

Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19

9ª Versão - 30/04/2021

Responsáveis pela versão atual
Diretoria Assistencial | DIRASS

Diretrizes Clínicas Protocolos Clínicos

PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e na intranet

Diretrizes Assistenciais para o Enfrentamento da COVID-19

2021

ORGANIZADORES

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour (coordenador)

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Gui Tarcísio Mazzoni Júnior

Guilherme Freire Garcia

Isabella Manetta de Morais

Lara Drummond Pava

9ª versão - BELO HORIZONTE - 2021

FHEMIG

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19	8
REFERÊNCIAS	28
AUTORES, COLABORADORES E REVISORES	43

1. INTRODUÇÃO

Autoras:

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Os Coronavírus compõem uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado em 31/12/19, após casos registrados na China. Esse vírus é o causador da doença chamada *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), ou, em português, Doença do Coronavírus.

Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus recebeu o nome coronavírus, em decorrência de seu perfil na microscopia eletrônica, semelhante a uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta ao longo da vida com cepas de coronavírus comuns, sendo as crianças pertencentes a faixas etárias menores, as mais propensas a se infectarem com os tipos mais comuns desses vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus (229E e NL63) e o beta coronavírus (OC43, HKU1).

Entre os anos de 2002 e 2003, um tipo específico de coronavírus, o SARS-CoV, provocou um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave na China, com mais de 900 mortes e 14 países afetados. No final do ano de 2019, um subtipo desse vírus, denominado SARS-CoV-2, foi identificado como o causador de nova epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave, a princípio localizada em Wuhan na China.

A partir de então, houve rápida disseminação do SARS-CoV-2 em nível mundial. Em 11/03/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação de pandemia da COVID-19, diante da detecção do vírus em vários continentes com transmissão sustentada.

Considerando a rápida progressão exponencial do número de casos de COVID-19 no Brasil e em Minas Gerais, os quais decretaram Estado de Calamidade Pública, bem como o potencial de gravidade dessa doença, a qual exige manejo técnico-assistencial específico, a Diretoria Assistencial - DIRASS elaborou esse Protocolo de Diretrizes Assistenciais para Enfrentamento da COVID-19, com objetivo de padronizar as ações assistenciais a serem executadas no âmbito da Rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Esse documento visa orientar a equipe assistencial, a fim de

se promover uma resposta mais rápida e eficaz à pandemia, sem deixar de serem observadas as premissas de segurança sanitária, do paciente e do trabalhador.

Neste contexto, com finalidade de descrever a resposta à pandemia de COVID-19 para a população do Estado, a FHEMIG também elaborou o Plano de Capacidade Plena Hospitalar em Resposta à Pandemia de COVID-19 (PCPH-COVID-19/FHEMIG), atualmente em sua quinta versão, no qual faz a oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva, de acordo com o acionamento de três fases, a depender da situação epidemiológica e da demanda por internações no Estado. O documento está publicizado no site da FHEMIG para a consulta de todos.

Importante ressaltar que esse Protocolo se trata de sua nona versão, a qual poderá ser alterada a qualquer tempo, diante do dinamismo do contexto epidemiológico, o qual exige adaptações constantes nas ações de saúde a serem implementadas.

Especificamente nessa versão ocorreram:

- Atualização dos dados epidemiológicos do Brasil e de Minas Gerais no Capítulo 2: HISTÓRIA DA DOENÇA E ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS, subcapítulo 2.6: IDADE E COMORBIDADES;
- Inclusão de diretrizes para utilização de Teste Rápido de Antígenos COVID-19 em Maternidades no subcapítulo: 3.1.2 TESTES DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS DA COVID-19 do Capítulo 3: MANEJO CLÍNICO DOS PACIENTES SUSPEITOS OU QUE TENHAM TESTADO POSITIVO PARA COVID-19 e no subcapítulo 5.11 MATERNIDADE do Capítulo 5. ORIENTAÇÕES GERAIS POR SETORES ASSISTENCIAIS;
- Atualização do subcapítulo 3.5 TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: PRINCÍPIOS BÁSICOS;
- Atualização do Capítulo 6: ISOLAMENTO, CONTROLE DE SURTOS E VIGILÂNCIA DE PACIENTE, ACOMPANHANTES, VISITANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE;
- Inclusão do Capítulo 11: A COMUNICAÇÃO E A INTERAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA;
- Atualização do Capítulo 12: PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19;
- Inclusão do ANEXO III e IV: NOTA TÉCNICA SOBRE ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA MEDICAMENTOS EM ESTOQUE CRÍTICO

FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19 E NOTA TÉCNICA SOBRE DILUIÇÃO DE DROGAS PARA SEDAÇÃO.

Além disso, todos demais os capítulos foram revisados e ajustados para proporcionar diretrizes atuais e de alta qualidade técnica e científica.

Dessa forma, ressaltamos que estamos em constante acompanhamento das instruções repassadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), as quais também sofrem modificações frequentes, frente à rápida evolução de um processo pandêmico. Salientamos ainda que a DIRASS está em processo de atualização constante da literatura nacional e internacional sobre o tema, buscando as melhores referências para aperfeiçoamento desse Protocolo.

2.0 PLANO DE COLAPSO PARA O MANEJO DA COVID-19

Autores:

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Arthur Felipe Ribeiro Mendes

Flávio de Souza Lima

Gui Tarcísio Mazzoni Júnior

Guilherme Freire Garcia

Lara Drummond Paiva

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Diante de um cenário de crise, sem precedentes, com necessidades de contingenciamento em várias áreas, exigindo uma resposta excepcional, através da união de setores e equipes, é primordial repensar a capacidade plena, a fim de implementar novas propostas e ações efetivas e coordenadas no âmbito da Rede Assistencial.

A pandemia agravou problemas profundos, quebrando cadeias de suprimentos exigindo uma atenção ainda maior para a gestão do estoque de insumos.

Essa condição de atuação conjunta, favorecerá a abordagem aos gargalos sistêmicos que impedem o acesso às tecnologias de saúde e às ferramentas necessárias para o enfrentamento, fortalecendo prioritariamente as unidades de referência COVID-19 e as de retaguarda não COVID-19.

Os indicadores que demonstram alta contaminação da doença e taxa de ocupação hospitalares são os sinalizadores para iniciar uma série de ações interligadas, visando resposta da rede assistencial. Para a sincronia das ações que o cenário exige dos gestores desta rede, recomendamos o uso de métodos gerenciais, como os existentes no *Lean Healthcare*. Trata-se de uma metodologia que visa eliminar os desperdícios que ocorrem nos hospitais:

- a) Superprodução: execução de exames/ testes sem necessidade, causada por equipe despreparada;
- b) Estoque: excesso de medicamentos/ insumos;
- c) Transporte: movimentação desnecessária dos pacientes, medicamentos e insumos;
- d) Movimentação: movimentação excessiva dos profissionais entre os setores;
- e) Espera: espera de exames, procedimentos, recursos;
- f) Processamento inapropriado: tempo de tratamento em excesso, o que causa retrabalhos ou necessidade de inspeção;
- g) Defeitos: aplicação inadequada de medicamentos e falta de informação.

As ações de remodelação exigida pela pandemia, tem como consequências: diminuição das atividades causadoras de retrabalho, redução das esperas, preservação de esforços desnecessários e facilitação do trabalho dos profissionais da saúde. Assim, obtém-se como resultados, a redução no tempo de realização das atividades com consequente queda na média de permanência do paciente, a melhora da experiência do usuário e da equipe.

Para auxiliar na identificação dos desperdícios, recomenda-se a utilização das seguintes ferramentas:

1. Diagrama espaguete: é a análise do deslocamento dos profissionais de saúde ao executar os processos de trabalhos ou dos pacientes. Essa ferramenta pode ser potencializada ao ser aplicada em associação ao 5S (descrita posteriormente).

Recomenda-se a aplicação e a análise dos diagramas desenhando os processos de exames radiológicos, laboratoriais e administração de medicamentos realizados pelos profissionais de saúde, nas plantas das unidades. Pode ser necessário organizar a liberação de espaços e fazer mudanças de layout nos locais, a fim de acomodar pacientes que necessitam estar isolados, para abertura de novos leitos em enfermarias ou tratamento intensivo.

Mudanças de layout geralmente não geram custos, mas considerando uma maior disponibilização de leitos ou revocacionamento dos já existentes, é necessário atentar para os contratos de prestações de serviço, que deverão ser avaliados criteriosamente, quanto a capacidade de extensão, cabendo aos gestores o monitoramento dos insumos a serem adquiridos, como:

- a) EPIs para os servidores: seguir rigorosamente as recomendações contidas neste protocolo.
- b) Medicamentos: associar ao descrito no 5S, agilizando os processos de trabalho.
- c) Equipamentos: recomenda-se a criação de centrais locais de equipamento para controle de utilização, higienização e manutenção. A gestão deverá contabilizar o quantitativo necessário diante das propostas de enfrentamento à pandemia. Deverá ainda atentar-se para os acessórios. Associados aos processos de trabalhos (descritos abaixo), deverão ser aplicados os protocolos assistenciais.
- d) Áreas para receber pacientes críticos precisam de estrutura prévia (ex: pontos de O2 e ar comprimido): atentar para as instalações físicas e para o quantitativo de leitos que cada estação poderá ser contemplada. Instituir rotina de vistoria

nas unidades, para evitar desperdícios de oxigênio, devido a vazamento em fluxômetros ou em saídas de gases medicinais que não estejam sendo utilizadas. Enfatizamos a relevância de monitoramento dos consumos dos gases medicinais mediante propostas de abertura de leitos.

2 Gestão Visual: visa a exposição do andamento dos processos e de informações, favorecendo a comunicação efetiva. As reuniões remotas trouxeram uma agilidade nas intervenções, assim como os aplicativos de mensagens favoreceram a disseminação de informações. Manter os dados atualizados no Sistema de Informação para alimentação do Power BI, é de extrema relevância, pois será o norteador para as decisões da alta gestão. A gestão visual deverá ser atualizada sistematicamente em consonância com o Power BI e o PCP. Por ser um novo vírus, recomenda-se incluir o compartilhamento de informações/dados assistenciais para as equipes, favorecendo adoção de medidas frente às novas descobertas/boas práticas/recomendações em relação a tratamentos, segurança dos pacientes e profissionais. Todos precisam estar devidamente informados e cientes dos protocolos. É necessário definir os mecanismos de comunicação interna e externa, inclusive os que envolvem a assessoria de comunicação da FHEMIG. Para cenários desfavoráveis ou colapso, recomendamos Debriefing diário com a equipe, para favorecer intervenções de suporte assistencial ou emocional.

3. Programa 5S: Visa promover resultados organizacionais eficazes e melhor desempenho entre os profissionais, por meio de processos organizados, simplificados e enxutos. Recomenda-se que os coordenadores de farmácia realizem estudos dos medicamentos e materiais médicos hospitalares mais utilizados no tratamento dos pacientes com COVID-19. Deverão estar separados, identificados e organizados em local específico para otimizar o acesso/tratamentos. Acrescenta-se a essa proposta a criação de kits para os insumos e medicamentos mais utilizados, para agilizar o atendimento ao paciente, como kits de intubação, kits de cateterismo vesical, entre outros.

A utilização da metodologia KANBAN para a sinalização do quantitativo de insumos disponíveis também está recomendada, considerando a relevância de monitoramento da gestão do estoque. Trata-se de ações que deverão ser multiplicadas para a CME, Almoxarifado e Engenharia Clínica.

4. Trabalho padronizado: nos hospitais de referência e retaguarda para COVID-19, os processos de trabalho precisam seguir padrões simples, claros e precisos desde a admissão, o tratamento e a alta, objetivando reduzir o tempo de permanência dos pacientes e aumentar a capacidade de atendimento/oferta de leitos. Recomenda-se a implantação de uma Equipe de Gestão da Crise (EGC) responsável pela análise, decisão e gestão plena da situação emergencial. Todos os recursos do hospital devem estar mapeados e controlados pela EGC. Deverá estabelecer reuniões na rotina para compartilhar dificuldades, êxitos, informações, definição de nivelamento do cenário e das ações a serem adotadas. Esta equipe possui autonomia de decidir e demandar as equipes assistenciais, devendo ser acatadas por estas, as ordens emanadas. Deverá ser composta por:

- Diretores Técnico, Clínico, Administrativo, Geral;
- Gestores assistenciais: Médicos coordenadores, Responsáveis Técnicos, Engenharia Clínica, Farmácia, Almoxarifado, Laboratório, Hotelaria, Manutenção Predial, Núcleo Interno de Regulação, Serviço de Controle e Infecção Hospitalar.

Esta equipe necessitará de acesso ao mapa de todos os recursos disponíveis no hospital, mapa de ocupação dos leitos, mapa de saída de gases medicinais e de recursos humanos disponíveis, bem como os pedidos de vagas regulados pela Central de Leitos.

Faz-se necessário definir os critérios clínicos de admissão e alta, com postura proativa das equipes assistenciais, devendo ser reforçados os protocolos de alta com apoio do EMAD, para os casos de pacientes que não estejam em uso de oxigenoterapia e medicamentos orais.

5. Plano de Capacidade Plena (PCP): tem o objetivo de gerenciar a superlotação nos hospitais. Elabora-se ações para cada cargo no hospital com a programação e o controle das atividades estabelecidas para a tomada de decisão quando há maior demanda do que capacidade. Deverá ter um responsável pela ativação, mediante os critérios definidos para os recursos disponíveis.

Esse plano é elaborado em níveis, sinalizando as ações de contingenciamento necessárias, para retornar ao nível anterior, visando sempre o restabelecimento da rotina. Deve estar associado a ferramenta de Gestão Visual, através da utilização dos cartões de ação, onde estão descritos de forma objetiva o papel de cada colaborador e setores do hospital, após acionamento do plano pela EGC. Os serviços envolvidos

devem conhecer o seu papel em cada fase de ativação e estar preparados, de acordo com os requisitos mínimos, disponibilizando aos pacientes o correto nível de cuidados no local e tempo adequados, traduzidos em uma resposta eficaz e segura.

A ativação do plano se dá mediante os critérios estabelecidos como ponto de corte, para cada área. Poderão haver cenários diferentes para cada área e as ações descritas nos cartões visam contingenciar as tarefas para que o fluxo de trabalho seja prontamente restabelecido. A demanda de leitos, o perfil de pacientes, os insumos (equipamentos, materiais e medicamentos) e o absentismo dos profissionais de saúde deverão ser monitorados diuturnamente. Para definição do cenário da unidade, optou-se por recomendar como ponto de corte, o cenário dos Técnicos de Enfermagem, para análise do perfil de paciente e contingenciamento das ações para os demais profissionais.

A limitação de capacidade de tratamento de pacientes COVID-19 e o desconhecimento/receio por parte dos profissionais de saúde, associados a limitação de capacidade de resposta, exigem da gestão uma preparação para as respostas de emergências na saúde pública e superação dos desafios dinâmicos decorrentes da doença.

Segue abaixo, quadros com as descrições dos níveis de ações dentro do PCP.

**Quadro: Plano de Capacidade Plena para Recursos Humanos
- Enfrentamento da Pandemia COVID-19**

Rotina Diária	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Cenário desfavorável	Colapso
ENFERMEIRO					
<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>2.1 Parâmetro de 1 profissional 12 horas para 30 leitos</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>2.1 Parâmetro de 1 profissional 12 horas para 40 leitos ou quando menos de 50% dos pacientes em oxigenoterapia de alto fluxo (em uso de máscara facial)</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>3.1 Não deverá possuir enfermeiro de apoio de Coordenação</p> <p>3.2 Diaristas passam a realizar escala de Plantonistas</p> <p>3.3 Bloco Cirúrgico remanejar profissional para atender UTI</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>2.1 Parâmetro de 1 profissional 12 horas para 50 leitos ou menos de 50% dos pacientes em oxigenoterapia de alto fluxo (em uso de máscara facial)</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>3.1 Não deverá possuir enfermeiro de apoio de Coordenação</p> <p>3.2 Diaristas passam a realizar escala de Plantonistas</p> <p>3.3 Bloco Cirúrgico remanejar profissional para atender UTI</p> <p>3.4 Coordenador de Enfermagem deverá assumir assistência em caso de escala desfalcada</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>Mais de 50% dos leitos de internação com pacientes em oxigenoterapia de alto fluxo (em uso de máscara facial) ou Presença de pacientes em ventilação mecânica fora de possibilidades terapêuticas</p>	<p>Presença de 5% dos leitos de internação com pacientes em ventilação mecânica aguardando vaga de CTI mais de 24 horas</p>

<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno de profissionais do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE) 1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos 1.3 Núcleo de Segurança do Paciente, Protocolos, Comissões, Material Médico e demais setores com presença de enfermeiro, deverão ser remanejados para assistência direta ao paciente. 1.4 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.5 Convocação para retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno de profissionais do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos 1.3 Núcleo de Segurança do Paciente, Protocolos, Comissões, Material Médico e demais setores com presença de enfermeiro, deverão ser remanejados para assistência direta ao paciente 1.4 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.5 Convocação para retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno de profissionais do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos 1.3 Núcleo de Segurança do Paciente, Protocolos, Comissões, Material Médico e demais setores com presença de enfermeiro 1.4 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.5 Convocação de retorno de profissionais cedidos 1.6 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenação para setores assistenciais 1.7 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio ou LIP.</p>	<p>Ações: Reduzir esforços dos profissionais, suspendendo a realização de ações administrativas como solicitação de manutenção e reparos, realização de auditorias (ex.: Protocolo de Manchester), realização de PGDIs dos servidores, codificações de dados do DRG</p>	<p>Ações: Priorizar ações privativas do Enfermeiro: Troca de curativo de acesso central e curativo de lesões complexas; Punção arterial – Resolução nº 390/2011; Sondagem vesical – Resolução nº 450/2013; Sondagem nasoesentérica para fins de nutrição – Resolução nº 453/2014; Aspiração de vias aéreas – Resolução nº 557/2017 no caso de paciente instável; Receber prescrição médica à distância – Resolução nº 487/2015.</p>
--	---	---	---	---	---

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 1 paciente nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 2.2 Convocação de retorno de profissionais cedidos 3. UTI: atendimento normal 3.1 Apoio Assistencial assumirá leitos 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 2 pacientes nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 2.2 Convocação de retorno de profissionais cedidos 3. UTI: atendimento normal 3.1 Apoio Assistencial assumirá leitos 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento reduzido (somente procedimentos de urgência)</p>	<p>Ações: Reduzir esforços dos profissionais, suspendendo a realização de ações que podem ser realizadas por outros profissionais, como aspiração de vias aéreas pelos Fisioterapeutas, montagem do leito pela hotelaria, entrega de materiais e insumos (Farmácia e CME) pelo setor, realização de banho de leito a cada 48 horas em enfermaria (dia par, leito par, dia ímpar, leito ímpar)</p>	<p>Ações: Priorizar administração de medicamentos, suspensão de banhos de leito, verificação de sinais vitais e monitorização</p>
---	--	--	---	---	---

ASSISTENTE SOCIAL

<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 10 paciente nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 3.2 Convocação de retorno de profissionais cedidos 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 20 pacientes nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 3.2 Convocação de retorno de profissionais cedidos, férias prêmio ou LIP. 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>Implantação de time de notícias</p>	<p>Manutenção do Time de Notícias</p>
<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal Não deverá haver profissionais em Ouvidoria</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE) 1.2 Solicitações de Horas Extras</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos 1.5 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenação para setores assistenciais 1.6 Suspensão de Férias regulamentares</p>		

<p>ATENDIMENTOS: NORMAL - CONFORME ROTINA DO SETOR</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: Quantas vezes necessário 1.1 - Corrida diária de leito para identificar possíveis demandas que poderão reter a alta do paciente. 1.2 - Atendimento uma vez ao dia para resolução das demandas apresentadas. 1.3 Contatar familiares através de telefone com o intuito de solicitar ajuda quanto a essas demandas. 1.4 Realizar contato com a equipe multidisciplinar e rede de apoio para viabilizar o atendimento da demanda apresentada. 1.5 - Comunicar óbito, juntamente com o médico 1.6 - Orientar a família com vistas a agilizar os trâmites legais sepultamento 1.7- Contatar o Transporte Fora Domicílio (TFD) 1.8- Ofertar outros meios de transporte para o paciente e familiar/e ou cuidador 1.9 Encaminhamento de pacientes clinicamente estáveis que necessitem continuar com uma assistência hospitalar e pacientes em vulnerabilidade social e que precisam aguardar a fase de contágio, para leitos de retaguarda nos hospitais da rede</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: Uma vez ao dia 1.1 - Corrida diária de leito para identificar possíveis demandas que poderão reter a alta do paciente. 1.2 - Atendimento uma vez ao dia para resolução das demandas apresentadas. 1.3 Contatar familiares através de telefone com o intuito de solicitar ajuda quanto a essas demandas. 1.4 Realizar contato com a equipe multidisciplinar e rede de apoio para viabilizar o atendimento da demanda apresentada. 1.5 - Comunicar óbito, juntamente com o médico 1.6 - Orientar a família com vistas a agilizar os trâmites legais sepultamento 1.7- Contatar o Transporte Fora Domicílio (TFD) 1.8- Ofertar outros meios de transporte para o paciente e familiar/e ou cuidador 1.9 Encaminhamento de pacientes clinicamente estáveis que necessitem continuar com uma assistência hospitalar e pacientes em vulnerabilidade social e que precisam aguardar a fase de contágio, para leitos de retaguarda nos hospitais da rede</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: Quando acionado 1.1 Corrida diária de leito para identificar possíveis demandas que poderão reter a alta do paciente (fica suspenso - quando acionado) 1.2 Atendimento quando acionado para resolução das demandas apresentadas. 1.3 Contatar familiares através de telefone com o intuito de solicitar ajuda quanto a essas demandas. 1.4 Realizar contato com a equipe multidisciplinar e rede de apoio para viabilizar o atendimento da demanda apresentada. 1.5 Orientar a família com vistas a agilizar os trâmites legais sepultamento 1.6 Contatar o Transporte Fora Domicílio (TFD) 1.7 Ofertar outros meios de transporte para o paciente e familiar/e ou cuidador 1.8 Encaminhamento de pacientes clinicamente estáveis que necessitem continuar com uma assistência hospitalar e pacientes em vulnerabilidade social e que precisam aguardar a fase de contágio, para leitos de retaguarda nos hospitais da rede 1.9 Compor times de resposta hospitalar</p>		
--	---	---	---	--	--

FISIOTERAPEUTA

<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRURGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: ATENDIMENTO NORMAL</p> <p>3. UTI: ATENDIMENTO EM 24 HORAS</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: : ATENDIMENTO NORMAL</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: ATENDIMENTO NORMAL</p> <p>2.1- Acompanhamento prioritário à pacientes que necessitam de fisioterapia respiratória.</p> <p>2.2- Dar alta responsável a paciente que necessitam de cuidados de reabilitação passíveis de serem realizados na atenção primária e secundária ou em unidade de cuidados prolongados.</p> <p>3. UTI: ATENDIMENTO EM 24 HORAS</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ATENDIMENTO NORMAL</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: ATENDIMENTO NORMAL</p> <p>2.1 Priorização de pacientes em ventilação mecânica.</p> <p>2.2- Acompanhamento prioritário à pacientes que necessitam de fisioterapia respiratória</p> <p>2.3- Dar alta responsável a paciente que necessitam de cuidados de reabilitação passíveis de serem realizados na atenção primária e secundária ou em unidade de cuidados prolongados.</p> <p>3. UTI: ATENDIMENTO EM 24 HORAS</p> <p>3.1 Priorização de pacientes em ventilação mecânica.</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: ATENDIMENTO NORMAL</p>	<p>Priorizar atendimento de pacientes em oxigenioterapia de alto fluxo (acima de 5L), apoio a equipe de enfermagem quanto a realização de aspiração de vias aéreas, suspendendo realização de ações administrativas</p>	<p>Priorizar atendimento de aspiração de vias aéreas e pacientes em ventilação mecânica</p>
<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE)</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras / Estratégicos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos</p> <p>1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos</p> <p>1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p> <p>1.5 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.6 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenações para setores assistenciais</p> <p>1.7 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio e LIP</p>	<p>Priorizar atendimento de pacientes em oxigenioterapia de alto fluxo (acima de 5L), apoio a equipe de enfermagem quanto a realização de aspiração de vias aéreas, suspendendo realização de ações administrativas</p>	<p>Priorizar atendimento de aspiração de vias aéreas e pacientes em ventilação mecânica</p>

<p>ATENDIMENTOS:</p> <p>NORMAL - CONFORME ROTINA DO SETOR</p>	<p>ATENDIMENTOS:</p> <p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:</p> <p>1.1-PERIODICIDADE: Prioridade para os casos mais graves e complexos com frequência semanal de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>1.2- REFERENCIAMENTO PARA A RAS:</p> <p>1.2.1-Casos mais complexos de reabilitação encaminhar para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>1.2.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's EMAD e EMAPS.</p> <p>1.2.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p> <p>2. ATENDIMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO:</p> <p>2.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mais de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente, enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>2.2. REFERENCIAMENTO PARA A RAS:</p> <p>2.1.1-Casos mais complexos de reabilitação encaminhar para Unidades de Cuidados Prolongados, caso exista na Macrorregião,</p>	<p>ATENDIMENTOS:</p> <p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:</p> <p>1.1-PERIODICIDADE: Atendimento suspenso.</p> <p>1.2-REFERENCIAMENTO PARA A RAS:</p> <p>1.2.1-Avaliar e encaminhar todos os casos mais graves que permaneceram no ambulatório para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação, NASF's, EMAD e EMAPS, conforme o caso.</p> <p>2. ATENDIMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO:</p> <p>2.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mais de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente. Prioridade para pacientes graves. Prioridade para pacientes que necessitam de acompanhamento da fisioterapia respiratória. Orientar semanalmente, enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>2.2. REFERENCIAMENTO PARA A RAS:</p> <p>2.1.1-Quando da alta responsável avaliar os casos mais complexos de reabilitação encaminhar para Unidades de Cuidados Prolongados, caso exista na Macrorregião, caso não, enviar para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>2.1.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>2.1.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p> <p>3- ATENDIMENTO EM UTI:</p> <p>3.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente.</p> <p>3.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas</p>	<p>ATENDIMENTOS:</p> <p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:</p> <p>1.1-PERIODICIDADE: Atendimento suspenso.</p> <p>2. ATENDIMENTO EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO:</p> <p>2.1-PERIODICIDADE: Priorizar os casos mais graves e que necessitem de acompanhamento da fisioterapia respiratória. Avaliar a frequência de atendimento caso a caso, (mínimo um atendimento por dia) definindo a mesma de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente, enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>2.2. REFERENCIAMENTO PARA A RAS:</p> <p>2.1.1-Quando da alta responsável avaliar os casos mais complexos de reabilitação encaminhar para Unidades de Cuidados Prolongados, caso exista na Macrorregião, caso não, enviar para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>2.1.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>2.1.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p> <p>3- ATENDIMENTO EM UTI:</p> <p>3.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente.</p> <p>3.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento nas</p>		
---	--	---	--	--	--

	<p>caso não, enviar para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>2.1.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>2.1.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p> <p>3- ATENDIMENTO EM UTI:</p> <p>3.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente.</p> <p>3.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento nas enfermarias, quando da alta do CTI (round de discussão).</p> <p>3.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DO CTI:</p> <p>3.3.1-Avaliar os casos mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>3.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>3.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais .</p>	<p>responsáveis pelo atendimento nas enfermarias, quando da alta do CTI (round de discussão).</p> <p>3.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DO CTI:</p> <p>3.3.1-Avaliar os casos mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>3.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>3.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais .</p> <p>4- ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA</p> <p>4.1-PERIODICIDADE: Prioridade para casos graves. Prioridade para casos com necessidade de acompanhamento da fisioterapia respiratória. Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>4.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento nas enfermarias, quando da alta da urgência (round de discussão).</p> <p>4.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DA UNIDADE DE URGÊNCIA:</p> <p>4.3.1-Avaliar os casos mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de</p>	<p>enfermarias, quando da alta do CTI (round de discussão).</p> <p>3.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DO CTI:</p> <p>3.3.1-Avaliar os casos mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>3.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>3.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clínicas conveniadas de Fisioterapia Municipais .</p> <p>4- ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA</p> <p>4.1-PERIODICIDADE: Prioridade para casos graves. Prioridade para casos com necessidade de acompanhamento da fisioterapia respiratória. Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>4.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento nas enfermarias, quando da alta da urgência (round de discussão).</p> <p>4.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DA UNIDADE DE URGÊNCIA:</p> <p>4.3.1-Avaliar os casos</p>		
--	---	--	---	--	--

	<p>4- ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA</p> <p>4.1-PERIODICIDADE: Frequência diária, mas de uma vez por dia de acordo com o quadro do paciente. Orientar semanalmente enquanto durar a internação, os pacientes, familiares e cuidadores em práticas de cuidados fisioterapêuticos, em todos os casos, independente da gravidade.</p> <p>4.2-TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS PARA A ENFERMARIA: Transferir os cuidados para os fisioterapeutas responsáveis pelo atendimento nas enfermarias</p> <p>4.3-REFERENCIAMENTO PARA A RAS DIRETA PARA PACIENTE COM ALTA DIRETA DA UNIDADE DE URGÊNCIA:</p> <p>4.3.1-Avaliar os casos mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>4.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>4.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clinicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p>	<p>Reabilitação.</p> <p>4.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's, EMAD e EMAPS.</p> <p>4.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clinicas conveniadas de Fisioterapia Municipais .</p>	<p>mais complexos de reabilitação e encaminhar para UCP caso exista na Macrorregião e no caso de não haver para a UBS com indicação para atendimento em Centro de Reabilitação.</p> <p>4.3.2- Avaliar e referenciar os casos passíveis de atenção domiciliar para a UBS com indicação de acompanhamento dos NASF's , EMAD e EMAPS.</p> <p>4.3.3- Avaliar e referenciar os casos que necessitam de tratamento fisioterapêutico de média e baixa complexidade para UBS para atendimento nas clinicas conveniadas de Fisioterapia Municipais.</p>		
--	---	---	--	--	--

FONOAUDIÓLOGO

<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRURGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 10 paciente nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 20 pacientes nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p style="text-align: center;">Implantação de time de notícias (suporte para o Assistente Social)</p>	<p style="text-align: center;">Manutenção do Time de Notícias (suporte para o Assistente Social)</p>
<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal Não deverá haver profissionais em Ouvidoria</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE) 1.2 Solicitações de Horas Extras</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos 1.5 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenação para setores assistenciais 1.6 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio e LIP.</p>		
<p>ATENDIMENTOS: NORMAL - CONFORME ROTINA DO SETOR</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento diário ou mais de uma vez ao dia para acompanhamento de ingestão de dieta 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Paciente em alerta 2.2 Paciente Clinicamente estável 2.3 Paciente extubado por mais de 24 horas 3. CRITÉRIOS PRIORIDADE AVALIAÇÃO 3.1 Avaliação da comunicação 3.2 Avaliação da voz 3.3 Avaliação funções estomatognáticas 3.4 Avaliação</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento diário para acompanhamento de ingestão de dieta 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Paciente em alerta; 2.2 Paciente Clinicamente estável 3. CRITÉRIOS PRIORIDADE AVALIAÇÃO 3.1 Avaliação funções estomatognáticas 3.2 Avaliação deglutição</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Realização de testes privativos do Fonoaudiólogo (ex. teste blue dye) 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Paciente em alerta 3. CRITÉRIOS PRIORIDADE AVALIAÇÃO 3.1 Avaliação deglutição 4. SUSPENDER AÇÕES DE REABILITAÇÃO: 4.1 Desmame de nutrição enteral pela UBS - realizar transferência do cuidado</p>		

	Deglutição				
PSICÓLOGO					
<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRURGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>2.1 Acréscimo de 10 paciente nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>3.1 Redução de Atendimento</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI)</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>2.1 Acréscimo de 20 pacientes nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>3.1 Redução de Atendimento</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>Implantação de time de apoio emocional</p> <p>Intervenções coletivas para equipe assistencial</p>	<p>Manutenção do time de apoio emocional</p> <p>Debriefing diário durante a crise (escutar a equipe) e sinalizar para Comitê de Crise intervenções necessárias</p>
<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal</p> <p>Não deverá haver profissionais em Ouvidoria</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE)</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras</p> <p>1.3 Psicólogos Organizacionais remanejados para atendimento assistencial</p> <p>1.4 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.5 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras</p> <p>1.3 Psicólogos Organizacionais remanejados para atendimento assistencial</p> <p>1.4 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.5 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p> <p>1.6 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenação para setores assistenciais</p> <p>1.7 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio e LIP)</p>		

<p>ATENDIMENTOS: NORMAL - CONFORME ROTINA DO SETOR</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento uma vez ao dia ou mais. 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Atendimento diário para triagem e acolhimento/ corrida de leitos. 2.2 Acompanhar boletim médico fornecido pelo médico assistente. 2.3 Atendimento de familiares para informação e encaminhamentos. 2.4 Atendimento do paciente por demanda do setor/equipe. 2.5 Atendimento para alguma intervenção programada</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento por demanda, com frequência semanal estabelecida pela complexidade do caso. 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 atendimentos às urgências. 2.2 Atendimento de familiares para informação e encaminhamentos (presencial e por telefone). 2.3 Atendimento do paciente por demanda do setor/equipe/paciente.</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 - atendimentos de urgência. 1.2 - Realizar visita virtual na impossibilidade de visitas presenciais 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 atendimentos às urgências. 2.2 Orientação aos familiares em área externa, e/ou por telefone, diante da impossibilidade de visitas presenciais . 2.3 Compôr times de respostas hospitalares.</p>		
--	---	--	--	--	--

TERAPEUTA OCUPACIONAL

<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal 5. BLOCO CIRURGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: reduzido (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 3. UTI: atendimento normal 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 10 paciente nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: fechamento (Remanejamento dos servidores do ambulatório para atendimento em Unidades de Internação/ Emergência/ UTI) 2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal 2.1 Acréscimo de 20 pacientes nos parâmetros estabelecidos pela DIRASS para cada profissional 3. UTI: atendimento normal 3.1 Redução de Atendimento 4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p>	<p>Implantação de time de apoio emocional (suporte para o Psicólogo)</p>	<p>Manutenção do time de apoio emocional (suporte para o Psicólogo)</p>
---	---	---	--	--	---

<p>RECURSOS HUMANOS: Composição de Equipe normal</p> <p>Não deverá haver profissionais em Ouvidoria</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19(após autorização da DIGEPE) 1.2 Solicitações de Horas Extras</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS: 1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 1.2 Solicitações de Horas Extras 1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Assessorias para setores assistenciais 1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos 1.5 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenação para setores assistenciais 1.6 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio e LIP</p>		
<p>ATENDIMENTOS: NORMAL - CONFORME ROTINA DO SETOR</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento diário, conforme demanda. 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Casos mais graves e complexos. 2.2 Atendimento diário para triagem e acolhimento/ corrida de leitos. 2.3 Acompanhar boletim médico fornecido pelo médico assistente. 2.4 Atendimento de familiares para informação e encaminhamentos. 2.5 Atendimento do paciente por demanda do setor/equipe - Adaptações para favorecer o posicionamento em pronação no leito. 2.6 Atendimento para alguma intervenção programada - Mobilização precoce - Treino de AVD - Estimulação cognitiva - Comunicação alternativa 2.7 Compor times de respostas hospitalares 2.8 Prontuário afetivo</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento por demanda, com frequência semanal estabelecida pela complexidade do caso. 1.2 Referenciamento para a Rede de Atenção à Saúde. 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Casos mais graves e complexos. 2.2 atendimentos às urgências. 2.3 Acompanhar boletim médico fornecido pelo médico assistente. 2.4 Atendimento de familiares para informação e encaminhamentos (presencial e por telefone). 2.5 Atendimento do paciente por demanda do setor/equipe/paciente: - Adaptações para favorecer o posicionamento em pronação no leito. - Treino de AVD - Estimulação cognitiva - Comunicação alternativa 2.7 Compor times de respostas hospitalares 2.8 Prontuário afetivo</p>	<p>1. PERIODICIDADE DOS ATENDIMENTOS: 1.1 Atendimento de urgência 1.2 Visita virtual na impossibilidade de visitas presenciais 1.3 Referenciamento para a Rede de Atenção à Saúde. 2. CRITÉRIO PRIORIDADE ATENDIMENTOS: 2.1 Atendimentos às urgências. 2.2 Orientação aos familiares em área externa, e/ou por telefone, diante da impossibilidade de visitas presenciais . 2.3 Acompanhar boletim médico fornecido pelo médico assistente. 2.4 Atendimento de familiares para informação e encaminhamentos (presencial e por telefone). 2.5 Atendimento do paciente por demanda do setor/equipe/paciente. 2.6 Adaptações para favorecer o posicionamento em pronação no leito e demais adaptações que se fizerem necessárias para conforto e independência do paciente em ambiente hospitalar 2.7 Compor times de respostas hospitalares 2.8 Prontuário afetivo</p>		

MÉDICO					
<p>1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL: atendimento normal</p> <p>2. UNIDADE DE INTERNAÇÃO: atendimento normal</p> <p>3. UTI: atendimento normal</p> <p>4. UNIDADE DE EMERGÊNCIA: atendimento normal</p> <p>5. BLOCO CIRÚRGICO: atendimento normal (procedimentos eletivos e de urgência)</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE)</p> <p>1.2 Solicitações de Plantões Estratégicos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE)</p> <p>1.2 Solicitações de Plantões Estratégicos</p> <p>1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos Administrativos e de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.4 Convocação para retorno de profissionais cedidos</p>	<p>RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1.1 Composição de Equipe com retorno do Grupo de Risco de COVID-19 para atendimento a leitos de retaguarda não COVID-19 (após autorização da DIGEPE)</p> <p>1.2 Solicitações de Horas Extras/ Estratégicos</p> <p>1.3 Remanejamento de Profissionais em Cargos Administrativos e de Assessorias para setores assistenciais</p> <p>1.4 Convocação de retorno de profissionais cedidos</p> <p>1.5 Remanejamento de Profissionais em Cargos de Coordenações para setores assistenciais</p> <p>1.6 Suspensão de Férias regulamentares, férias prêmio e LIP</p>	<p>Ações:</p> <p>Remanejamento de profissionais: Anestesiistas para UTI e UCI, Cirurgião no plantão de UTI ou ala, Clínico da ala para UTI, Demais especialidades no plantão de ala</p> <p>Intervenções dos paliativistas: realizar discussões/ busca ativa de pacientes em Terapia Intensiva fora de possibilidades terapêuticas para viabilizar transferência para enfermaria. Discutir nas enfermarias prioridades nas transferências para Terapia Intensiva</p> <p>Implantação de medidas para viabilizar alta precoce de pacientes (avaliar tanto retirada de invasões quanto substituição de terapia parenteral para terapia oral)</p>	<p>Ações:</p> <p>Providenciar uma avaliação médica e cuidados adequados durante uma emergência, onde potencialmente os limites da resposta são excedidos; Instituir time de Resposta Rápida para suporte na enfermaria</p> <p>Prescrição verbal</p> <p>Avaliar a implantação de Plano de Múltiplas Vítimas</p> <p>Suporte dos Intensivistas aos plantonistas de alas</p>

6. Orientação para remanejamento de profissionais em caráter imediato, excepcional, emergencial e temporário:

É preconizado o remanejamento de profissionais de enfermagem, médicos e demais categorias multidisciplinares, em caráter imediato, excepcional, emergencial e temporário para realização de suporte às vidas, diante da situação gravíssima de saúde pública, decorrente da Pandemia de COVID-19, conforme a seguir:

- PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19:

- a) enfermeiros especialistas em terapia intensiva, fisioterapeutas especialistas em terapia intensiva ou respiratória ou outros enfermeiros e fisioterapeutas especialistas que possuam experiência no manejo de pacientes adultos críticos e sejam preparados para realizarem medidas de Suporte Avançado de Vida (ACLS), se possível acompanhado por outro plantonista intensivista ou experiente em terapia intensiva, em alinhamento com o dimensionamento previsto no Plano de Capacidade Plena Hospitalar da FHEMIG para enfrentamento à COVID-19, ano 2021, versão 3;
- b) anestesistas, emergencistas, clínicos, infectologistas, ou outros médicos especialistas que possuam experiência no manejo de pacientes adultos críticos e sejam preparados para realizarem medidas de Suporte Avançado de Vida (ACLS), se possível acompanhado por outro plantonista intensivista ou experiente em terapia intensiva, em alinhamento com o dimensionamento previsto no Plano de Capacidade Plena Hospitalar da FHEMIG para enfrentamento à COVID-19, ano 2021, versão 3;
- c) enfermeiro e fisioterapeutas generalistas, ou outra especialidade, sem experiência prévia no manejo de pacientes adultos críticos, desde que acompanhado por um outro plantonista intensivista ou outro plantonista experiente em terapia intensiva. Nesses casos, é desejável terem sido capacitado em Suporte Avançado de Vida (ACLS);
- d) clínicos, generalistas, cirurgiões ou outra especialidade médica sem experiência prévia no manejo de pacientes adultos críticos, desde que acompanhado por um outro plantonista intensivista ou outro médico experiente em terapia intensiva. Nesses casos, é desejável terem sido capacitado em Suporte Avançado de Vida (ACLS).

- ENFERMARIA COVID-19:

- a) residente de enfermagem ou multidisciplinar, desde que acompanhado de preceptoria;

- b) residente de medicina em clínica médica, infectologia, pneumologia, desde que acompanhado de preceptoria;
- c) médico especialista em clínica médica, infectologia, pneumologia;
- d) enfermeiros e médicos especialistas em outras áreas ou generalista com experiência no manejo de pacientes de clínica médica.

Deverá ser realizada sensibilização da equipe assistencial, sob o ponto de vista assistencial e humanitário, para unificação de esforços, enquanto resposta em rede nesse momento tão crucial, gravíssimo para a saúde pública, em caráter imediato, excepcional, emergencial e temporário.

Também deverá ser verificada a possibilidade de remanejamento entre Unidades da Rede FHEMIG de profissionais de enfermagem, médicos e demais categorias multidisciplinares, os quais não possuam expertise condizente à abordagem direta da COVID-19 e/ou aqueles impossibilitados de atuarem diretamente no cuidado a pacientes COVID-19, em especial para as Unidades Assistenciais que possuam escalas assistenciais com maiores déficits e/ou que desempenhem papel estratégico no território, tais como as Portas de Urgência/Emergência.

Por fim, deve ser realizada a otimização de médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, odontólogos, que não possuam expertise condizente à abordagem direta da COVID-19 e/ou aqueles impossibilitados de atuarem diretamente no cuidado a pacientes COVID-19, em times de resposta hospitalar, conjuntamente com outros profissionais da saúde, a fim de agilizar e colaborar em fluxos operacionais, tais como: time de comunicação intra-hospitalar e com familiares, time para discussão de casos e auxílio na evolução dos pacientes, bem como desospitalização, time de procedimentos cirúrgicos em UTI, no casos dos médicos, dentre outros. Fonoaudiólogos, odontólogos e terapeutas ocupacionais poderão atuar nas visitas virtuais aos pacientes COVID-19, colaborando sempre que necessário com o time de notícias. Os Psicólogos poderão atuar no time apoio emocional e intervenções coletivas para os profissionais de saúde durante o plantão, realizando debriefing diário.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)**, Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/176-nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos**. Nota Técnica nº 06/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA-29.04.2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+06-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/40edaf7d-8f4f-48c9-b876-bee0090d97ae>.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Resolução-RDC Nº 35/2010: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para produtos com ação antimicrobiana utilizados em artigos críticos e semicríticos**. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2010/res0035_16_08_2010.html.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.ANVISA.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf.

ALHAZZANI W. *et al.* **Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically Ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. European Society of Intensive Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine. 2020. DOI: [10.1007/s00134-020-06022-5](https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5).

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Orientações sobre Cuidados Paliativos e Bioética no COVID-19.** Posicionamento oficial sobre o parecer 131045 do CREMESP. Disponível em

<https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Posicionamento-Oficial-sobre-o-parecer-131045-do-CREMESP-21042021.pdf>

ARULKUMARAN N, BREALEY D, HOWELL D, SINGER M. **Use of non-invasive ventilation for patients with COVID-19: a cause for concern?** Lancet Respir Med. 2020 Apr 20:S2213-2600(20)30181-8. DOI: [10.1016/S2213-2600\(20\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30181-8). Epub ahead of print. PMID: 32325017; PMCID: PMC7172691.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO: **Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização: Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos.** São Paulo: SOBECC; 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDAÇÕES- COVID-19-SOBECC-1.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 15883-1 de 08/2013 - **Lavadoras desinfetadoras - Parte 1: Requisitos gerais, termos, definições e ensaios.** Rio de Janeiro: ABNT; 2013.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA; ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Protocolo de intubação orotraqueal para caso suspeito ou confirmado de COVID-19.** Março, 2020. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Protocolo de Intubacao Orotraqueal.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Protocolo_de_Intubacao_Orotraqueal.pdf).

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão nº 04/2020.** Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/31/0904202_1026_Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_v4.pdf.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.** 2020. Disponível em https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/13/Recomendacoes_A_MIB-atual.-16.04.pdf.

BEECHING NJ, FLETCHER TE, FOWLER R. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)** [Internet]. BMJ Best Practice. 2020 Feb [atualizado em Abr 2020, citado em 13 Abr 2020]. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>.

BONARD, C. *et al.* **Coronavirus: la emergencia geriatrica de 2020.** Revista Espanhola de Cardiologia. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.03.027>.

BOYD K., MURRAY S.A. **Recognising and managing key transitions in end of life care.** *BMJ* 2010;341:c4863.

BRASIL. Lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018. Disponível em: jusbrasil.com.br [Acesso em 28/04/2021].

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Informativa nº 1/2020-SCTIE/GAB/SCTIE/MS - Recomendações para a reorganização dos processos de trabalho nas farmácias e para a dispensação de medicamentos em situação de epidemia de COVID-19.** Brasília. 2020. Disponível em https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/SEI_25000.038808_2020_42-1.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA INFORMATIVA Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS – Orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19, datada de 20/05/2020.** Brasília. 2020. Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/Nota-informativa---Orienta---es-para-manuseio-medicamentoso-precoce-de-pacientes-com-diagn--stico-da-COVID-19.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial nº 60: Doença pelo Coronavírus – COVID-19.** Publicado em

29/04/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/29/boletim_epidemiologico_covid_60_final_29abril.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Orientação para Manejo de Pacientes com COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>

CARRARA D, STRABELLI TMV, UIP D.E. **Controle de Infecção: A prática no terceiro milênio.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** United States, 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infectioncontrol/control-recommendations.html#train_educate

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19.** Jul.2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Severe outcomes among patients with coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** United States, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** Distributed via the CDC Health Alert Network; 4:45 PM ET - CDCHAN-00432. May.2020. Disponível em: <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **COVID-19 Response Team et al. Coronavirus Disease 2019 in Children** — United States, February 12–April 2, 2020. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2020;69:422–6. Apr. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6914e4.htm>.

CHEN, Zhaowei *et al.* **Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial.** MedRxiv, Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL). 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20040758v3.full.pdf+html>.

CHU, D., *et al.* **Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9).

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem; COREN-MG, Conselho Regional de enfermagem de Minas Gerais. **Manual de Perguntas e Respostas Frequentes COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/documents/20143/1503413/Manual+de+Perguntas+e+Respostas+Frequentes+COVID-19/94cfb4b5-e2ed-d3f7-4375-6dd65418a5e6?t=1585230857516>

CONSELHO DO COLÉGIO DE ESPECIALIDADE DE FARMÁCIA HOSPITALAR DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS DE PORTUGAL - CCEFH-OF. **Plano de Contingência da Farmácia Hospitalar no âmbito da Pandemia do COVID-19.** 2020. Disponível em <http://COVID-19.cff.org.br/wp-content/uploads/2020/04/PlanoFH.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Recomendações para atendimentos odontológicos em tempos de COVID-19.** 2020. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/plano-de-prevenção-cfo-anuncia-novas-medidas-para-auxiliar-na-contenção-do-coronavírus/>.

CONSELHO FEDERAL DOS NUTRICIONISTAS. **Boas práticas para atuação do nutricionista e do técnico em nutrição e dietética durante a pandemia do novo coronavírus (COVID-19),** 3 ed. 2020.

CRISPIM, Douglas *et al.* **Comunicação Difícil e Covid-19. Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia.** Disponível em

<https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf.pdf>

CRISPIM, Douglas et al. **Visitas virtuais durante a pandemia do Covid-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.** Disponível em <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>

DE BOCK R, VAN DEN NOORTGATE N, PIERS R. **Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population.** J Palliat Med. 2018. DOI: 10.1089/jpm.2017.0205.

DELLA GATTA AN, *et al.* **Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases.** Am J Obstet Gynecol. 2020 Jul;223(1):36-41. Disponível: [10.1016/j.ajog.2020.04.013](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.013). Epub 2020 Apr 18.

DEVIN D SMITH DD, PIPPEN JL, ADESOMO AA, ROOD KM, LANDON MB, COSTANTINE MM. **Exclusion of Pregnant Women from Clinical Trials during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Review of International Registries.** Am J Perinatol. 2020 Jun;37(8):792-799. doi: 10.1055/s-0040-1712103.

DONG, Yuanyuan, *et al.* **Epidemiology of COVID-19 among children in China** [published online ahead of print March 16, 2020]. Pediatrics. doi:10.1542/peds.2020-0702. Mar. 2020. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/6/e20200702> .

DYNAMED [Internet]. **COVID-19: Novel Coronavirus (2019-nCoV).** Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T1579903929505>.

ERIN K MCCREARY, *et al.* **COVID-19 Treatment: A Review of Early and Emerging Options, Open Forum Infectious Diseases.** Oxford Academic. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa105>.

FADEL *et al.* **Early Short Course Corticosteroids in Hospitalized Patients with COVID-19.** MedRxiv, Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL), vol.1, p. 1-26, mai. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20074609v>.

FENIZIA C *et al.* **Analysis of SARS-CoV-2 vertical transmission during pregnancy.** Nature Communications (2020) 11:5128. Disponível em:| <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18933-4>

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. **Procedimento Sistemico Administração Central (PRS AF - 11) - Boas Práticas de Dispensação e Devolução de Medicamentos.** Atualizado em 26/03/2020.

G. ONDER, G. REZZA, S. BRUSAFERRO. **Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy.** JAMA. 2020. DOI:[10.1001/jama.2020.4683](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683).

HAO YAO, JIAN-HUA CHEN, YI-FENG XU, Show footnotes, Published. **Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic.** The Lancet Psychiatry. 2020 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0).

HORBY, Peter *et al.* **Effect of Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19: Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY).** Preliminary Report RECOVERY Collaborative Group. MedRxiv.20137273. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.06.22.20137273>.

IMBER, David; THOMAS, Neal; YEHYA, Nadir. **Association Between Tidal Volumes Adjusted for Ideal Body Weight and Outcomes in Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome.** Pediatric Critical Care Medicine; 20: e145–53. Mar. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30640889/>.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.** Geneva. Disponível em: http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

Jain A, Doyle DJ. **Stages or phenotypes? A critical look at COVID-19 pathophysiology.** Intensive Care Med. 2020. DOI: [10.1007/s00134-020-06083-6](https://doi.org/10.1007/s00134-020-06083-6).

JAGER, Pauline de, *et al.* **Tidal volume and mortality in mechanically ventilated children: a systematic review and meta-analysis of observational studies.** Critical care medicine, 42(12), 2461–2472. Dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000546>.

KACHE, Saraswati *et al.* **COVID-19 PICU guidelines: for high- and limited-resource settings.** Res Pediatr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-1053-9>.
[9doi:10.1038/s41390-020-1053-9](https://doi.org/10.1038/s41390-020-1053-9).

Karimi-Zarchi, M *et al.* **Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review.** Fetal and Pediatric Pathology 2020, vol. 39, No. 3, 246-50.

KIM, Arthur; GANDHI, Rajesh. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Management in hospitalized adults.** UpToDate [on-line]; Abr, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-management-in-hospitalized-adults>.

LEWIS, R. **Preventing Contaminated Medical Devices in the Context of COVID-19.** Med Tec Intelligence. Soapbox. 2020. Disponível em: <https://www.medtechintelligence.com/column/preventing-contaminated-medical-devices-in-the-context-of-COVID-19/>.

LING MAO, *et al.* **Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China.** Jama Neurol. 2020. DOI: [10.1001/jamaneurol.2020.1127](https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127).

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL (MGS): **Massachusetts General Hospital COVID-19 Treatment Guidance.** Versão [on-line].3.1. mai 2020. Disponível em: <https://www.massgeneral.org/news/coronavirus/treatment-guidance>.

MCINTOSH K. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [atualizado em 10 Abr 2020, citado em 07 Abr 2020]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19>.

MELLHAMMAR L, LINDER A, TVERRING J *ET AL*. **NEWS2 is Superior to qSOFA in Detecting Sepsis with Organ Dysfunction in the Emergency Department**. Journal of Clinical Medicine 2019. DOI: [10.3390/jcm8081128](https://doi.org/10.3390/jcm8081128).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde – COES Minas COVID-19. **Nota técnica COES MINAS COVID-19 nº 12/2020 - 25/03/2020 - Orientações ao Atendimento de Gestantes e Puérperas no Cenário de Enfrentamento da Doença do Coronavírus (COVID-19)**. Minas Gerais, 2020. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/Coronav%C3%A9rus/Nota_T%C3%A9cnica_COES_n%C2%BA_12.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Boletim Epidemiológico COVID-19: Doença causada pelo coronavírus – 19**. Publicado em 22/03/2021. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/1_2021/04-abril/30-04-COVID-19_BOLETIM20210430.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual De Saúde De Minas Gerais. **Orientações para Profissionais da Saúde e Gestores Municipais**. 2020. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>.

MOSS M, *et al*. **Early neuromuscular blockade in the acute respiratory distress syndrome**. N Engl J Med. 2019.

MORAWSKA L, MILTON D. **It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19**. Clinical Infectious Diseases. 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>.

MURTHY S *et al*. **Care for Critically Ill Patients with COVID-19**. JAMA.2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3633>.

NACIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - NICE. **COVID-19 rapid guideline: critical care in adults**. NICE guideline [NG159]. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/chapter/1-Admission-to-hospital>.

NACIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE – NICE. **Identification of frailty in over 65 year olds in an urgent care setting**. 2020. Disponível em: <https://www.criticalcarenice.org.uk/frailty>.

NUNES DE MORAES E, LANNA F, SANTOS RR, BICALHO MAC, MACHADO CJ, ROMERO DE. **A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: visual scale of frailty (VS-FRAILITY)**. J Aging Res Clin Practice. 2016. DOI: [org/10.14283/jarcp.2016.84](https://doi.org/10.14283/jarcp.2016.84).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde em instituições de assistência à saúde** [Internet]. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/09/4-REPROCESSAMENTO-DE-MATERIAIS-OMS-2016_PT.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha Informativa – COVID-19 (Doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

PAPAZIAN L, *et al.* **Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome**. N Engl J Med. 2010.

PEREIRA EEB, SANTOS NB; SARGES ESNF. **Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado**. Rev Pan-Amaz Saude 2014; 5(4):37-44. phenotypes? Intensive Care Medicine. 2020.; DOI: [10.1007/s00134-020-06033-2](https://doi.org/10.1007/s00134-020-06033-2).

PETTIROSSO E, GILES M, COLE S, REES M. **COVID- 19 and pregnancy: A review of clinical characteristics, obstetric outcomes and vertical transmission.** Aust N Z J Obstet Gynaecol 2020; 60: 640–659.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.** Updated report of a working party. London: RCP, 2017. Disponível em: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>.

SCHMIDT, Beatriz et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações às/aos psicólogas/os hospitalares.** Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. 22 p. Cartilha. Disponível em https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_psicologos_hospitalares.pdf

SIDDIQI, Hasan; MEHRA, Mandeep. **COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal.** Journal Heart Lung Transplant; v. 39: p. 405-407.mar, 2020. Disponível em [https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498\(20\)31473-X/pdf](https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498(20)31473-X/pdf).

SMITH GB, PRYTHERCH DR, MEREDITH P, SCHMIDT PE, FEATHERSTONE PI. **The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death.** Resuscitation. 2013;84:465-70. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(13\)00002-6/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(13)00002-6/fulltext).

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA/HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Manejo novo coronavírus.** 2020. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Documentos%20Doencas%20Epidemicas/Manejo-de-casos-suspeitos-de-sindrome-respiratoria-pelo-COVID-19.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR - SBRAFH. Câmara Técnica: Cuidado Farmacêutico no Enfrentamento da Covid-19. **Plano de Contingência em**

Diversos Cenários no Âmbito da Pandemia (recurso eletrônico)/ Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. São Paulo: SBRAFH, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **INFORME Nº 16 DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA SOBRE: ATUALIZAÇÃO SOBRE A HIDROXICLOROQUINA NO TRATAMENTO PRECOCE DA COVID-19.** Publicada em 17/07/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Nota de Esclarecimento da Sociedade Brasileira de Infectologia: Uso de máscaras na pandemia de COVID-19.** Publicada em 02/04/2020 e atualizada em 08/04/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL- BRASPEN, **Parecer para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados.** São Paulo. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa de Reanimação Neonatal. Nota de alerta: recomendações para assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada.** 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22422b-NAAlerta.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2020/03/25/recomendacoes-para-cuidados-e-assistencia-ao-recem-nascido-com-suspeita-ou-diagnostico-de-COVID-19/>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Comunicado aos Pediatras! Uso de dexametasona no tratamento da COVID-19. Posicionamento dos Departamentos Científicos de Alergia, Endocrinologia e Pneumologia** – SBP. Jul. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22602b-NA_Uso_de_dexametasona_tratamento_COVID19.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Orientações da OMS para prevenção da COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/covid-19-oms/>.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM) and AMERICAN SOCIETY FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (A.S.P.E.N.) JPEN. 2016. SOGIMIG - Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. **Coronavírus na Gravidez: Considerações e Recomendações.** 2020. Disponível em: <http://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Sogimig-Orienta%C3%A7%C3%B5es-sobre-COVID-19-1.pdf>.

SUN *ET AL.* **Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province.** Annals of Intensive Care. 2020. Disponível em: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-020-00650-2>.

SHUYA, Lu *et al.* **Effectiveness and safety of glucocorticoids to treat COVID-19: a rapid review and meta-analysis.** Annals of translational medicine, vol. 8,10: 627. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7290628/#>.

TANG N. *et al.* **Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy.** JTH. 2020. DOI: org/10.1111/jth.14817.

The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. <http://www.sphereproject.org>.

THOMAS C HANFF, M.D., M.P.H, MICHAEL O HARHAY, PH.D., M.P.H, TYLER S BROWN, M.D, JORDANA B COHEN, M.D., M.S.C.E, AMIR M MOHAREB, M.D. **Is There an Association Between COVID-19 Mortality and the Renin-Angiotensin System—a Call for Epidemiologic Investigations, Clinical Infectious Diseases.** 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa329>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Quais são os sinais e sintomas de COVID-19?** 2020. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/posts_coronavirus/quais-sao-os-sinais-e-sintomas-de-covid-19/.

US FOOD & DRUG ADMINISTRATION. **Wear Face Masks with No Metal During MRI Exams: FDA Safety Communication.** 2020. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/safety-communications/wear-face-masks-no-metal-during-mri-exams-fda-safety-communication>.

VAN DOREMALEN N, BUSHMAKER T, MORRIS DH, HOLBROOK MG, GAMBLE A, WILLIAMSON BN, TAMIN A, HARCOURT JL, THORNBURG NJ, GERBER SI, LLOYD-SMITH JO, DE WIT E AND MUNSTER VJ. **Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1.** *New Eng J Med.* 2020. DOI: [10.1056/NEJMc2004973](https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973).

VIDAL, A.N.S; et al. **Acesso e Cuidados Especializados - Coleção Covid 19, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).** 1º edição, vol.5, pág.136. Brasília - Janeiro de 2021. [Acesso em: 27/04/2021]; Disponível em: [acesso-cuidados-especializados.pdf](https://www.cofen.gov.br/acesso-cuidados-especializados.pdf) (cofen.gov.br).

WANG, Yin *et al.* **Early, low-dose and short-term application of corticosteroid treatment in patients with severe COVID-19 pneumonia: single-center experience from Wuhan, China.** *MedRxiv, Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL), vol.1, p. 1-16, mar. 2020.* Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.06.20032342v1>.

WEISS, Scott *et al.* **Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children.** *Intensive Care Med.* 46 (Suppl 1):S10–S67. Feb. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32030529/>.

Wölfel, R. *et al.* **Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019.** *Nature.* 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance** V 1.2. Interim guidance. 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).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global surveillance of novel coronavirus infection (2019-nCoV)**. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>.

Xu XP, *et al*. **Noninvasive Ventilation in Acute Hypoxemic Nonhypercapnic Respiratory Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Crit Care Med. 2017. DOI: [10.1097/CCM.0000000000002361](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002361).

AUTORES, COLABORADORES E REVISORES

Aguinaldo Bicalho Ervilha Junior

Médico Intensivista – Hospital Eduardo de Menezes

Aline Cândido de Almeida Pinto Mendes

Enfermeira – Coordenadora da Equipe de Enfermagem e Multiprofissional/DIRASS

Amanda Alvarenga Cambraia

Fisioterapeuta – Hospital Alberto Cavalcanti

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Enfermeira – Assessora Técnica/DIRASS

Ana Luiza Garcia Cunha

Médica Pediatra – Hospital Infantil João Paulo II

Ana Raquel B. Lara

Médica Ginecologista e Obstetra - Hospital Júlia Kubitschek

Andrea Cassia Simões Vimieiro

Farmacêutica – Coordenadora de Assistência Farmacêutica/DIRASS

Antônio Carlos de Castro Toledo Júnior

Médico Infectologista - FHEMIG

Arthur Felipe Ribeiro Mendes

Enfermeiro – Referência Técnica da Enfermagem/DIRASS

Arthur Zaian Silva Campos

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental/HJK

Bruno Porto Pessoa

Fisioterapeuta/Hospital Júlia Kubitschek

Carla Cristina Carvalho Gomes

Fisioterapeuta/Hospital Júlia Kubitschek

Cintia Cristiane Passos

Nutricionista - Hospital Infantil João Paulo II

Cristiane Nascimento Lima

Psicóloga - Referência Técnica Multiprofissional/DIRASS

Daniella Alessandra Favarini

Biomédica – Coordenadora de Laboratórios de Análises Clínicas/DIRASS

Daniela Caldas Teixeira

Médica Pediatra – Hospital Infantil João Paulo II

Deise Campos Cardoso

Médica Epidemiologista/DIRASS

Érika Cristina Fernandes Chamon

Enfermeira/DIRASS

Érika Pereira Inácio

Fisioterapeuta/Hospital Júlia Kubitschek

Equipe Multiprofissional do Hospital Julia Kubitschek

Fabiana Guerra Pimenta

Enfermeira/DIRASS

Fernanda Bitarães de Aguiar

Enfermeira/DIRASS

Flávio de Souza Lima

Médico Infectologista/DIRASS

Frederico Bruzzi de Carvalho

Médico Intensivista – Hospital João XXIII

Gabriela Casanova

Médica – Hospital João XXIII

Gui Tarcísio Mazzoni Junior

Médico Ginecologista-obstetra – Coordenador Médico/DIRASS

Guilherme Freire Garcia

Médico Pneumologista/DIRASS

Inessa Beraldo de A. Bonomi

Médica Ginecologista e Obstetra - Gerente Assistencial do Hospital Júlia Kubitschek

Isabella Manetta de Moraes

Enfermeira/Coordenadora de Segurança Assistencial

Juliana Maria Pimenta Starling

Fisioterapeuta/DIRASS

Kátia Cristina Martins Fonseca

Terapeuta Ocupacional - Referência Técnica Multiprofissional/DIRASS

Lara Drummond Paiva

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental – Assessora da Gerência de Diretrizes Assistenciais

Lívia Augusta dos Santos Braga

Fonoaudióloga/DIRASS

Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos

Médica Infectologista – Diretora Assistencial/DIRASS

Luis Fernando de Carvalho

Médico Pediatra – Hospital Infantil João Paulo II

Marcone Candido de Souza

Enfermeiro – Enfermeiro HJK

Maria Aparecida Camargos Bicalho

Médica Geriatra – Hospital HMAL

Maria Lúcia dos Santos Cabral

Assistente Social - Referência Técnica Multiprofissional/DIRASS

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Fisioterapeuta – Gerente de Diretrizes Assistenciais/DIRASS

Mauro Moraes de Araujo Gonçalves

Médico – Hospital Júlia Kubistchek

Mauro Vidigal de Rezende Lopes

Médico Pneumologista – Hospital Júlia Kubistchek

Neimy Ramos

Médica Intensivista – Hospital Eduardo de Menezes e Hospital Júlia Kubistchek

Newton Santos de Faria Júnior

Fisioterapeuta – Hospital Eduardo de Menezes

Priscila Yunes Marques

Nutricionista/DIRASS

Roberta Aparecida Gonçalves

Médica Infectologista - Referência Técnica Médica/DIRASS

Rodrigo Luiz Marques Leocacio

Farmacêutico/DIRASS

Tereza Gamarano Barros

Médica Intensivista – Hospital Eduardo de Menezes

Tiago Sávio Moreira Possas

Fisioterapeuta – Referência Técnica Multiprofissional/DIRASS

Wivian Aparecida Dornelas Couto

Fisioterapeuta/DCGI

Referências:

ANVISA. **Bulário Eletrônico**. 2020. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Analgesia e sedação na Covid-19**. 2020. Disponível em:
https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/julho/07/Analgesia_e_sedacao_AMIB_070720_V_V_VJS.pdf.

Diretrizes de sedação (conduta médica em Terapia Intensiva). Disponível em:
<https://pebmed.com.br/diretrizes-de-sedacao-conduta-medica-em-terapia-intensiva/>.

FHEMIG. **Plano De Capacidade Plena Hospitalar Em Resposta à Pandemia de Covid-19 – 2021**. Disponível em:
http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1872:planos-de-contingencia-e-de-capacidade-plena-hospitalar&catid=1432:covid-19.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Plano “Minas Consciente – Retomando a economia do jeito certo”**. 2021. Disponível em:
<https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/imagens/minasconsciente/plano_minas_consciente_3.4.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. **Orientação para estimativa de consumo diário de medicamentos do kit intubação, por leito, conforme doses terapêuticas preconizadas**. Disponível em:
<<http://www.sbrafh.org.br/inicial/orientacao-para-estimativa-de-consumo-diario-de-medicamentos-do-kit-intubacao-por-leito-conforme-doses-terapeuticas-preconizadas/>>.