

Diretrizes da Atenção Especializada no Contexto da Pandemia de COVID-19

gov.br/saude

 [minsaude](#)

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

Junho de 2021

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES

Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET

Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF Tel.: (61) 3315-9220

Elaboração

Maíra Batista Botelho

DAET/SAES/MS

Anna Paula Hormes de Carvalho

DAET/SAES/MS

Marcio Irita Haro

DAET/SAES/MS

Ana Patrícia de Paula

CGAE/DAET/SAES/MS

Patrícia Gonçalves Freire dos Santos

CGSNT/DAET/SAES/MS

Fabiano Romanholo Ferreira

CGSH/DAET/SAES/MS

Angelo Roberto Gonçalves

CGSPD/DAET/SAES/MS

Marcello Mihailenko Chaves Magri*Médico infectologista*Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina da USP

Faculdade de Medicina do ABC

Wanessa Trindade Clemente*Médica infectologista*Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Minas Gerais**Rodrigo Nascimento Pinheiro***Médico cirurgião oncológico*

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Edson Abdala*Médico infectologista*

Faculdade de Medicina da USP

Ligia Camera Pierroti*Médica infectologista*Hospital das Clínicas da Faculdade de
Medicina da USP**Bruno José de Queiroz Sarmento***Médico cirurgião oncológico*

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Marcelo Addas Carvalho*Médico hemoterapeuta*

Universidade Estadual de Campinas

Suely Meireles Rezende*Médica hematologista*

Universidade Federal de Minas Gerais

Revisão Final

Sérgio Yoshimasa Okane

SAES/MS

Maria Inez Pordeus Gadelha

SAES/MS

Projeto gráfico e diagramação

Maurício Euclides Borges

Capa

Imagem da Freepik

Colaboração

Maria do Socorro Mendonça de Campos

Médica cirurgiã pediátrica

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Reitan Ribeiro

Médico cirurgião oncológico

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Héber Salvador de Castro Ribeiro

Médico cirurgião oncológico

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Lisieux Eyer de Jesus

Médica cirurgiã pediátrica

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Luis Antônio Diego

Médico anesthesiologista

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Alexandre Ferreira Oliveira

Médico cirurgião oncológico

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Luiz Carlos Von Bahten

Médico cirurgião

Colégio Brasileiro Cirurgiões

Pedro Eder Portari

Médico cirurgião

Colégio Brasileiro Cirurgiões

Rodrigo Ramos

Médico cirurgião

Colégio Brasileiro Cirurgiões

Augusto Key Takaschima

Médico anesthesiologista

Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Luiz Fernando Cordova

Médico cirurgião

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Mariana Ferreira Marques

CGSPD/DAET/SAES/MS

Paula Juliana Antoniazio Zamaro

CGSH/DAET/SAES/MS

Suyanne Camille Caldeira Monteiro

CGAE/DAET/SAES/MS

Denise Maria Rodrigues Costa

CGSPD/DAET/SAES/MS

Cícero Kaique Pereira Silva

CGSPD/DAET/SAES/MS

Luane Carvalho Costa

CGSPD/DAET/SAES/MS

Thalita Motta Gago

CGSH/DAET/SAES/MS

Priscila Murador

CGSH/DAET/SAES/MS

Helder Teixeira Melo

CGSH/DAET/SAES/MS

Silma Maria Alves de Melo

CGSH/DAET/SAES/MS

Ana Margareth Gomes Alves

CGSH/DAET/SAES/MS

Jakeline Nunes

CGSH/DAET/SAES/MS

Vera Lúcia Magalhães

CGSH/DAET/SAES/MS

Eduardo de Souza Martins Fernandes

Médico cirurgião oncológico

do aparelho digestivo

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Evelyne Santana Girão*Médica infectologista*

Hospital Universitário Walter Cantídio
da Universidade Federal do Ceará

Pedro Tulio Rocha*Médico nefrologista*

Sociedade Brasileira de Nefrologia

Laura Herranz Prinz*Médica intensivista*

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rafael Augusto Dantas Prinz*Médico ortopedista*

Banco de Multitecidos – INTO/MS

Taciana Ribeiro Silva Bessa

CGSNT/DAET/SAES/MS

Raquel Silveira Bello Stucchi*Médica infectologista*

Universidade Estadual de Campinas

Reyjane Alves Teixeira

CGSH/DAET/SAES/MS

Carla Patrícia Rodrigues de Sousa

CGSH/DAET/SAES/MS

Bárbara de Jesus Simões

*Presidente da Fundação Hemocentro de
Brasília*

Alexandre Nonino*Médico hematologista*

Fundação Hemocentro de Brasília

Fábio Viegas*Médico cirurgião*

Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica
e Metabólica

Acrônimos e Siglas

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

anti-TNFa: Inibidor do Fator de Necrose Tumoral Alfa

AOS: Apneia Obstrutiva do Sono

BP: Banco de Pele

BTCV: Banco de Tecidos Cardiovasculares

BTME: Banco de Tecidos Musculoesqueléticos

BTOC: Banco de Tecidos Oculares Humanos

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CET: Central Estadual de Transplantes

CGSH: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

CGSPD: Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

COVID-19: Doença ocasionada pelo SARS-CoV-2

DAET: Departamento de Atenção Especializada e Temática

DF: Doença Falciforme

ESPII: Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

H1N1: Subtipo de vírus de influenza A

IgA: Imunoglobulina A

IgG: Imunoglobulina G

IgM: Imunoglobulina M

IPD: Informação pós-doação

ME: Morte Encefálica

mRNA: Ácido Ribonucleico mensageiro

MS: Ministério da Saúde

NIR: Núcleo Interno de Regulação

NT: Nota técnica

OMS: Organização Mundial da Saúde

PMP: Partes por Milhão da População

PPTA: Plasma Protein Therapeutics Association

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RCPD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RT-PCR: Teste Molecular (transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase)

SAES: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

SARS-CoV-2: Tipo de coronavírus - coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SG: Síndrome gripal

SH: Serviço de Hemoterapia

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIG: Sistema Informatizado de Gerenciamento das Listas de Espera

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIVEP-Gripe: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

STA: Síndrome Torácica Aguda

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Acrônimos e Siglas	6
Definições	12
Síndrome gripal (SG)	12
Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)	12
Contato com casos confirmados de COVID-19:.....	12
Casos convalescentes de COVID-19:	13
Situações específicas:.....	13
Cirurgias eletivas	14
Critérios de inclusão - fluxo livre de COVID-19	15
Critério de exclusão - fluxos livres de COVID-19	16
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	20
Núcleo interno de regulação:.....	21
Segurança assistencial:.....	22
Cuidados anestésicos transoperatórios:	23
Cirurgia Pediátrica	23
Vacinas	23
Transplantes de Órgãos e Tecidos	24
Triagem de doadores	25
Validação de doador falecido de órgãos e tecidos	27
Validação de doador vivo de órgãos	29
Captação	29
Recomendações pré-transplante	30
Recomendações pós-transplante.....	31
Transplantes de fígado	33
Painel linfocitário para transplante de rim, rim-pâncreas e pâncreas isolado	34
Orientações quanto a manutenção da soroteca	34
Considerações finais.....	34
Hemoterapia e Hematologia	35
Orientações Gerais.....	35
Triagem de candidatos à doação de sangue	35
Plano Nacional de Contigência do sangue	37

Doenças Hemorrágicas Hereditárias	38
Hemoglobinopatias: doença falciforme e talassemias.....	40
Triagem neonatal biológica (teste do pezinho)	40
Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	41
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	41
Capacidade Instalada Atual da RCPD	43
Orientações à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no Contexto da Pandemia	44
Linha de cuidado para reabilitação de usuário com síndrome pós COVID-19	45
Reabilitação no contexto da COVID-19	46
Condutas assistenciais na síndrome pós COVID-19	49
Referências.....	50
Cirurgias Eletivas	50
Transplante de órgãos e tecidos.....	53
Hemoterapia e Hematologia	53
Cuidados à Pessoa com Deficiência	54

CONTEXTUALIZAÇÃO

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. De acordo com a OMS, 80% das pessoas que contraem a COVID-19 desenvolvem sintomas leves ou moderados, recuperando-se sem a necessidade de internação hospitalar. Entre os casos que necessitam de intervenção hospitalar, cerca de 15% dos infectados podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e 5% apresentam a forma crítica da doença, com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda, necessitando assim de cuidados intensivos. (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, a garantia das ações de prevenção e controle da transmissão do vírus, bem como o acesso aos cuidados intensivos para os casos de maior gravidade da doença tem sido uma grande preocupação, não só dos gestores e profissionais de saúde, mas de toda a sociedade em todo o mundo. Ademais, é fundamental a atenção aos pacientes após a alta hospitalar com sequelas e/ou necessidades especiais após a fase aguda da doença, quando estes são considerados recuperados da COVID-19.

Cuidados relacionados a outras doenças continuam sendo necessários, tanto para a prevenção quanto para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo a manutenção e continuidade dessas ações e serviços, durante a pandemia, um grande desafio para as Redes de Atenção à Saúde.

Em decorrência dos impactos resultantes da emergência de saúde pública de importância internacional, ocasionadas pelo SARS-CoV-2, o Ministério da Saúde elaborou, por meio desta publicação, a consolidação e atualização das diretrizes assistenciais relacionadas às Políticas do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES). O objetivo é oferecer orientações técnicas aos gestores e profissionais de saúde sobre as melhores práticas assistenciais aos usuários com suspeita ou confirmação de COVID-19 nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Estas diretrizes são baseadas nas melhores evidências disponíveis e poderão ser alteradas diante de novas constatações. Recomenda-se que estratégias adicionais estejam baseadas nas informações epidemiológicas periodicamente divulgadas pelas autoridades federais, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

O painel COVID-19 no Brasil do Ministério da Saúde pode auxiliar no acompanhamento epidemiológico, pois, atualiza diariamente os gráficos analíticos dos estados e cidades. O painel está disponível na página eletrônica no Ministério da Saúde: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html

TELESSAÚDE

A disponibilização da telessaúde no SUS é de grande valia na estruturação das Redes de Atenção à Saúde durante a pandemia ocasionada pela COVID-19, e poderá ser utilizada em todos os processos abordados nestas diretrizes.

O Ofício CFM nº 1756/2020, de 19 de março de 2020, reconheceu a eticidade e a oportunidade da utilização da Telessaúde em caráter de excepcionalidade e enquanto durar as medidas de enfrentamento ao coronavírus.

O Ministério da Saúde emitiu a Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020, que “dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19”.

Os procedimentos **“Teleconsulta médica na atenção especializada”, e “Teleconsulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)”, foram criados por meio da Portaria SAES/MS nº 1.136, de 18 de dezembro de 2020.** A inclusão desses procedimentos na Tabela do SUS possui caráter temporário e sua realização efetiva deverá ser comprovada mediante registro em prontuário do paciente ou documento que o substitua. A inclusão das teleconsultas na atenção especializada torna os procedimentos legitimados e validados no âmbito federal.

Os procedimentos específicos de teleconsultas na atenção especializada devem seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação dos serviços.

DEFINIÇÕES

Nestas Diretrizes da Atenção Especializada, utilizam-se os seguintes conceitos:

Síndrome gripal (SG)

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

Observações:

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

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

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

Observações:

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

Contato com casos confirmados de COVID-19:

É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até dez dias após:

- a data de início dos sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático);
- a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos).

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo a pessoa que:

- Teve um contato físico com um caso confirmado
- Profissional de saúde que prestou assistência a paciente com diagnóstico de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual

- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

Casos convalescentes de COVID-19:

- **Após Síndrome Gripal:**

Indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) com confirmação de COVID-19, orienta-se suspensão do isolamento após 10 dias do início dos sintomas, após 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.

- **Após Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):**

Indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), orienta-se suspensão do isolamento após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-PCR para COVID-19 não detectado, após 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Outras manifestações clínicas extrapulmonares podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2, incluindo:

- Tromboembolismo;
- Alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica);
- Alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal);
- Alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia);
- Alterações neurológicas (cefaleia, tontura, encefalopatia, ageusia, anosmia, acidente vascular encefálico);
- Alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas);
- Alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética) ou
- Alterações dermatológicas (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular).

CIRURGIAS ELETIVAS

O início ou continuidade do tratamento daqueles pacientes com doenças graves que não são emergências, cujo retardo no tratamento podem resultar em aumento da morbimortalidade, não estão recebendo a devida atenção, sob a justificativa de não ser o problema a ser resolvido no momento. O Ministério da Saúde está atento aos pacientes com doenças graves e considera que urge a mobilização para organizar o tratamento desses pacientes, em especial as pessoas com câncer, cujo atraso significativo do tratamento resultará em danos maiores para os pacientes, com maior custo e sobrecarga, a médio prazo, para o sistema de saúde.

É importante notar que, a pandemia inicialmente estimada para durar 4 a 5 meses, pode, segundo estudo publicado em uma das mais respeitadas revistas médicas do mundo, baseado em dados de epidemias prévias por outros coronavírus nos Estados Unidos, ter picos intermitentes após o pico inicial mais severo. Esses episódios de recrudescimento podem perdurar até 2022, ou ainda pior, até 2024.

A forma mais segura e eficiente para seguir com o tratamento dos pacientes com doenças graves, cujo tratamento é cirúrgico, é a criação de fluxo livre de COVID-19. Por essas vias, transitarão esses pacientes realizando seus diagnósticos e tratamentos, diminuindo o risco de serem infectados, assegurando melhores resultados. Esses fluxos são caracterizados pela triagem de pacientes não infectados pelo SARS-CoV-2 em qualquer fase, provendo a estes pacientes os devidos cuidados e proteção, acomodação em consultórios e leitos dedicados. Para um bom funcionamento do fluxo livre de COVID-19, é importante uma ampla disponibilização de RT-PCR.

Em relação à transmissão de SARS-CoV-2, as cirurgias eletivas podem ser seguras, quando os hospitais têm capacidade e recursos para manter os fluxos, áreas e equipes dedicadas para pacientes sem diagnóstico de COVID-19, a despeito da alta incidência de casos novos na comunidade. As evidências atuais sugerem que a chance de se contrair infecção por SARS-CoV-2 durante a internação para a realização de procedimento eletivo pode ser baixa.

Critérios de inclusão - fluxo livre de COVID-19

São elegíveis para o fluxo livre de COVID-19:

Pacientes:

- Não possuir diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2 e não ser contactante de casos confirmados de COVID-19.
- Para as pessoas com história pregressa de infecção pelo SARS-CoV-2, os tempos de espera são baseados em sintoma, gravidade e recomendados a partir da data do diagnóstico de COVID-19 e a data da cirurgia, a saber:

Quatro semanas	para quadro assintomático ou apenas de sintomas leves não respiratórios
Seis semanas	para um paciente sintomático (por exemplo, tosse, dispneia) que não necessitou de hospitalização.
Oito a 10 semanas	para paciente sintomático diabético, imunossuprimido ou hospitalizado
Doze semanas	para um paciente que foi internado em uma unidade de terapia intensiva devido à infecção por COVID-19

Os tempos acima recomendados podem ser alterados segundo uma avaliação de risco pré-operatório individualizada, levando-se em consideração a intensidade cirúrgica, as comorbidades do paciente e a relação benefício/risco de adiar a cirurgia

Acompanhantes e profissionais:

- Pessoas que não possuam diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2 e não sejam contactantes de casos confirmados de COVID-19;
- Casos convalescentes após Síndrome Gripal, com confirmação para COVID-19, após 10 dias do início dos sintomas, após 24 horas de resolução da febre, sem uso de medicamentos antitérmicos, e remissão dos sintomas respiratórios;
- Casos convalescentes após Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com confirmação para COVID-19, após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-PCR não detectados, após 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Critérios de exclusão - fluxos livres de COVID-19

Para a manutenção de fluxos livres de COVID-19, os profissionais, pacientes e acompanhantes tornam-se inelegíveis caso apresentem as características abaixo:

- Contato com casos confirmados de COVID-19
- Casos suspeitos ou confirmados de COVID-19:

1. Por critério clínico

2. Por critério clínico-epidemiológico

3. Por critério laboratorial em indivíduo NÃO vacinado contra COVID-19:

Caso de SG ou SRAG com testes:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
 - (a) RT-PCR em tempo real
 - (b) RT-LAMP.
- **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - (a) Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA);
 - (b) Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - (c) Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA);
 - (d) Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA).
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

4. Por critério laboratorial em indivíduo VACINADO contra COVID-19:

Indivíduo que recebeu a vacina contra COVID-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

5. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático:

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo a pessoa que:

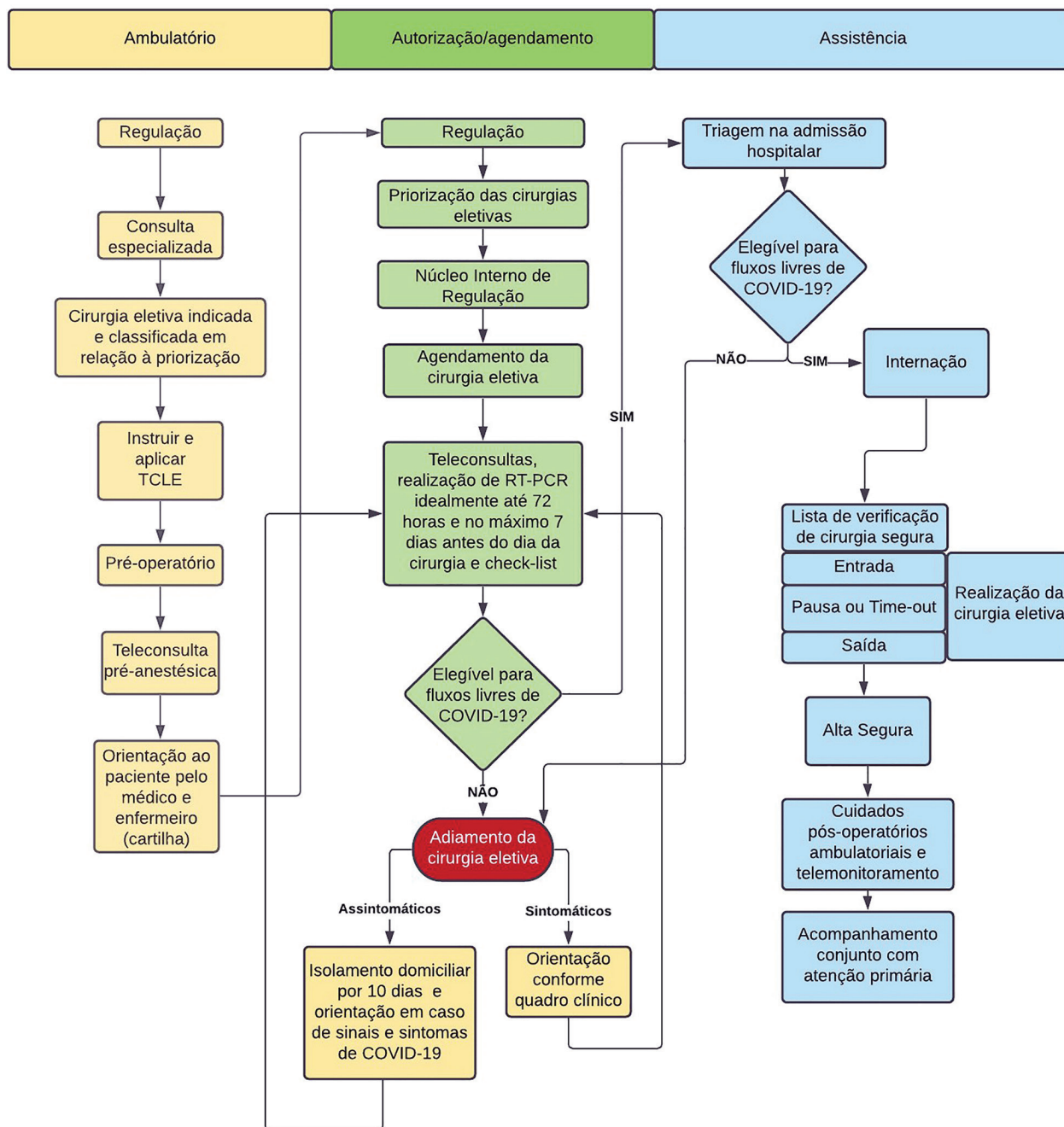
Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;

Teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;

É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual, conforme preconizado, ou com EPI danificados;

Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

Fluxos livres de covid-19



Confirmada a necessidade de tratamento cirúrgico, o serviço deve receber o paciente por meio da regulação. Apenas pacientes assintomáticos e com RT-PCR não detectado, idealmente até 72h e no máximo 1 semana, podem ser convocados para internação em fluxo livre de COVID-19. A equipe responsável por essa triagem deve ser exclusiva para essa função, e devem evitar transitar dentro das estruturas livres de COVID-19, uma vez que estão sob risco de contaminação. Na chegada do paciente é recomendada a aplicação de questionário clínico-epidemiológico, e aferição da temperatura do paciente. Caso haja suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2, o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica, dentro da própria instituição, em ambiente previamente definido para a triagem dos pacientes com sintomas respiratórios e seguir os protocolos da instituição e do Ministério da Saúde. A qualquer momento, caso algum suspeito de infecção pelo SARS-CoV-2 seja identificado dentro de um fluxo livre, este deverá imediatamente isolado e direcionado a outro setor do hospital.

Cada hospital, serviço de saúde e suas respectivas equipes devem analisar cuidadosamente todos os procedimentos programados e instituir um plano para minimizar os adiamentos ou cancelamentos de cirurgias.

Classificação	Tempo máximo previsto	Exemplos de priorização
Semi-urgente	até 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Melanoma e carcinomas de alto risco da pele • Tumores ginecológicos e da mama • Tumores de esôfago, cardia e estômago • Tumores colorretais • Tumores hepatobiliares e pancreáticos • Tumores urogenitais • Tumores da cabeça e pescoço • Tumores torácicos • Neoplasias peritoneais malignas • Sarcomas • Tumores do sistema nervoso central • Tumores ósseos • Hérnia inguinal de lactentes • Procedimentos de alta complexidade da cirurgia cardiovascular
Eletiva essencial	Entre 3 e 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer pós-neoadjuvância • Transplante renal intervivos • Transplante hepático intervivos • Cirurgia bariátrica*
Eletiva (facultativa)	> 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Hérnia de parede abdominal • Colecistolitíase • Tumores benignos

*Cirurgia bariátrica: considerar as indicações da Portaria de Consolidação número 3 GM/MS, de 2017.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A decisão sobre o melhor momento para a realização de uma cirurgia eletiva deve ser discutida com o paciente, ou seja, recomenda-se uma decisão compartilhada. Deve-se levar em consideração as consequências da evolução natural da doença, incluindo a possível irreversibilidade do quadro com a postergação do tratamento cirúrgico.

O paciente deve ser informado e orientado, sendo recomendado um registro formal da decisão em um TCLE, devendo ser anexado ao prontuário único do paciente.

Modelo de TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CIRURGIA ELETIVA - PANDEMIA DE COVID - 19

Eu, _____, RG _____, na qualidade de paciente, ou _____, RG _____, na qualidade de responsável legal, depois de receber esclarecimentos a respeito do meu diagnóstico e ser orientado dos riscos e benefícios do tratamento, fui informado sobre as possíveis repercussões na postergação do meu tratamento cirúrgico.

Fui devidamente informado e orientado pelo Dr. _____, CRM _____, que o atraso na cirurgia poderá acarretar em piora do prognóstico.

Fui orientado que, no meu caso, não existe tratamento nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com segurança, a cirurgia.

Recebi as seguintes informações da equipe médica:

- Pacientes saudáveis submetidos a cirurgias eletivas podem contrair COVID-19 durante a internação.
- Pacientes saudáveis submetidos a cirurgias eletivas que contraírem COVID-19 no pós-operatório poderão desenvolver quadros mais graves devido às alterações imunológicas causadas pela cirurgia.
- Pacientes que tenham contraído a infecção há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido sintomas e a ventilação mecânica durante as cirurgias pode resultar em agravamento dos casos.
- Pacientes com infecção assintomática por SARS-CoV-2 podem transmitir infecção à equipe.
- Pacientes submetidos a cirurgias eletivas que tiverem complicações respiratórias podem ter os sintomas semelhantes à infecção por COVID-19 causando confusão diagnóstica.
- Pacientes submetidos a cirurgias eletivas que desenvolverem COVID-19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas.

Estou ciente de que nesse momento estamos vivendo uma situação de pandemia de COVID-19 e que há risco de contaminação durante o meu tratamento cirúrgico. Após ter sido esclarecido acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de submeter-me a cirurgia nesse momento.

Estou também ciente de que durante o período do meu tratamento, por consequência da pandemia, poderá ocorrer afastamento de membro da equipe cirúrgica, incluindo o médico assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados a outros profissionais da instituição.

Local e data: _____

_____ Declarante ou responsável legal	_____ Assinatura
_____ Testemunha	_____ Assinatura
_____ Médico assistente	_____ Assinatura

Núcleo Interno de Regulação

Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.



Figura 2: Informações sobre o NIR podem ser obtidas no sítio eletrônico:

<https://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>

Atribuições do NIR no fluxo livre de COVID-19:

- Estabelecer fluxos e áreas livres de COVID-19;
- Mapear pacientes e acompanhantes com suspeita, confirmação ou contato com casos confirmados de COVID-19;
- Gerir dinamicamente as salas cirúrgicas e os leitos de recuperação anestésica;
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;

- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação da cirurgia e a realização do procedimento;
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto/Plano Terapêutico Singular, Gestão da Fila;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação, triagem reversa e instituição de alta hospitalar responsável;
- Apoiar contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede.
- Recomenda-se disponibilizar ao paciente e seus familiares um canal de comunicação para notificar eventos antes e após o procedimento, como aparecimento de sinais e sintomas de COVID-19, ou adiamento do procedimento devido a mudanças do cenário epidemiológico da região.

Segurança assistencial

Recomenda-se que qualquer membro da equipe cirúrgica, anestésica ou colaborador da instituição que apresente sintomas “gripais” (sintomático) deve ser orientado a não participar do ato operatório. O colaborador deve ser testado para COVID-19 e afastado do trabalho.

Recomenda-se para procedimentos com risco de aerossolização*:

- Gorro
- Máscara PFF2 ou superior
- Óculos de proteção
- Avental
- Luvas

*cirurgias de cavidade oral, faringe, laringe e tórax, cirurgias abdominais abertas ou laparoscópicas, etc.



No contexto da pandemia, destaca-se:

Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto, obedecendo os fluxos

livres de COVID-19, possibilitando maior segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

A lista de verificação de cirurgia segura tem três momentos: **Entrada** (antes da indução anestésica), **Time Out** ou **Pausa** (antes do início da incisão) e **Saída** (antes do paciente deixar o centro cirúrgico). Seus elementos podem ser adequados às necessidades e realidade de cada instituição.

Cuidados anestésicos transoperatórios:

Manter todos os cuidados recomendados pela Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Cirurgia Pediátrica

O risco de desenvolver COVID-19 sintomática, bem como evoluir para quadros graves na população pediátrica, é menor em relação à adulta. Crianças geralmente manifestam um quadro agudo oligossintomático ou atípico, com maior ocorrência de manifestações gastrointestinais, podendo a sintomatologia respiratória ser de difícil diferenciação de outros quadros virais predominantes nesta faixa etária. A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) é uma manifestação que ocorre, em geral, mais tardiamente. Uma faixa etária de risco nesta população são os neonatos, por isso quando o diagnóstico de COVID-19 for presumido na gestante parturiente, a infecção deve ser descartada no recém-nascido e o isolamento de ambos deve ser instituído até a devida confirmação.

Deve-se ressaltar que em função da necessidade da presença um acompanhante maior de idade, estes devem também ser triados para a presença de sintomas atuais ou contato recente com casos confirmados de COVID-19.

O risco de perda de função de órgãos e complicações agudas em crianças portadoras de malformações congênitas específicas determina prioridade para tratamento cirúrgico, ao lado das neoplasias malignas, menos comuns nesta faixa etária.

O risco anestésico em crianças com COVID-19 e pós-SIMP não está bem caracterizado. O momento cirúrgico para cirurgias eletivas em crianças que se recuperaram da COVID-19 é ainda controverso. Muitos conceitos são extrapolados a partir de dados para adultos, que apresentam manifestações e complicações diferentes da COVID-19.

Vacinas

Não há registros na literatura científica quanto à necessidade de intervalos entre a vacinação contra o SARS-CoV-2 e a realização de cirurgias. Porém, sugere-se aguardar pelo menos 7 dias e idealmente 14 dias entre a vacinação contra o SARS-CoV-2 e o procedimento cirúrgico, a fim diferenciar as possíveis reações à vacina das complicações cirúrgicas. Da mesma maneira, não há intervalo mínimo recomendado para a administração de vacinas contra o SARS-CoV-2 após procedimentos cirúrgicos, desde que o paciente esteja clinicamente estável. As vacinas contra o SARS-CoV-2, atualmente autorizadas, não são de vírus vivos atenuados, portanto, não possuem contraindicações para uso em pacientes imunossuprimidos (oncológicos, transplantados, etc).

Até o momento, a única entre as vacinas autorizadas no Brasil com indicação para a faixa etária entre 12 e 18 anos é citada no link abaixo:

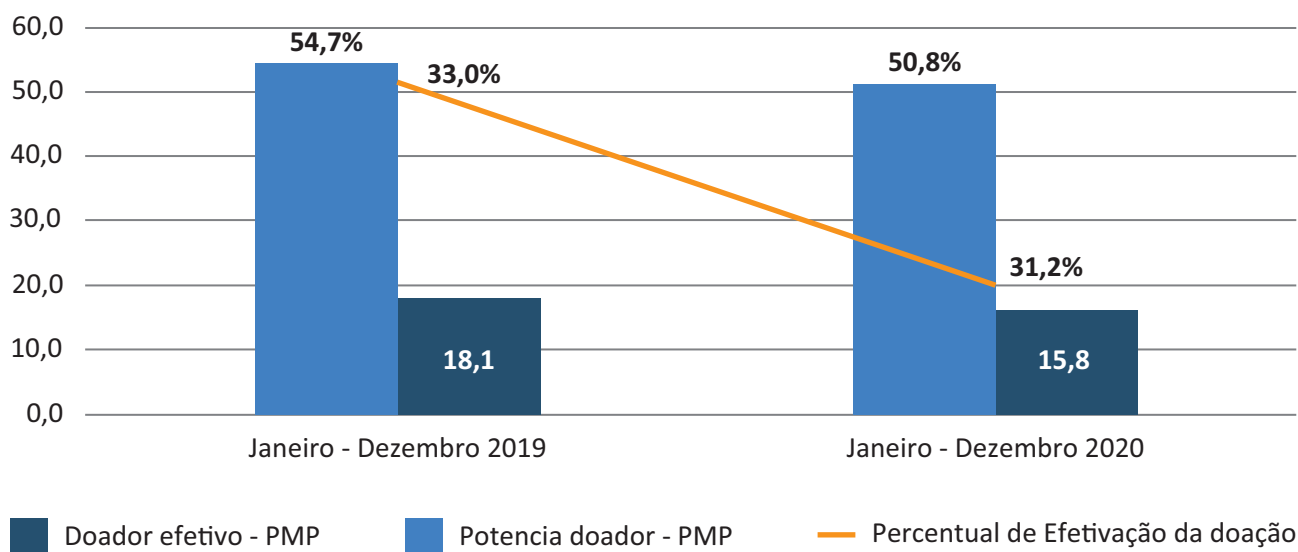
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-autoriza-vacina-da-pfizer-para-criancas-com-mais-de-12-anos>

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

No Sistema Único de Saúde são realizadas todas as modalidades de transplantes de órgãos, tecidos e células, constituindo assim o maior sistema público de saúde do mundo.

Os dados do ano de 2019 quando comparados com os do ano de 2020 mostram a redução da atividade de doação e transplante de órgãos no cenário brasileiro, conforme o gráfico a seguir:

Cenário de doação de órgãos Brasil - PMP / Comparativo 2019-2020



Fonte: Sistema Informatizado do Ministério da Saúde/ CETs - Centrais Estaduais de Transplantes
Dados sujeitos a alterações com base no envio ou correção futura de dados.

PMP: Partes por Milhão da População (De 2010 até 2014 foi considerada a população do censo IBGE de 2010; a partir de 2015 está sendo considerada a população estimada pelo IBGE para o ano anterior).

Estas diretrizes contemplam os critérios técnicos para gerenciamento do risco sanitário relacionada a transmissão do SARS-CoV-2 na doação e transplante de órgãos e de tecidos humanos, cuidados com pacientes em lista de espera e pacientes transplantados. Abrangem os centros transplantadores e demais integrantes da rede assistencial em transplantes como os bancos de tecidos, regulamentados e autorizados pelo Ministério da Saúde, quais sejam: Bancos de Tecidos Oculares Humanos (BTOC), Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME), Bancos de Tecidos Cardiovasculares (BTCV) e Bancos de Pele (BP).

Triagem de doadores

Todos os potenciais doadores de órgãos e tecidos devem ser submetidos a habitual e rigorosa triagem clínica e laboratorial, incluindo as informações sobre a exposição ao risco de transmissão de SARS-CoV-2.

Orientações gerais para triagem de infecção pelo SARS-CoV-2

Triagem	Potencial doador de órgãos (ME)	Potencial doador de tecidos		Doador vivo de órgãos
		Morte encefálica	Parada cardiorrespiratória	
Triagem clínica	<ul style="list-style-type: none"> História de contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 História clínica para identificação de sinais e sintomas sugestivos de COVID-19 			
Triagem laboratorial Teste molecular para SARS-CoV-2 (RT-PCR) em amostras respiratórias	Amostra deve ser coletada do trato respiratório nas 24 horas anteriores e no máximo até 72h antes da captação.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da retirada do tecido.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório em até 24 h antes da doação.

Prazo para a coleta da amostra para realização do teste em tecidos oculares

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 6 horas após a parada cardiorrespiratória	Corpo do doador em temperatura ambiente
Até 12 horas após a parada cardiorrespiratória	Se o corpo do doador for refrigerado em até 6 horas após a parada cardiorrespiratória

Prazo para a coleta da amostra para realização do teste nos demais tecidos

Prazo para a coleta	Condição do doador
Até 15 horas após a parada cardiorrespiratória	Corpo do doador em temperatura ambiente
Até 24 horas após a parada cardiorrespiratória	Se o corpo do doador for refrigerado em até 12 horas após a parada cardiorrespiratória

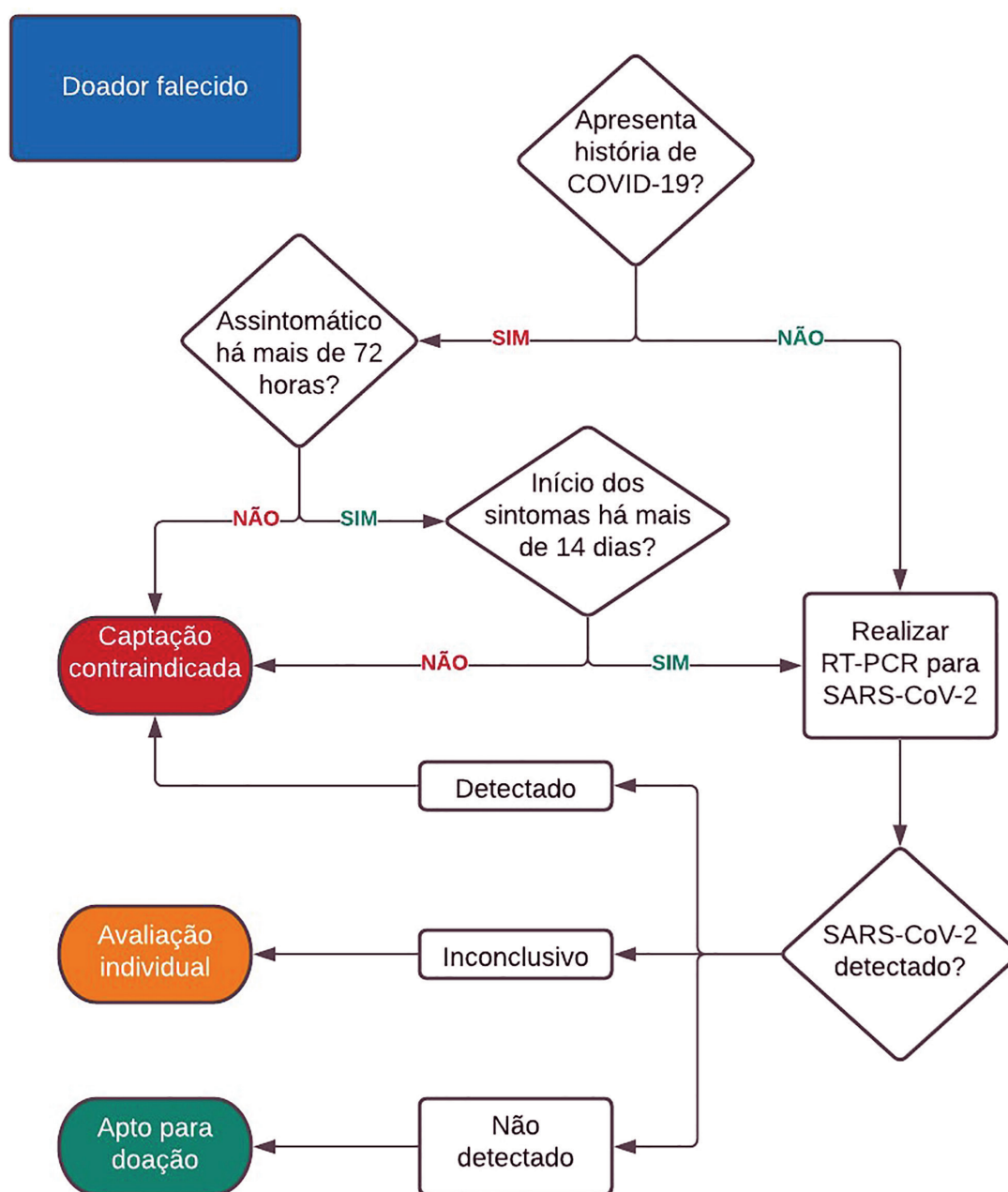
Observações quanto a coleta de amostras

- A triagem dos doadores deve ser realizada por RT-PCR em amostra do trato respiratório. No doador falecido obtida idealmente do trato respiratório inferior (aspirado traqueal ou brônquico, ou lavado bronco alveolar). Nos doadores vivos a amostra recomendada é do trato respiratório superior (*swab* nasofaríngeo).
- Até o momento, não é recomendado o uso de testes antigênicos ou sorológicos como alternativa à **indisponibilidade do exame de RT-PCR**. No entanto, os testes sorológicos podem ajudar no processo de tomada de decisão quanto à doação, no caso de doadores potenciais com diagnóstico prévio de COVID-19 que persistem com um RT-PCR detectado (nessa situação deve-se discutir caso a caso).

Validação de doador falecido de órgãos e tecidos

Considerando a ausência de casos notificados no Brasil, o risco de transmissão do SARS-CoV-2 pelos transplantes de tecidos, permanece desconhecido e algumas medidas adotadas fundamentam-se como cuidados adicionais. Sabe-se que a avaliação do risco de transmissão do SARS-CoV-2 pelos tecidos baseia-se na possibilidade da presença do vírus em determinadas células, na distribuição dessas células infectadas nos tecidos e órgãos e na possível viremia dos tecidos vascularizados.

Os critérios para validação de doador falecido de órgãos e tecidos estão destacados no fluxograma abaixo:



Observação: A triagem universal para SARS-CoV-2 é indicada em todos os doadores potenciais antes da cirurgia.

Validação de doador vivo de órgãos

Os critérios para validação de doador vivo de órgãos estão destacados no fluxograma e no quadro abaixo:



Validação de doador vivo de órgãos

Condição do Doador	Indicação
1. Doador com COVID-19 confirmada < 14 dias do teste de RT-PCR detectado, no caso de doadores assintomáticos ou doador com suspeita clínica	Contraindicação absoluta para doação de órgãos
2. Doador com COVID-19 confirmada, com início dos sintomas há mais de 14 dias.	Pode ser validado na ausência de sintomas há mais de 72 horas, mediante resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 não detectado realizado em até 24h antes da doação;
3. Doador assintomático com contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19	Pode ser validado para doação de órgãos se o doador se mantiver assintomático no mínimo 7 dias do último contato e com o resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 não detectado entre o 5º e o 7º dia do último contato.

- A triagem universal para SARS-CoV-2 é indicada em todos os doadores potenciais antes da cirurgia. Recomenda-se o adiamento da doação se o doador potencial for um caso confirmado de COVID-19, houver alta suspeita clínica de COVID-19, ou o rastreamento de SARS-CoV-2 for detectado ou inconclusivo.
- Recomenda-se adiar a doação até mais de 14 dias desde o início dos sintomas e mais de 72 horas sem sintomatologia. É aconselhável repetir o RT-PCR até que se tenha um resultado não detectado para SARS-CoV-2 por RT-PCR antes da doação.
- Caso o RT-PCR persista detectado, a doação pode ser considerada individualmente após cuidadosa análise de risco / benefício.

Captação

As orientações em relação à captação constam no quadro abaixo:

Busca de potenciais doadores	Entrevista familiar
Verificar junto ao serviço de saúde/ estabelecimento notificante do óbito a presença da “FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG PARA SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVIRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)”, da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS/MS, que relaciona os exames realizados e resultados, considerando para a continuidade do processo de doação apenas os casos “descartados” para COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso da máscara obrigatório; • Deve-se disponibilizar local para higienização das mãos das com água e sabão ou com álcool a 70%; • A realização do acolhimento e entrevista familiar devem ser realizados em espaços físicos ventilados e que permitam distanciamento seguro.

Orientações adicionais:

- É obrigatório o uso de máscara PFF2 ou superior
- Deve constar nos protocolos e rotinas dos Bancos de Tecidos Oculares Humanos o uso do colírio de iodopovidona
- No momento da captação, manter atenção rigorosa às possíveis manifestações oculares de infecção por SARS-CoV-2 (conjuntivite uni ou bilateral é a mais comum)
- Adequar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e formulários de triagem do doador, e se necessário, as normas de biossegurança e higiene

Recomendações pré-transplante

A realização de exames laboratoriais para a pesquisa de SARS-CoV-2 em candidatos a receptores é recomendável. Sugere-se à equipe a coleta do *swab* nasofaríngeo com pesquisa do RT-PCR no período máximo de 72h antes da realização do procedimento de transplante.

- Considerar como portador assintomático de SARS-CoV-2 todo o paciente que não for testado
- Não flexibilizar o autocuidado e os cuidados profissionais nos serviços de saúde mesmo diante de testagem negativa
- Orientar os candidatos a transplante para que adotem medidas que minimizem o risco de infecção, como isolamento domiciliar e adequada higiene das mãos, por pelo menos 14 dias antes do transplante, quando houver previsão de data
- Recomendar isolamento domiciliar por 14 dias antes do procedimento também para doadores vivos

Orientações para vacinação contra SARS-COV-2 Pacientes pré-transplantes – órgãos

Todas as vacinas disponíveis podem ser administradas no pré-transplante

Idealmente os pacientes devem completar o esquema de vacinação contra SARS-CoV-2 antes do transplante. Se isso não for factível, não há intervalo de tempo entre a vacinação e o transplante

Pacientes em uso de imunoglobulina podem ser vacinados com qualquer uma das vacinas disponíveis contra SARS-CoV-2

Os pacientes devem ser orientados a receber a vacina contra influenza, respeitando o intervalo de 14 dias entre a vacina contra influenza e a vacina contra SARS-CoV-2

Após a vacinação, manter as medidas de segurança quanto ao distanciamento seguro, uso de máscara e higiene das mãos

Recomendações pós-transplante

Os pacientes devem ser orientados a manter cuidados de higiene, o distanciamento seguro e comunicar qualquer sinal ou sintoma de COVID-19 que se manifeste no período pós-operatório. Deve-se intensificar o monitoramento de reações adversas nos pacientes transplantados, incluindo os sinais e sintomas de infecção pelo SARS-CoV-2, nos 14 dias imediatos ao transplante.

Orientações para vacinação contra SARS-COV-2 Pacientes transplantados – órgãos

Todas as vacinas disponíveis podem ser administradas no pós-transplante

Pacientes em uso de imunoglobulina podem ser vacinados com qualquer uma das vacinas disponíveis contra SARS-CoV-2

Após o transplante, o ideal é que o paciente receba a vacina a partir do 3º mês do transplante, mas pode ser feita a partir do primeiro mês

Os pacientes devem ser orientados a receber a vacina contra influenza, respeitando o intervalo de 14 dias entre a vacina contra influenza e a vacina contra SARS-CoV-2

Contraindicações para vacinação contra SARS-CoV-2 em pacientes transplantados:

- Menores de 18 anos
- Estar na vigência de quadro febril agudo
- Ter alergia a algum componente da vacina

Após a vacinação manter as medidas de segurança quanto ao distanciamento seguro, uso de máscara e higiene das mãos

Notificação de casos de COVID-19	
Centrais Estaduais de Transplantes (CET)	
As CET devem ser informadas quanto à suspeita ou confirmação de casos em potenciais doadores de órgãos e tecidos, bem como sobre a suspeita de transmissão via doador a receptor.	
Secretaria de Vigilância em Saúde - MS	Sistema Nacional de Biovigilância - ANVISA
Notificação quanto à suspeita ou confirmação de casos em potenciais doadores:	Notificação quanto à suspeita de transmissão via doador a receptor:
<p>a) Deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito, como determina o Anexo V, capítulo I, seção I da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 04/2017.</p> <p>a) Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do formulário eletrônico Ficha de notificação completa para casos suspeitos e prováveis de infecção pelo SARS-CoV-2 Novo Coronavírus (COVID-19), dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.</p> <p>b) O código CID 10 - Infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) para registro de casos, conforme as definições, será o U07.1 – Infecção pelo novo Coronavírus.</p>	<p>a) Notificar possíveis casos de transmissão de COVID-19 de doador para receptor ao Sistema Nacional de Biovigilância.</p> <p>b) Os casos identificados de transmissão do SARS-CoV-2 via doador-receptor são de notificação compulsória pelos serviços de saúde, tanto suspeitos ou confirmados, por meio de formulário on line de notificação individual (caso a caso) de reações adversas relacionadas ao processo de Biovigilância, denominado Formulário de Notificação de Eventos Adversos.</p> <p>c) As reações graves e os óbitos são de notificação imediata compulsória à autoridade sanitária competente em até 24 (vinte e quatro) horas após a detecção, conforme determina a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC/Anvisa no 339, de 20 de fevereiro de 2020.</p>

Transplantes de fígado

No contexto da epidemia de COVID-19 e a fim de contemplar as especificidades técnicas que permeiam as regras de atualização do cálculo do MELD/PELD, foi determinada, de maneira excepcional e temporária, a flexibilização dos prazos para atualização dos exames para o cálculo do MELD/PELD. Os novos prazos são demonstrados nos quadros abaixo:

Faixa de pontuação PELD	Validade dos exames (em dias)	Condicionante
MELD de 11 até 25	90	Para exames colhidos nos últimos 30 dias
MELD maior que 25	90	Para exames colhidos nos últimos 15 dias

Faixa de pontuação PELD	Validade dos exames (Em dias)	Condicionante
PELD até 5	360	Para exames colhidos nos últimos 60 dias
PELD superior a 5 até 10	90	Para exames colhidos nos últimos 30 dias
PELD superior a 10 até 14	60	Para exames colhidos nos últimos 30 dias
PELD superior a 14	30	Para exames colhidos nos últimos 15 dias

Em caso de agudização ou descompensação de quadro clínico que justifique, os exames acima poderão ser realizados em prazo menor, considerando-se sempre o risco-benefício da exposição dos doentes à transmissão do SARS-CoV-2 e da condição clínica *per si*.

Validade dos exames de imagem

EXAMES DE IMAGEM	VALIDADE
Abdome	06 meses (180 dias)
Tórax	12 meses (360 dias)

Painel linfocitário para transplante de rim, rim-pâncreas e pâncreas isolado

A distribuição de rim e pâncreas captados de doadores falecidos para os pacientes inscritos na lista de espera dessas modalidades de transplantes ocorrem considerando-se critérios de identidade no sistema ABO e por exame de histocompatibilidade, avaliadas as incompatibilidades no sistema HLA (abreviação do inglês = Antígenos Leucocitários Humanos) entre doador e receptor.

Deverá ser coletada amostra de soro do receptor com status ativo no Cadastro Técnico Único (CTU) a cada 90 (noventa) dias para envio ao laboratório de histocompatibilidade. Caso apareça um doador falecido com o mesmo tipo sanguíneo, o soro será utilizado para a realização da prova cruzada com células do doador, para verificar se o organismo do receptor aceitará o novo rim.

Orientações quanto à manutenção da soroteca:

Os novos prazos estenderam por mais 90 dias o status ativo de coleta na ausência de procedimentos imunizantes conforme o quadro a seguir, resultando no prazo de até 180 dias.

Status	Descrição*
Ativo	Paciente com soro atualizado (com menos de 180 dias de coleta e ausência de procedimento imunizante) e avaliação de reatividade contra painel linfocitário atualizada (com menos de 180 dias).
Semi-ativo	Paciente sem soro no laboratório, soro vencido (coleta há 180 dias ou mais, ou anterior a procedimento imunizante), avaliação de reatividade contra painel linfocitário desatualizada (180 dias ou mais), suspenso pela equipe, sem condições clínicas.

*Modifica temporariamente PRT Consolidação 04/2017, Art. 63, I, II, III e IV, MS/GM e PRT Consolidação 04/2017, Art. 75, I, II, III e IV, MS/GM

Caso o paciente seja selecionado para realização do transplante e seu soro mais recente tiver mais de 90 dias, a pesquisa de anticorpos contra as células do possível doador será realizada com soro recente do paciente, antes da cirurgia de transplante.

Considerações finais

As Unidades Federativas que realizarem todas as adequações descritas neste documento retomando as atividades em doação e transplante de órgãos e tecidos humanos devem assegurar que haverá ampla divulgação e efetivo cumprimento das recomendações, aos integrantes dos pontos de atenção da rede de doação e transplantes (hospitais, clínicas e equipes transplantadoras autorizadas e bancos de tecidos).

As Centrais Estaduais de Transplantes devem realizar o monitoramento frequente da situação epidemiológica para detecção de qualquer alteração na tendência de redução e/ou estabilidade dos casos de COVID-19 em seus âmbitos de atuação, reavaliando periodicamente as informações obtidas para tomada de decisão quanto a continuidade das atividades de doação e transplantes.

HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

Orientações Gerais

Durante o acolhimento do doador e a coleta de sangue, os profissionais dos serviços de hemoterapia deverão estar atentos às medidas de higiene com vistas à prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2, tais como lavagem das mãos e uso de anti-sépticos (*p.e.*, álcool 70%). O cuidado com a higienização das áreas, instrumentos e superfícies deve ser intensificado pelos serviços.

A fim de se evitar a aglomeração de pessoas no momento da coleta, sugere-se, quando possível, que seja realizado o agendamento prévio da doação. Outra medida a ser tomada é a manutenção do distanciamento seguro entre os doadores durante a coleta.

Considerando a diminuição do deslocamento de pessoas durante o período da pandemia, orienta-se ainda que os serviços de hemoterapia promovam o chamamento de doadores, sensibilizando-os para a importância da manutenção dos estoques, uma vez que o consumo de sangue é diário, contínuo e essencial no tratamento de anemias crônicas, acidentes que causam hemorragias, complicações decorrentes da dengue, febre amarela, tratamento de câncer e outras doenças graves.

No que se refere ao cuidado com os profissionais de saúde, os serviços de hemoterapia devem implementar mecanismos e rotinas para prevenção e controle durante a assistência aos candidatos à doação ou receptores de sangue com casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, bem como para comunicação às autoridades de saúde pública, seguindo as orientações publicadas periodicamente pelo Ministério da Saúde.

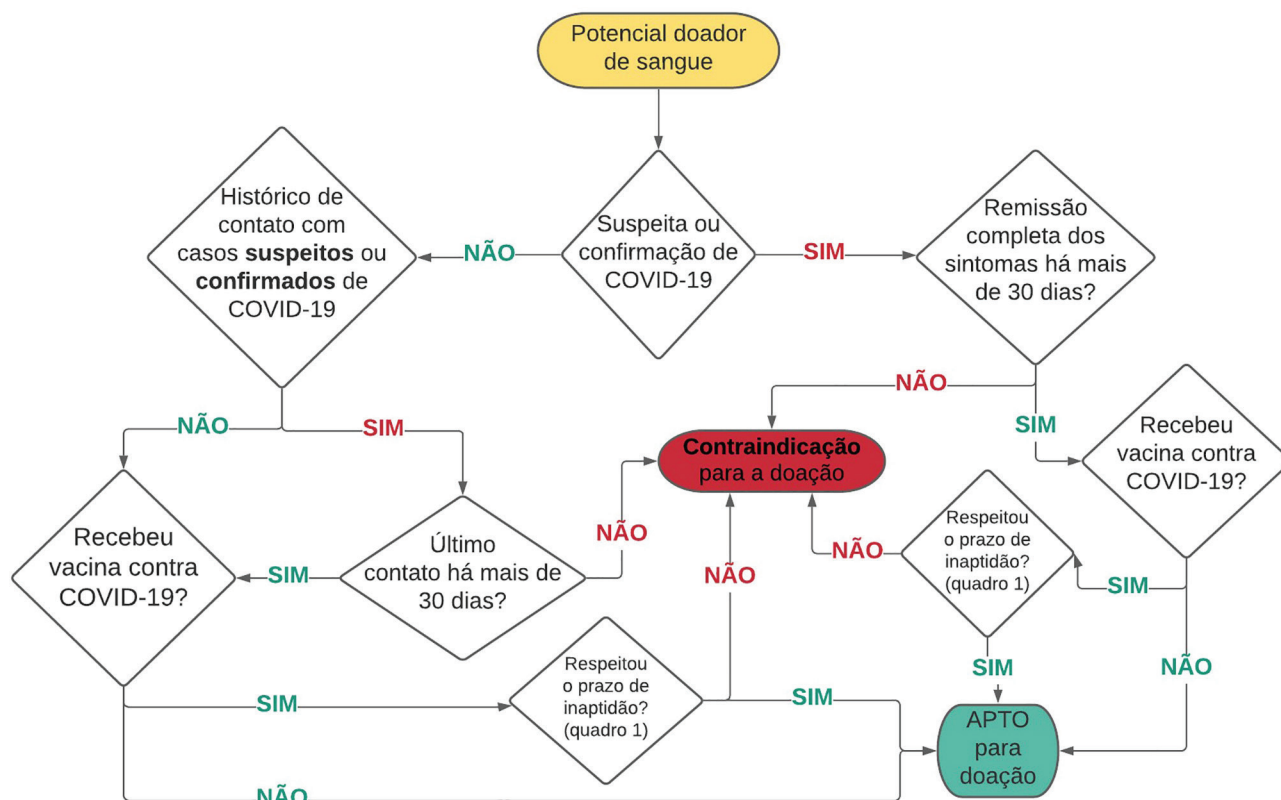
Os doadores devem ser orientados sobre a importância da **informação pós-doação (IPD)**, em especial em caso de apresentação de sintomas após a doação, como forma de redução do risco de transmissão transfusional do vírus citado, isso, a fim de que os serviços de hemoterapia possam resgatar eventuais hemocomponentes em estoque e/ou acompanhar os receptores (busca ativa de informações clínicas e/ou laboratoriais de receptores relacionados). Nesse sentido, os doadores deverão ser instruídos para que comuniquem ao serviço de hemoterapia caso apresentem qualquer sinal ou sintoma de processo infeccioso, como febre ou diarreia, até 14 (quatorze) dias após a doação. Vale ressaltar que, atualmente, não há evidência de transmissão transfusional de SARS-CoV-2.

Triagem de candidatos à doação de sangue

Os critérios utilizados visam tanto à proteção da pessoa candidata à doação quanto de receptores (pacientes), bem como à qualidade dos produtos do sangue. Dentre estes critérios de proteção são avaliadas as condições de imunização da pessoa candidata à doação pelo uso de soros ou vacinas.

Adicionalmente, o art. 25, item XXXII, da RDC nº 34/2014 dispõe que: Em situações de emergência em saúde pública, surtos epidêmicos, avanços tecnológicos e estudos científicos pertinentes, a vigilância sanitária competente, em cooperação com o Ministério da Saúde, pode inserir, adequar e modificar critérios técnicos para seleção de doadores com vistas à eliminação ou diminuição dos riscos sanitários.

Triagem de candidatos à doação de sangue



Quadro 1: Tempo de inaptidão para doação por tipo de vacina

Vacina	Laboratório	Tecnologia	Inaptidão para doação
CORONAVAC	Sinovac/Butantan	Vírus SARS-CoV-2 Inativado	48 horas
ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) - Covishield	Astrazeneca/Oxford/Fiocruz	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
BNT 162	BioNTech/Fosun Pharma/Pfizer	mRNA	7 dias
AD26.Cov2.S	Janssen-Cilag	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Sputnik V	Gamaleya National Center	Vetor viral (adenovírus) não replicante	7 dias
Covaxin	Bharat Biotech	Vírus inativado	48 horas
mRNA-1273	Moderna/Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas	mRNA	7 dias

Candidatos à doação de sangue que tiveram contato, nos últimos 30 dias, com pessoas que apresentaram diagnóstico clínico e/ou laboratorial de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 deverão ser considerados inaptos pelo período de 14 dias após o último contato com essas pessoas.

Recomenda-se ainda uma abordagem de precaução e adiamento da doação de sangue de pessoas que desenvolveram **sintomas ao receber uma vacina** contra SARS-CoV-2, por **sete dias** após a resolução dos sintomas.

Apesar da ausência de evidências sobre a ocorrência de alterações ou interferências nos testes utilizados para a triagem laboratorial de doadores de sangue associadas à vacinação contra SARS-CoV-2, recomenda-se atenção e a notificação de eventuais queixas técnicas, conforme regulamentação vigente.

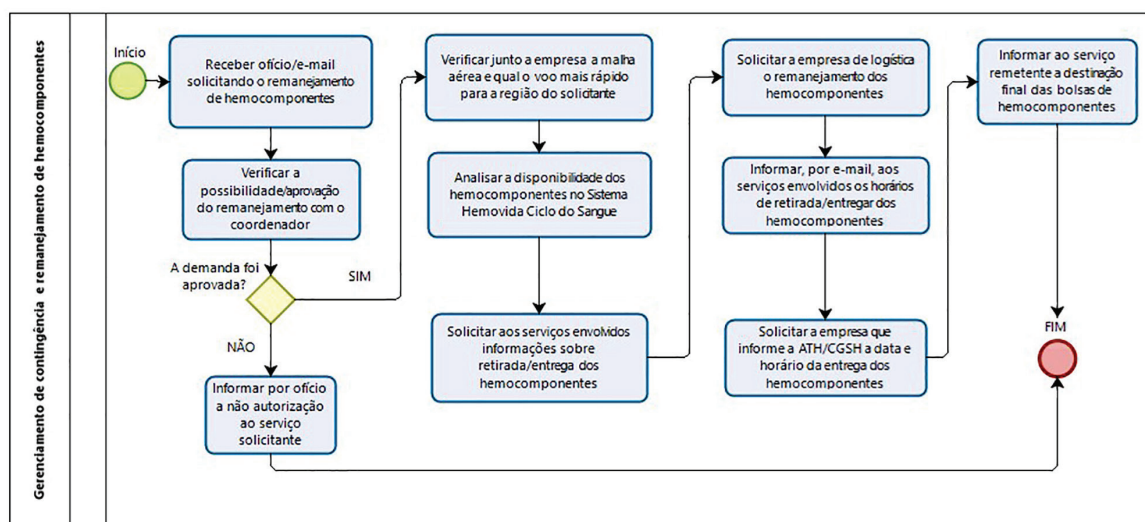
Com o objetivo de preservar o abastecimento de sangue e hemocomponentes na rede de cobertura dos serviços de hemoterapia no Brasil, recomenda-se avaliação da necessidade de ações de mobilização da população para doação de sangue antes da vacinação, conforme planos locais e orientações do Ministério da Saúde, de forma a promover a manutenção dos estoques e preservar o bem-estar de doadores e a segurança transfusional.

Plano Nacional de Contingência do Sangue

O Ministério da Saúde acompanha diariamente o quantitativo de bolsas de sangue em estoque nos maiores hemocentros estaduais. Essa estratégia permite uma possível antecipação na tomada de decisão, visando minimizar o impacto de eventuais desabastecimentos de sangue. Desde o início da pandemia, embora tenha-se registrado a queda no número de doações, ressaltamos que não houve registro de desabastecimento.

Durante esse período, foi necessário o acionamento do **Plano Nacional de Contingência do Sangue** em alguns casos, o que possibilita o remanejamento de bolsas de sangue de outras unidades da federação para aquelas com maior dificuldade, com o apoio operacional e logístico do Ministério da Saúde. Destaca-se que, nesses casos, o hemocentro que fornece as bolsas de sangue não necessariamente é o mais próximo, mas sim aquele que no momento tiver uma maior quantidade de bolsas de sangue em estoque e possa disponibilizar sem maiores riscos para seus estoques. Ressalta-se a importância da manutenção da rastreabilidade dos hemocomponentes em remanejamento.

Gerenciamento e remanejamento de hemocomponentes



Doenças Hemorrágicas Hereditárias

A. Concentrados plasmáticos da coagulação X risco de transmissão do SARS-CoV-2:

Uma comunicação do *Plasma Protein Therapeutics Association* (PPTA) considera que o surto de COVID-19 não é uma preocupação para a segurança das terapias com proteínas plasmáticas fabricadas pelas empresas membros do PPTA, que são as mesmas empresas que fornecem os concentrados de fator adquiridos pelo Ministério da Saúde.

Além disso, a triagem de doadores impede a doação de plasma de indivíduos que apresentam sintomas clínicos da doença (febre, tosse, dificuldade em respirar) geralmente associados à infecção por coronavírus, incluindo o SARS-CoV-2.

A ausência de relato de transmissão do SARS-CoV-2 pelo sangue ou produtos derivados de plasma reforça esta comunicação do PPTA. Ademais, todos os concentrados de fator adquiridos pelo Ministério da Saúde para o tratamento de pacientes com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias são inativados com métodos S/D, pasteurização ou calor seco, sendo alguns ainda submetidos a processos de nanofiltração.

Métodos de inativação viral dos concentrados de fator de origem plasmática em uso no Brasil em 2021

Tipo de produto	Hemoderivado	Empresa	Inativação viral	Remoção viral
Fator VIII	Fanhdi/Alphanate	Grifols	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e 1,0% Polissorbato 80), calor seco 80°C por 72 horas	
	Humate	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 10 horas	
	Immunate	Takeda	S/D, calor 60°C por 10 horas	
Fator IX	Octanine F	Octapharma	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e 1,0% Polissorbato 80)	Nanofiltração
	FATOR IX GRIFOLS	Grifols	S/D	Nanofiltração 15 nm
Fator XIII	FIBROGAMMIN P	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 20 horas	
Fibrinogenio	HAEMOCOMPLETTAN	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 20 horas	
Complexo protrombinico	Octaplex	Octapharma	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e 1,0% Polissorbato 80)	Nanofiltração
Complexo protombínico-parcialmente ativado	FEIBA	Takeda	Calor por 10 horas a 60°C	Nanofiltração de 35 nm

S/D, solvente/detergente

Até o presente momento, não existem orientações nem recomendações específicas relacionadas à prevenção ou tratamento da COVID-19 para pessoas com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias. Inserir quadro

B. Recomendações para os centros de tratamento de hemofilia:

Orienta-se aos Centros de Tratamento de Hemofilia que os concentrados de fator de coagulação, assim como demais medicamentos pró-coagulantes (desmopressina e ácido tranexâmico) sejam dispensados para uso domiciliar suficientes para o uso por um período de 60 dias.

Os Centros de Tratamento de Hemofilia juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde deverão elaborar protocolos, estratégias de tratamento e referenciamento dos pacientes com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias com diagnóstico de COVID-19.

C. Administração de vacina contra o SARS-CoV-2 para pacientes com hemofilia e outros distúrbios hemorrágicos hereditários:

Atualmente não há contra-indicações específicas à vacinação contra o SARS-CoV-2 dos pacientes com hemofilia e outros distúrbios hemorrágicos hereditários. As vacinas contra o SARS-CoV-2 foram licenciadas somente para uso intramuscular e, por isso, devem ser administradas exclusivamente por via intramuscular, em pacientes com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias, preferencialmente com a agulha de menor calibre disponível.

Para os pacientes com hemofilia A ou B grave/moderada, a vacina deve ser administrada no mesmo dia ou com intervalo máximo de 24 horas após uma infusão profilática de fator VIII (FVIII) ou fator IX (FIX), respectivamente. Para os pacientes com nível basal de fator VIII ou IX acima de 10%, **não** é necessária infusão de concentrado de fator antes da administração da vacina.

Para os pacientes com doença de von Willebrand tipos 1 ou 2, deve ser feita profilaxia com acetato de desmopressina e/ou ácido tranexâmico. Os pacientes com doença de von Willebrand tipo 3 devem receber uma infusão profilática de fator VIII que contenha fator de von Willebrand associado.

Todos os pacientes com doenças hereditárias hemorrágicas raras (deficiência dos fatores I, II, V, VII, X, XI, deficiências combinadas) e trombopatias devem ser vacinados. Pacientes com estes distúrbios deverão entrar em contato com o centro de hemofilia para uma orientação individualizada.

Para todos os pacientes com hemofilia e outros distúrbios hemorrágicos hereditários deve ser feita compressão no local de injeção da vacina por 10 minutos após sua aplicação. A formação de hematoma deve ser monitorada por inspeção do local da injeção entre 2-4 horas após a vacinação. Mediante a formação de hematoma, o paciente deverá colocar gelo e, em seguida, entrar em contato com o seu centro de tratamento.

As pacientes gestantes ou puérperas com hemofilia ou outros distúrbios hemorrágicos hereditários, ou que estiverem amamentando, devem entrar em contato com seu centro de tratamento e ginecologista para orientações individualizadas.

Os pacientes incluídos em algum estudo clínico com uso de novos medicamentos deverão obter recomendações dos responsáveis pelo estudo.

É comum ocorrer dor no braço vacinado por 1-2 dias após a vacinação. Isso não é um sinal de alarme, a não ser que a dor piore ou seja acompanhada por edema (“inchaço”). Entretanto, mediante a ocorrência de quaisquer eventos adversos (hematoma ou reação alérgica) o paciente deverá contatar o centro de tratamento de hemofilia.

No caso de reação alérgica moderada a grave, caracterizada por febre, calor, aparecimento de manchas na pele, falta de ar ou inchaço da língua ou rosto, o paciente deve procurar imediatamente uma UPA, pronto-socorro ou serviço de atenção especializada à hemofilias, uma vez que estas são consideradas reações potencialmente graves.

Hemoglobinopatias: doença falciforme e talassemias

Orientações gerais:

Os portadores de Hemoglobinopatias graves – doença falciforme e talassemia são considerados como grupo prioritário no PNI.

Pacientes com doença falciforme:

- São considerados imunossuprimidos, devido a asplenia funcional ou cirúrgica
- Crises dolorosas ocorrem com maior frequência em caso de hipóxia, desidratação ou acidose
- Apresentam risco aumentado de hipertensão pulmonar e doença renal
- Podem necessitar de transfusões de concentrados de hemácias, e a sua realização não deve ser reduzida durante a pandemia de COVID-19
- Podem apresentar complicações agudas, com elevada morbidade e mortalidade:
 - A Síndrome Torácica Aguda (STA), uma das mais graves complicações nos pacientes com doença falciforme, caracteriza-se por infiltrado pulmonar novo, sintoma ou sinal respiratório (dor torácica, tosse, dispneia, taquipneia etc) e hipoxemia. O diagnóstico diferencial entre a STA e a COVID-19 se dará pelos achados radiográficos e tomográficos
 - Acidente vascular cerebral

Pacientes com talassemia:

Podem necessitar de transfusões de concentrados de hemácias, e a sua realização não deve ser reduzida durante a pandemia de COVID-19

Triagem neonatal biológica (teste do pezinho)

Em caso de coletas, recoletas ou coleta domiciliar nas Unidades Básicas de Saúde devem ser criadas agendas individualizadas, respeitando-se o prazo preconizado para as mesmas das 48 horas até ao quinto dia de vida do recém-nascido, garantindo assim, o objetivo da triagem neonatal biológica (Teste do Pezinho).

No contexto da pandemia de COVID-19, recomenda-se que as Secretarias de Saúde garantam, de forma segura, que os recém-nascidos diagnosticados com alguma das doenças descritas abaixo sejam encaminhados de forma prioritária ao Serviço Ambulatorial de Referência em triagem neonatal para início de tratamento:

Fenilcetonúria

Fibrose Cística

Hipotireoidismo Congênito

Hiperplasia Adrenal Congênita

Deficiência de Biotinidase

Doença Falciforme

Outras Hemoglobinopatias

CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações que envolvem os cuidados à saúde das pessoas com deficiência encontram-se estruturadas por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pelo Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28/09/2017, ANEXO VI.

Frente ao cenário epidemiológico atual a qualificação da oferta de serviços da RCPD, no âmbito da Atenção Especializada, vem ocorrendo por meio da implementação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas em todo o território nacional. Não obstante, cumpre salientar que os serviços de reabilitação têm potencial de promover a melhoria dos resultados de saúde, inclusive no contexto da Pandemia de COVID-19.

Estudos recentes têm identificado a remissão, recorrência ou persistência de sintomas relacionados à COVID-19 em pacientes recuperados da COVID-19, inclusive em casos leves e moderados não relacionados à internação hospitalar, ou mesmo em casos assintomáticos semanas após o contato com o vírus SARS-CoV-2. Este conjunto de sinais e sintomas relacionados à COVID-19 tem sido genericamente denominado como Síndrome Pós COVID-19.

Nesse sentido, as diretrizes indicadas no presente documento têm como finalidade fornecer informações e orientações aos Gestores da RCPD, principalmente dos CER, Serviços de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas quanto às medidas e condutas a serem aplicadas quanto ao funcionamento dos estabelecimentos, protocolo de biossegurança relativas à COVID-19.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, atualmente consolidada na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, ANEXO VI, organiza-se em três componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada; e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, e tem como objetivo ampliar o acesso e promover a qualificação dos serviços de reabilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à inclusão social, autonomia, independência e melhoria da qualidade de vida.

O componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composto prioritariamente pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), os quais deverão estar articulados entre si no Componente da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, bem como, com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS



Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS, com base na Portaria de Consolidação nº 3, e 28 de setembro de 2017, ANEXO VI

Os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistivas e são classificados conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber:

CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;

CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação;

CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Por sua vez, os Serviços de Modalidade Única são unidades ambulatoriais especializadas em uma única modalidade de reabilitação, podendo ser auditiva, física, intelectual ou visual.

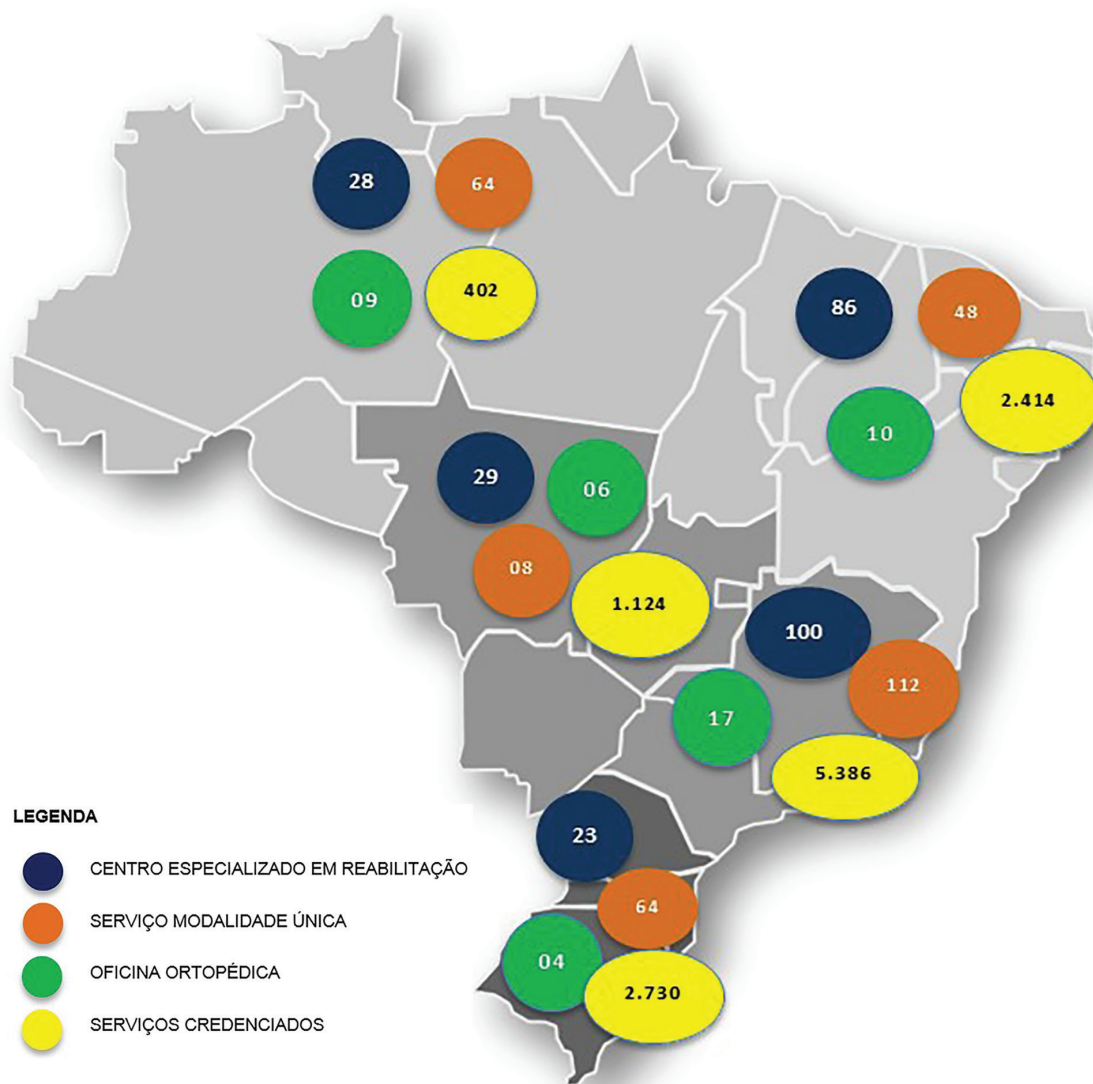
As Oficinas Ortopédicas são serviços de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e podem ser:

Oficina Ortopédica Fixa;

Oficina Ortopédica Itinerante;

Capacidade Instalada atual da RCPD

Atualmente existem em todo o país 266 (duzentos e sessenta e seis) CER, 46 (quarenta e seis) Oficinas Ortopédicas e 237 (duzentos e trinta e sete) Serviços de Modalidade Única habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme demonstrado na Figura abaixo.



Fonte: CGSPD/DAET/SAES/MS, em 17/05/2021.

Além disso a RCPD dispõe de 10.441 (dez mil e quatrocentos e quarenta e um) serviços credenciados pelas **Secretarias de Saúde Municipais (SMS)**, **Secretarias Estaduais de Saúde (SES)** e **Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)** que prestam atendimento em reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e/ou Visual.

Orientações à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no contexto da pandemia:

- Os serviços de reabilitação deverão estabelecer protocolos ou restrições para acesso aos pacientes, evitando aglomerações e minimizando o risco de transmissão do SARS-CoV-2
- Os serviços de reabilitação deverão ser retaguarda para atendimento aos usuários com déficits de funcionalidade pós COVID-19
- Todos os profissionais dos serviços de reabilitação deverão utilizar os equipamentos de proteção individuais, bem como adotar medidas de prevenção de infecção pelo SARS-CoV-2
- Utilizar telessaúde sempre que possível

Foram publicados cinco vídeos para as pessoas com deficiência (visual, auditiva, física e intelectual) no contexto da pandemia pela COVID-19. Estes vídeos estão disponíveis no sítio eletrônico: <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-lancam-cinco-videos-sobre-covid-19-com-foco-nas-pessoas-com-deficiencia>.

UNA-SUS

INSTITUCIONAL UNA-SUS EM NÚMEROS


COVID-19

Ministério da Saúde e UNA-SUS lançam cinco vídeos sobre COVID-19 com foco nas pessoas com deficiência

A idéia é informar e acolher as pessoas com deficiência nesses tempos de pandemia, com a linguagem mais acessível possível, respeitando as especificidades de comunicação exigidas por cada grupo.

Quinta-feira, 16 de julho de 2020 11:13 - Cisso Paranaguá - Ascom SE/UNA-SUS

Segundo os dados do Censo 2010, corroborados na Nota técnica IBGE 01/2018, o Brasil possui 12,7 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 6,7% da população brasileira. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), por sua vez, estimou que 6,2% da população brasileira possuía pelo menos uma das seguintes deficiências: auditiva, física, intelectual e visual.

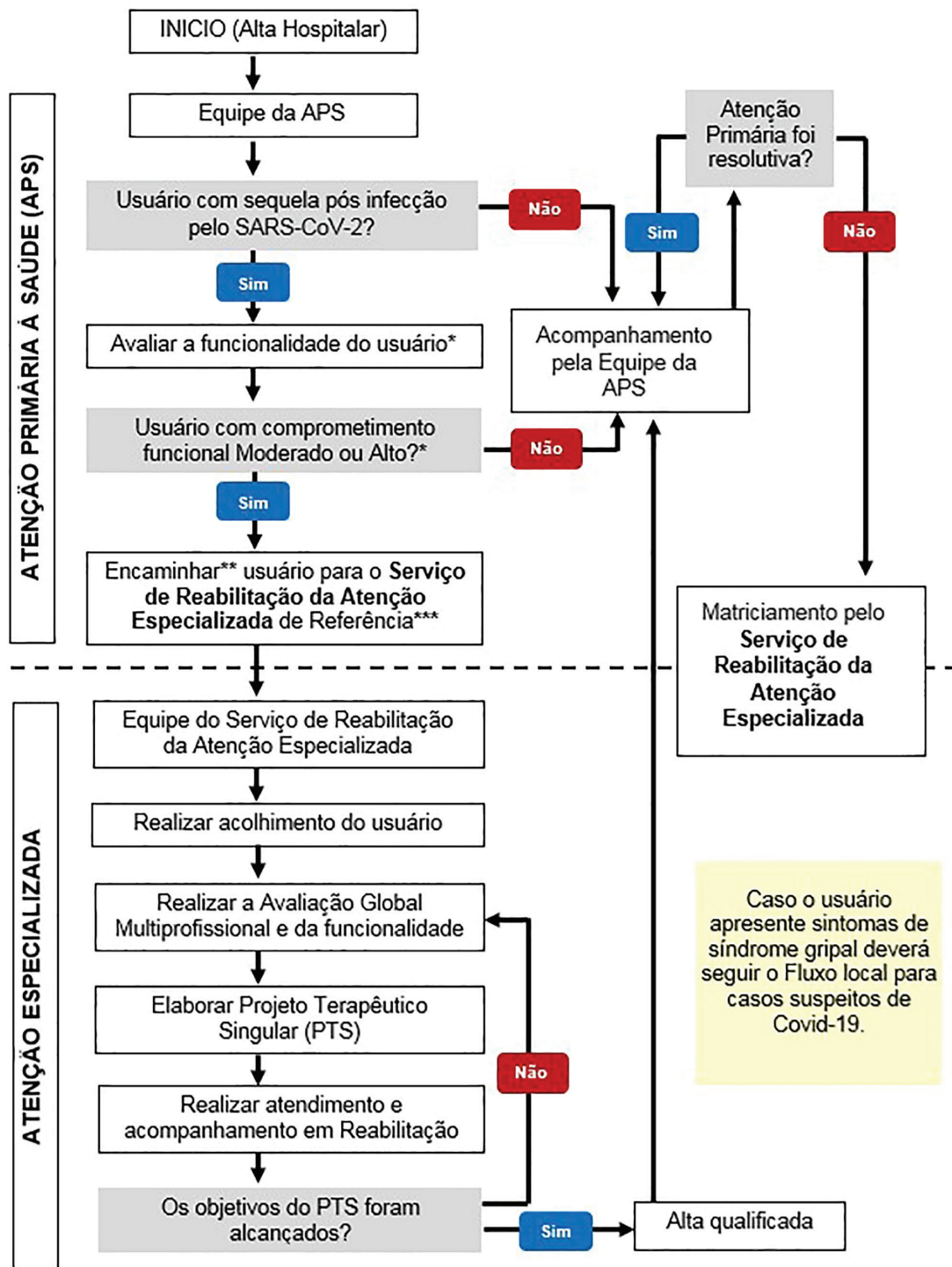


MS lança, em parceria com a UNA-SUS, **5 vídeos sobre COVID-19** com foco nas **pessoas com deficiência**

Para informar e acolher essa população de forma integral nesse período de pandemia, o Ministério da Saúde - por meio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Atenção Especializada em Saúde (SAES) - lançou, em parceria com a UNA-SUS, cinco vídeos voltados para os seguintes públicos:

- 1) Cuidado à pessoa com mobilidade reduzida no contexto da COVID-19;
- 2) Cuidado à pessoa com deficiência auditiva no contexto da COVID-19;
- 3) Cuidado à pessoa com deficiência visual no contexto da COVID-19;
- 4) Cuidado à pessoa com deficiência Intelectual / Transtorno do Espectro Autismo (TEA) / Deficiências Múltiplas no contexto da COVID-19;
- 5) Cuidado à pessoa com limitações na comunicação no contexto da COVID-19;

Linha de cuidado para reabilitação de usuário com síndrome pós COVID-19



* Sugere-se a definição de instrumento de avaliação e critério de classificação do grau de funcionalidade (leve, moderado e grave) a nível local (RAS – Rede de Atenção à Saúde).

** Conforme fluxos de regulação local.

*** Pontos de Atenção do Componente da Atenção Especializada em Reabilitação: a) Centro Especializado em Reabilitação (CER II, III e IV); b) Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; c) Serviços credenciados em reabilitação na rede local.

Reabilitação no contexto da COVID-19

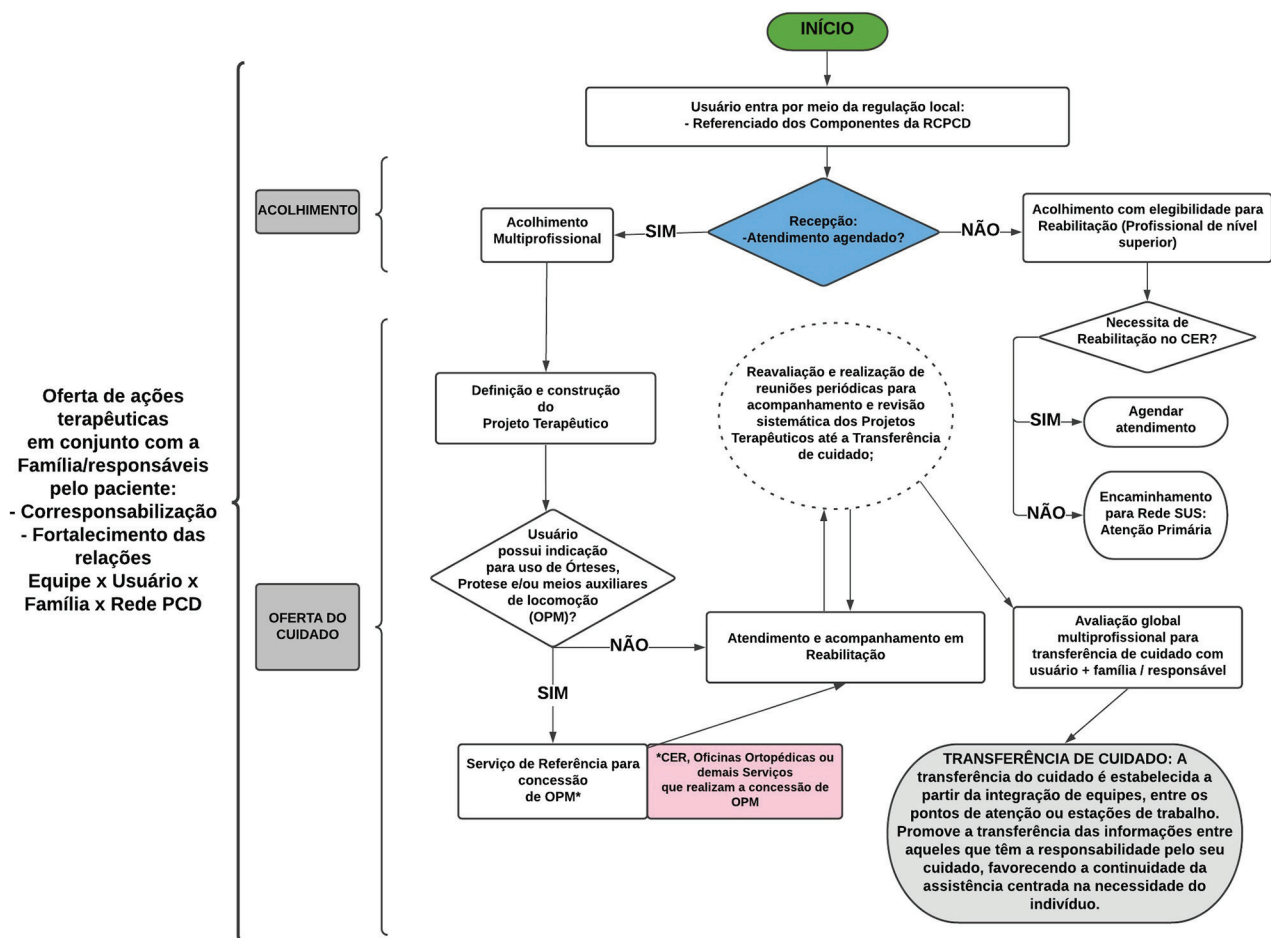
O processo de habilitação e reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Destaca-se que as estratégias de ações para reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, objetivando promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia para o desempenho de atividades e habilidade de forma integral e independente.

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificado:

- **Acolhimento do usuário:** por meio de escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013);
- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** plano que reúne metas, objetivos e estratégias de intervenção embasadas na prioridade do paciente. A duração estimada do tratamento, bem como a necessidade de articular o tratamento com outros serviços ou pontos de atenção à saúde, podem ser definidas nesta etapa. Deve estar em consonância com os domínios e componentes da funcionalidade (impedimentos, limitação de atividade e participação e barreiras). O dispositivo envolve:
 - **Avaliação inicial:** abrange a entrevista, revisão do histórico médico, observação e análise do caso
 - **Diagnóstico:** avaliação de funcionalidade com base em instrumento de avaliação e critério de classificação do grau de funcionalidade (leve, moderado e grave)
 - **Atendimento especializado em reabilitação/habilitação**
 - **Transferência de cuidado:** pactuações multiprofissionais articuladas entre os pontos de atenção, com a garantia de coordenação e continuidade do cuidado
 - **Orientações aos cuidadores e apoio às famílias:** educação e orientação aos cuidadores para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar

Fluxograma Norteador – Oferta do cuidado nos serviços da RCPD.



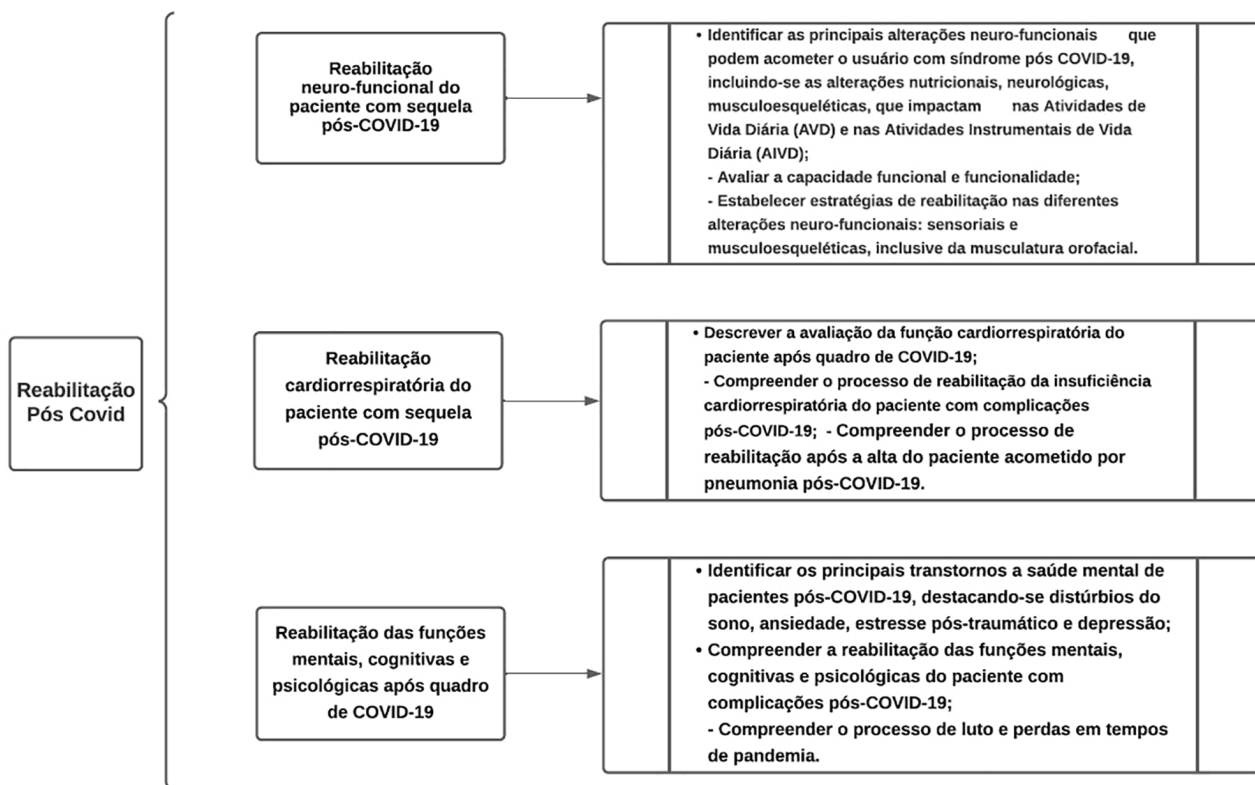
Quadro: A Escala de Estado Funcional Pós-COVID-19 (PCFS)

Graus da escala PCFS estruturada	Descrição	Seção da entrevista
0	Nenhuma limitação Funcional Sem sintomas, dor, depressão ou ansiedade	Checklist de Sintomas
1	Limitações Funcionais Muito Leves Todas as tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas com a mesma intensidade, apesar de alguns sintomas, dor, depressão ou ansiedade.	Checklist de Sintomas
2	Limitações Funcionais Leves Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas em menor intensidade ou são ocasionalmente evitadas devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.	Participação em papéis sociais usuais (todas as tarefas/atividades diárias são executadas de forma independente, mesmo que ocasionalmente seja necessário adaptar o tempo ou frequência de execução)
3	Limitações Funcionais Moderadas Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho foram modificadas estruturalmente (reduzidas) devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.	AVD Instrumentais; participação em papéis sociais usuais (incapacidade de executar certas tarefas/atividades, que são assumidas por outras pessoas)
4	Limitações Funcionais Graves Necessário assistência para as Atividades de Vida Diária (AVD), devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade: requer atenção de cuidadores.	Assistência constante; AVD Básicas; AVD Instrumentais; Participação em papéis sociais usuais

Fonte: Instrutivo de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (CGSPD/DAET/SAES/MS).

Condutas assistenciais na síndrome pós COVID-19

As principais questões que os profissionais de reabilitação devem abordar são:



REFERÊNCIAS

Cirurgias eletivas

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31978945; PMCID: PMC7092803

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf?sfvrsn=429b143d_8

<https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200320-sitrep-60-covid-19.pdf?sfvrsn=d2bb4f1f_2

Miller FA, Young SB, Dobrow M, Shojania KG. Vulnerability of the medical product supply chain: the wake-up call of COVID-19. *BMJ Qual Saf*. 2021 Apr;30(4):331-335. doi: 10.1136/bmjqs-2020-012133. Epub 2020 Nov 2. PMID: 33139342

Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, Zhan LY, Jia Y, Zhang L, Liu D, Xia ZY, Xia Z. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr 5;21:100331. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100331. PMID: 32292899; PMCID: PMC7128617

COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *Lancet*. 2020 Jul 4;396(10243):27-38. doi:

10.1016/S0140-6736(20)31182-X. Epub 2020 May 29. Erratum in: *Lancet*. 2020 Jun 9;: PMID: 32479829; PMCID: PMC7259900

Sutherland L, Hastie J, Takayama H, Furuya Y, Hochman B, Kelley N, Kurlansky P, McLaughlin D, Raza ST, Scully B. Low rate of health care-associated transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the epicenter. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2021 Feb;161(2):e235-e237. doi: 10.1016/j.jtcvs.2020.07.077. Epub 2020 Aug 15. PMID: 33218758; PMCID: PMC7428777

Kane AD, Paterson J, Pokhrel S, Berry SK, Monkhouse D, Brand JW, Ingram M, Danjoux GR. Peri-operative COVID-19 infection in urgent elective surgery during a pandemic surge period: a retrospective observational cohort study. *Anaesthesia*. 2020 Dec;75(12):1596-1604. doi: 10.1111/anae.15281. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33090469

INCA: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; Estimate/2020 – Cancer Incidence in Brazil; [cited 2021 May 18]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-inc>

Pinheiro, Rodrigo Nascimento, et al. "COVID-19 and Surgical Cancer Care in Brazil." *Brazilian Journal of Oncology*, 2019, doi:10.5935/2526-8732.20200001.

PINHEIRO, RODRIGO NASCIMENTO, et al. "Surgical Cancer Care in the COVID-19 Era: Front Line Views and Consensus." *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, vol. 47, 2020, doi:10.1590/0100-6991e-20202601.

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*. Published online February 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648

Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, Li C, Ai Q, Lu W, Liang H, Li S, He J. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020 Mar;21(3):335-337. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6. Epub 2020 Feb 14. PubMed PMID: 32066541.

Xia Y, Jin R, Zhao J, Li W, Shen H. Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol*. 2020 Mar 3. pii: S1470-2045(20)30150-9. doi:10.1016/S1470-2045(20)30150-9. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32142622.12.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Vias Livres de COVID [Internet]. Rio de Janeiro; c2020 [cited 2021 May 14]. Available from: <https://sbco.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Vias-livres-de-COVID-SBCO-v2c.pdf>

Ribeiro R et al. Perioperative Cancer Care in the Context of Limited Resources during the COVID-19 Pandemic: Brazilian Society of Surgical Oncology Recommendations. *Ann Surg Oncol* 28, 1289–1297 (2021). <https://doi.org/10.1245/s10434-020-09098-x>

Correia M. Isabel T. D., Ramos Rodrigo Felipe, Bahten Luiz Carlos Von. The surgeons and the COVID-19 pandemic. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 02]; 47: e20202536. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100601&lng=en. Epub Mar 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202536>.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf

https://www.facs.org/-media/files/covid19/guidance_for_triage_of_nonemergent_surgical_procedures.ashx

<https://www.aihw.gov.au/getmedia/509f8a18-73c9-416c-92a5-f5073201df46/15778.pdf.aspx?inline=true>

<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GG-TES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae?version=1.1>

Stahel PF. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? *Patient Saf Surg*. 2020 Mar 31;14:8. doi: 10.1186/s13037-020-00235-9. PMID: 32288785; PMCID: PMC7107008.

https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

Wainstein AJA et al. Risks of COVID-19 for surgical cancer patients: The importance of the informed consent process. *J Surg Oncol*. 2020;1-3. <https://doi.org/10.1002/jso.26065>

Prachand VN, Milner R, Angelos P, Posner MC, Fung JJ, Agrawal N, Jeevanandam V, Matthews JB. Medically Necessary, Time-Sensitive Procedures: Scoring System to Ethically and Efficiently Manage Resource Scarcity and Provider Risk During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg*. 2020 Aug;231(2):281-288. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.011. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32278725; PMCID: PMC7195575.

Limper U, Defosse J, Schildgen O, Wappler F. Perioperative risk evaluation in patients scheduled for elective surgery in close relation to their SARS-CoV-2 vaccination. *Br J Anaesth.* 2021 Jun;126(6):e225-e226. doi: 10.1016/j.bja.2021.03.007. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33863474; PMCID: PMC7980143.

Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D, Zambrano-Achig P, Del Campo R, Ciapponi A, Sued O, Martinez-García L, Rutjes AW, Low N, Bossuyt PM, Perez-Molina JA, Zamora J. False-negative results of initial RT-

PCR assays for COVID-19: A systematic review. *PLoS One.* 2020 Dec 10;15(12):e0242958. doi: 10.1371/journal.pone.0242958. PMID: 33301459; PMCID: PMC7728293.

COVIDSurg Collaborative. Delaying surgery for patients with a previous SARS-CoV-2 infection. *BJS* 2020; 107: e601–e602. <https://doi.org/10.1002/bjs.12050>

Nepogodiev D, Simoes JFF, Li E, et al: Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia* (in press as of Mar 3, 2021)

Canet J, Gallart L, Gomar C, et al. Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. *Anesthesiology* 2010;113:1338. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e-3181fc6e0a>

Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide analysis. *Eur Respir J* 2020. DOI: 10.1183/13993003.00547-2020

Petrilli CM, Jones SA, Yang J, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ* 2020;369:m1966 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>.

Hsieh M-J, Lee W-C, Cho H-Y, et al. Recovery of pulmonary functions, exercise capacity, and quality of life after pulmonary rehabilitation in survivors of ARDS due to severe influenza A (H1N1) pneumonitis. *Influenza and other respiratory viruses.* Apr 2018. <https://doi.org/10.1111/irv.12566>

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf

<https://cipe.org.br/novo/wp-content/uploads/2021/02/CIPE-Anestesia-Pos-COVID.pdf>

Transplantes de Órgãos e Tecidos

Portaria de Consolidação GM/MS Nº 04/2017: Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

Guia de Vigilância Epidemiológica - Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 05 de agosto de 2020. https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.

Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (IVIS). Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>.

Painel COVID-19 no Brasil. Ministério da Saúde. https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 55, de 11 de dezembro de 2015, que dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico.

Resolução de Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA nº 339, de 20 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Biovigilância.

Nota Técnica Nº 04/2020/GVIMS/GGTES/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 (SARS-CoV-2) – atualizada em 25/02/2021.

Nota Técnica Nº 12/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA: Orientação sobre inaptidão temporária para doação de sangue de candidatos que foram submetidos a vacinação contra a Covid-19 e outras recomendações.

Nota Técnica Nº 18/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA: Atualização das orientações gerais para os Bancos de Tecidos referentes ao enfrentamento da pandemia do SARS-CoV-2.

Eye Bank Association of America - Regulatory updates. <https://restoresight.org/covid-19-updates/>

Organização Nacional de Transplante (ONT). COVID-19 2019. Disponível em: <http://www.ont.es/in-fesp/Paginas/COVID-19.aspx>

European Centre for Disease Prevention and Control: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and supply of substances of human origin in the EU/EEA - second update.

Spanish recommendations for the evaluation and selection of donors and recipients regarding COVID-19, disponível em: <https://www.satot.es/2021/02/18/spanish-recommendations-for-the-evaluation-and-selection-of-donors-and-recipients-regarding-covid-19/>

Hemoterapia e Hematologia

Portaria de Consolidação GM/MS Nº 04/2017: Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde.

Guia de Vigilância Epidemiológica - Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 05 de agosto de 2020. https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.

Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (IVIS). Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>.

Painel COVID-19 no Brasil. Ministério da Saúde. https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

Nota Técnica Nº 12/2021/SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA: Orientação sobre inaptidão temporária para doação de sangue de candidatos que foram submetidos a vacinação contra a Covid-19 e outras recomendações.

European Centre for Disease Prevention and Control: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and supply of substances of human origin in the EU/EEA - second update.

NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-CGSH/DAET/SAES/MS

NOTA TÉCNICA Nº 13/2020-CGSH/DAET/SAES/MS

NOTA TÉCNICA Nº 1/2020-CGSH/DAET/SAES/MS

NOTA TÉCNICA Nº 33/2021-SEI/GSTCO/DIRE1/ANVISA

Pfrepper C, Holstein K, Königs C, Heller C, Krause M, Olivieri M, Bidlingmaier C, Sigl-Kraetzig M, Wendisch J, Halimeh S, Horneff S, Richter H, Wieland I, Klamroth R, Oldenburg J, Tiede A; Hemophilia Board of the German, Austrian, Swiss Society on Thrombosis Hemostasis Research (GTH). Consensus Recommendations for Intramuscular COVID-19 Vaccination in Patients with Hemophilia. *Hamostaseologie*. 2021 Apr 15. doi: 10.1055/a-1401-2691.

Cedric Hermans, Alain Weill, Glenn F. Pierce. The COVID-19 pandemic: New global challenges for the haemophilia community. *Haemophilia* 2020. <https://doi.org/10.1111/hae.14001>

COVID-19 (coronavirus disease 2019) pandemic caused by SARS-CoV-2: practical recommendations for people with hemophilia. World Federation of Hemophilia. <https://news.wfh.org/covid-19-coronavirus-disease-2019-pandemic-caused-by-sars-cov-2-practical-recommendations-for-hemophilia-patients/> Last accessed May 21, 2021.

Specific Risks of COVID-19 to the Bleeding Disorders Community. World Federation of Hemophilia. <https://news.wfh.org/specific-risks-of-covid-19-to-the-bleeding-disorders-community/> Last accessed May 21, 2021.

Cuidados à Pessoa com Deficiência

Ministério da Saúde, Coronavirus (COVID-19): Sobre a doença, 2020 a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca> Acesso em: 23 de abr. de 2021.

Manolis e Manolis. Long COVID: An Emerging Puzzle. *Rhythmos*. 2021;16(1). Disponível em: <http://www.rhythmos.gr/index.php/Rhythmos/article/view/497> Acesso em: 23 de abril de 2021.

Nota Técnica Nº 28/2020/CGSPD/DAET/SAES/MS - Orientações à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência Relativas ao Coronavírus (COVID-19).

Nota Informativa 07/2021/CGSPD/DAET/SAES/MS - Atualizações à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, relativas à pandemia da COVID-19.

Informações sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>). Acesso em: 19 de maio de 2021.

DISQUE SAÚDE **136**

gov.br/**saude**

 **minsaude**

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL