

**CORONAVÍRUS
COVID-19**

**PROTOCOLO PARA
REGULAÇÃO DA
REDE DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA
LIGADA À COVID-19
DA IV GERES -
PERNAMBUCO**

**NOTA TÉCNICA SOBRE A COVID-19 Nº1
CARUARU 2020**



PROTOCOLO PARA REGULAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA LIGADA A COVID-19 DA IV GERES - PERNAMBUCO

Coordenação

Carolina Albuquerque da Paz
Nara Portela Miranda
Amanda Soares de Vasconcelos
Janaína Karin de Lima Campos
Iasmine Andreza Basílio dos Santos Alves

Organização

Maria Eduarda de Araújo Nogueira
Maria Gabriella Leite Silva
Natalya Juliana da Silva

Colaboração

Andrey Rafael Pereira Damasceno
Caroline Pontes da Silva Santos
Deyverson Eduardo da Silva
Douglas Richard Carlos da Silva
Ednaldo Valença Batista Júnior
Erlyson Julio Bezerra de Melo
Evelliny Gomes da Silva
Gabrielly Meir Canuto de Medeiros
Gilmar Rodrigues Pinto Cunha
Guilherme Fávero Quinágua
Joice Thayná Menezes Souza Leão
José Igor Moura de Arruda
José Venâncio Martinho Queiroz dos Santos
Larissa Marinho da Silva
Lucas Iago Bezerra Monteiro
Luciano José de Matos Almeida Filho
Luiz Gustavo Costa Neves
Maria Aparecida de Souza
Maria Eduarda de Araújo Nogueira
Maria Gabriella Leite Silva
Matheus Felipe Dantas Krause
Natalya Juliana da Silva
Paulo Heinrich Soares Bomtempo
Pedro Henrique Melo e Costa
Ritchele Vieira de Melo
Thaís Morghana de Albuquerque Pontes
Thiago Cabral da Costa Aragão
Tiago Augusto Braga de Vasconcelos

Revisão Técnica

Maria Aparecida de Souza
Ritchele Vieira de Melo
Carolina Albuquerque da Paz

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Maria Eduarda de Araújo Nogueira
Maria Gabriella Leite Silva
Natalya Juliana da Silva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização dos leitos de retaguarda microrregionais.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Integrantes do processo de regulação e suas atribuições.

Quadro 2 – Relação dos sintomas mais frequentes e dos menos frequentes apresentados pelos pacientes COVID-19.

Quadro 3 – Estratificação de acordo com os sintomas respiratórios e fatores de risco para complicações.

Quadro 4 – Classificação do risco dos pacientes.

Quadro 5 – Fluxo de acesso aos leitos.

Quadro 6 – Referências Microrregionais.

Quadro 7 – Forma de comunicação com a Central de Leitos da IV GERES.

LISTA DE SIGLAS

2019-nCoV	<i>Novo Coronavírus</i>
AIDS	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida</i>
AVE	<i>Acidente Vascular Encefálico</i>
CID	<i>Classificação Internacional de Doenças</i>
CIEVS-PE	<i>Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco</i>
CIR	<i>Comissão Intergestores Bipartites</i>
DHL	<i>Desidrogenase Láctica</i>
ESPIN	<i>Emergência de Saúde Pública de Importância Emergencial</i>
FR	<i>Frequência Respiratória</i>
GERES	<i>Gerência Regional de Saúde</i>
HIV	<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>
HMG	<i>Hemograma</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corpórea</i>
LACEN-PE	<i>Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco</i>
LINASP	<i>Liga Nordestina de Assistência, Educação e Saúde</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
PCR	<i>Proteína-C Reativa</i>
RT-PCR	<i>Reação de Transcrição Reversa em Cadeia de Polimerase</i>
RUE	<i>Rede de Urgência e Emergência</i>
SARA	<i>Síndrome da Angústia Respiratória</i>
SARS-CoV-2	<i>Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2</i>
SATO2	<i>Saturação de Oxigênio</i>
SES	<i>Secretaria Estadual de Saúde</i>
SG	<i>Síndrome Gripal</i>
SIM	<i>Sistema de Informação de Mortalidade</i>
SRAG	<i>Síndrome Respiratória Aguda Grave</i>
TNF- α	<i>Fator de Necrose Tumoral – α</i>
UPA	<i>Unidade de Pronto Atendimento</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
OBJETIVOS	9
AÇÕES	10
<i>Regulação dos leitos</i>	10
<i>Público alvo deste protocolo</i>	11
APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO COVID-19	13
<i>Sinais/Sintomas</i>	13
<i>Exame Físico</i>	16
<i>Estratificação de Risco</i>	16
DEFINIÇÕES DE CASOS CONFIRMADOS	18
SITUAÇÃO DE ÓBITO	19
REGULAÇÃO DOS LEITOS	20
<i>Seção 1</i>	20
<i>Seção 2</i>	21
FLUXO DE ACESSO AOS LEITOS	22
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	26

INTRODUÇÃO

A pandemia do COVID-19, causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), foi iniciada em dezembro de 2019 em Wuhan, província de Hubei, China e foi concretizada como pandemia global pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. No mundo, até o dia 06 de abril de 2020, foram confirmados 1.210.956 casos de COVID-19 e 67.594 óbitos, apresentando uma taxa de letalidade de 5,6%. No Brasil, até esta mesma data, foram validados 12.056 casos de COVID-19 e 553 óbitos, com taxa de letalidade de 4,6% (OMS, 2020).

Pernambuco possui 184 municípios mais a ilha de Fernando de Noronha e para que o suporte à saúde seja garantido à todas estas localidades, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) criou as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Cada uma delas é responsável por um conjunto de cidades e assim podem atuar de forma mais regionalizada na atenção básica, na reestruturação da Rede Hospitalar e outras atividades ligadas ao processo saúde - doença da comunidade adscrita.

A IV GERES regula, monitora e avalia as metas estabelecidas nos planos estaduais de saúde. Também coordena a construção da Rede de Atenção Regional, com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Os municípios atendidos por esta Regional são: Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru (Sede), Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Pannels, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes. Os municípios da IV GERES são divididos em 4 microrregiões:

- **Microrregião VI:** Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Riacho das Almas, São Caetano e Pannels;
- **Microrregião VII:** Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, São Joaquim do Monte e Sairé;
- **Microrregião VIII:** Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, São Bento do Una, Pesqueira, Poção, Sanharó e Tacaimbó;
- **Microrregião IX:** Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.

Os ordenamentos legais que embasam esse protocolo são:

- Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que define que saúde é um direito de

todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

- A Portaria do Ministério da Saúde nº 188 de 03/02/2020 declara Emergência de Saúde Pública de importância Emergencial (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), que causa a doença chamada COVID-19;
- Lei Federal nº 13.979, de 06/02/2020, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da epidemia do COVID-19;
- Portaria do Ministério da Saúde nº 356, de 11/03/2020, que estabelece as medidas de enfrentamento a nova doença;
- Decreto Estadual nº 48.809, de 14/03/2020, do governo do estado de Pernambuco também descreve as medidas de enfrentamento ao COVID-19;
- Resolução nº 386, de 07/04/2020, Comissão Intergestores Bipartite Regional da IV GERES, que aprova a implantação de Leitos de Retaguarda para o enfrentamento do COVID-19 na IV GERES, em hospitais sob gestão municipal;
- Ofício do Conselho Federal de Medicina nº 1756/2020, de 19/03/2020, que reconhece a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina, aperfeiçoa em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da COVID-19;
- Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste protocolo é organizar o fluxo de pacientes para internação nos leitos disponíveis para os indivíduos sintomáticos respiratórios ou com COVID-19, como descrito no artigo 3 da Resolução Comissão Intergestores Bipartite Regional da IV GERES nº 386, de 07/04/2020. A partir desse processo, objetiva-se também ofertar apoio técnico-científico para o cuidado dos pacientes com COVID-19 internados nos leitos especificados na citada resolução.

De maneira específica, visa-se:

- Indicar o perfil dos pacientes que vão ser admitidos nos leitos COVID-19, em consonância com o perfil do hospital, através de protocolos;
- Orientar que leito um paciente vai ocupar a partir do perfil estabelecido por esse protocolo, com base em parâmetros clínicos e na estrutura hospitalar disponível;
- Otimizar a utilização dos leitos para o melhor cuidado das pessoas;
- Prevenir a ocorrência de casos graves com um melhor manejo das condições que seriam fatores de risco para o agravamento da COVID-19;
- Monitorar diariamente os pacientes internados nesses serviços;
- Indicar critérios de alta hospitalar, garantindo a rotatividade dos leitos, indicando o monitoramento dos casos leves em domicílio;
- Fornecer orientações técnicas aos profissionais de saúde em torno da abordagem às famílias dos pacientes que precisem de internação hospitalar consequente da COVID-19;
- Monitorar os óbitos dos pacientes que estavam em internação hospitalar consequente da COVID-19.

AÇÕES

Regulação dos leitos

Os leitos que serão regulados a partir desse protocolo são de 2 modalidades:

- Modalidade 1: leitos em Hospitais Municipais com estrutura mínima;
- Modalidade 2: leitos em Hospitais Municipais habilitados na Rede de Urgência e Emergência (RUE) ou leitos de municípios de referência microrregional

A estrutura física, humana e de insumos de cada unidade hospitalar será monitorada diariamente, podendo a unidade ter sua modalidade alterada.

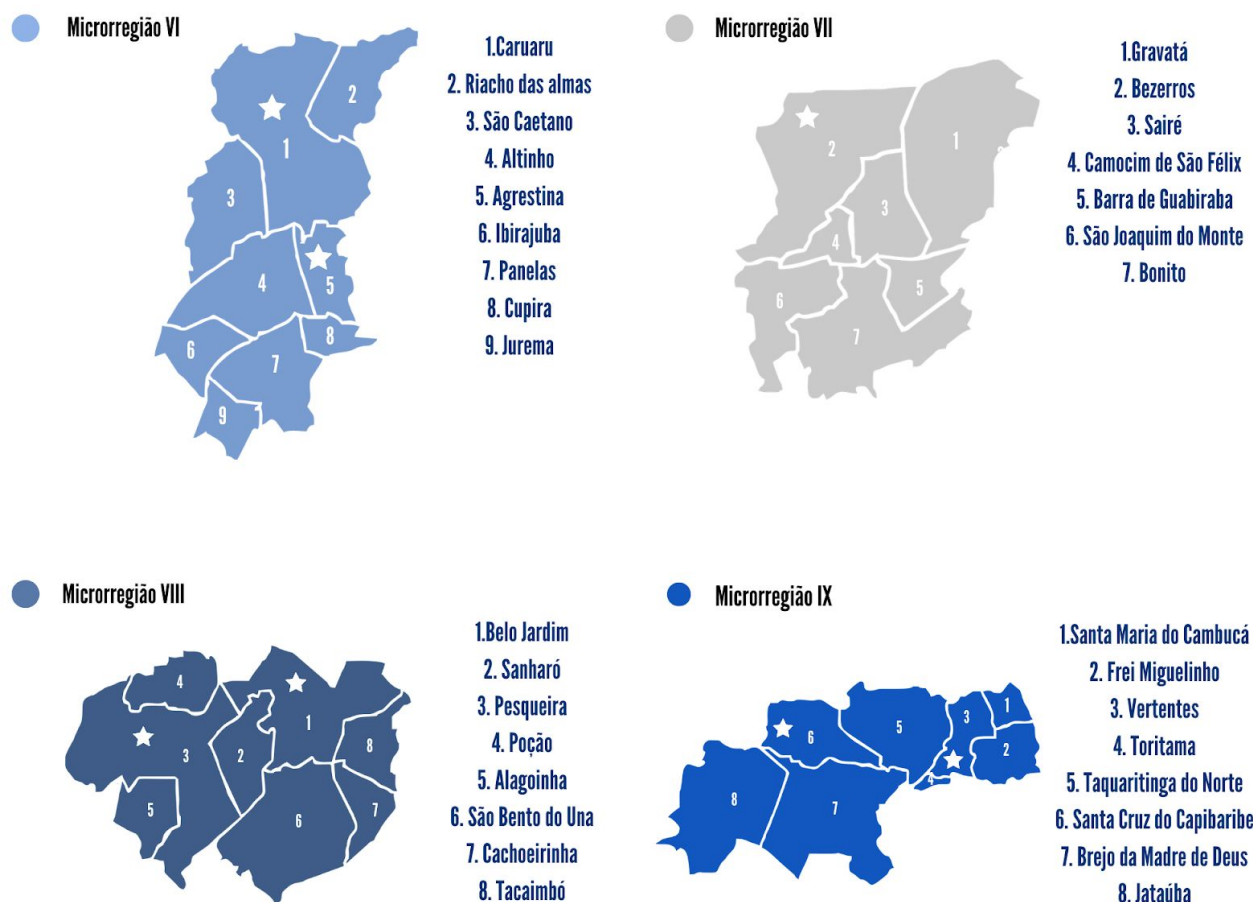
A distribuição dos leitos clínicos disponibilizados para Covid-19 pelos municípios da IV GERES está descrita no Anexo 1, ao final do documento.

Os leitos de retaguarda municipal Modalidade 1 receberão pacientes dos próprios municípios, e os leitos da Modalidade 2, receberão pacientes dos próprios municípios mas, também poderão receber pacientes de outros municípios encaminhados pela Central de Leitos Regional da IV Geres, funcionando como referências microrregionais, conforme pactuações da Comissão Intergestores Bipartite Regional da IV GERES (Resoluções CIR IV GERES nºs 386 e 388/2020).

Os leitos de referência microrregional, Modalidade 2, estarão nas unidades de internamento dos municípios abaixo:

- Caruaru: leitos de referência para a VI Microrregião de Saúde;
- Agrestina e Bezerros: leitos de referência para a VII Microrregião de Saúde;
- Belo Jardim e Pesqueira: leitos de referências para a VIII Microrregião de Saúde;
- Santa Cruz do Capibaribe e Vertentes: leitos de referência para a IX Microrregião de Saúde.

Figura 1. Localização dos leitos de retaguarda microrregionais.



☆ Leitos de retaguarda microrregional COVID-19

Fonte: Autores (2020).

Público alvo deste protocolo

A equipe multiprofissional que vai compor a força de trabalho envolvida no processo de regulação dos leitos de retaguarda da IV região de saúde. O quadro abaixo (quadro 1) discrimina os integrantes das equipes de trabalho e suas atribuições.

Quadro 1. Integrantes do processo de regulação e suas atribuições.

Integrante das equipes	Atribuições
Médico regulador	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos - Realizar as ações de regulação a partir desse protocolo, indicando os leitos a serem ocupados pelos pacientes; - Preceptorar as ações dos estudantes de medicina; - Monitorar as atividades dos estudantes e dar feedback quando necessário; - Orientar os outros profissionais de saúde acerca dos cuidados que podem ser ofertados a partir do estabelecido neste protocolo; - Informar ao coordenador médico quaisquer decisões que forem tomadas que não estejam estabelecidas no protocolo; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe;
Estudante de medicina regulador	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Realizar (sob orientação) às ações de regulação a partir desse protocolo, indicando os leitos a serem ocupados pelos pacientes; - Orientar os demais profissionais de saúde acerca dos cuidados que podem ser ofertados a partir do estabelecido neste protocolo; - Referenciar ao médico regulador quaisquer situações que fugirem ao estabelecido neste protocolo. OBS: Está vedado ao estudante realizar ações de regulação ou orientação clínica que não esteja no protocolo; - Se comunicar permanentemente com a referência clínica da unidade hospitalar, recebendo informações clínicas relevantes sobre as pessoas internadas; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe;
Apoiador técnico da GERES	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Alimentar a planilha central de leitos da IV GERES com as informações fornecidas pela referência clínica e técnica da unidade hospitalar em tempo real; - Informar a equipe sobre qualquer alteração na estrutura física, humana e material das unidades hospitalares; - Se comunicar permanentemente com as referências técnicas das unidades hospitalares, sendo a referência para qualquer informação; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe;
Apoiador técnico professor	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Monitorar as atividades dos estudantes, corrigindo percursos e dando feedback quando necessário; - Preceptorar as ações dos estudantes de medicina; - Elaborar protocolo de manejo clínico e outros cuidados às pessoas com COVID-19 internados nas unidades hospitalares e seus familiares; - Viabilizar apoio psicológico a estudantes e demais profissionais envolvidos nessas ações; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe;
Referência clínica da unidade hospitalar	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Prestar informações clínicas sobre os pacientes internados nos leitos COVID-19 quando solicitado; - Articular ações de cuidados como orientado neste protocolo com demais profissionais de saúde de sua unidade hospitalar; - Comunicação permanentemente com médicos reguladores e estudantes, sendo a referência para informação clínica sobre as pessoas internadas; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe;

Referência técnica da unidade hospitalar	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Prestar informações técnicas sobre a estrutura física, humana e material dos leitos COVID-19 quando solicitado; - Articular ações de cuidados como orientado neste protocolo com demais profissionais de saúde de sua unidade hospitalar; - Se comunicar permanentemente com o apoiador técnico da GERES, sendo a referência para qualquer informação técnica sobre a unidade hospitalar; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe.
Coordenador médico	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Aprovar os protocolos desenvolvidos; - Servir de referência clínica para a tomada de decisões que fogem ao estabelecido pelo protocolo; - Se comunicar permanentemente com as equipes de trabalhos, colhendo informações relevantes para tomada de decisão; - Articular com a Gerência da IV GERES e a SES quaisquer necessidades clínicas advindas do processo de regulação dos leitos e cuidado das pessoas internadas nos leitos; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe.
Coordenador técnico da GERES	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Aprovar os protocolos desenvolvidos; - Se comunicar permanentemente com as equipes de trabalhos, colhendo informações relevantes para tomada de decisão; - Articular com a Gerência da IV GERES e a SES quaisquer necessidades advindas do processo de regulação dos leitos e cuidado das pessoas internadas nos leitos; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe.
Gestor municipal de referência	- Colaborar com o desenvolvimento dos protocolos; - Aprovar os protocolos desenvolvidos; - Apoiar as ações desenvolvidas por sua equipe nas unidades hospitalares; - Informar à coordenação técnica da GERES e à coordenação médica quaisquer informações importante sobre alteração de número de leitos e estrutura física, humana e material dos leitos; - Trabalhar em conjunto com os demais membros da equipe.

Fonte: Autores (2020).

A equipe deverá ser regionalizada, para a criação de vínculo com os profissionais da rede hospitalar da região. Cada equipe contará com médico regulador, estudantes de medicina, apoiador técnico da GERES, apoiador técnico professor, referências clínicas das unidades hospitalares e referências técnicas das unidades hospitalares.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO COVID-19

Sinais/Sintomas

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos ocorre principalmente com o contato de gotículas

respiratórias oriundas de pessoas infectadas, sintomáticas ou assintomáticas. O período de incubação é estimado de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias.

A apresentação clínica se assemelha a sintomas leves de pneumonia viral e a gravidade da doença varia de leve a grave (Quadro 2). Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam doença leve, 14% apresentam doença grave e 5% apresentam doença crítica. Relatórios iniciais sugerem que a gravidade da doença está associada à idade avançada e à presença de condições de saúde subjacentes. Alguns pacientes podem ser minimamente sintomáticos ou assintomáticos.

Quadro 2: Relação dos sintomas mais frequentes e dos menos frequentes apresentados pelos pacientes COVID-19.

Sintomas mais comuns	Sintomas menos comuns
Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) Tosse Dispneia Mialgia Fadiga	Anorexia Produção de escarro Dor de garganta Confusão Tonturas Dor de cabeça Dor no peito Hemoptise Diarreia (raro) Náusea/vômito (raro) Dor abdominal Congestão conjuntival Anosmia súbita ou hiposmia

Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Mais especificamente podemos dividir em:

- **Síndrome Gripal (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.
 - a) **Em crianças:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
 - b) **Em idosos:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):** Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax/dor no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto

OU que evoluiu para óbito por SRAG independente da internação.

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

As alterações em exames complementares mais comuns são infiltrados bilaterais nos exames de imagem de tórax, linfopenia no hemograma e aumento da proteína C-reativa. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA.

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 ≥ 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).

Exame Físico

A ausculta pulmonar pode apresentar: estertores inspiratórios, estertores e/ou respiração brônquica em pacientes com pneumonia ou dificuldade respiratória. Pacientes com dificuldade respiratória podem apresentar taquicardia, taquipnéia ou cianose acompanhada de hipóxia.

Dessa forma, recomenda-se que o exame físico seja composto de:

- Avaliação do padrão respiratório: tosse e/ou dispneia;
- Aferição de temperatura axilar; frequência cardíaca, frequência respiratória e oximetria de pulso;
- Auscultação pulmonar: presença de estertores inspiratórios, estertores e/ou respiração brônquica em pacientes com pneumonia ou dificuldade respiratória;
- Avaliação de sinais de cianose e hipóxia.

Estratificação de Risco

Ao final da avaliação inicial, todos os pacientes devem ser estratificados de acordo com os sintomas respiratórios e fatores de risco para complicações (Quadro 3).

Quadro 3 - Estratificação de acordo com os sintomas respiratórios e fatores de risco para complicações.

1) Sintomas Respiratórios	2) Fatores de risco para complicações clínicas:
a)Trato respiratório superior: I) Tosse, coriza, dor de garganta ou febre II) Ausência dos critérios atribuídos ao trato respiratório b)Trato respiratório inferior: I) SatO ₂ < 92% e/ou FR >22	I) Idade ≥ 65 anos II) Presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer) III) Uso de corticóide ou imunossupressores
Definir se os sintomas são do trato respiratório <u>superior</u> ou <u>inferior</u>	Definir se a pessoa é <u>baixo risco</u> (ausência dos fatores acima) ou <u>alto risco</u> (presença de um ou mais dos fatores de risco acima)

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (2020).

Essa estratificação será primordial para a regulação de leitos e a teleconsultoria. A partir dela, os pacientes serão classificados em grupos A, B, C e D (Quadro 4):

Quadro 4- Classificação do risco dos pacientes.

Fatores de risco	Sintomas respiratórios	
	Superior	Inferior
Alto risco	Grupo B	Grupo D
Baixo risco	Grupo A	Grupo C

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (2020).

DEFINIÇÕES DE CASOS CONFIRMADOS

A definição de casos confirmados pode ocorrer por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico, como segue:

- Por critério laboratorial:

a) Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2): resultado detectável para o SARS-Cov-2 em amostra coletada preferencialmente até o sétimo dia de início dos sintomas, podendo ser coletada até o décimo dia, processada em laboratório público ou privado. No caso de laboratório privado, o laudo precisa ser validado pelo laboratório de referência (LACEN-PE)

OU

b) Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos IgM e/ou IgG, em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas).

- Por critério clínico-epidemiológico:

Caso suspeito da COVID-19 com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

OBSERVAÇÕES:

- Todos os casos são de notificação compulsória: ver NOTA TÉCNICA - SES - Secretaria de Vigilância em Saúde - Nº 6/2020.
- A referida nota também traz os critérios de coleta de material para a realização do exame RT-PCR. O site o CIEVS-PE sempre mantém essas informações atualizadas: <https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>
- Os CID-10 que devem ser utilizados são: U07.1 Diagnóstico de COVID-19 confirmado por exames laboratoriais; OU U07.2 Diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível. Na falta do CID U07.1 na base de registro, o CID B34.2 — Infecção por coronavírus de localização não especificada — pode ser utilizado.

SITUAÇÃO DE ÓBITO

O Ministério da Saúde orienta que os lançamentos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) usem o código CID-10 B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) e como marcador, o código U04.9 (Síndrome Respiratória Aguda Grave –SARS). Essa orientação será mantida até que as tabelas com os novos códigos definidos pela OMS sejam atualizadas nos sistemas de informação e que seja publicada a edição atualizada da 10ª Classificação Internacional de Doenças em língua portuguesa que, no momento, encontra-se em fase de revisão. Vê também NOTA TÉCNICA - SES - Secretaria de Vigilância em Saúde - Nº 6/2020.

REGULAÇÃO DOS LEITOS

Como há 2 modalidades de leitos, essa parte terá 2 seções. A primeira é dedicada aos leitos da modalidade 1 (leitos em Hospitais Municipais com estrutura mínima). A segunda seção definirá o protocolo da modalidade 2 de leitos, em Hospitais Municipais habilitados na Rede de Urgência e Emergência (RUE) e em hospitais de municípios de referência para a microrregião de saúde.

Para facilitar a leitura das seções, define-se prioritariamente o seguinte perfil de pacientes para cada modalidade de leito:

- **Modalidade 1:** paciente com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 que, por sua condição clínica ou social, não apresentam indicação de tratamento em domicílio, mas também não apresentam Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) ou outra condição clínica que indique internamento hospitalar em leitos de referência de alta complexidade.
- **Modalidade 2:** a prioridade desses leitos é para paciente com diagnóstico de COVID-19 internado em hospital de referência de maior complexidade, porém apresenta condição clínica suficientemente boa para dar continuidade ao tratamento a nível hospitalar de média complexidade. Os pacientes desse perfil não receberam alta hospitalar; eles apenas estão com indicação de sair de um hospital de maior complexidade para outro de média complexidade.

Seção 1

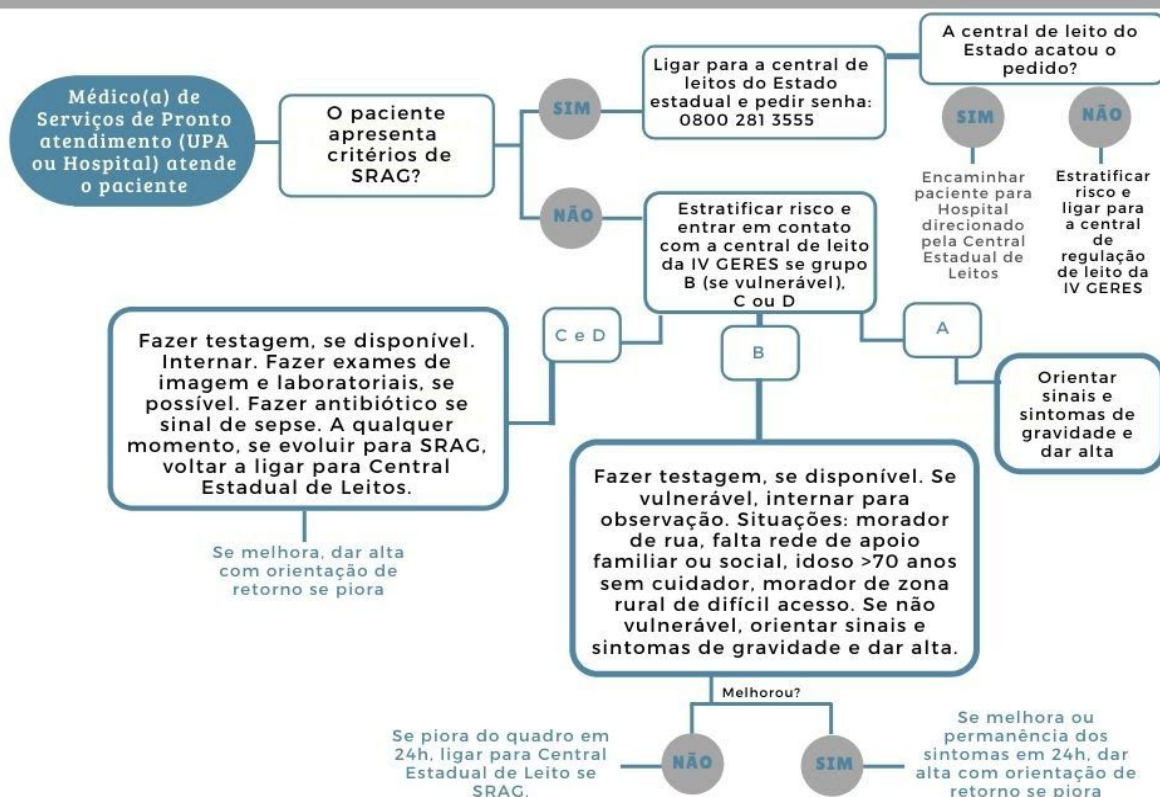
Perfil de paciente para ocupação do leito (Quadro 5):

Prioridade:

1. Paciente do grupo D de estratificação, mas que não fecham diagnóstico de SARS ou teve leito recusado pela central de leitos do estado considerando o estado clínico do paciente.
2. Paciente do grupo C de estratificação, mas que não fecham diagnóstico de SARS ou teve leito recusado pela central de leitos do estado considerando o estado clínico do paciente.
3. Paciente do grupo B de estratificação com questões sociais de vulnerabilidade (morador de rua, falta rede de apoio familiar ou social, idoso >70 anos sem cuidador, morador de zona rural de difícil acesso).

Quadro 5 - Fluxo de acesso aos leitos.

FLUXO DE ACESSO AOS LEITOS



Fonte: Autores (2020).

Seção 2

A prioridade desses leitos é para paciente com diagnóstico de COVID-19 internado em hospital de referência de maior complexidade, porém apresenta condição clínica suficientemente boa para dar continuidade ao tratamento a nível hospitalar de média complexidade. Os pacientes desse perfil não receberam alta hospitalar; eles apenas estão com indicação de sair de um hospital de maior complexidade para outro de média complexidade.

Perfil de pacientes que vão para esses leitos:

1. Paciente com diagnóstico de COVID-19 internado em hospital de referência de maior complexidade, porém apresenta condição clínica suficientemente boa para dar continuidade ao tratamento a nível hospitalar de média complexidade. Os pacientes desse perfil não receberam alta hospitalar; eles apenas estão com indicação de sair de um hospital de maior complexidade para outro de média

complexidade.

FLUXO DE ACESSO AOS LEITOS

- Diariamente, até às 11h da manhã, os Hospitais de Referência de Leito COVI-19 de alta complexidade vão informar à Central de Leito da IV GERES, através de formulário específico, todos as pessoas com perfil determinado por este protocolo;
- Até às 13h, a Central de Leito da IV GERES vai realizar a verificação de todos os perfis de pacientes e indicar os leitos que os mesmos vão ocupar;
- Até às 14h, os Hospitais de Referência de Leito COVI-19 de alta complexidade vão receber o retorno através do sistema da disponibilidade dos leitos, indicando os hospitais que os mesmos serão transferidos, assim como o contato das referências técnicas dos hospitais que receberão esses pacientes para viabilização de transporte;
- Lembrando que os leitos da modalidade 2 serão micro regionalizados, como estabelecido pela Resolução nº 386/2020, da Comissão Intergestores Bipartite Regional da IV Região de Saúde (Quadro 6).

Quadro 6- Referências Microrregionais.

Cidade/ Unidade de Referência	Microrregião
Caruaru (Hospital Municipal Manoel Afonso Porto Neto)	Referência para a VI Microrregião de Saúde: Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Riacho das Almas, São Caetano e Panelas.
Agrestina (Hospital Filantrópico) e Bezerros (Hospital de Campanha)	Referência para a VII Microrregião de Saúde: Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, São Joaquim do Monte e Sairé.
Belo Jardim (Hospital Regional Júlio Alves de Lira) e Pesqueira (Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba)	Referências para a VIII Microrregião de Saúde: Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, São Bento do Una, Pesqueira, Poção, Sanharó e Tacaimbó
Vertentes (Unidade Mista Benjamim Bezerra da Silva) e Santa Cruz do Capibaribe (Hospital de Campanha)	Referência para a IX Microrregião de Saúde: Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.

Fonte: Autores (2020).

- Na impossibilidade de regionalizar o paciente, tendo vaga em outros hospitais, se o médico regulador ou estudante de medicina indicar um leito em outro hospital fora da microrregionalização, essa ação deverá ter autorização do Coordenador técnico da GERES.
- Em caso de paciente do grupo D ou C de estratificação mas que não fecham diagnóstico de SARS ou teve leito recusado pela central de leitos do estado considerando o estado clínico do paciente e que o médico ou estudante de medicina

regulador deseja indicar um leito dessa modalidade, deve receber autorização do coordenador médico e do Coordenador técnico da GERES.

Forma de comunicação com a Central de Leitos da IV GERES (Quadro 7):

Quadro 7 - Forma de comunicação com a Central de Leitos da IV GERES.

Público-alvo	Leito Modalidade 1: Médico(a)s de Serviços de Pronto atendimento (UPA ou Hospital) no qual não existe leito disponível para internamento.
	Leito Modalidade 2: Representantes dos Hospitais de Referência de Leito COVI-19 de alta complexidade.
Porta de entrada ao serviço de regulação de leitos	Formulário eletrônico: https://forms.gle/vo2MzeT55Ske8J9e6
	Funcionamento: O link do formulário eletrônico será divulgado entre os usuários-alvo do serviço de regulação de leitos. Periodicamente os reguladores irão verificar as entradas dos formulários.
	E-mail: central.leitos.ivgeres@gmail.com
	Funcionamento: O solicitante encaminhará a demanda por e-mail para a central de regulação de leitos. Periodicamente, os reguladores irão verificar a caixa de entrada do e-mail para encaminhar as solicitações.
Registro de teleconsultoria	Horário de atendimento: Segunda à sexta das 7h às 19h / sab-dom das 9h às 17h.
	Planilha eletrônica de acompanhamento.
	Funcionamento: O regulador irá registrar o atendimento na planilha eletrônica de acompanhamento e encaminhará a solicitação para o teleconsultor da respectiva microrregião. O teleconsultor irá realizar o atendimento, registrando o encaminhamento na plataforma. Ambos os serviços, de teleconsultoria e regulação, serão registrados em suas respectivas planilhas.
Gestão de leitos	Horário de atendimento: Segunda à sexta das 7h às 21h / sab-dom das 9h às 17h.
	Planilha eletrônica.

Fonte: Autores (2020).

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>> Acesso em: 10 jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Regulamenta, em caráter excepcional e temporário, as ações de Telemedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>> Acesso em: 10 jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2020 fev 4; Seção Extra:1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>> Acesso em: 10 jun. de 2020.

BRASIL. Secretaria Geral. Gabinete do Ministro. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 fev. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm> Acesso em: 10 jun. de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Ofício CFM nº 1756/2020, de 19 de março de 2020. CFM: Brasília, DF, 19 mar. 2020. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf> Acesso em: 10 jun. de 2020.

PERNAMBUCO. Gabinete do Governador. Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020.

Regulamenta, no Estado de Pernambuco, medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, conforme previsto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial do Estado**, Recife, PE, 14 mar. 2020. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=49417&tipo=TEXTATOATUALIZADO>> Acesso em: 10 jun. de 2020.

PERNAMBUCO. SVS. **Nota Técnica nº 6 de 5 de abril de 2020**. Vigilância Epidemiológica e laboratorial na epidemia da COVID-19. Disponível em <<https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>> Acesso em: 09 de junho de 2020

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) 2020**. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>> Acesso em: 10 jun. de 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – Leitos a serem regulados pela Central de Regulação Regional IV GERES.

MUNICÍPIO	Nº DE LEITOS	UNIDADE DE INTERNAMENTO
AGRESTINA	20 leitos de retaguarda microrregional	LINASP - LIGA NORDESTINA DE ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E SAÚDE
ALAGOINHA	7	UNIDADE MISTA MARIA ELIZIARIA PAES
ALTINHO	6	UNIDADE MISTA DO ALTINHO
BARRA DE GUABIRABA	4	POLICLÍNICA PRESIDENTE CASTELO BRANCO - ANEXO DA U.M. PAULO VIANA DE QUEIRÓZ
BELO JARDIM	20 (8 leitos municipais e 12 leitos de retaguarda microrregional)	HOSPITAL REGIONAL JÚLIO ALVES DE LIRA
BEZERROS	31	HOSPITAL DE CAMPANHA BEZERROS
BONITO	10	UPA - ANEXO DO HOSPITAL DR. ALBERTO D'OLIVEIRA
BREJO DA MADRE DE DEUS	10	POLICLÍNICA JERÔNIMO TAVARES
CACHOEIRINHA	10	CEO - ANEXO DO HOSPITAL MUNICIPAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CAMOCIM SÃO FÉLIX	5	U.M. NOSSA SENHORA DO BOM PARTO
CARUARU	73 (52 leitos municipais e 21 leitos de retaguarda microrregional)	HOSPITAL MUNICIPAL MANOEL AFONSO PORTO NETO
CUPIRA	8	HOSPITAL JOSÉ VERÍSSIMO DE SOUZA
FREI MIGUELINHO	8	HOSPITAL JOÃO ALEXANDRE DE OLIVEIRA
GRAVATÁ	20	HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
IBIRAJUBA	4	U.M. PROFESSOR JORGE DE OLIVEIRA
JATAÚBA	7	U.M. ANA ARGEMIRA CORREIA
JUREMA	4	UNIDADE MISTA SANTA QUITÉRIA
PANELAS	5	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
PESQUEIRA	12 leitos microrregionais	HOSPITAL MUNICIPAL DR. LÍDIO PARAÍBA
POÇÃO	1	CENTRO CATEQUÉTICO- ANEXO DA UNIDADE MISTA SÃO SEBASTIÃO
RIACHO DAS ALMAS	10	UNIDADE MISTA JOÃO SOARES DA FONSECA

SAIRÉ	5	U.M. OLÍVIA MENDONÇA SOUTO MAIOR
SANHARÓ	3	UNIDADE MISTA JOÃO XXIII
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	65 (55 leitos municipais e 10 leitos de retaguarda microrregional)	HOSPITAL DE CAMPANHA
SANTA MARIA DO CAMBUCÁ	0	-
SÃO BENTO DO UNA	60	HOSPITAL MARIA TEREZA MENDONÇA
SÃO CAETANO	10	HOSPITAL ADOLFO PEREIRA CARNEIRO
SÃO JOAQUIM DO MONTE	6	UNIDADE MISTA PRESIDENTE CASTELO BRANCO
TACAIMBÓ	0	-
TAQUARITINGA DO NORTE	14	HOSPITAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
TORITAMA	38	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA
VERTENTES	20 (10 leitos municipais e 10 leitos de retaguarda microrregional)	UNIDADE MISTA DR. BENJAMIM BEZERRA DA SILVA
Total	496	

Fonte: Coordenação de Planejamento e Regulação/IV GERES – SES (PE).

Nota: os municípios em destaque são os da Modalidade 2.