

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada

1ª edição revisada



Brasília – DF
2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada

1ª edição revisada



Brasília – DF
2020



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição revisada – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência
Força Nacional do Sistema Único de Saúde
Edifício PO 700, Quadra 701, lote D, 3º andar, Asa Norte
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br

Coordenação:
Adriana Melo Teixeira (SAES/MS)
Francisco de Assis Figueiredo (SAES/MS)
Marcelo de Oliveira Barbosa (SAES/MS)
Rafael Leandro de Mendonça (SAES/MS)

Organização:
Fernanda Luiza Hamze
Pâmela Moreira Costa Diana

Revisão técnica (1ª edição revisada)
Ailton Cezáreo Alves Júnior (Médico)
Coordenador da Atenção Primária de Sabará/MG, Especialista em Pneumologia Sanitária – FCMMG)
Amanda Santos Pereira (Médica)
Intensivista e Cardiologista – PROADI-SUS/Hospital Sírio-Libanês)
Bruno de Melo Tavares (Médico)
Infecetologista – PROADI -SUS/
Hospital Alemão Oswaldo Cruz)

Revisão técnica (1ª edição)
Ailton Cezáreo Alves Júnior
(Especialista em Pneumologia Sanitária – Fiocruz/MG)
Bruno de Melo Tavares (Médico)
Infecetologista – Proadi-SUS/
Hospital Alemão Oswaldo Cruz)
Júlio Henrique Rosa Croda (Médico)
Infecetologista – SVS/MS)
Leonardo Gomes Menezes
(Médico – Samu/PE)
Nancy Cristina Junqueira Bellei
(Médica Infecetologista – Unifesp/SP)
Victor Bertollo Gomes Porto
(Médico Infecetologista – SVS/MS)

Colaboração:
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS):
Ana Cristina Nogueira
Nunes Janssem Ferreira
Angela Ribeiro Vargas
Paula Maria Raia Eliazar
Tarciana da Silva Suassuna
Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS/MS)
Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Núcleo de Comunicação SAES
Tiago Santos de Souza
Bruna Pedrosa Vianna Bonelli
Maurício Euclides de Lima

Capa e projeto gráfico:
Thiago Mares Castellan

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva
Diagramação: Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência.

Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

48 p. : il.

Nota: 1ª edição revisada da obra Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV).
Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf

ISBN 978-85-334-2766-2

1. Coronavírus. 2. Infecções por Coronavírus. 3. Protocolos clínicos. I. Título.

CDU616-022.6:578.834

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0113

Título para indexação:
Clinical Management Protocol for Covid-19

Sumário

INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	7
Geral	7
Específicos	7
CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2	8
Manifestações clínicas	8
Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal	9
Complicações	10
Diagnóstico	11
Reconhecimento e classificação de pacientes com síndrome respiratória por SARS-CoV-2	11
ATENDIMENTO E TRATAMENTO	13
MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2	16
Terapia e monitoramento precoces de suporte	16
Prevenção de complicações	21
RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHANTES E/OU VISITANTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DURANTE PANDEMIA DA COVID-19	23
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE	25
MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19	26
NOTIFICAÇÃO	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO – CONSENSO DE ESPECIALISTAS PARA O MANEJO CLÍNICO DA COVID-19 NO BRASIL: CRIANÇAS, GESTANTES E ADULTOS/IDOSOS	30

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos. Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros.

O mundo vivenciou duas epidemias anteriores de coronavírus – SARS e MERS, com as quais a Covid-19 apresenta similaridades. No entanto, esta epidemia se destaca pela rapidez de disseminação, a severidade e as dificuldades para contenção, tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus em 11 de março de 2020, e os países estão empreendendo enormes esforços para conter o surto e reduzir a letalidade.

No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

A vigilância epidemiológica de infecção humana pelo SARS-CoV-2 está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Desse modo, o documento apresentado está sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV e MERS-CoV (que nunca ocorreram no Brasil), SARS-CoV-2 e no *Protocolo de tratamento de Influenza: 2017* do Ministério da Saúde. Além disso, as recomendações também estão pautadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da Covid-19 (Anexo), realizado nos dias 10 e 11 de março de 2020, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) em Brasília, quando estiveram reunidos especialistas nacionais e internacionais para discussão e aprofundamento sobre o assunto.

Considerando a Portaria GM/MS n.º 454, de 20 de março de 2020, que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (Covid-19), recomenda-se que todos os estabelecimentos de saúde estabeleçam diagnóstico sintomático para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 independentemente do fator etiológico da doença.

Como toda normatização e pela dinâmica da pandemia, este Protocolo está sujeito a ajustes decorrentes da sua utilização prática e das modificações do cenário epidemiológico, podendo sofrer alterações conforme novos conhecimentos acerca da doença forem divulgados.

OBJETIVOS

Geral

Orientar a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação, na notificação e no manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana por SARS-CoV-2 de modo a mitigar a transmissão sustentada no território nacional.

Específicos

- Atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas sobre o tema.
- Orientar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico da infecção humana pelo novo coronavírus.
- Apresentar os fluxos de manejo clínico e operacional da Covid-19 com ênfase nos serviços de atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar).

CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2

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

O SARS-CoV-2 é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. Sua transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas (especialmente através das mãos não higienizadas) e pelo contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes. Ainda há controvérsias acerca da transmissão do vírus por pessoas assintomáticas.

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias.

Manifestações clínicas

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV-2 é muito amplo. No entanto, os principais sinais e sintomas relatados são:

- Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)
- Tosse
- Fadiga
- Dispneia
- Mal estar e mialgia
- Sintomas respiratórios do trato superior
- Sintomas gastrointestinais (mais raros)

Importante ressaltar que o perfil clínico não está estabelecido completamente, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença. Assim,

tem se estabelecido a avaliação clínica e o tratamento a partir das definições de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), baseados no *Protocolo de Influenza do Ministério da Saúde (2017)*.

O paciente acometido por SG pode manifestar febre de início súbito (mesmo que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Os pacientes com infecção viral não complicada do trato respiratório superior podem ter sintomas inespecíficos como: febre, fadiga, tosse (com ou sem produção de escarro), anorexia, mal-estar, dor muscular, dor de garganta, dispneia, congestão nasal ou dor de cabeça. Raramente, os pacientes também podem apresentar diarreia, náuseas e vômitos.

Os idosos e as pessoas imunossuprimidas podem apresentar sintomas atípicos. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.

Infiltrados bilaterais em exames de imagem do tórax, aumento da proteína C-reativa e linfopenia evidenciada em hemograma são as alterações mais comuns observadas em exames complementares.

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal

1. Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
2. Adultos \geq 60 anos.
3. Crianças $<$ 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
4. População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
5. Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
6. Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma).
7. Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
8. Cardiovasculopatias (**incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre Covid-19**).

9. Nefropatias.
10. Hepatopatias.
11. Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme).
12. Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*).
13. 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).
14. Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros.
15. Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 em adultos).

Complicações

As complicações mais comuns são síndrome respiratória aguda grave (SRAG) definida por presença de dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de SpO₂ < que 95% em ar ambiente.
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade.
- Piora nas condições clínicas de doença de base.
- Hipotensão¹ em relação à pressão arterial habitual do paciente.
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal.

Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa nasal, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

¹ Sinais e sintomas de choque que antecedem a hipotensão, tais como: diminuição da perfusão tecidual avaliada clinicamente, diurese diminuída em paciente ambulatorial, ou diurese menor que 0,5 ml/kg/h, aumento do tempo de enchimento capilar (>3s), palidez cutânea, alteração do nível de consciência.

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

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

Embora a maioria das pessoas com Covid-19 tenha doença leve ou não complicada, algumas desenvolverão doença grave que requer oxigenoterapia (14%), e aproximadamente 5% necessitarão de tratamento em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Dos doentes críticos, a maioria necessitará de ventilação mecânica. A pneumonia grave é o diagnóstico mais comum em pacientes que apresentam quadro grave de Covid-19.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial para identificação direta do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral. Outras informações importantes como: indicação e técnica de coleta, acondicionamento e envio das amostras podem ser consultados no tópico de Vigilância Laboratorial do Boletim Epidemiológico que se encontra disponível no Portal do Ministério da Saúde.

Reconhecimento e classificação de pacientes com síndrome respiratória por SARS-CoV-2

Os serviços de saúde devem adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo **SARS-CoV-2** ou outra infecção respiratória sigam os procedimentos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante o período de permanência na unidade. Para isso podem usufruir de alertas visuais (cartazes, placas, pôsteres) na entrada dos serviços e em locais estratégicos.

A identificação dos pacientes suspeitos deve ser feita no primeiro ponto de contato do serviço de atenção especializada (UPA 24h, emergências hospitalares ou ambulatórios/clínicas). Apresentando sintomas respiratórios, eles devem receber uma máscara cirúrgica e serem direcionados por meio de fluxo diferenciado para área separada que disponha de suprimentos de higiene respiratória e das mãos acessível, além de possibilitar ao menos 1 metro de distância entre os assentos.

O reconhecimento precoce de pacientes suspeitos, incluindo aqueles com doenças graves, possibilita o início oportuno de medidas adequadas, tratamentos de suporte otimizados e o encaminhamento e a admissão seguros e rápidos para leito de enfermagem hospitalar ou unidade de terapia intensiva designada para este fim, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.

Recomenda-se aos serviços de saúde o estabelecimento de fluxo diferenciado, com áreas exclusivas para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e a implementação de coortes de pacientes acometidos pela Covid-19, na ausência/impossibilidade/escassez de áreas de isolamento. Além disso, indica-se que seja disponibilizada ala completa para atendimento aos pacientes com Covid-19 evitando ocorrência de infecção cruzada e possibilitando racionalizar recursos e profissionais.

Para apoio na organização dos serviços de atenção especializada, foram disponibilizados Fluxos Rápidos para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios nas urgências. O material elaborado encontra-se disponível para consulta por meio do *link*: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/2-Etapa-Fluxogramas-COVID-19-SAES-Z.pdf>.

Diante do contexto epidemiológico atual, considerando também o aumento do risco de exposição em serviços de saúde, recomenda-se que a avaliação dos pacientes que procurem por atendimento nos diversos pontos de atenção, dê-se nas seguintes situações (observados sinais e sintomas):

Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre e sem critérios de gravidade. É desejável a disponibilização de oxímetro portátil em serviços de atenção primária, para a avaliação adequada dos critérios de gravidade.

Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares e não hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou que chegam ao serviço por demanda espontânea.

ATENDIMENTO E TRATAMENTO

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em se tratando de síndrome gripal e impossibilidade de descartar, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo de tratamento de *influenza*.

Em casos suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2 que não necessitem de hospitalização e o serviço de saúde opte pelo isolamento domiciliar, o médico poderá solicitar raio-x de tórax, hemograma e provas bioquímicas antes de serem dispensados para o domicílio, conforme avaliação clínica do paciente. Esses pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações. Um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados. A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata do paciente. Porém, é necessário avaliação individualizada do caso, considerando também se o paciente apresenta condições ou fatores de risco e se o ambiente residencial é adequado, e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Todos os pacientes que receberem alta durante os primeiros sete dias do início do quadro devem ser alertados para a possibilidade de piora tardia do quadro clínico e sinais de alerta de complicações como: aparecimento de febre (podendo haver casos iniciais afebris), elevação ou recrudescência de febre ou sinais respiratórios, taquicardia, dor pleurítica, fadiga, dispneia.

Quadro 1 – Síndromes clínicas associadas à infecção por SARS-CoV-2

Doença branda	<p>Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos.</p> <p>Os sinais e os sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico e não apresentar sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar.</p> <p>Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.</p>
Pneumonia sem complicações	<p>Infecção adulto do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade.</p> <p>Criança sem sinais de pneumonia grave com tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida.</p> <p>Observação: Segue os valores de referência de frequência respiratória de acordo com a faixa etária para avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 12 meses: 30 a 53 irpm • 1 a 2 anos: 22 a 37 irpm • 3 a 5 anos: 20 a 28 irpm • Escolar: 18 a 25 irpm • Adolescente: 12 a 20 irpm.
Pneumonia severa	<p>Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade descrito a seguir: frequência respiratória > 30 incursões por minuto; esforço respiratório severo; SpO2 < 93% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica.</p> <p>Crianças com tosse ou dificuldade para respirar mais pelo menos um dos critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cianose central ou spO2<90%; • esforço respiratório severo; • sinais de PNM com aspectos de gravidade (uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos; sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensorio: irritabilidade ou sonolência; convulsões). <p>A frequência respiratória que denota gravidade em crianças dependerá da idade, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <2meses: ≥60irpm • 2 a 11 meses: ≥50irpm • 1 a 5 anos: ≥40 irpm <p>O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem indentificar ou excluir complicações.</p>

continua

conclusão

<p>Síndrome da angústia respiratória aguda (Sara)</p>	<p>Início ou agravamento dos sintomas respiratórios, até uma semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (infiltrados, opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação.</p> <p>Comprometimento da oxigenação em adultos e crianças:</p> <p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sara leve: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (com Peep ou Cpap $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$, ou não ventilado). • Sara moderada: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ (com PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$, ou não ventilado). • Sara grave: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ (com PEEP $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$, ou não ventilado). • Quando a PaO_2 não está disponível, a $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ sugere Sara (inclusive em pacientes não ventilados). <p>Crianças:</p> <p>OI = Índice de Oxigenação e OSI = Índice de Oxigenação utilizando SpO_2. Use a métrica baseada no PaO_2, quando disponível. Caso o PaO_2 não esteja disponível, desmame a FiO_2 para manter a $\text{SpO}_2 \leq 97\%$ para calcular o OSI ou a relação $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilação não invasiva ou Cpap bi nível $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ através de máscara facial completa: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ ou $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$. • Sara leve (com ventilação invasiva): $4 \leq \text{OI} < 8$ ou $5 \leq \text{OSI} < 7,5$. • Sara moderada (com ventilação invasiva): $8 \leq \text{OI} < 16$ ou $7,5 \leq \text{OSI} < 12,3$. • Sara grave (com ventilação invasiva): $\text{OI} \geq 16$ ou $\text{OSI} \geq 12,3$.
<p>Sepse</p>	<p>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, taquí e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.</p>
<p>Choque séptico</p>	<p>Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) $< 65 \text{ mmHg}$] a despeito de ressuscitação volêmica adequada e requerendo o uso de vasopressores para manter $\text{PAM} \geq 65 \text{ mmHg}$.</p> <p>Crianças: qualquer tipo de hipotensão ($\text{SBP} < 5^\circ$ percentil ou $> 2 \text{ DP}$ abaixo do normal para a idade) ou dois ou três dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia ($\text{FC} < 90 \text{ bpm}$ ou $> 160 \text{ bpm}$ em menores de 12 meses e $\text{FC} < 70 \text{ bpm}$ ou $> 150 \text{ bpm}$ em crianças); preenchimento capilar prolongado ($> 2 \text{ seg}$) ou pulso fraco; taquipneia; pele manchada ou fria ou erupção petequeial ou purpúrica; aumento do lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.</p>

Fonte: World Health Organization, mar.2020, adaptado.

Abreviaturas: IRA, infecção respiratória aguda; PA, pressão arterial; bpm, batimentos/minuto; Cpap, pressão positiva contínua das vias aéreas; FiO_2 , fração inspirada de oxigênio; PAM, pressão arterial média; VNI, ventilação não invasiva; OI, índice de oxigenação; OSI, índice de oxigenação utilizando SpO_2 ; PaO_2 , pressão parcial de oxigênio; Peep, pressão positiva expiratória final; SBP, pressão arterial sistólica; DP, desvio-padrão; SIRS, síndrome de resposta inflamatória sistêmica; SOFA, avaliação sequencial de falência orgânica; SpO_2 , saturação de oxigênio.

MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA POR NOVO CORONAVÍRUS – SARS-COV-2

Terapia e monitoramento precoces de suporte

- Administre oxigenoterapia suplementar imediatamente a pacientes com SRAG e dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque com alvo em $SpO_2 > 94\%$.

**Observações para adultos: Adultos com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir $SpO_2 \geq 94\%$. inicie a oxigenoterapia a 5 L/min e avalie as taxas de fluxo para atingir a meta $SpO_2 \geq 93\%$ durante a reanimação; ou use máscara facial com bolsa reservatório (de 10-15 L/min) se o paciente estiver em estado crítico. Assim que o paciente se estabilizar, a meta é $SpO_2 > 90\%$ em adultos não grávidos e $\geq 92\%$ - 95% em pacientes grávidas.*

**Observações para crianças: Crianças com sinais de emergência (obstrução ou ausência de respiração, desconforto respiratório grave, cianose central, choque, coma ou convulsões) devem receber manejo das vias aéreas e oxigenoterapia durante a reanimação para atingir $SpO_2 \geq 94\%$; caso contrário, a meta é $SpO_2 \geq 90\%$. O uso de cânula nasal é preferível em crianças pequenas, pois podem ser melhor toleradas.*

- Use tratamento conservador de fluidos em pacientes com SRAG quando não houver evidência de choque.

**Os doentes com SRAG devem ser tratados cautelosamente com fluidos intravenosos, porque a ressuscitação agressiva dos fluidos pode piorar a oxigenação, especialmente em ambientes onde a disponibilidade de ventilação mecânica é limitada. Isso se aplica aos cuidados de crianças e adultos.*

- Administre antibiótico dentro de uma hora da avaliação inicial de pacientes com sepse, coletar culturas dentro de uma hora idealmente antes de iniciar o antibiótico e o descalone com base no resultado microbiológico ou julgamento clínico.

- Não administre rotineiramente corticosteroides sistêmicos para tratamento de pneumonia viral ou SRAG fora dos ensaios clínicos, a menos que sejam indicados por outro motivo.
- Monitore de perto os pacientes com SRAG quanto a sinais de complicações clínicas como insuficiência respiratória e sepse de progressão rápida e aplique intervenções de suporte imediatamente.

** Os pacientes hospitalizados com SRAG requerem monitoramento regular dos sinais vitais e, sempre que possível, utilização de escores de alerta, que facilitam o reconhecimento precoce e a intensificação do tratamento do paciente em deterioração.*

** Os exames laboratoriais de hematologia e bioquímica e o ECG devem ser realizados na admissão e conforme clinicamente indicado para monitorar as complicações, como lesão hepática aguda, lesão renal aguda, lesão cardíaca aguda ou choque. A aplicação de terapias de suporte oportunas, eficazes e seguras é o pilar da terapia para pacientes que desenvolvem manifestações graves da Covid-19.*

** Após a ressuscitação e a estabilização da paciente grávida, o bem-estar fetal deve ser monitorado.*

- Entenda as comorbidades do paciente para atendimento individualizado e prognóstico. Mantenha uma boa comunicação com o paciente e seus familiares.

** Determine quais terapias crônicas devem ser continuadas e quais devem ser interrompidas temporariamente. Monitore interações medicamentosas.*

Tratamento da Insuficiência Respiratória Hipoxêmica e Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG

- Reconheça a insuficiência respiratória hipoxêmica grave quando um paciente com dificuldade respiratória estiver com falha na oxigenoterapia padrão e prepare-se para fornecer suporte avançado de oxigênio / ventilação.

** Caso esses pacientes necessitem de O₂ via cateter nasal maior que 5 litros/minuto para sustentar SpO₂ > 93% e/ou tenham frequência respiratória > 28 irpm ou retenção de CO₂ (PaCO₂ > 50 mmHg e/ou pH < 7,25) devem ser intubados e ventilados mecanicamente imediatamente.*

- Instituir ventilação mecânica precocemente em pacientes com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente (apesar da oxigenoterapia), respeitando as medidas de precaução adequadas.
- A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Nota Técnica n.º 4/2020, contraindica o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) e cateter nasal de alto fluxo (Cnaf) .

- Proceder com intubação endotraqueal caso o paciente não responda à oxigenioterapia. O procedimento deve ser realizado por um profissional treinado e experiente, utilizando precauções para aerossóis e contato.

**Os pacientes com SRAG, especialmente as crianças pequenas ou pessoas que são obesas ou estão grávidas, podem dessaturar rapidamente durante a intubação. Pré-oxigene com FiO₂ a 100% durante 5 minutos, através de uma máscara facial com bolsa reservatório, máscara com ambu. A intubação de sequência rápida é apropriada após uma avaliação das vias aéreas que não apresente sinais de intubação difícil.*

O paciente submetido à ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser ventilado no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente igual a 6 ml/kg de peso predito e pressão de platô menor que 30 cmH₂O, com pressão de distensão ou driving pressure (= Pressão de platô menos a PEEP) menor que 15 cmH₂O. O ajuste da PEEP ideal permanece ainda não totalmente elucidado. Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO₂ entre 90-95%, com FiO₂ < 60% (utilizar tabela PEEP/FiO₂ da ARDSNet para PEEP baixa (“SARA LEVE”). Verificou-se que o uso de PEEP mais elevada (obtida pela tabela ARDSNet para PEEP elevada ou “SARA MODERADA E GRAVE”) demonstrou estar acarretando hiperinsuflação pulmonar e piora da evolução de parte dos pacientes com Corona Vírus (AMIB, 2020).

- Colocar pacientes com SRAG em posição prona pode melhorar a oxigenação, mas deve ser garantida a segurança do paciente.

Nos casos de PaO₂/FIO₂ menores que 150, já com PEEP adequada pela tabela PEEP/FIO₂, sugere-se utilizar ventilação protetora colocando o paciente em posição prona por no mínimo 16 horas. Todos os cuidados e paramentação para procedimentos aerossolizantes de toda equipe assistente que irá realizar a rotação devem ser garantidos, devido ao alto poder infectante deste vírus e garantir o número adequado de profissionais de saúde para participarem do processo seguro de rotação. Para realização da rotação e para manutenção do paciente em posição prona deve-se prover adequada sedoanalgesia e se preciso for, curarização. O paciente poderá permanecer em decúbito supino se, após ser “despronado”, permanecer com PaO₂/FIO₂ > 150. Do contrário, pode-se considerar colocar novamente o paciente em posição prona (AMIB, 2020).

- Adotar estratégia conservadora de gerenciamento de fluidos para pacientes com SRAG sem hipoperfusão tecidual.
- Evitar que o paciente se desconecte do ventilador, o que resulta em perda de Peep e atelectasia.

- Use cateteres em linha para sucção das vias aéreas e realize o pinçamento do tubo endotraqueal quando for necessário desconectar (por exemplo, transferir para um ventilador de transporte ou troca de filtro HME).

Gerenciamento do choque séptico

- Reconhecer o choque séptico em adultos quando houver suspeita ou confirmação de infecção e os vasopressores forem necessários para manter a pressão arterial média (PAM) ≥ 65 mmHg e o lactato é ≥ 2 mmol / L, na ausência de hipovolemia.
- Reconheça o choque séptico em crianças com qualquer hipotensão (pressão arterial sistólica [PAS] $< 5^{\circ}$ centil ou > 2 DP abaixo do normal para a idade) ou 2-3 dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em bebês e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); recarga capilar prolongada (> 2 s) ou vasodilatação quente com pulsos delimitadores; taquipneia; pele manchada ou erupção petequial ou purpúrica; aumento de lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.

** Observações: na ausência de uma medida de lactato, use a pressão arterial (por exemplo, PAM) e sinais clínicos de perfusão para definir o choque. Os cuidados padrão incluem o reconhecimento precoce e o uso dos seguintes tratamentos durante a primeira hora após o reconhecimento: terapia antimicrobiana, e início de carga de fluidos mais vasopressores para a hipotensão.*

- Na ressuscitação do choque séptico (PAS < 90 mmHg, PAM < 65 mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40 mmHg da pressão habitual ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de duas vezes o valor de referência institucional (hiperlactatemia inicial)) em adultos, administre pelo menos 30 ml / kg de cristalóide adultos na primeira uma hora.
- Na ressuscitação do choque séptico em **crianças** em locais com bons recursos, administre 20 ml/kg em bolus rápido e até 40-60 ml/kg na primeira uma hora.
- Não use soluções hipotônicas ou baseadas em amidos para ressuscitação.
- Administre vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica. A meta inicial da pressão arterial é atingir PAM > 65 mmhg.

Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, o vasopressor deve ser

iniciado dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes ou durante a reposição volêmica. Se sinais de hipoperfusão persistirem, considerar uso de droga inotrópica (ILAS, 2018).

- Caso os cateteres venosos centrais não estiverem disponíveis, os vasopressores podem ser administrados por meio de um IV periférico, mas use uma veia grande e monitore de perto os sinais de extravasamento e necrose tecidual local. Caso ocorra extravasamento para a infusão, os vasopressores também podem ser administrados através de agulhas intraósseas.

Recomenda-se prescrever fosfato de oseltamivir em pacientes com síndrome respiratória aguda (SRAG) sem diagnóstico etiológico, conforme o protocolo atual de SRAG. A prescrição poderá ser revista a partir da identificação do agente etiológico por meio de exame laboratorial, considerando que o oseltamivir não possui atividade contra SARS-CoV-2.

Até o momento não há medicamento específico para o tratamento da Covid-19. No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico.

Importante ressaltar que, conforme descrito na **NOTA INFORMATIVA Nº 5/2020-DAF/SCTIE/MS**, o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizará para uso, a critério médico, o medicamento cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves, em pacientes hospitalizados, sem que outras medidas de suporte sejam preteridas em seu favor. A presente medida considera que não existe outro tratamento específico eficaz disponível até o momento. Há dezenas de estudos clínicos nacionais e internacionais em andamento, avaliando a eficácia e a segurança de cloroquina/hidroxicloroquina para infecção pela Covid-19, bem como outros medicamentos, e, portanto, essa medida poderá ser modificada a qualquer momento, a depender de novas evidências científicas.

O documento citado anteriormente encontra-se disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/30/MS---0014167392---Nota-Informativa.pdf>.

Para os pacientes imunocomprometidos, recomenda-se hospitalização e avaliar possibilidade de repetir o PCR (teste molecular) antes da alta hospitalar ou eventual transferência para quarto de enfermaria sem isolamento, devido à possibilidade de excreção prolongada. Pacientes que necessitarem de internação prolongada por outras comorbidades, devem ter também PCR (teste molecular) repetidos para eventual liberação de isolamento, independentemente de ausência de febre e de sintomas hospitalares.

Conforme consenso de especialistas, foram elaborados fluxos para manejo clínico de gestantes, crianças e adultos/idosos. Os fluxos encontram-se disponíveis para consulta em:

Fluxograma de Manejo Clínico de Gestantes na Atenção Especializada:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Fluxo-de-manejo-cl-nico-de-gestantes.pdf>.

Fluxograma de Manejo Clínico Pediátrico na Atenção Especializada:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Fluxo-de-manejo-cli-nico-pedia--trico.pdf>.

Fluxograma de Manejo Clínico do Adulto e Idoso na Atenção Especializada:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/Fluxo-de-Manejo-cl-nico-do-adulto-e-idoso.pdf>.

Prevenção de complicações

Quadro 2 – Intervenções a serem implementadas para evitar complicações/ agravos do paciente

Resultado Antecipado	Intervenções
Reduzir dias de ventilação mecânica invasiva	Utilizar protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea. Minimizar a sedação, contínua ou intermitente, visando a pontos finais de titulação específicos ou com interrupções diárias de infusões sedativas contínuas.
Reduzir incidência de pneumonia associada à ventilação	Prefira intubação oral à nasal e realize higiene oral regularmente. Mantenha o paciente em posição semireclinada (cabeceira elevada entre 30° e 45°). Use sistema de sucção fechado; drene periodicamente e descarte o condensado em tubulação. Utilize um novo circuito de ventilação para cada paciente; realize a troca sempre que estiver sujo ou danificado, mas não rotineiramente. Troque o umidificador quanto houver mau funcionamento, sujidades ou a cada 5-7 dias, seguindo as recomendações do fabricante e de acordo com os protocolos definidos pela CCIH do serviço de saúde. Reduza o tempo de ventilação mecânica invasiva.
Reduzir incidência de tromboembolismo venoso	Use profilaxia farmacológica em pacientes sem contraindicação. Caso haja contraindicações, use profilaxia mecânica.
Reduzir incidência de infecção sanguínea por catéter	Adote uma lista simples de verificação para lembrete da data de inserção do cateter e sua remoção quando não for mais necessário.
Minimizar ocorrência de úlceras de decúbito	Promover mudança de decúbito a cada duas horas.

continua

conclusão

Resultado Antecipado	Intervenções
Reduzir incidência de úlceras por estresse e sangramento gastrointestinal	Ofertar nutrição enteral precoce (entre 24-48 horas da admissão). Administrar bloqueadores dos receptores de histamina-2 ou inibidores de bomba de prótons em pacientes com fatores para sangramento gastrointestinal (coagulopatias, hepatopatias, outros).
Reduzir incidência de doenças relacionadas à permanência em UTI	Mobilidade precoce do paciente no início da doença, quando for seguro realizar.

Fonte: World Health Organization, mar. 2020, adaptado.

Considerações especiais para gestantes

Considerando-se que até o momento não existem evidências científicas que justifiquem manejo diferenciado da gestante com Covid-19, recomenda-se que sejam consideradas durante a avaliação: a idade gestacional, a condição materna, a viabilidade fetal.

Assim, as gestantes suspeitas ou confirmadas devem ser tratadas com terapias de suporte, conforme descrito anteriormente, levando em consideração as adaptações fisiológicas da gravidez. O uso de agentes terapêuticos deve ser guiado por análise de risco-benefício individual baseada no benefício potencial para a mãe e a segurança do feto, com consulta de um especialista em obstetrícia e se pertinente e viável, comitê de ética.

As decisões sobre o parto de emergência e a interrupção da gravidez são desafiadoras e baseadas em muitos fatores: idade gestacional, condição materna e estabilidade fetal. As consultas com especialistas em obstetrícia, neonatal e terapia intensiva (dependendo da condição da mãe) são de grande relevância em vez de essenciais, considerando a realidade do Brasil.

Diante da possibilidade de interrupção prematura da gestação, o uso de corticoide para promover a maturidade pulmonar fetal deverá ser avaliado caso a caso, segundo orientação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Em relação à cesariana em gestantes diagnosticadas com Covid-19, entre 26 e 40 semanas de gestação não há indicação exclusiva para esse procedimento. No entanto, deverão ser mantidas as indicações obstétricas e/ou clínicas considerando caso a caso. O monitoramento fetal e de contrações uterinas das gestantes internadas por Covid-19, deverá seguir o protocolo vigente.

Em mães infectadas pela Covid-19 é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento e a ausência, até o momento, de evidências de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via. Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e uso de máscara enquanto estiver amamentando e cuidado do recém-nascido.

RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHANTES E/OU VISITANTES NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DURANTE PANDEMIA DA COVID-19

Considerando-se a pandemia da Covid-19 e com o objetivo de garantir segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções, orienta-se:

- Em serviços de saúde estabelecidos como referência ou retaguarda para atendimento aos pacientes com Covid-19, suspender as visitas sociais a estes pacientes. Caso o serviço não possua fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomenda-se a suspensão de todas as visitas.
- Caso o serviço de saúde opte por manter uma rotina de visitas, deve-se reduzir a circulação das pessoas, o número de visitantes e estabelecer horários para sua realização, além de designar sala de espera ampla e ventilada separada dos demais atendimentos.
- Conversar com a família sobre a possibilidade de se manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas. Ressalta-se que acompanhantes com faixa etária de risco maior para a Covid-19 ou com antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão não devem estar na condição de acompanhantes.
- Proibir acompanhantes para os pacientes com síndrome gripal (exceto em condições previstas por lei: crianças, idosos e portadores de necessidades especiais).
- Evitar a entrada de acompanhantes/visitantes com sintomas respiratórios.

- Recomenda-se evitar visitas e acompanhantes a pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI); Revezamentos de acompanhantes somente se necessário.
- Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Caso seja necessário e haja possibilidade de contato com fluidos corporais, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.
- Solicitar a saída do acompanhante do quarto/enfermaria em caso de procedimentos geradores de aerossol.
- Seguir rigorosamente as principais medidas preventivas do Ministério da Saúde: lavar as mãos com água e sabão, na sua ausência, usar álcool em gel a 70%; cobrir nariz e boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar – quem não o tiver, deve usar o antebraço como barreira, e não as mãos, para evitar tocar em locais que possam contaminar outras pessoas; evitar aglomerações; manter os ambientes bem ventilados; e não compartilhar objetos pessoais.

Importante: Cada serviço de saúde tem autonomia para orientações específicas, considerando suas características próprias e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A implementação de precauções padrão, contato e respiratória constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes (antes da chegada ao serviço de saúde, na chegada, triagem, espera e durante toda assistência prestada), independentemente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2.

Sendo assim, é necessário que os serviços de saúde adotem medidas de prevenção e controle durante toda a assistência prestada aos casos suspeitos ou confirmados da Covid-19. Para subsidiar todos os serviços de saúde, a Anvisa disponibilizou a Nota Técnica n.º 4/2020 com orientações mínimas pautadas em evidências disponíveis e que serão atualizadas à medida que surjam novas informações. Pode ser consultada pelo *link*: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.

MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19

Considerando-se a possível transmissão do SARS-CoV-2 por contato pessoa a pessoa e também por meio de fômites, é fundamental que os profissionais que realizam o manejo do corpo estejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas. Portanto, para recomendações referentes ao manejo de corpos no contexto da Covid-19 e outras questões gerais acerca desses óbitos, o Ministério da Saúde disponibilizou documento *on-line* para consulta em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejo-ver05.pdf>.

NOTIFICAÇÃO

A infecção humana pelo SARS-CoV-2 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, trata-se de um evento de saúde pública de notificação imediata.

A fim de proceder com a adequada notificação do evento, seguir as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico que se encontra disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/03/guia-de-vigilancia-2020.pdf>

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Nota Técnica nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualizada em 31 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: mar. 2020.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2)**. Versão n. 3, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf. Acesso em: mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. **Classificação de risco dos agentes biológicos**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n. 1, Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE, Jan. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologicoSVS-28jan20.pdf>. Acesso em: mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de tratamento de Influenza: 2017**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf. Acesso em: mar. 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting**, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>. Acesso em: mar. 2020.
- GUAN, W. *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine**, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>. Acesso em: mar. 2020.
- HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, London, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183-5>. Acesso em: mar. 2020.
- INSTITUTO LATINO AMERICANO DE SEPSE. **Implementação de protocolo gerenciado de Sepsis: Protocolo Clínico**. 2018. Disponível em: <https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em: mar. 2020.
- WEISS, S. L. *et al.* Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. **Intensive Care Medicine**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05878-6>. Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak Interim guidance**, 29 Jan. 2020. WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance**. Jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance**. Mar. 2020. V. 1.2. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected). Acesso em: mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: mar. 2020.

ANEXO – CONSENSO DE ESPECIALISTAS PARA O MANEJO CLÍNICO DA COVID-19 NO BRASIL: CRIANÇAS, GESTANTES E ADULTOS/IDOSOS

Autores: Ministério da Saúde do Brasil
Lista de colaboradores após bibliografia

Palavras-chave: Covid-19; consenso; manejo clínico; tratamento; prevenção.

Keywords: COVID-19; consensus; clinical management; treatment; prevention.

Palabras clave: COVID-19; consenso; manejo clínico; tratamiento; prevención.

Resumo: Consenso de especialistas sobre o manejo clínico de Covid-19 em crianças, gestantes e adultos/idosos. Considerando-se que as evidências sobre a eficácia de diferentes tratamentos para Covid-19, não são fortes o suficiente, especialistas nacionais e internacionais e de associações internacionais de saúde recomendaram medidas para subsidiar a atuação dos profissionais dos serviços de saúde no cuidado com os pacientes afetados pela doença. Aqueles pacientes com sintomas respiratórios de vias aéreas superiores e febre (> 37,8°C), sem critérios de gravidade devem procurar Unidades de Atenção Primária de Saúde e aqueles com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou por demanda espontânea febre deverão ser atendidos pelos Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares). Todos especialistas concordaram com a utilização dos *Protocolos de Tratamento de Influenza 2017* e da SRAG do Ministério da Saúde do Brasil, como norteador do manejo clínico dos pacientes infectados por SARS-CoV-2. Reconheceram que no Brasil toda ação de contingenciamento deverá ser particularizada e regionalizada, devido à expectativa de que a pandemia deve ocorrer em diferentes momentos de pico no País. Chegou-se a vários consensos sobre prevenção da transmissão entre pacientes e trabalhadores dos serviços de saúde e sobre a organização dos serviços de saúde.

Abstract: Expert consensus on the clinical management of COVID-19 in children, pregnant women and adults/elderly. Considering that the evidence on the effectiveness of different treatments for COVID-19, is not strong enough,

national and international experts and representatives of international health associations recommended measures to subsidize the performance of health service professionals in the care of patients affected by the disease. Those patients with respiratory symptoms of the upper airways and fever ($> 37.8\text{ }^{\circ}\text{C}$), without severity criteria, should seek Primary Health Care Units, and those with signs of worsening, referred by primary care services or by spontaneous demand, should be attended by Emergency Care Services (UPA 24h, hospital emergencies). All specialists agreed with the use of the Protocols for Influenza Treatment 2017 and for Severe Acute Respiratory Syndrome of the Ministry of Health of Brazil, as a guide for the clinical management of patients infected with SARS-CoV-2. They recognized that in Brazil every contingency action should be individualized and regionalized, due to the expectation that the pandemic should occur at different peak times within the country. Consensus was reached on preventing transmission between patients and health service workers, and on the organization of health services.

Resumen: Consenso de expertos sobre el manejo clínico de COVID-19 en niños, mujeres embarazadas y adultos ancianos. Teniendo en cuenta que la evidencia sobre la efectividad de los diferentes tratamientos para COVID-19 no es lo suficientemente sólida, los expertos nacionales e internacionales y de asociaciones internacionales de salud recomendaron medidas para subsidiar el desempeño de los profesionales de los servicios de salud en la atención de pacientes afectados por la enfermedad. Aquellos pacientes con síntomas respiratorios de las vías respiratorias superiores y fiebre ($> 37.8\text{ }^{\circ}\text{C}$), sin criterios de gravedad, deben buscar Unidades de Atención Primaria de Salud y aquellos con signos de empeoramiento (Síndrome Respiratorio Agudo Severo), referidos por atención primaria o por la demanda espontánea deben ser atendidos por los Servicios de Atención de Emergencia (UPA 24h, emergencias hospitalarias). Todos los especialistas, acordaron el uso de los Protocolos de Tratamiento de la Influenza 2017 y del Síndrome Respiratorio Agudo Severo del Ministerio de Salud (MS) de Brasil, como guía para el manejo clínico de pacientes infectados con SARS-CoV-2. Reconocieron que en Brasil cada acción de contingencia debe ser individualizada y regionalizada, debido a la expectativa de que la pandemia ocurra en diferentes momentos de pico en el país. Se han alcanzado diversos consensos sobre la prevención de la transmisión entre pacientes y trabajadores de servicios de salud y sobre la organización de los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos da nova doença Covid-19, que resultaram em inúmeros óbitos. Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença

respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros.

O mundo vivenciou duas epidemias anteriores de coronavírus – SARS e MERS, com as quais a Covid-19 apresenta similaridades. No entanto, esta epidemia se destaca pela rapidez de disseminação, a severidade, e as dificuldades para contenção, tanto que a OMS declarou pandemia pelo novo coronavírus em 11 de março de 2020, e os países estão empreendendo enormes esforços para conter o surto e reduzir a letalidade. O Brasil desde janeiro de 2020, ativou o Centro de Operações de Emergências (COE) em Saúde Pública para conter o novo coronavírus, lançando mão de todas suas capacidades para responder às emergências por síndromes respiratórias.

Considerando-se que as evidências sobre a eficácia de diferentes tratamentos que foram adotados, principalmente na China, não são fortes o suficiente, o Ministério da Saúde realizou, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), uma reunião técnica internacional de especialistas para discussão e atualização do manejo clínico para Covid-19 a fim de subsidiar a atuação dos profissionais dos serviços de saúde no cuidado com os pacientes afetados pela doença.

O evento aconteceu nos dias 10 e 11 de março de 2020, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), em Brasília. Participaram especialistas nacionais e internacionais de diversos países, assim como representantes das seguintes associações internacionais: *Asociación Panamericana de Infectología (API)*, *Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE)* e a *Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI)*.

Os participantes foram convidados a compartilhar experiências no manejo clínico da Covid-19, revisar os dados e evidências mais recentes disponíveis e buscar consenso para manejo de casos e pacientes adultos, pediátricos e gestantes.

A agenda iniciou-se com as boas-vindas da representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, seguida de apresentação do ministro da Saúde que expressou as expectativas do Ministério da Saúde em relação ao evento. Em seguida, foram feitas apresentações sobre a situação atual da pandemia do novo coronavírus no mundo e no País pelo Ministério da Saúde (MS), e sobre as medidas tomadas pelo governo brasileiro. Especialistas da Espanha (videoconferência), Estados Unidos e Equador fizeram relatos da situação da epidemia em seus países e as medidas adotadas.

METODOLOGIA

O consenso de especialista foi alcançado após revisão da bibliografia fornecida pela Opas/OMS e pelo MS, anteriormente à reunião de consulta, com o objetivo de proporcionar aos participantes conhecimentos que pudessem conduzir a uma atenção adequada aos pacientes com Covid-19. Essa bibliografia apresentou dados consolidados das principais evidências científicas já publicadas no mundo acerca dos sintomas, do manejo, da transmissão e da prevenção da Covid-19.

Após as sessões em plenária os participantes foram divididos em três grupos de consulta:

- Grupo 1: Manejo clínico de pacientes adultos/idosos
- Grupo 2: Manejo clínico de pacientes pediátricos
- Grupo 3: Manejo clínico de pacientes gestantes

Cada grupo contou com um moderador e um relator, que ao final dos trabalhos apresentaram seus relatórios, que subsidiaram a elaboração deste documento.

As discussões foram conduzidas por meio de perguntas estratégicas, direcionadas ao perfil de cada um dos três grupos, o que norteou a discussão em ambos os dias do evento.

Quadro 1 – Perguntas para o Painel de Especialistas

Gestantes	Crianças	Adultos/Idosos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais sinais e sintomas apresentados pelo paciente podemos definir como de alarme e choque? 2. Quais sinais e sintomas mínimos o paciente deverá apresentar para procurar cada um dos serviços de saúde: Atenção Primária à Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou Serviço Hospitalar? 3. Qual seria o padrão ouro para indicar isolamento domiciliar ou alta? 4. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação em leitos clínicos? 5. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação na UTI? 6. Após alta, quais sinais e sintomas indicam retorno imediato do paciente ao serviço de saúde que realizou o atendimento? 7. Com base nos estudos disponíveis, podemos definir —preliminarmente— alguns critérios de gravidade? Em caso afirmativo, quais seriam? 8. Quais seriam os critérios de hospitalização? 9. Recomenda-se o início do tratamento com oseltamivir em pacientes com SRAG, que ainda não têm diagnóstico? 10. Recomenda-se o uso de antibióticos para evitar sobre infecção? 11. Ventilação mecânica precoce para evitar falha respiratória progressiva? Uso de ECMO? 12. Recomenda-se o uso de hidratação parenteral? 13. Existe um manejo diferencial segundo idade gestacional? 14. Recomenda-se o uso de esteroides para maturação pulmonar fetal? 15. Recomenda-se cesárea em gestantes com Covid-19 diagnosticados entre a 26 e 40 semanas de gestação? 16. Deve-se incrementar o monitoramento fetal e das contrações uterinas nas gestantes positivas a Covid-19? 17. Deve-se reduzir a estadia hospitalar — pós-parto — das gestantes com a Covid-19? 18. Deve-se suspender o ultrassom de rotina e pré-natal das mulheres gestantes com a Covid-19? 19. Recomenda-se o uso de surfactante na síndrome de desconforto respiratório do recém-nascido de mães recentemente diagnosticadas com a Covid-19? 20. O RN de uma mulher recentemente diagnosticada com a Covid-19 deve ser colocado em isolamento? 21. Recomenda-se o aleitamento materno do RN de uma mulher diagnosticada com a COVID-19? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais sinais e sintomas apresentados pelo paciente podemos definir como de alarme e choque? 2. Quais sinais e sintomas mínimos o paciente deverá apresentar para procurar cada um dos serviços de saúde: Atenção Primária à Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou Serviço Hospitalar? 3. Qual seria o padrão ouro para indicar isolamento domiciliar ou alta? 4. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação em leitos clínicos? 5. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação na UTI? 6. Após alta, quais sinais e sintomas indicam retorno imediato do paciente ao serviço de saúde que realizou o atendimento? 7. Exames auxiliares de laboratório: quais devem ser solicitados, em que momento? 8. Poderia utilizar no Brasil o critério de gravidade de Covid-19 proposto por Shen et al*? 9. Quais seriam os critérios de hospitalização? 10. Qual é a proposta de tratamento de suporte dos casos pediátricos sintomáticos? 11. Recomenda-se o início do tratamento com oseltamivir em pacientes com SRAG, que ainda não têm diagnóstico? 12. Qual é a proposta de tratamento dos casos graves? 13. Recomenda-se o uso de antibióticos para evitar sobre infecção? 14. Quais seriam os critérios de cura – fim do isolamento? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais sinais e sintomas apresentados pelo paciente podemos definir como de alarme e choque? 2. Quais sinais e sintomas mínimos o paciente deverá apresentar para procurar cada um dos serviços de saúde: Atenção Primária à Saúde, Unidade de Pronto Atendimento ou Serviço Hospitalar? 3. Qual seria o padrão ouro para indicar isolamento domiciliar ou alta? 4. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação em leitos clínicos? 5. Quais serão os sinais e os sintomas para indicar internação na UTI? 6. Após alta, quais sinais e sintomas indicam retorno imediato do paciente ao serviço de saúde que realizou o atendimento? 7. Recomenda-se o início do tratamento com oseltamivir em pacientes com SRAG, que ainda não tem diagnóstico? 8. Com base nos estudos disponíveis, podemos definir — preliminarmente — alguns critérios de gravidade? Em caso afirmativo, quais seriam? 9. Qual é a proposta de tratamento de suporte dos casos sintomáticos? 10. Qual é a proposta de tratamento dos casos graves? 11. Qual é a recomendação para manejo de líquidos? 12. Recomenda-se o uso de antibióticos para evitar sobre infecção? 13. Qual é a conduta a seguir em pacientes com comorbidade (cardiopatia, asma, diabetes etc.). Seguem o mesmo tratamento? 14. A utilização de ventiladores de turbina é uma opção no atendimento a pacientes com Covid-19? 15. Quais seriam os critérios de cura – fim do isolamento? 16. Quais os parâmetros mínimos para adaptação de leitos clínicos hospitalares em leitos de terapia intensiva? 17. Há uma estimativa de projeção (matemática) para quantitativo de leitos de UTI e abertura desses a partir de parâmetros epidemiológicos de transmissibilidade, morbidade e letalidade da doença?

*Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. World Journal of Pediatrics.

RESULTADOS DO CONSENSO

As discussões foram além dos parâmetros clínicos, de tratamento e de cuidados específicos para cada grupo de pacientes. Os especialistas abordaram e discutiram temas como vigilância, rastreamento exaustivo de contatos, restrições de contato social, educação em saúde preventiva (etiqueta social em saúde e a higiene das mãos), adiamento de cirurgias eletivas, a esperada sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde (toda a rede do SUS) e outras estratégias para evitar propagação da infecção. Outro aspecto considerado, foi o fato de que o Brasil, devido às suas dimensões continentais, poderá conviver com situações epidemiológicas distintas durante a pandemia, demandando abordagens diferenciadas (contenção e mitigação) em relação à definição de caso suspeito, coletas de exames e medidas de isolamento, que poderão ser adaptadas de acordo com orientações da vigilância em saúde local, sob orientação do MS.

Abordagem para atendimento aos pacientes com Covid-19 em todos os ciclos de vida

Diante do contexto epidemiológico atual, considerando também o aumento do risco de exposição em serviços de saúde, recomenda-se que a avaliação dos pacientes que procurem por atendimento nos diversos pontos de atenção, dê-se nas seguintes situações (observados sinais e sintomas):

Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores e febre (Tax. > 37,8°C), sem critérios de gravidade. Recomendou-se que seria desejável a disponibilização de oxímetro portátil em serviços de atenção primária, para a avaliação adequada dos critérios de gravidade.

Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou por demanda espontânea.

Considerando-se a inexistência de evidência científica robusta que subsidie o tratamento de pacientes com a Covid-19, todos os três grupos concordaram que fosse utilizado o *Protocolo de Tratamento de Influenza 2017*, do Ministério da Saúde (MS), como norteador do manejo clínico dos pacientes infectados por SARS-CoV-2 com pequenas alterações destacadas em cada eixo de discussão.

Condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações:

1. Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal).
2. Adultos \geq 60 anos.

3. Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade).
4. População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso.
5. Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye).
6. Indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma). Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação).
7. Cardiovasculopatias (incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre a Covid-19).
8. Nefropatias.
9. Hepatopatias.
10. Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme). Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*).
11. 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).
12. Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/aids ou outros.
13. Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40 em adultos).

Exame laboratorial

Consensuou-se que o exame confirmatório para Covid-19 e a pesquisa viral deverão ser solicitados pelos profissionais dos serviços de saúde, seguidos de notificação imediata via formulário FORMSUS 2 (<http://bit.ly/2019-ncov>), conforme orientações atualizadas pelos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde.

Recomendações dos especialistas para organização dos serviços de saúde

Acerca da gestão dos hospitais e dos recursos humanos, recomenda-se que cada hospital faça e descreva seu inventário sobre capacidade física instalada, dimensionamento de pessoal, atendimento ambulatorial, áreas de isolamento, número total de leitos gerais e de UTI para elaboração do plano de contingência.

Em se tratando de leitos de UTI, caso a capacidade instalada seja insuficiente para a demanda prevista, recomenda-se adaptar, primeiramente, as Salas de Recuperação Pós- Anestésica (RPA) em leitos de UTI Geral, priorizando os leitos de UTI já existentes para tratamento exclusivo de Covid-19 ou SRAG sem diagnóstico. Após a utilização da capacidade da RPA, sugere-se que os leitos clínicos ou áreas ociosas/inativadas sejam adaptados para atendimento intensivo de pacientes com Covid-19 ou leitos clínicos de retaguarda, com o objetivo de ampliar a capacidade desses serviços.

Diante da necessidade de contingenciamento da equipe de profissionais de saúde, deverão ser observadas e seguidas as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. É imperativo o treinamento das equipes de enfermagem que atuam em outras alas dos hospitais para atendimento aos pacientes críticos durante a pandemia.

O contingenciamento de procedimentos eletivos de hospitais deverá ser considerado de acordo com o momento epidemiológico local, especialmente, quando identificada a transmissão comunitária. No Brasil esse contingenciamento deverá ser particularizado e regionalizado, devido à expectativa de a pandemia ocorrer em diferentes momentos de pico no país.

Recomenda-se aos serviços de saúde o estabelecimento de fluxo diferenciado, com áreas exclusivas para o atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e a implementação de coortes de pacientes acometidos pela Covid-19, na ausência/impossibilidade/escassez de áreas de isolamento. Além disso, indica-se que seja disponibilizada ala completa para atendimento aos pacientes com a Covid-19 para evitar infecção cruzada e possibilitar racionalização de recursos e profissionais.

Prevenção da transmissão entre pacientes e trabalhadores dos serviços de saúde

Diante da possibilidade de transmissão por contato, tendo sido discutidas as necessidades de se implementar coortes para os pacientes, estabelecimento de fluxos diferenciados e unidirecionais, tanto para pacientes quanto para trabalhadores dos serviços de saúde, deverão ser fortalecidas as ações para controle de infecção nas unidades de saúde, especialmente nas hospitalares. Para tanto, destacou-se que há conhecimentos sólidos e orientações precisas sobre prevenção e controle da transmissão de infecções, as quais estão disponíveis em documentos técnicos do Ministério da Saúde e da Anvisa.

Considerando-se a possibilidade de transmissão por gotículas ou aerossóis, quando em uso de cateter de alto Fluxo de O₂ e Ventilação Não Invasiva (VNI) os pacientes com Covid-19 devem, idealmente, ser isolados em um único ambiente. Para casos leves a VNI deve ser feita em ambientes seguros.

Abordagem no atendimento às gestantes

- Gestantes que apresentem sintomas de síndrome gripal (febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ aferida ou referida acompanhada de tosse ou dor de garganta) devem procurar os serviços de Atenção Primária à Saúde; e aquelas com sinais de gravidade devem procurar os serviços de urgência.
- Para aquelas que estejam em isolamento domiciliar, deverão ser seguidas as recomendações estabelecidas pela Atenção Primária à Saúde em seu protocolo de manejo clínico.
- Para indicar hospitalização devem ser considerados os sinais de agravamento e choque do Quadro 2.

Quadro 2 – Sinais de agravamento e choque

Sinais de agravamento

- FC > 100 bpm
- FR ≥ 22 irpm
- PAS ≤ 100 mmHg
- Saturação de O₂ $<$ de 95%
- Enchimento capilar $>$ 2 segundos.
- Diminuição do volume urinário.
- Glasgow $<$ 15
- Dispneia/taquipneia
- Alteração da ausculta pulmonar (crépitos)
- Cianose
- Tontura/ Confusão mental/agitação psicomotora/ torpor
- Diminuição da movimentação fetal

Sinais de choque

- PAM $<$ 65 mmHg
- Lactato $>$ 2 mMol/L
- Insuficiência respiratória (SO₂ $<$ 95%, PaO₂ $<$ 70, PCO₂ $>$ 50, pH $<$ 7,35)
- Oligúria $<$ 0,5 ml/kg/h

- O consenso obtido foi de que a presença dos sinais de agravamento especificados indica recomendação para internação em leito clínico. Já os sinais de choque devem ser considerados para admissão em leitos de terapia intensiva.
- O reaparecimento dos sinais de agravamento e choque indicam necessidade de retorno imediato da gestante que já tenha obtido alta aos serviços de saúde.
- Houve consenso que se deve prescrever oseltamivir em pacientes com síndrome respiratória aguda (SRAG) sem diagnóstico, conforme o protocolo

atual de SRAG. A prescrição poderá ser revista a partir da identificação do agente etiológico por meio de exame laboratorial, considerando que o oseltamivir não possui atividade contra SARS-CoV-2.

- Não foi recomendado o uso de antibiótico profilático, mas o uso deve ser considerado a partir da suspeita de infecção bacteriana associada.
- Em relação ao manejo de gestantes com casos graves, foi consenso que deve ser ofertado suporte ventilatório que garanta a oxigenação adequada da paciente ($PaO_2 > 70$ mmHg) e que o uso de circulação extracorpórea com oxigenador de membrana (Ecmo) deverá ser indicado conforme os protocolos vigentes de Medicina Intensiva.
- Diante da possibilidade de interrupção prematura da gestação, o uso de corticoide para promover a maturidade pulmonar fetal deverá ser avaliado caso a caso, segundo orientação da Febrasgo.
- Em relação à cesariana em gestantes diagnosticadas com Covid-19, entre 26 e 40 semanas de gestação não há indicação exclusiva para esse procedimento. No entanto, deverão ser mantidas as indicações obstétricas e/ou clínicas considerando caso a caso.
- O monitoramento fetal e de contrações uterinas das gestantes internadas pela Covid-19, deve seguir o protocolo vigente.
- Não há recomendação de antecipação da alta hospitalar em puérperas infectadas pela Covid-19, até o momento.
- Para gestantes em isolamento domiciliar, recomenda-se o reagendamento de exames e de consultas da rotina de pré-natal para período imediatamente posterior ao término do isolamento, devendo ser garantida a remarcação no serviço de referência.
- Em mães infectadas pela Covid-19 é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento e a ausência, até o momento, de evidências de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via.
- Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e o uso de máscara enquanto estiver amamentando e cuidando do recém-nascido.
- Considerando-se que até o momento não existem evidências científicas que justifiquem manejo diferenciado da gestante com Covid-19, recomenda-se que sejam consideradas durante a avaliação: a idade gestacional, a condição materna, a viabilidade fetal e o desejo materno.

Abordagem no atendimento de pacientes pediátricos

Os dados preliminares sobre a Covid-19 apontam que a maioria das crianças e adolescentes infectados poderão ser assintomáticos ou oligossintomáticos, com sintomas de vias aéreas superiores leves, sem associação com gravidade.

Assim, cumpre destacar a impossibilidade de diferenciar clinicamente os sintomas causados pelo SARS-CoV-2 daqueles causados por outras etiologias virais. Para o manejo clínico da criança e/ou adolescente com quadro de síndrome gripal de etiologia indeterminada, foi indicado que se adote as recomendações estabelecidas no Protocolo de SRAG e de Síndrome Gripal do Ministério da Saúde.

Embora não existam evidências na literatura atual, que permitam definir um padrão ouro para isolamento domiciliar, do ponto de vista epidemiológico, é recomendado o isolamento domiciliar em casos suspeitos ou confirmados, que não apresentem critérios de gravidade ou condições crônicas subjacentes, com o objetivo de reduzir o número de pessoas expostas.

- Os pacientes pediátricos com fatores de risco para evolução com gravidade (imunossuprimidos, recém-nascidos ou lactentes menores de 3 meses) deverão ser avaliados por equipe de saúde, independentemente da presença de febre ou sinais de gravidade.
- É indicada a internação de crianças com diagnóstico de síndrome respiratória aguda (SRAG). Além de avaliar os sinais e os sintomas do diagnóstico de SRAG, é importante considerar também os batimentos de aleta nasal, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência como sinais de agravamento.
- Crianças com sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia persistente (PaO_2 abaixo de 60 mmHg ou SatO_2 menor que 90%) ou sinais de esforço respiratório moderado a grave, apesar de suplementação de oxigênio; instabilidade hemodinâmica não responsiva ao volume e evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica, identificadas em avaliação clínica ou laboratorial devem ser internadas em unidades de terapia intensiva.

Além disso, os sinais e os sintomas no Quadro 3 podem ser associados com evolução para condições clínicas graves:

Quadro 3 – Sinais e sintomas de agravamento

- Persistência ou retorno da febre.
- Recusa alimentar que impacte na aceitação de líquidos por via oral, redução de diurese, vômitos incoercíveis.
- Taquipneia de acordo com faixa etária, com aumento do esforço respiratório (batimento de aletas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome).
- Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente).
- Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar).
- Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores).
- Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores).
- Palidez cutânea e hipoxemia (SpO₂ < 94%).
- Alteração do sensório (confusão mental, sonolência, letargia).
- Taquicardia, perfusão capilar periférica lentificada, acompanhados ou não de hipotensão arterial (de acordo com faixa etária).
- Desidratação.
- Exacerbação de doença preexistente.

- Definiu-se que os critérios clínicos de alta hospitalar devem levar em conta a melhora do quadro clínico, a ausência de taquidispneia e hipóxia, a ausência de suplementação de O₂ por tempo mínimo de 24 horas, a estabilidade hemodinâmica, a boa aceitação de via oral e a ausência de febre.
- O reaparecimento de taquicardia, recidiva de febre, piora de estado geral ou dos sintomas respiratórios indicam necessidade de retorno imediato da criança que já tenha obtido alta dos serviços de saúde.
- Houve consenso que se deve prescrever oseltamivir em pacientes com SRAG sem diagnóstico, conforme o protocolo vigente para a síndrome. A prescrição poderá ser revista a partir da identificação do agente etiológico por meio de exame laboratorial, considerando que o oseltamivir não possui atividade contra SARS-CoV-2.
- Não foi recomendado uso profilático de antibióticos, mas o uso deve ser considerado a partir da suspeita de infecção bacteriana associada.
- Recomenda-se que pacientes graves, sem confirmação etiológica de Covid-19, sejam manejados conforme protocolo de SRAG e que o tratamento de suporte tenha ênfase na reversão de hipoxemia. A indicação de ventilação mecânica deverá seguir protocolos pediátricos de ventilação protetora em pacientes com Sara.
- Ademais, em pacientes com diagnóstico específico de Covid-19, os glicocorticoides não devem ser prescritos rotineiramente, uma vez que não existem evidências de seu benefício na infecção por SARS-CoV-2. No entanto, podem ser considerados em situações específicas, em que haja indicação clara para sua utilização.

- Sendo o isolamento domiciliar considerado alternativa para o caso suspeito, provável ou confirmado de Covid-19, deverão ser seguidas as recomendações estabelecidas pela Atenção Primária à Saúde em seu protocolo de manejo clínico.
- De acordo com boas práticas assistenciais, exames laboratoriais ou de imagem em crianças que não apresentam critérios de gravidade não são preconizados. Exames adicionais poderão ser solicitados para avaliação de complicações, condições associadas ou gravidade clínica.
- Pautados na falta de evidências que corroborem a suspensão do aleitamento materno, considerando que o leite materno de mãe infectada proverá ao RN anticorpos contra SARS-CoV-2, que até o momento não foram registrados casos graves em RN, que existem diversos benefícios já comprovados do aleitamento materno pele a pele, os especialistas recomendaram que o aleitamento não deve ser suspenso, mas é imperativo que a mãe seja orientada sobre adoção das medidas necessárias de precaução: higienização rigorosa de mãos e uso de máscara cirúrgica durante o contato com o filho.
- No paciente hospitalizado, de acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a suspensão de medidas de isolamento é possível diante do preenchimento dos seguintes critérios: desaparecimento de febre na ausência de antitérmicos, melhora de sinais e sintomas clínicos e negatificação de testes moleculares. Diante da indisponibilidade de testes moleculares, considerando que o paciente grave possivelmente apresenta maior viremia e encontra-se em ambiente onde outros pacientes seriam grupos de riscos para evolução com gravidade, o isolamento deverá ser mantido durante tempo de internação hospitalar.
- Em relação ao tipo de isolamento respiratório: existem evidências de que a transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, principalmente, por meio de gotículas. No entanto, ressalta-se que procedimentos geradores de aerossóis estão associados à necessidade de isolamento respiratório com uso da máscara facial N95. Essa questão é importante devido à grande utilização de práticas de micronebulização em Postos de Saúde e serviços de urgência. Seria desejável que, quando disponível, fosse priorizada a utilização de aerocâmaras (*spray* com espaçador) para administração de medicamentos. Diante da indisponibilidade de tê-las, os ambientes de micronebulização deverão estar bem ventilados, sem a exposição de pacientes que não apresentem quadros respiratórios e com a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados pela equipe de saúde.

Abordagem no atendimento a pacientes adultos/idosos

Para o atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico dos casos. Em pacientes com SRAG ainda sem diagnóstico laboratorial, não retardar o uso do oseltamivir iniciando até 48 horas utilizando as doses recomendadas no protocolo do tratamento das síndromes respiratórias/*influenza* do Ministério da Saúde. A prescrição poderá ser revista a partir da identificação do agente etiológico por meio de exame laboratorial, considerando que o oseltamivir não possui atividade contra SARS-CoV-2.

Foi consenso entre os especialistas, que pacientes com fatores de risco para complicações deverão ser avaliados por equipe de saúde, independentemente da presença de febre ou sinais de gravidade. Ademais, indivíduos de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda deverão ter indicação de internação hospitalar.

Recomenda-se que pacientes com diagnóstico de SRAG sejam hospitalizados, sendo que os casos identificados com os sintomas de gravidade a seguir listados sejam internados em leito de terapia intensiva:

- Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina).
- Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia (PaO₂ abaixo de 60 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%.
- Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.

Sendo o isolamento domiciliar considerado alternativa para o caso suspeito, provável ou confirmado de Covid-19, deverão ser seguidas as recomendações estabelecidas pela Atenção Primária à Saúde em seu protocolo de manejo clínico. O reaparecimento dos sinais de agravamento indica necessidade de retorno imediato do paciente que já tenha obtido alta aos serviços de saúde.

Houve consenso sobre internar os pacientes graves sem diagnóstico ou com resultado negativo. No caso de teste negativo, repetir o PCR entre 48-72h desde o primeiro teste negativo, e realizar exame do trato respiratório inferior.

A indicação de intubação orotraqueal (EOT) deverá seguir os critérios de indicação para insuficiência respiratória. Regra geral, o grupo asseverou que sejam seguidas as recomendações de manejo habitual para paciente com síndrome gripal ou SRAG, divergindo apenas em questões que são essencialmente de vigilância e

da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): isolamentos de coorte, fluxos unidirecionais, e outros.

Não foi recomendado o uso de antibiótico profilático, mas o uso deve ser considerado a partir da suspeita de infecção bacteriana associada.

Houve ampla discussão sobre o uso de ventiladores microprocessadores sem e com turbina em momento de mitigação, evidenciando os prós e os contras de diferentes ventiladores. Segundo representantes da Associação de Medicina Intensiva Brasileira nessa situação específica, será aceito o uso de tais aparelhos.

CONCLUSÕES

Nos dois dias da consulta, foi possível observar o comprometimento dos especialistas em proporcionar apoio ao Ministério da Saúde para a prevenção e controle da Covid-19 no País.

Os resultados da consulta mostraram que medidas de saúde pública associadas a cuidados clínicos podem potencializar a resposta à epidemia do novo coronavírus. A escassez de evidências científicas sobre o manejo clínico de pacientes com Covid-19 foi reconhecida por todos os participantes, que recomendaram a realização de ensaios clínicos adaptativos e multicêntricos que possam produzir evidências claras e fortes de como manejar e tratar pacientes com a doença.

Sobre o uso de corticoides, foi consenso contra indicá-lo no tratamento da Covid-19 pelas evidências científicas de malefícios desse tratamento em doenças virais.

Todos os grupos recomendaram seguir as orientações do protocolo de SRAG e de síndrome gripal do Ministério da Saúde, que recebeu, mais uma vez, a validação de sua qualidade. A utilização de outros instrumentos, desenvolvidos por associações de profissionais que têm sido amplamente utilizados, foram reconhecidos e recomendados para o manejo clínicos de pacientes com Covid-19.

Notou-se uma preocupação intensa com a proteção e a orientação aos recursos humanos em saúde frente à epidemia do novo coronavírus.

Houve intensa discussão sobre isolamento domiciliar, tendo sido levantada a necessidade de resolver ou prevenir as questões trabalhistas que surgirão com essa recomendação.

Todos os grupos reconheceram que no Brasil esse contingenciamento deverá ser particularizado e regionalizado, devido à expectativa de a pandemia ocorrer em diferentes momentos de pico no Brasil.

Os consensos e as recomendações da consulta poderão subsidiar de forma assertiva as tomadas de decisões dos gestores do sistema público de saúde

brasileiro e da saúde complementar e contribuir para o acúmulo de conhecimento e evidências sobre o manejo de pacientes com Covid-19.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017. Brasília, 2018.

Manejo clínico de pacientes adultos/idosos com Covid-19

1. 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*.

2. Tian S, Hu N, Lou J, Chen K, Kang X, Xiang Z, et al. Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *Journal of Infection*.

3. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*.

4. Zhang J-J, Dong X, Cao Y-Y, Yuan Y-D, Yang Y-B, Yan Y-Q, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *European journal of allergy and clinical immunology*.

5. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*.

6. Wu J, Liu J, Zhao X, Liu C, Wang W, Wang D, et al. Clinical Characteristics of Imported Cases of COVID-19 in Jiangsu Province: A Multicenter Descriptive Study. *Clinical Infectious Diseases*.

7. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*.

8. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*.

9. Li K, Wu J, Wu F, Guo D, Chen L, Fang Z, et al. The Clinical and Chest CT Features Associated with Severe and Critical COVID-19 Pneumonia. *Investigative Radiology*.

10. Liu W, Wang F, Li G, Wei Y, Li X, He L, et al. Analysis of 2019-nCoV Infection and Clinical Manifestations of Outpatients: An Epidemiological Study from the Fever Clinic in Wuhan, China. Rochester, NY: Social Science Research Network. *The Lancet*.

11. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020.

12. Sun P, Qie S, Liu Z, Ren J, Jianing Xi J. Clinical characteristics of 50466 patients with 2019-nCoV infection. medRxiv. 1o de janeiro de 2020;2020.02.18.20024539

13. Diseases KS of I, Diseases KS of PI, Epidemiology KS of, Therapy KS for A, Prevention KS for HIC and, Prevention KC for DC and. Report on the Epidemiological Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. *Journal of Korean Medical Science [Internet]*. 3 de fevereiro de 2020 [citado 9 de março de 2020];35(10).

Manejo clínico de pacientes gestantes com Covid-19

- 1.Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet* [Internet]. 2020.
- 2.Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr* 2020; 9(1):51-60.
- 3.Liu W, Wang Q, Zhang Q, Chen L, Chen J, Zhang B, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy: A Case Series. Preprints [Internet].
- 4.Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: What obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2020.
- 5.World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020.
- 6.Schwartz DA, Graham AL. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses*. 2020;12(2):1–16.
- 7.Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet* [Internet]. 2020;6736(20):2019–20.
- 8.Favre G, Pomar L, Musso D, Baud D. 2019-nCoV epidemic: what about pregnancies? *Lancet* [Internet]. 2020;395(10224):e40.
- 9.Luca DD. Managing neonates with respiratory failure due to SARS-CoV-2. *The Lancet Child & Adolescent Health*.

Manejo clínico de pacientes pediátricos com Covid-19

- 1.Wang D, Ju XL, Xie F, Lu Y, Li FY, Huang HH, et al. Clinical analysis of 31 cases of 2019 novel coronavirus infection in children from six provinces (autonomous region) of northern China. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2 de março de 2020;58(4):E011.
- 2.Feng K, Yun YX, Wang XF, Yang GD, Zheng YJ, Lin CM, et al. Analysis of CT features of 15 Children with 2019 novel coronavirus infection. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 16 de fevereiro de 2020;58(0):E007. <https://bit.ly/2PQicgk>
- 3.Cai J, Xu J, Lin D, Yang Z, Xu L, Qu Z, et al. A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clin Infect Dis* [Internet]. [citado 3 de março de 2020].
- 4.Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang Z-J. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China. *JAMA* [Internet]. 14 de fevereiro de 2020.
- 5.Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*. 15 de fevereiro de 2020;395(10223):514–23.
- 6.Kam K, Yung CF, Cui L, Lin Tzer Pin R, Mak TM, Maiwald M, et al. A Well Infant with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with High Viral Load. *Clin Infect Dis* [Internet].

7. David A. Schwartz and Ashley L. Graham. Potential Maternal and Infant Outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) Infecting Pregnant Women Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses* [Open Access Journal]. 10 de fevereiro de 2020.
8. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World Journal of Pediatrics*.
9. World Health Organization. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020.
10. Chen Z-M, Fu J-F, Shu Q, Chen Y-H, Hua C-Z, Li F-B, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World J Pediatr* [Internet]. 5 de fevereiro de 2020.

PARTICIPANTES DO CONSENSO

ADRIANA CAVALCANTI ALVES
AILTON CEZAREO ALVES JUNIOR
ALBERTO CHEBABO
ANA TANDAZO
ANDRE CELESTINO NEDER KALIL
ANDRE MACHADO DE SIQUEIRA
ANDRE RICARDO RIBAS FREITAS
CARLOS JULIO RODRIGUES TAVERAS
CARLOS MAGNO CASTELO BRANCO FORTALEZA
CARLOS ROSERO
CLAUDIO MARCEL BERDUN STADNIK
CLOVIS ARNS DA CUNHA
DAIANA ARAUJO DA SILVA
DANIELA CALDAS TEIXEIRA
DANIELA FORTUNATO RÊGO
DARIO BROCK RAMALHO
DARIO FLORES
DENISE MACHADO MEDEIROS
DOUGLAS FERRARI
DUILIO SALVADOR NUNEZ
ELISA BARROSO DE AGUIAR
ESTEVÃO PORTELA NUNES
FERNANDA LUIZA HAMZE
GUILLERMO DAVID PORRAS
HECTOR CHIPARELLI PRANZO
HO YEH LI
HUGO BOECHAT ANDRADE
HUGO CHACON
IARA MORENO LINHARES
JAIME TORRES
JARDÊNIA MAÇAL ROSA

JOANNA PAULA FREIRE DE LIMA SILVA
JOSE DAVID URBAEZ
JOSÉ PAULO PEREIRA JUNIOR
JOVANA SANCHEZ
JULIO HENRIQUE ROSA CRODA
LAINA SANTIAGO NONATO COSTA
LEONARDO GOMES MENEZES
MARA RUBIA DE MOURA
MARCELO DE OLIVEIRA MAIA
MARCIO BORGES SÁ
MARCO AURELIO PALAZZI SAFADI
MARCOS ANTÔNIO CAVALCANTI GALLINDO
MARGARETH DALCOLMO
MARIA PAULA DELLA LATTA
MIRIAM TERESA CALVARI
MONICA CRISTIANA THORMANN
NANCY CRISTINA JUNQUEIRA BELLEI
NESTOR OMAR RAIMONDI
PÂMELA MOREIRA COSTA DIANA
PAOLA VELEZ SOLORZANO
PAULA MARIA RAIA ELIAZAR
PAULINA CELI
RAMIRO PUETATE
RENATO DE ÁVILA KFOURI
ROBINSON DIAS DE MEDEIROS
ROBSON WILLIAM DE MELO MATOS
SAMANTA FURTADO
SERGIO CIMERMAN
SILVIO VEJA
TALES SHINJU SANAKUCHI MINEI
TANIA DO SOCORRO SOUZA CHAVES
TANIA MARIA MARCIAL AMARAL
THIAGO COSTA LISBOA
VICTOR BERTOLLO GOMES PORTO



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL