.10	Quando morreu, a falecida estava	<input type="checkbox"/> grávida	<input type="checkbox"/> durante um aborto	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> em trabalho de parto	<input type="checkbox"/> até 6 semanas após parto ou aborto	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
<b>TABACO E BEBIDA ALCOÓLICA</b>						
4.1	O falecido era fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
4.2	Se sim, fumava o que?	<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="checkbox"/> Fumo de mascar	<input type="checkbox"/> Forma local de tabaco	
		<input type="checkbox"/> Cigarro eletrônico	<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
4.4	Quantos cigarros/outra tipo o falecido fumava por dia?	<input type="text" value=""/> número por dia	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe		
4.5a	Em alguma época da vida teve o hábito de fumar, ou seja, era ex-fumante?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	
4.6a	Se sim, há quanto tempo o falecido havia parado de fumar?	<input type="text" value=""/> anos	<input type="text" value=""/> meses	<input type="checkbox"/> recusou-se a dizer	<input type="checkbox"/> não sabe	

