

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DE DISSEMINAÇÃO DO NOVO CORONAVÍRUS (2019) NO HC CRIANÇA (21/03/2020)

Introdução

Considerando a epidemia pelo novo coronavírus/Covid-2019 identificado inicialmente em Wuhan (província de Hubei - China), que foi declarada pandemia global pela Organização Mundial de Saúde em 11/03/2020, e que o número de casos confirmados da doença tem aumentado significativamente no Brasil, em especial no Estado de São Paulo. **Desde 20/03/2020 o Ministério da Saúde considera haver transmissão comunitária em todo o Brasil. No Estado de São Paulo, quarentena foi decretada por 15 dias a partir de 24/03/2020.**

Apresentamos aqui o plano de contingência do HC Criança, elaborado em alinhamento com o Protocolo de manejo dos casos suspeitos e confirmados para infecção humana pelo Novo Coronavírus (CoViD-2019) do HCFMRP-USP.

Não são esperados muitos casos pediátricos com critérios de gravidade. Em crianças, as informações são limitadas. Entre todos os casos confirmados na China, apenas 2,1% eram menores de 20 anos, 1% menores de 10 anos e nenhuma morte ocorreu em menores de 10 anos. Os sinais e sintomas podem ser mais leves do que em adultos: febre, tosse, congestão nasal e rinorreia. O vírus pode estar presente até 22 dias em secreção respiratória e até 30 dias em fezes (após início dos sintomas) (1).

O período de incubação pode variar entre 2 e 14 dias. A transmissão do vírus ocorre por secreções respiratórias (tosse ou espirro), contato pessoal próximo, tocar em superfícies contaminadas com o vírus.

Na China, um estudo retrospectivo envolvendo 366 crianças abaixo de 16 anos internadas com sintomas respiratórios, Covid-2019 foi identificado em apenas 6 pacientes (1,6%). Os acometidos tinham idade mediana de 3 anos (1 a 7 anos) e eram previamente saudáveis. As características comuns eram febre alta ($> 39^{\circ}\text{C}$), tosse e vômitos. Os principais achados laboratoriais foram linfopenia, leucopenia e neutropenia. Os achados da tomografia de tórax foram velamentos em vidro fosco bilaterais. Quatro tinham pneumonia viral. Uma criança foi admitida na UTI Pediátrica,

tendo recebido imunoglobulina endovenosa e terapia de suporte, e sobreviveu (2). Em outro estudo chinês, foram avaliados 731 casos confirmados e 1412 casos suspeitos de Covid em crianças. A idade mediana foi de 7 anos, mas foram acometidas crianças em todas as faixas etárias. A maioria (90%) era assintomática ou casos leves a moderados. Os casos críticos corresponderam a 0,6% do total de crianças. Não foram informados os detalhes sobre os principais desfechos, mas houve uma morte em adolescente do sexo masculino com 14 anos de idade (3).

Em neonatos, até o momento foram relatados dois casos confirmados, não sendo possível descartar a transmissão vertical, embora esta seja pouco provável. Um painel de especialistas preparou recomendações baseadas na literatura e nas doenças anteriores causadas por coronavírus (4). As recomendações incluem:

- As manifestações clínicas são inespecíficas, podendo incluir febre ou hipotermia, sintomas respiratórios e circulatórios, recusa alimentar, letargia, vômito, diarreia e distensão abdominal.
- Achados laboratoriais incluem leucopenia e linfopenia, plaquetopenia, aumento de CK, fosfatase alcalina, TGO, TGP e LDH.
- Achados radiológicos em radiografias e ultrassonografia serão de pneumonia. Tomografia de tórax deve demonstrar os achados típicos.
- A coleta de amostra para detecção viral deve ser feita em diferentes sítios, com pelo menos duas amostras de tipos diferentes: secreção respiratória superior, secreção respiratória inferior, ou sangue. Podem ainda ser coletados fezes e urina.
- O tratamento é de suporte, com quarentena. Hospitalizar somente neonatos sintomáticos. Neonatos com sinais de gravidade devem ser internados em UTI neonatal ou pediátrica. Nos pacientes com SDRA grave, considerar uso de surfactante em doses elevadas, óxido nítrico inalado e ventilação de alta frequência. Considerar ainda terapia lenta de substituição renal (CRRT) e oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). Antibióticos, especialmente de amplo espectro, devem ser evitados, sendo utilizados somente se infecção bacteriana for confirmada. Não há evidências para uso de imunoglobulina, interferon, corticosteroides ou drogas antivirais existentes.

- Transporte deve ser feito em incubadoras de transporte com ventiladores de transporte, monitorização e material de emergência. O veículo deve ser desinfetado antes e depois do transporte.
- Em caso de mães com infecção confirmada, o aleitamento materno está contraindicado. O neonato deve ser isolado da mãe e ser alimentado com leite humano de banco de leite ou fórmula láctea.

Definição de caso suspeito

A definição de caso suspeito será a mesma recomendada pelo Ministério da Saúde (5), tendo sido simplificada com a ocorrência de transmissão comunitária em todo o Brasil, a saber:

1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) (simplificado e adaptado para o HC Criança):

- 1.1. **Paciente ambulatorial:** pessoa que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório.
- 1.2. **Paciente internado:** pessoa que apresente febre nas últimas 24 horas (que não possa ser explicada pela doença ou condição de base do paciente) **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (que não possam ser explicados pela doença ou condição de base do paciente).

2. CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- 2.1. **CONTATO DOMICILIAR:** caso suspeito e que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias. Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

3. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

- 3.1. **LABORATORIAL:** Caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real;
- 3.2. **CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** Caso provável para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

Importante:

- 1. Embora exista a possibilidade de co-infecção por Covid-19 e outros vírus, adotaremos o critério epidemiológico e assumiremos que um paciente com resultado positivo para outros vírus respiratórios é considerado descartado para Covid-19.**

Definições

- 1. FEBRE:** Considera-se febre aquela acima de 37,8°; alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.
- 2. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS:** Tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia.
- 3. CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:**
 - 3.1. Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
 - 3.2. Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, sendo tossida, tocando tecidos de papel usados com a mão nua);
 - 3.3. Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros (segundo o Ministério da Saúde) ou 1 metro (segundo recomendação CCIH-HCFMRP-USP);
 - 3.4. Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
 - 3.5. Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19 sem equipamento de proteção individual recomendado (EPI) ou com uma possível violação do EPI;
 - 3.6. Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19, seus acompanhantes

ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

4. **CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:** Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.

Critérios de gravidade (indicam internação em enfermaria)

O paciente deve preencher pelo menos um dos critérios:

- Taquipneia:
 - Adultos e adolescentes: > 24 irpm;
 - Crianças: FR ≥ 60 irpm para < 2 meses; ≥ 50 irpm para 2–11 meses; ≥ 40 irpm para 1–5 anos; > 30 irpm para > 5 anos;*
- Hipoxemia (SaO₂ < 93%);

Critérios para doença crítica (indicam internação em UTI)

- Ausência de melhora na SaO₂ com oferta de oxigênio;
- Hipotensão:
 - Adultos: PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg;
 - Crianças: PA sistólica < esperado para idade (considerar que hipotensão é um sinal tardio em crianças)[†]
- Alteração do tempo de enchimento capilar:
 - Vasodilatação (choque quente, enchimento capilar rápido, mais comum em adultos) ou vasoconstrição periférica (choque frio, enchimento capilar > 2 segundos, mais comum em crianças);[‡]
- Alteração do nível de consciência;
- Oligúria.

Restrição de visitantes e acompanhantes

Todas as visitas estão suspensas por tempo indeterminado.

* Os critérios foram adaptados para crianças, de acordo com as recomendações do Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV), Ministério da Saúde, Brasil, 2020.

[†] De acordo com o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*: RN, 60 mm Hg; < 1 ano, 70 mm Hg; 1–10 anos, 70 + [2 x idade (em anos)] mm Hg; ≥ 10 anos, 90 mm Hg.

[‡] Os critérios foram adaptados para crianças, de acordo com as recomendações de Davis et al (2017) (6).

Os acompanhantes de pacientes da Enfermaria poderão ser substituídos apenas uma vez por dia e o novo acompanhante passará por triagem.

Nas UTIs (UTIP e UTIN) o acompanhante poderá permanecer somente durante parte do dia (a ser definido por cada setor), não sendo permitida permanência no período noturno. O conforto de acompanhantes do 1º andar será desativado.

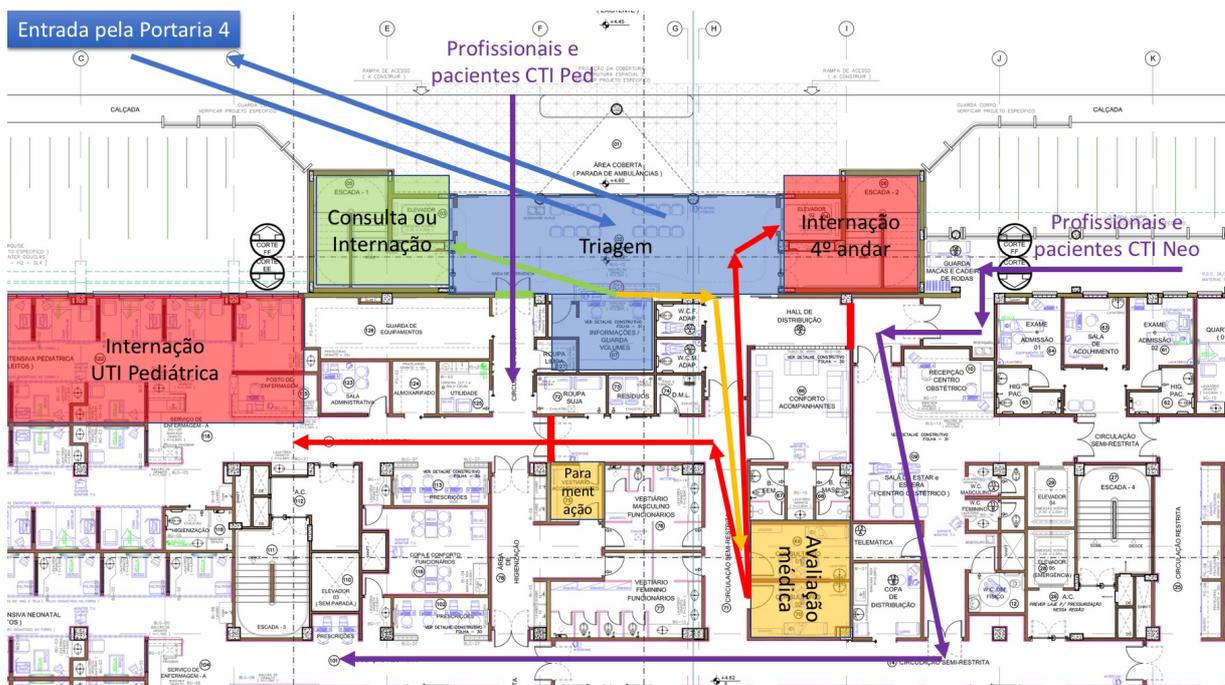
Em hipótese alguma será permitido acompanhante com febre ou sintomas respiratórios.

Triagem sistemática

Será feita triagem sistemática de todos os pacientes e acompanhantes que comparecerem ao HC Criança, para atendimento ambulatorial ou internação. A triagem será feita pela equipe de enfermagem no saguão do primeiro andar ou antes da internação, conforme os critérios listados anteriormente. Durante a triagem, o profissional de saúde usará máscara cirúrgica e ficará a pelo menos 1 metro de distância do paciente.

O esquema de triagem para os pacientes pediátricos está apresentado na **Figura 1**.

Figura 1. Esquema de triagem pediátrica no 1º andar do HC Criança.



Os pacientes pediátricos entrarão no HC apenas pela Portaria 4. Serão triados na área aberta do 1º andar do HC Criança (área azul). Os casos não suspeitos serão encaminhados para atendimento ambulatorial normal no 2º andar ou para internação no 4º andar (área verde).

Os casos suspeitos que não puderem ser encaminhados para casa serão encaminhados para avaliação médica em ambiente privativo (área amarela). Um médico residente (do PA de Pediatria, em horário comercial, ou da Enfermaria, fora do horário comercial) irá se paramentar completamente (avental, gorro, óculos, luvas e máscara cirúrgica sobre máscara N95) para avaliar o paciente. Se necessário, discutir por telefone o caso com os médicos assistentes do PA de Pediatria ou da Enfermaria, ou ainda com as equipes de especialistas, podendo o especialista ir até a área amarela (deve ser evitado). O paciente pode ser liberado para sua residência (quarentena domiciliar), ou encaminhado para internação no 4º andar (Ala A) ou CTI Pediátrico (ambas áreas vermelhas). Haverá alterações nos fluxos de funcionários e pacientes, o que será discutido com os setores do andar.

Todos os casos identificados como suspeitos devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica do HCFMRP-USP.

Uma vez identificado o caso suspeito, seguir o fluxo descrito a seguir e notificar o caso ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH-HCRP):

- Unidade de Emergência: ramal 65-9112 ou 1276 e Bipe 1125, de 2ª a 6ª feira – horário 7h30 às 19h00;
- Campus: ramal 2203 ou 2204 – 2ª a 6ª feira – horário 7h30 às 17h00;
- Em horários de não funcionamento do NVEH, notificar à Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (DVE-SMS): 16 99762-8004 2ª a 6ª feira – horário 19h00 às 22h00; finais de semanas e feriados 7h00 às 19h00;
- Em horários de não funcionamento da DVE-SMS, notificar ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE): 0800-555466.

Manejo dos casos suspeitos identificados em triagem

Paciente não internado que vem para consulta ambulatorial ou atendimento fora de dia

- Identificar o caso suspeito em triagem – se for considerado caso suspeito e tiver sinais de gravidade ou realmente necessitar de avaliação especializada, receberá atendimento prioritário em sala privativa (área amarela) e avaliação médica (ver acima). Ao final da avaliação, considerar dispensa para a residência (casos não graves) em quarentena domiciliar, ou internação, se houver critérios de gravidade ou doença crítica.
- Para o paciente – máscara cirúrgica, higienização das mãos e etiqueta respiratória.
- Para o profissional – máscara cirúrgica sobre máscara N95, avental e luva de procedimento; gorro e óculos somente para coleta de secreção respiratória ou procedimentos (exame de vias aéreas, coleta de swab, intubação, aspiração).
- Para os familiares – higienização das mãos e máscara cirúrgica.

Paciente que chega para internação eletiva ou para avaliação especializada (oncologia e nefrologia)

- Se for em horário comercial, proceder como acima.
- Se for fora do horário comercial: Identificar o caso suspeito em triagem – atendimento prioritário em sala privativa (na enfermaria pediátrica, quarto 407 ou na sala amarela do 1º andar) e avaliação médica por equipe de hospitalistas ou pela especialidade que normalmente presta cuidado ao paciente. Ao final da avaliação, considerar dispensa para a residência (casos não graves) em quarentena domiciliar, ou internação, se houver critérios de gravidade ou doença crítica ou se houver indicação de internação pela especialidade. Neste caso, discutir o caso com a CCIH para que seja solicitada Pesquisa de Vírus Respiratórios – será realizada inicialmente pesquisa de VSR e Influenza A e B, caso seja positivo, fica descartado Covid; caso seja negativo, será feita pesquisa de Adenovírus e Coronavírus.
- Para o paciente – máscara cirúrgica, higienização das mãos e etiqueta respiratória.
- Para o profissional – máscara cirúrgica sobre máscara N95, avental e luva de procedimento; gorro e óculos somente para coleta de secreção respiratória ou procedimentos (exame de vias aéreas, coleta de swab, intubação, aspiração).
- Para o acompanhante – máscara N95, luvas, avental e etiqueta respiratória.

Paciente já internado no HC Criança

- Identificar o caso suspeito através de triagem e/ou da anamnese e exame clínico – avaliação médica imediate por equipe de hospitalistas ou pela especialidade que normalmente presta cuidado ao paciente. Ao final da avaliação, considerar alta para a residência (se for possível, casos não graves) em quarentena domiciliar. Discutir o caso com a CCIH para que seja solicitada Pesquisa de Vírus Respiratórios. Caso não seja possível a alta, acomodar o paciente em quarto privativo ou isolamento (preferencialmente com pressão negativa ou com antecâmara, ver Plano de Contingência).
- Para o paciente – máscara cirúrgica, higienização das mãos, restringir transportes intra- e inter-hospitalares.
- Para o profissional – máscara cirúrgica sobre máscara N95, avental e luva de procedimento; gorro e óculos somente para coleta de secreção respiratória ou procedimentos (exame de vias aéreas, coleta de swab, intubação, aspiração).
- Para o acompanhante – máscara N95, luvas, avental e etiqueta respiratória.

Transporte do caso suspeito, provável ou confirmado

Casos suspeitos, prováveis ou confirmados que cheguem ao hospital em ambulância devem estar em uso de máscara cirúrgica, exceto se estiverem entubados. Os profissionais de saúde que irão receber o paciente deverão estar usando EPI completo (avental, luva, máscara N95, gorro e óculos). A necessidade de uso de óculos e gorro, além dos demais equipamentos mencionados, é justificada pela possibilidade de intercorrências que possam demandar a retirada da máscara do paciente. O paciente deve ser encaminhado imediatamente para a unidade de internação.

O transporte para realização de exames complementares, especialmente tomografia de tórax, deve ser realizado também com EPI completo e o paciente com máscara cirúrgica (sobre o dispositivo de suporte ventilatório) ou entubado. O setor de destino deve ser comunicado previamente que o caso é suspeito, provável ou confirmado de Covid.

Plano de contingência da Pediatria

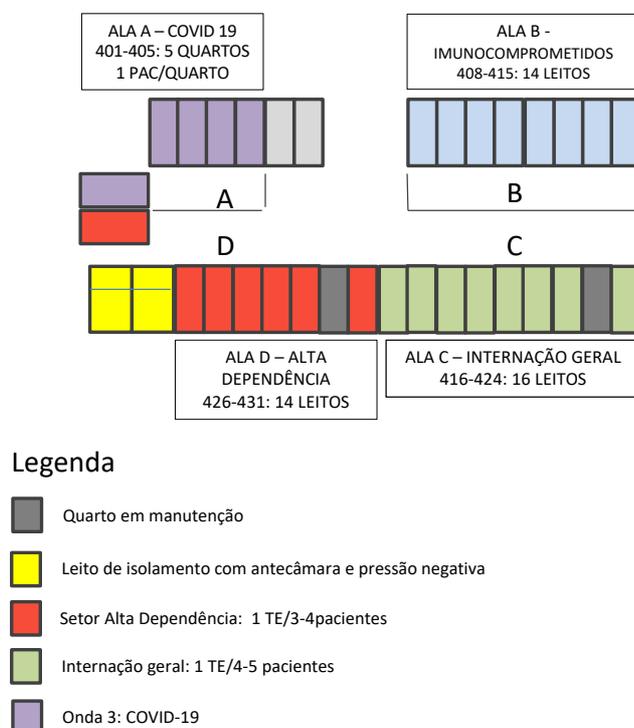
Alinhando este plano de contingência com os protocolos do HCFMRP-USP, será adotada uma estratégia em ondas, conforme a seguir:

- **1ª onda** – Os pacientes serão atendidos na Unidade de Emergência (possui plano próprio):
 - Casos originários do sistema de saúde serão inicialmente avaliados na Sala de Urgência Pediátrica da UE; casos identificados no HC Criança serão encaminhados preferencialmente na UE, exceto se houver contraindicação médica, caso em que serão internados diretamente no HC Criança (ver 2ª onda).
 - Casos graves e não críticos: leitos na Enfermaria de Moléstias Infeciosas Pediátricas. Se for necessário, transferir pacientes não suspeitos para a Enfermaria Pediátrica Geral da UE ou para a Enfermaria Pediátrica do HC Criança (mediante consulta com hospitalistas).
 - Casos graves e críticos: UTI Pediátrica (4 leitos, sendo 1 leito de isolamento, certificado com pressão negativa). Ao ser internado o 1º caso, os demais pacientes serão transferidos imediatamente para a UTI Pediátrica do HC Criança. Possibilidade de abertura de 4 leitos adicionais (que estão atualmente fechados), ampliando a capacidade instalada.
 - Gestantes serão atendidas no Centro Obstétrico conforme abaixo.
- **2ª onda** – Os pacientes serão internados no HC Criança:
 - Casos originários do sistema de saúde serão inicialmente avaliados na Sala de Urgência Pediátrica da UE e, se necessário, internados no HC Criança; casos identificados no HC Criança serão internados diretamente no HC Criança.
 - Casos graves e não críticos: 1 leito de isolamento na UCI Neonatal (antecâmara), e 2 leitos de isolamento na Enfermaria Pediátrica (certificados com pressão negativa) (**Figura 2**).
 - Casos graves e críticos: UTI Pediátrica do 1º andar (14 leitos ativos e 2 extras, sendo 1 leito de isolamento com antecâmara), ocupando inicialmente o isolamento e, se houver mais casos, há duas opções para isolamento em coorte:

- Separação da UTI em dois setores no mesmo espaço físico, com separação de equipes, um para casos suspeitos e outro para casos não suspeitos;
- Separação da UTI em setores diferentes, sendo um setor na UTI do 3º andar (prazo de 14 dias para estar disponível) para casos não suspeitos, e outro setor na UTI do 1º andar, para os casos suspeitos.
- **3ª onda** – Adaptações em quartos do HC Criança:
 - Casos graves não críticos: poderão ser convertidos quartos duplos da Enfermaria Pediátrica (Ala A, até 5 pacientes nesta onda) (**Figura 2**) ou do Alojamento Conjunto em quartos privativos.
 - Casos graves e críticos: poderão ser instalados leitos intensivos em 1 ou 2 quartos de isolamento da Enfermaria Pediátrica ou do Alojamento Conjunto.
- **4ª onda** – Envolve ativação de setores atualmente não funcionantes ou internação de pacientes em ambientes não privativos:
 - Casos graves não críticos: abertura de leitos de isolamento (com antecâmara) na Enfermaria do 5º andar (prazo de 37 dias para liberação) ou ampliação dos quartos privativos na Enfermaria Pediátrica do HC Criança (redução dos leitos gerais);
 - Converter Hospital Dia em unidade exclusiva para COVID (8 leitos).

Figura 2. Distribuição de quartos da Enfermaria Pediátrica durante a pandemia de Covid-19.

Enfermaria de Pediatria – Distribuição dos leitos



Os pacientes internados em quartos de enfermaria do HC Criança (graves e não críticos) serão evoluídos e prescritos por um único médico da equipe que acompanha o paciente (cada equipe deve designar o profissional); caso o paciente não faça acompanhamento no HC Criança, será evoluído e prescrito pelo médico hospitalista.

Reserva de leitos hospitalares

Devido ao plano de contingência, serão inicialmente reservados para atendimento aos pacientes com Covid-2019 o seguinte número de leitos:

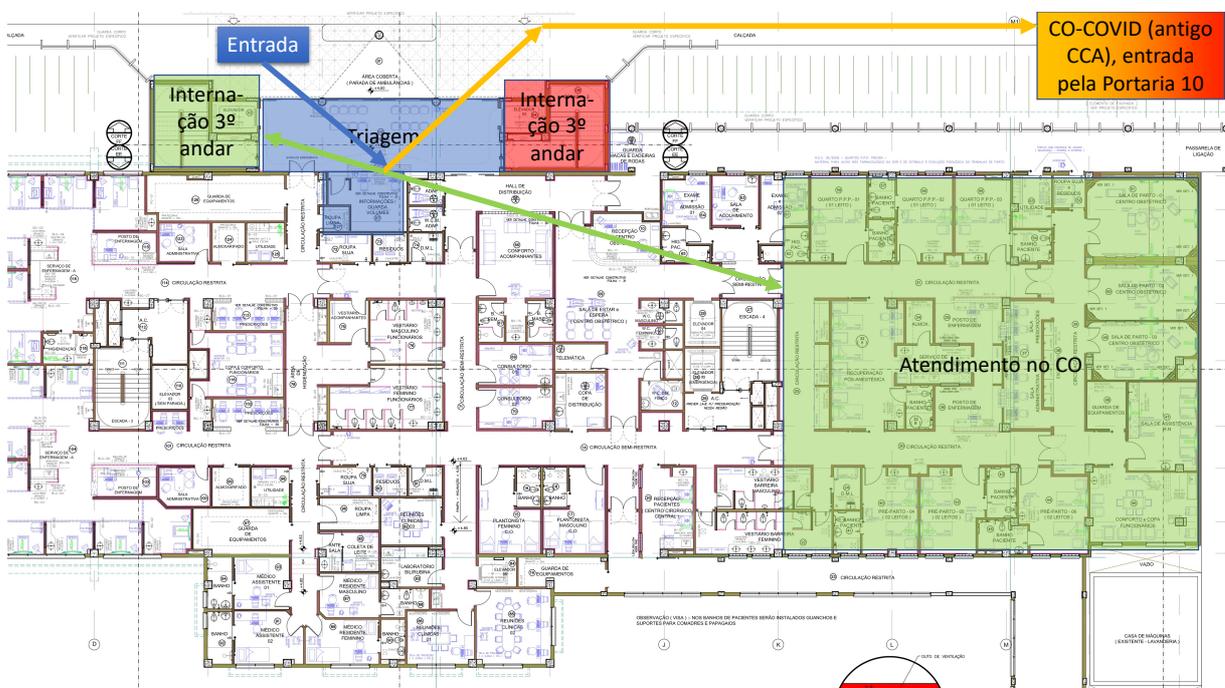
- UTI Pediátrica – 2 leitos (1 isolamento)
- UTI Neonatal – 2 leitos (1 isolamento)
- UCI Neonatal – 1 leito (1 isolamento)
- Alojamento Conjunto – 6 leitos (2 isolamentos, 2 quartos privativos)
- Enfermaria Pediátrica – 12 leitos (2 isolamentos, 5 quartos privativos)

Obstetrícia

Será feita triagem sistemática de todas as pacientes e acompanhantes que comparecerem ao HC Criança, para avaliação ou internação. A triagem será feita pela equipe de enfermagem no 1º andar do HC Criança. Durante a triagem, o profissional de saúde usará máscara cirúrgica e ficará a pelo menos 1 metro de distância do paciente.

O esquema de triagem para os pacientes obstétricas está apresentado na **Figura 3**.

Figura 3. Esquema de triagem obstétrica no 1º andar do HC Criança.



As pacientes obstétricas chegarão ao HC Criança pela rua. Serão triadas na área aberta do 1º andar do HC Criança (área azul). Os casos não suspeitos serão encaminhados para atendimento normal no CO ou para internação no 3º andar (área verde). Os casos suspeitos serão encaminhados para avaliação médica em ambiente privativo (área amarela CO-COVID) onde será avaliada pela equipe exclusiva desse setor. A paciente pode ser liberada para sua residência (quarentena domiciliar), ou encaminhada para internação no próprio CO-COVID ou CTI Adulto COVID, conforme avaliação clínica (todas áreas vermelhas). Haverá alterações nos fluxos de funcionários e pacientes, o que será discutido com os setores do andar.

Seguir as orientações acima para avaliação de casos suspeitos. Em caso de necessidade de internação:

- Casos não suspeitos, em trabalho de parto: serão atendidas normalmente no Centro Obstétrico.
- Casos suspeitos, graves não críticos, sem trabalho de parto: serão internadas nos quartos de isolamento da Enfermaria Obstétrica / Alojamento Conjunto do 3º andar (2 quartos). – 1ª onda
- Casos suspeitos, graves e críticos, sem trabalho de parto: serão internadas em UTI de adultos, conforme protocolo específico para pacientes adultos.
- Casos suspeitos, independente da gravidade, em trabalho de parto: serão admitidas e direcionada ao Centro Cirúrgico FAEPA (CO-COVID). Solicitar Pesquisa de Vírus Respiratórios (CCIH) – será realizada inicialmente pesquisa de VSR e Influenza A e B, caso seja positivo, fica descartado Covid; caso seja negativo, será feita pesquisa de Adenovírus e Coronavírus.

As puérperas suspeitas para Covid serão mantidas no CO-COVID em ambiente próximo aos seus recém-nascidos. O aleitamento materno pode ser feito sob livre demanda com orientações de uso de máscara simples e higienização das mãos. A alta hospitalar fica condicionada às condições clínicas da puérpera e às condições socioeconômicas e familiares favoráveis ao cuidado seguro do recém-nascido.

*Informações complementares sobre atendimento obstétrico e neonatal poderão ser emitidas oportunamente.

Reserva de leitos hospitalares

Devido ao plano de contingência, serão inicialmente reservados para atendimento aos pacientes com Covid-2019 o seguinte número de leitos:

- Alojamento Conjunto (dois leitos, isolamentos) Sala de parto (uma) no Centro Cirúrgico FAEPA;
- Leitos de pré-parto (dois leitos, isolamentos) no Centro Cirúrgico FAEPA (CO-COVID).

Medidas adicionais para contenção da disseminação do vírus

- Remarcação de 50-70% das consultas ambulatoriais
- Suspensão de cirurgias eletivas
- Suspensão de reuniões clínicas e/ou didáticas
- Restrição de visitas aos pacientes internados;
- Restrição do uso do conforto/refeitório de acompanhantes após as 22 horas;
- Afastamento de profissionais de saúde, por 10 dias, assintomáticos, que estiveram em países com alta incidência nos últimos 14 dias, devendo-se acionar a Vigilância Epidemiológica do Hospital.

Plano de atenção ao profissional de saúde

Serão realizados treinamentos constantes quanto ao uso de precauções universais, uso da máscara N95, luvas, avental e óculos, e higienização das mãos. Em caso de procedimentos que envolvam risco de respingos e/ou aerossóis, o profissional deve ainda usar gorro. Os aventais devem ser sempre trocados após o uso. Máscaras N95 devem ser utilizadas pelo mesmo profissional por até 30 dias, desde que acondicionada de forma adequada, em boas condições de uso (com vedação aceitável e tirantes elásticos íntegros) e não contaminada ou suja por fluidos corporais, conforme informação específica da CCIH. Luvas e gorros devem ser descartados a cada uso. Óculos devem ser desinfetados após cada uso.

Será oferecido aos profissionais de saúde instalações para que possam tomar banho ao final dos turnos de trabalho, antes de irem para suas residências.

Será feito monitoramento compulsório de temperatura corporal (medida por termômetro infravermelho) dos profissionais de saúde duas vezes por dia, no início e no final de cada turno de trabalho. A medida será feita pelo enfermeiro e pelo médico assistente do plantão. A forma como isto será feito ainda está em discussão.

- Profissionais de saúde que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado, ou que viajaram para áreas de alta transmissão e que estão ASSINTOMÁTICOS, deverão manter suas atividades profissionais realizando higienização rigorosa das mãos antes e após o contato com o paciente. O uso de máscara cirúrgica no paciente sintomático justifica-se devido à alta capacidade de contenção de partículas respiratórias.
- Profissionais de saúde que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado e que estão SINTOMÁTICOS devem afastar-se imediatamente de suas atividades

profissionais e buscar atendimento no SAMSP durante o período laboral para procedimentos de afastamento de suas atividades.

- Profissionais de saúde com sintomas respiratórios, mas sem vínculo epidemiológico devem ser avaliados pelo SAMSP.
- Médicos residentes e alunos com sintomas respiratórios devem permanecer afastados em casa durante 14 dias. Não é necessária avaliação médica, a menos que haja critérios de gravidade.
- Todas as equipes multiprofissionais devem considerar trabalhar em regime de revezamento semanal.

Referências

1. Wu Z, McGoogan JM: Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China [Internet]. *JAMA* 2020; 2019 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32091533>
2. Liu W, Zhang Q, Chen J, et al.: Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China [Internet]. *N Engl J Med* 2020; NEJMc2003717 Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2003717>
3. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al.: Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China [Internet]. *Pediatrics* 2020; e20200702 Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2020-0702>
4. Wang L, Shi Y, Xiao T, et al.: Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition) [Internet]. *Ann Transl Med* 2020; 8:47–47 Available from: <http://atm.amegroups.com/article/view/35751/html>
5. BRASIL: Notificação de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020; [cited 2020 Mar 14] Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>
6. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al.: American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock [Internet]. *Crit Care Med* 2017; 45:1061–1093 Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-201706000-00018>