Ministério da Saúde

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

gov.br/saude

minsaude

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

Junho de 2021

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

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

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES
Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF Tel.: (61) 3315-9220

Elaboração

Maíra Batista Botelho
DAET/SAES/MS

Anna Paula Hormes de Carvalho
DAET/SAES/MS

Marcio Irita Haro
DAET/SAES/MS

Ana Patrícia de Paula
CGAE/DAET/SAES/MS

Patrícia Gonçalves Freire dos Santos
CGSNT/DAET/SAES/MS

Fabiano Romanholo Ferreira
CGSH/DAET/SAES/MS

Ângelo Roberto Gonçalves
CGSPD/DAET/SAES/MS

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

Wanessa Trindade Clemente
Médica infectologista
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Edson Abdala
Médico infectologista
Faculdade de Medicina da USP

Lígia Camera Pierroti
Médica infectologista
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Bruno José de Queiroz Sarmento
Médico cirurgião oncológico
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Marcelo Addas Carvalho
Médico hemoterapeuta
Universidade Estadual de Campinas

Suely Meireles Rezende
Médica hematologista
Universidade Federal de Minas Gerais

Rodrigo Nascimento Pinheiro
Médico cirurgião oncológico
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Décio Lerner
Diretor do Centro de Transplante de Medula Óssea
Instituto Nacional do Câncer

Danielli Cristina Muniz de Oliveira
Coordenadora do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea - REDOME
Instituto Nacional do Câncer

Revisão Final

Maria Inez Pordeus Gadelha
SAES/MS

Sergio Yoshimasa Okane
SAES/MS

Colaboração

Maria do Socorro Mendonça de Campos
Médica cirurgiã pediátrica
Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Reitan Ribeiro
Médico cirurgião oncológico
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Héber Salvador de Castro Ribeiro
Médico cirurgião oncológico
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Lisieux Eyer de Jesus
Médica cirurgiã pediátrica
Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

Luis Antonio Diego
Médico anestesiologista
Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Alexandre Ferreira Oliveira
Médico cirurgião oncológico
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Luiz Carlos Von Bahten
Médico cirurgião
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Pedro Eder Portari
Médico cirurgião
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rodrigo Ramos
Médico cirurgião
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Augusto Key Takaschima
Médico anestesiologista
Sociedade Brasileira de Anestesiologia

Luiz Fernando Cordova
Médico cirurgião
Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Mariana Ferreira Marques
CGSPD/DAET/SAES/MS

Paula Juliana Antoniazzo Zamaro
CGSH/DAET/SAES/MS

Suyanne Camille Caldeira Monteiro
CGAE/DAET/SAES/MS

Denise Maria Rodrigues Costa
CGSPD/DAET/SAES/MS

Cícero Kaique Pereira Silva
CGSPD/DAET/SAES/MS

Luane Carvalho Costa
CGSPD/DAET/SAES/MS

Thalita Motta Gago
CGSH/DAET/SAES/MS

Priscila Murador
CGSH/DAET/SAES/MS

Helder Teixeira Melo
CGSH/DAET/SAES/MS

Silma Maria Alves de Melo
CGSH/DAET/SAES/MS

Ana Margareth Gomes Alves
CGSH/DAET/SAES/MS

Jakeline Nunes
CGSH/DAET/SAES/MS

Vera Lúcia Magalhães
CGSH/DAET/SAES/MS

Eduardo de Souza Martins Fernandes
Médico cirurgião oncológico do aparelho digestivo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Evelyne Santana Girão
Médica infectologista
Hospital Universitário Walter Cantidio da Universidade Federal do Ceará

Pedro Túlio Rocha
Médico nefrologista
Sociedade Brasileira de Nefrologia

Laura Herranz Prinz
Médica intensivista
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rafael Augusto Dantas Prinz
Médico ortopedista
Banco de Tecidos – INTO/MS

Taciana Ribeiro Silva Bessa
CGSNT/DAET/SAES/MS

Raquel Silveira Bello Stucchi
Médica infectologista
Universidade Estadual de Campinas

Reyjane Alves Teixeira
CGSH/DAET/SAES/MS

Carla Patrícia Rodrigues de Sousa
CGSH/DAET/SAES/MS

Luis Antônio Diego
CGSPD/DAET/SAES/MS

Bárbara de Jesus Simões
Presidente da Fundação Hemocentro de Brasília

Alexandre Nonino
Médico hematologista
Fundação Hemocentro de Brasília

Fábio Viegas
Médico cirurgião
Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

Acrônimos e Siglas

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas

anti-TNFa: Inibidor do Fator de Necrose Tumoral Alfa

AOS: Apneia Obstrutiva do Sono

BP: Banco de Pele

BTCV: Banco de Tecidos Cardiovasculares

BTME: Banco de Tecidos Musculoesqueléticos

BTOC: Banco de Tecidos Oculares Humanos

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CET: Central Estadual de Transplantes

CGAE: Coordenação-Geral de Atenção Especializada

CGSH: Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

CGSPD: Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

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

DAET: Departamento de Atenção Especializada e Temática

DF: Doença Falciforme

ESPII: Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

H1N1: Subtipo de vírus de influenza A

IgA: Imunoglobulina A

IgG: Imunoglobulina G

IgM: Imunoglobulina M

IPD: Informação pós-doação

ME: Morte Encefálica

mRNA: Ácido Ribonucleico mensageiro

MS: Ministério da Saúde

NIR: Núcleo Interno de Regulação

NT: Nota técnica

OMS: Organização Mundial da Saúde

PMP: Partes por Milhão da População

PPTA: Plasma Protein Therapeutics Association

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RCPD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RT-PCR: Teste Molecular (sigla em inglês para reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real)

SAES: Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

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

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SG: Síndrome gripal

SH: Serviço de Hemoterapia

SIDA/AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIG: Sistema Informatizado de Gerenciamento das Listas de Espera

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIVEP-Gripe: Sistema de Informação de Vigilância da Gripe

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

STA: Síndrome Torácica Aguda

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VLP: Sigla em Inglês para vírus-como partículas

Sumário

ACRÔNIMOS E SIGLAS 6

CONTEXTUALIZAÇÃO 10

TELESSAÚDE 11

DEFINIÇÕES 12

Síndrome gripal (SG) 12

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) 12

Contato com casos confirmados de COVID-19: 12

Casos convalescentes de COVID-19: 13

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 14

Critérios de inclusão - Fluxo livre de COVID-19 15

Critérios de exclusão - Fluxo livre de COVID-19 16

Fluxo livre de COVID-19 18

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 20

Núcleo Interno de Regulação (NIR) 21

Segurança assistencial 22

Cuidados anestésicos trans-operatórios: 23

Cirurgia Pediátrica 23

Vacinas 23

TRANSPLANTES DE ORGÃOS E TECIDOS 24

Triagem de doadores 24

Validação de doador falecido de órgãos e tecidos 26

Validação de doador vivo de órgãos 27

Captação 28

Recomendações pré-transplante 29

Recomendações pós-transplante 30

Transplantes de fígado 32

Painel linfocitário para transplante de rim, rim-pâncreas e pâncreas isolado 33

Orientações quanto à manutenção da soroteca: 33

Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) 34

Considerações finais 37

HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA 38
Orientações Gerais 38
Triagem de candidatos à doação de sangue 38
Plano Nacional de Contingência do Sangue 40
Doenças Hemorrágicas Hereditárias 42
Hemoglobinopatias: doença falciforme e talassemias 44
Triagem neonatal biológica (teste do pezinho) 44

CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 46
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 46
Capacidade Instalada da RCPD 48
Orientações à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no contexto da pandemia da COVID-19: 49
Linha de cuidado para reabilitação de usuário com síndrome pós COVID-19 50
Reabilitação no contexto da COVID-19 51
Condutas assistenciais para pacientes com síndrome pós- COVID-19 54

FONTES CONSULTADAS 55

CONTEXTUALIZAÇÃO

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

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

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

Em decorrência dos impactos resultantes da emergência de saúde pública de importância internacional ocasionadas pelo SARS-CoV-2, o Ministério da Saúde consolidou e atualizou diretrizes assistenciais relacionadas às Políticas do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES). O objetivo é oferecer orientações técnicas aos gestores e profissionais da saúde sobre as melhores práticas assistenciais aos indivíduos com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Estas diretrizes são baseadas nas melhores evidências disponíveis e poderão ser alteradas diante de novas constatações. Recomenda-se que estratégias adicionais estejam baseadas nas informações epidemiológicas periodicamente divulgadas pelas autoridades.

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

TELESSAÚDE

A disponibilização da telessaúde no SUS é de grande valia na estruturação das Redes de Atenção à Saúde durante a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, e poderá ser utilizada em todos os processos abordados.

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

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

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

Os procedimentos específicos de teleconsultas na atenção especializada devem seguir os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial.

DEFINIÇÕES

Nestas Diretrizes, utilizam-se os seguintes conceitos:

Síndrome gripal (SG)

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

Observações:

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

Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios, do rosto ou das pontas dos dedos.

Observações:

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

Contato com casos confirmados de COVID-19:

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

- a data de início dos sinais ou sintomas de COVID-19 (caso confirmado sintomático);
- a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos).

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

- teve um contato físico com um caso confirmado de COVID-19;
- profissional da saúde que prestou assistência a paciente com diagnóstico de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual;
- teve contato com um caso confirmado de COVID-19 em ambiente domiciliar, dormitório, creche ou alojamento.

Casos convalescentes de COVID-19:

» **Após Síndrome Gripal:**

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

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

Em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), orienta-se suspender o isolamento, desde que haja 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos, remissão dos sintomas respiratórios e:

- 20 dias após início dos sintomas, OU
- 10 dias após resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 indetectável.

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

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

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

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

É importante notar que a pandemia inicialmente estimada para durar 4 a 5 meses pode, segundo estudo publicado baseado em dados de epidemias prévias por outros coronavírus nos Estados Unidos, ter picos intermitentes após o pico inicial mais intenso. Espera-se que episódios de recrudescimento possam ocorrer até 2022, ou ainda pior, até 2024.

A forma mais segura e eficiente para seguir com o tratamento dos pacientes com doenças graves, cujo tratamento é cirúrgico, é a criação do chamado fluxo livre de COVID-19. Pelas vias desse fluxo transitarão esses pacientes, objetivando que seus diagnósticos e tratamentos, sejam realizados com menor risco de serem infectados, e maior garantia de melhores resultados terapêuticos. Esses fluxos são caracterizados pela triagem de pacientes não infectados pelo SARS-CoV-2 em qualquer fase, provendo a estes pacientes os devidos cuidados e proteção, acomodação em consultórios e leitos a eles reservados (“leitos dedicados”). Para um bom funcionamento do fluxo livre de COVID-19, é importante uma ampla disponibilização de RT-PCR.

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

Critérios de inclusão - Fluxo livre de COVID-19

São elegíveis para o fluxo livre de COVID-19:

Pacientes:

- Não terem diagnóstico de infecção pelo SARS-CoV-2 e não serem contactantes de casos confirmados de COVID-19.
- Para as pessoas com história pregressa de infecção pelo SARS-CoV-2, os tempos de espera são baseados em sintoma e gravidade da COVID-19 e recomendados a partir da data do diagnóstico e data da cirurgia, segundo o Quadro 1:

Quadro 1: Tempos de espera baseados em sintoma e gravidade da COVID-19.

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

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

Acompanhantes e profissionais:

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

Critérios de exclusão - Fluxos livres de COVID-19

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

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

1. Por critério clínico.

2. Por critério clínico-epidemiológico.

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

Caso de SG ou SRAG com testes:

» BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:

- RT-PCR em tempo real;
- RT-LAMP.

» IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:

- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay – ELISA);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
- Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA);
- Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA).

» PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

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

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

» BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP.

» PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

5. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático:

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

» BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP;

» PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo, segundo o Quadro 2, a pessoa que:

Quadro 2: Vigilância, rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos.

Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta.
Teve um contato físico direto com um caso confirmado de COVID-19.
Profissional da saúde que prestou assistência a paciente com diagnóstico de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual.
Teve contato com um caso confirmado de COVID-19 em ambiente domiciliar, dormitório, creche ou alojamento.

Fluxos livres de covid-19

A Figura 1 resume os passos dos fluxos em suas diversas etapas.

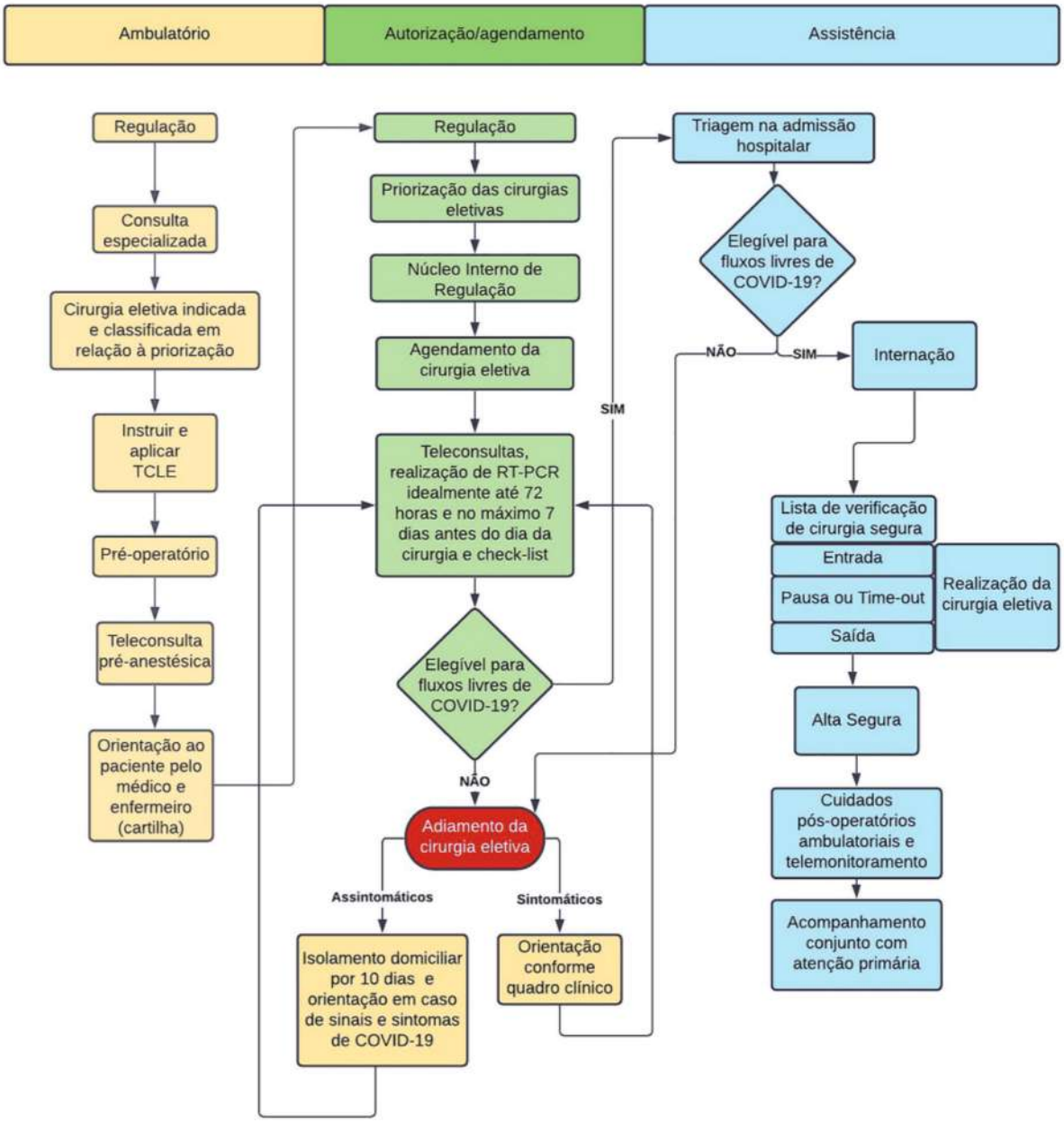

Figura 1: Fluxos livres de COVID-19.

Confirmada a necessidade inadiável de tratamento cirúrgico, o serviço deve receber o paciente por meio da regulação. Apenas pacientes assintomáticos e com SARS-CoV-2 indetectável no exame de RT-CPR, idealmente até 72h e no máximo em 1 semana, podem ser convocados para internação em fluxo livre de COVID-19. A equipe responsável por essa triagem deve ser exclusiva para essa função, e seus membros devem evitar transitar dentro das estruturas livres de COVID-19, uma vez que estão sob risco de contaminação. À chegada do paciente, preconiza-se a aplicação de questionário clínico-epidemiológico, e aferição da temperatura do paciente. Caso haja suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2,

o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica, dentro da própria instituição, em ambiente previamente definido para a triagem dos pacientes com sintomas respiratórios e seguir os protocolos da instituição e do Ministério da Saúde. A qualquer momento, caso algum suspeito de infecção pelo SARS-CoV-2 seja identificado dentro de um fluxo livre, o paciente em questão deverá ser imediatamente isolado e direcionado a outro setor do hospital.

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

O Quadro 3 exemplifica como classificar e prever os tempos máximos possíveis entre a indicação e a realização do procedimento cirúrgico, em caso de cirurgia eletiva.

Quadro 3: Classificação de procedimentos cirúrgicos, tempo máximo previsto e exemplos de priorização.

Classificação	Tempo máximo previsto	Exemplos de priorização
Semi-urgente	até 2 semanas	• Melanoma e carcinoma cutâneo de alto risco • Tumores ginecológicos e da mama • Tumores de esôfago e estômago • Tumores colorretais • Tumores hepatobiliares e pancreáticos • Tumores urogenitais • Tumores da cabeça e pescoço • Neoplasias torácicas malignas (inclui pulmão) • Neoplasias peritoneais malignas • Sarcomas • Tumores do sistema nervoso central • Tumores ósseos • Hérnia inguinal de lactentes • Procedimentos de alta complexidade da cirurgia car diovascular
Eletiva essencial	Entre 3 e 12 semanas	• Neoplasia maligna após radioterapia ou quimioterapia prévia • Transplante renal intervivos • Transplante hepático intervivos • Cirurgia bariátrica*
Eletiva (facultativa)	> 12 semanas	• Hérnia de parede abdominal • Colecistolitíase • Tumores benignos

*Considerar as indicações da Portaria de Consolidação número 3 GM/MS, de 2017.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

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

O paciente deve ser informado e orientado, devendo haver um registro formal da decisão em um TCLE, devendo ser anexado ao prontuário do paciente (Figura 2).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO - PANDEMIA COVID -19

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

Fui informado(a) pelo(a) Dr.(a) _____, CRM _____, que o atraso no tratamento cirúrgico poderá acarretar piora do prognóstico.

Fui orientado(a) que no meu caso não existe tratamento, nesse momento, capaz de substituir ou postergar, com segurança, o procedimento cirúrgico.

Recebi as seguintes informações da equipe médica:

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

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

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

Local e data: _____

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

Figura 2: Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia Eletiva.

Núcleo Interno de Regulação (NIR)

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

Figura 3: Frontispício do Manual de Implantação e Implementação do NIR.

Atribuições do NIR no fluxo livre de COVID-19:

- estabelecer fluxos e áreas livres de COVID-19;
- mapear pacientes e acompanhantes com suspeita, confirmação ou contato com casos confirmados de COVID-19;
- gerenciar dinamicamente as salas cirúrgicas e os leitos de recuperação anestésica;
- monitorar com a finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados e suspensos;
- estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação da cirurgia e a realização do procedimento;
- induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban, Projeto/Plano Terapêutico Singular, Gestão da Fila;

- apoiar as equipes na definição de critérios para internação, triagem reversa e instituição de alta hospitalar responsável;
- apoiar contingências locais que possam comprometer a assistência;
- informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da RAS.

Maiores informações sobre o NIR podem ser obtidas no sítio eletrônico https://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF.

Recomenda-se disponibilizar ao paciente e seus familiares um canal de comunicação para notificar eventos antes e após o procedimento, como aparecimento de sinais e sintomas de COVID-19, ou adiamento do procedimento devido a mudanças do cenário epidemiológico da região.

Segurança assistencial

Recomenda-se que qualquer membro da equipe cirúrgica, anestésica ou outro profissional da instituição que apresente sintomas "gripais" (sintomático) deve ser orientado a não participar do ato operatório. Nestes casos, todos devem ser testados para SARS-CoV-2, com exame de RT-PCR, e afastado do trabalho.

Recomenda-se para procedimentos com risco de aerossolização*:

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

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

Figura 4: Frontispício do Manual de Segurança do Paciente.

No contexto da pandemia, destaca-se:

Assegurar cirurgia em local da intervenção, com o procedimento no paciente correto, obedecendo os fluxos livres de COVID-19 e possibilitando maior segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

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

Cuidados anestésicos transoperatórios:

Manter todos os cuidados recomendados na Resolução CFM n° 2.174, de 14 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a prática do ato anestésico.

Cirurgia Pediátrica

O risco de crianças e adolescentes desenvolverem COVID-19 sintomática, bem como de evoluírem para quadros graves é menor em relação aos dos adultos. Crianças geralmente manifestam um quadro agudo oligossintomático ou atípico, com maior ocorrência de manifestações gastrointestinais, podendo a manifestação respiratória ser de difícil diferenciação de outros quadros virais predominantes nesta faixa etária. A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) ocorre, em geral, mais tardiamente. Uma faixa etária de risco nesta população são os neonatos; por isso, quando o diagnóstico de COVID-19 for presumido na gestante parturiente, a contaminação deve ser descartada no recém-nascido e o isolamento de ambos deve ser instituído até a devida confirmação de não infecção pelo SARS-CoV-2.

Deve-se ressaltar que em função da necessidade da presença de acompanhante maior de idade, os acompanhantes devem também ser triados em relação a presença de sintomas ou ocorrência de contato recente com casos confirmados de COVID-19.

O risco de perda de função de órgãos e complicações agudas em crianças portadoras de malformações congênitas específicas determina prioridade para o tratamento cirúrgico, assim como nos casos de neoplasias malignas, estas menos comuns nesta faixa etária.

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

Vacinas

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

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

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

TRANSPLANTES DE ORGÃOS E TECIDOS

No Sistema Único de Saúde são realizadas todas as modalidades de transplantes de órgãos, tecidos e células, constituindo-se no Sistema Nacional de Transplantes o maior sistema público de saúde do mundo em número de transplantes.

Os dados do ano de 2019, quando comparados com os do ano de 2020, mostram a redução da atividade de doação e transplante de órgãos no cenário brasileiro, conforme se pode ver na Figura 5.

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

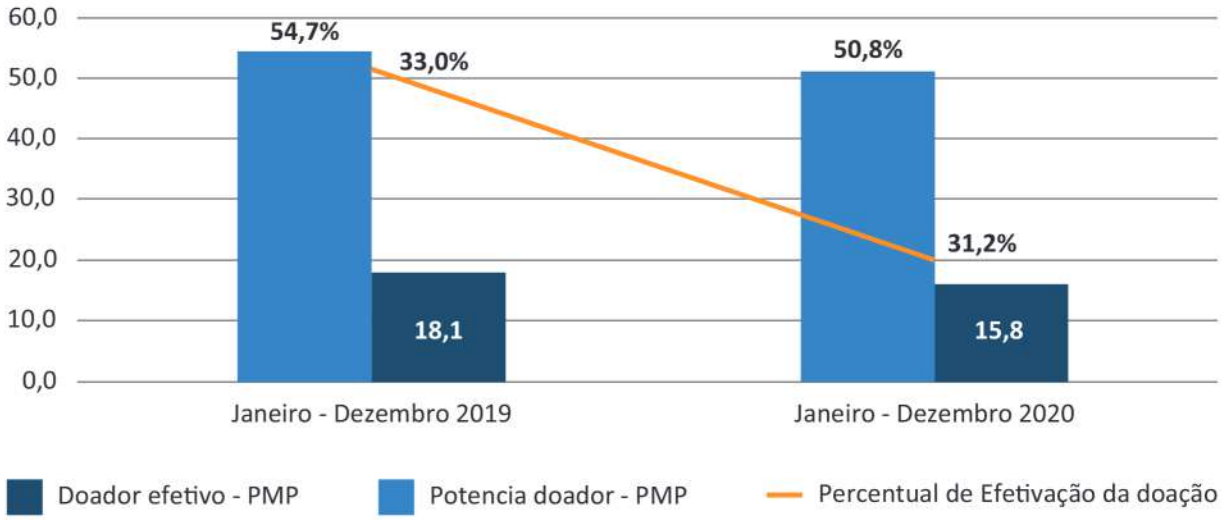

Figura 5: Cenário de doação de órgãos no Brasil. Comparativo entre os anos de 2019 e 2020.

Fonte: SIG/SNT/MS - CET - Centrais Estaduais de Transplantes

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

Triagem de doadores

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

Quadro 3: Orientações gerais para triagem de infecção pelo SARS-CoV-2

Triagem	Potencial doador de órgãos (ME)	Potencial doador de tecidos		Doador vivo de órgãos
		Morte encefálica	Parada cardiorrespiratória	
Triagem clínica	• História de contato com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 • História clínica para identificação de sinais e sintomas sugestivos de COVID-19			
Triagem laboratorial Teste molecular para SARS-CoV-2 (RT-PCR) em amostras respiratórias	Amostra deve ser coletada do trato respiratório nas 24 horas anteriores e no máximo até 72h antes da captação.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da retirada do tecido.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório o mais próximo possível do momento da parada cardiorrespiratória.	Amostra deve ser coletada do trato respiratório em até 24 h antes da doação.

Quadro 4: Prazo para a coleta da amostra para realização do teste em tecidos oculares

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

Quadro 5: Prazo para a coleta da amostra para realização do teste nos demais tecidos

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

Observações quanto a coleta de amostras

- A triagem dos doadores deve ser realizada por RT-PCR em amostra do trato respiratório. Do doador falecido obtida idealmente do trato respiratório inferior (aspirado traqueal ou brônquico, ou lavado bronco alveolar). Dos doadores vivos a amostra recomendada é do trato respiratório superior (swab nasofaríngeo).
- Até o momento, não é recomendado o uso de testes antigênicos ou sorológicos como alternativa à indisponibilidade do exame de RT-PCR. No entanto, os testes sorológicos podem ajudar no processo de tomada de decisão quanto à doação, no caso de doadores potenciais com diagnóstico prévio de COVID-19 que persistem com um RT-PCR detectado para SARS-CoV-2 (nessa situação deve-se discutir caso-a-caso).

Validação de doador falecido de órgãos e tecidos

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

Os critérios para validação de doador falecido de órgãos e tecidos estão destacados na Figura 6:

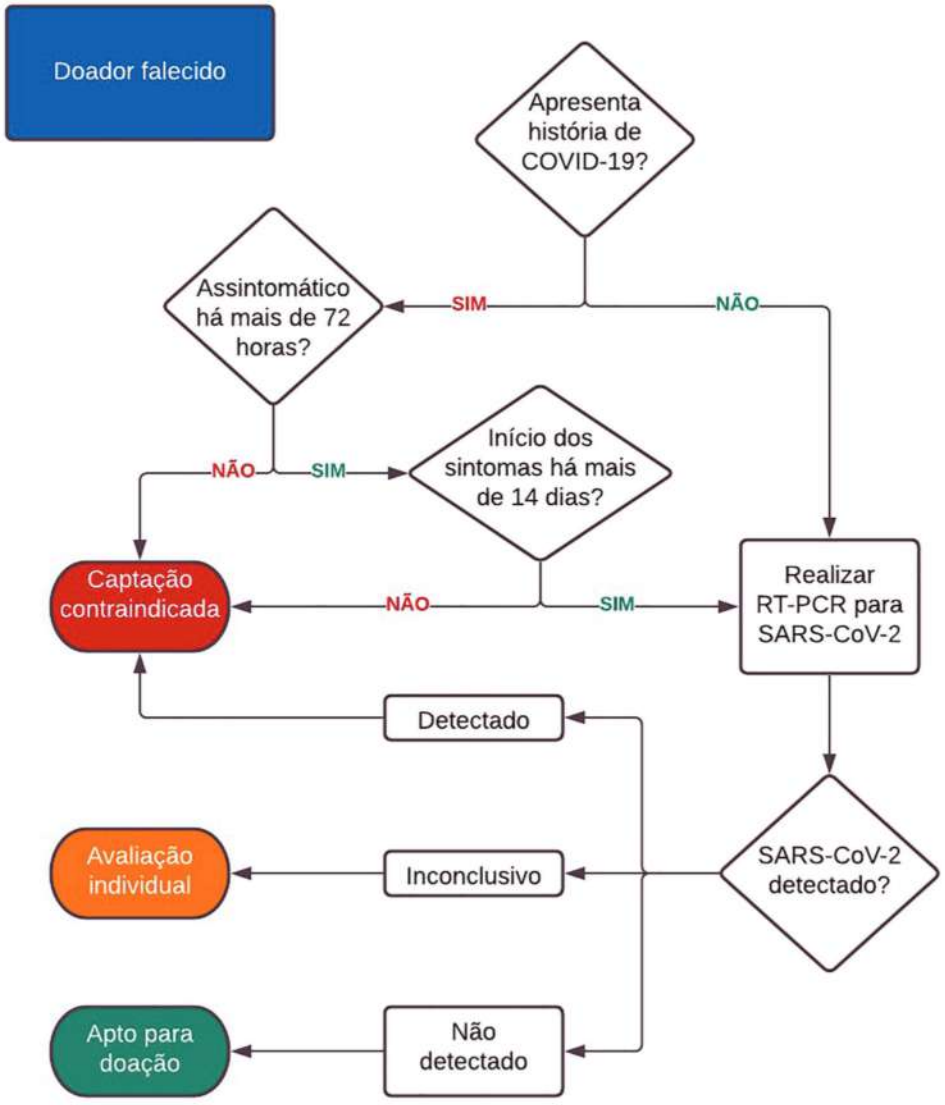

Figura 6: Fluxograma de doação de órgãos e tecidos de doador falecido.

Observação:

- A triagem para SARS-CoV-2 é indicada em todos os doadores potenciais antes do procedimento cirúrgico.

Validação de doador vivo de órgãos

Os critérios para validação de doador vivo de órgãos estão destacados na Figura 7 e no Quadro 6.

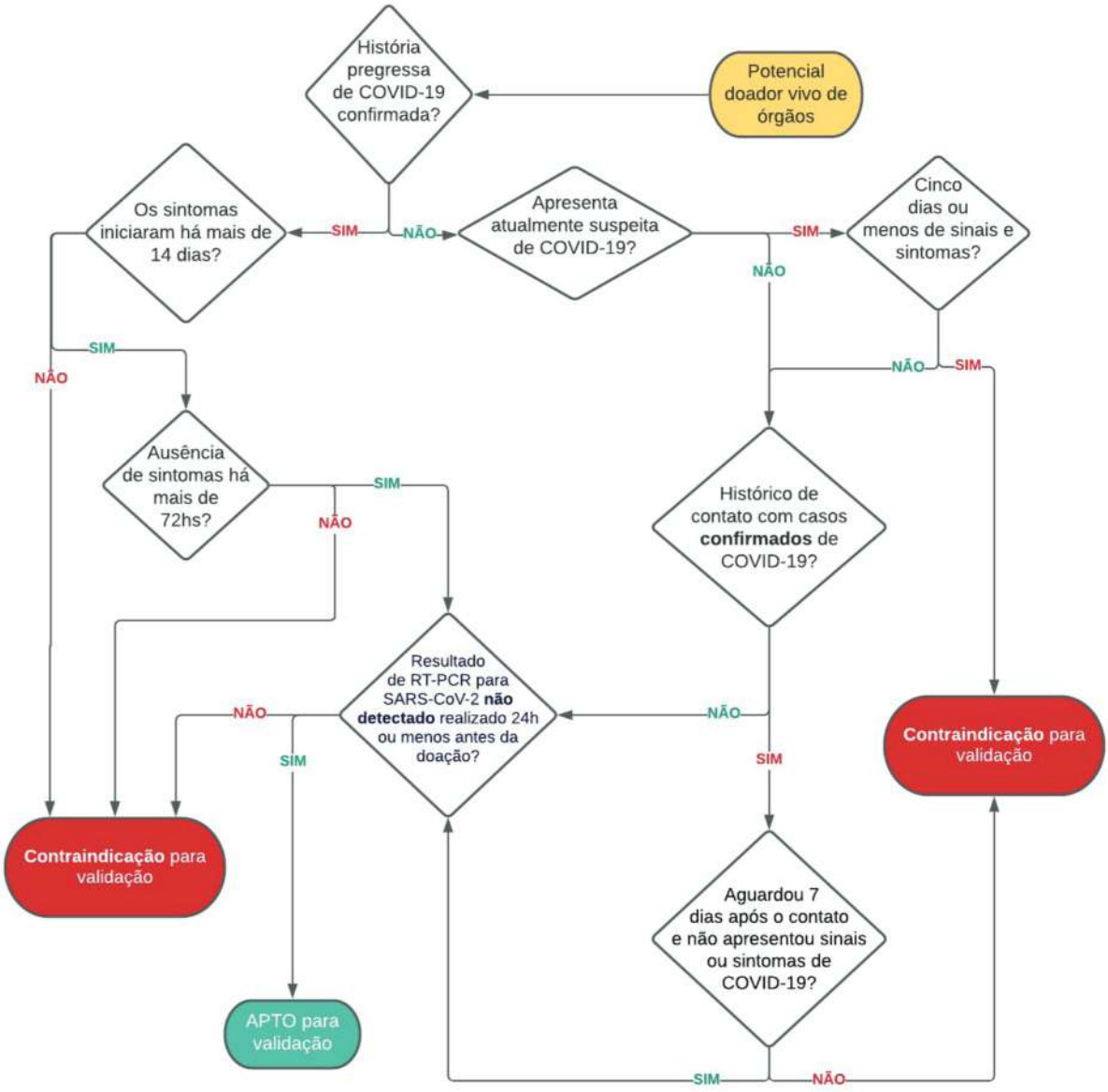

Figura 7: Fluxograma de doação de órgãos de doador vivo.

Quadro 6: Validação de doador vivo de órgãos.

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

- A triagem para SARS-CoV-2 é indicada em todos os doadores potenciais antes da cirurgia. Recomenda-se o adiamento da doação se o doador potencial for um caso confirmado de COVID-19, houver alta suspeita clínica de COVID-19, ou o rastreamento de SARS-CoV-2 for detectado ou inconclusivo.
- Recomenda-se adiar a doação por 14 dias ou mais, ao contar da data do início dos sintomas, além de estar pelo menos 72 horas sem apresentá-los. É aconselhável repetir o RT-PCR até que se tenha um resultado indetectável para SARS-CoV-2 de exame procedido antes da doação.
- Caso o RT-PCR persista com resultado de detectável, a doação pode ser considerada individualmente após cuidadosa análise de benefício e de risco.

Captação

As orientações para a captação constam no Quadro 7.

Quadro 7: Orientações para captação de órgãos e tecidos.

Busca de potenciais doadores	Entrevista familiar
Verificar junto ao estabelecimento de saúde notificante do óbito a presença da **"FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG PARA SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVIRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)"**, da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS/MS, que relaciona os exames realizados e de seus resultados, considerando **para a continuidade do processo de doação apenas os casos "descartados" de COVID-19.**	• Uso obrigatório da máscara. • Deve-se disponibilizar local para higienização das mãos das com água e sabão ou com álcool a 70%. • O acolhimento e entrevista familiar devem ser realizados em espaços físicos ventilados e que permitam um distanciamento seguro.

Orientações adicionais:

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

Recomendações pré-transplante

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

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

As orientações para vacinação encontram-se no Quadro 8.

Quadro 8: Orientações para vacinação em pacientes pré-transplantes de órgãos.

Orientações para vacinação contra SARS-COV-2 Pacientes pré-transplantes – órgãos
Todas as vacinas disponíveis podem ser administradas no pré-transplante
Idealmente os pacientes devem completar o esquema de vacinação contra SARS-CoV-2 antes do transplante. Se isso não for factível, não há intervalo de tempo entre a vacinação e o transplante
Pacientes em uso de imunoglobulina podem ser vacinados com qualquer uma das vacinas disponíveis contra SARS-CoV-2
Os pacientes devem ser orientados a receber a vacina contra influenza, respeitando o intervalo de 14 dias entre a vacina contra influenza e a vacina contra SARS-CoV-2
Após a vacinação, manter as medidas de segurança quanto ao distanciamento seguro, uso de máscara e higiene das mãos

Recomendações pós-transplante

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

As orientações para vacinação pós-transplante encontram-se no Quadro 9.

Quadro 9: Orientações para vacinação de pacientes submetidos a transplante de órgãos

Orientações para vacinação contra SARS-COV-2 Pacientes transplantados – órgãos
Todas as vacinas disponíveis podem ser administradas no pós-transplante
Pacientes em uso de imunoglobulina podem ser vacinados com qualquer uma das vacinas disponíveis contra SARS-CoV-2
Após o transplante, o ideal é que o paciente receba a vacina a partir do 3º mês do transplante, mas pode ser feita a partir do primeiro mês
Os pacientes devem ser orientados a receber a vacina contra influenza, respeitando o intervalo de 14 dias entre a vacina contra influenza e a vacina contra SARS-CoV-2
Contraindicações para vacinação contra SARS-CoV-2 em pacientes transplantados: ▪ o menores de 18 anos; ▪ o estar na vigência de quadro febril agudo; e ▪ o ter alergia a algum componente da vacina.
Após a vacinação manter as medidas de segurança quanto ao distanciamento seguro, uso de máscara e higiene das mãos

O Quadro 10 resume as orientações para as Centrais Estaduais de Transplantes notificarem os casos de COVID-19.

Quadro 10: Notificação – Centrais Estaduais de Transplantes

<table>
<tr><th colspan="2">Notificação de casos de COVID-19</th></tr>
<tr><td colspan="2">As CET devem ser informadas pelas equipes especializadas na procura de órgãos e tecidos quanto à suspeita ou confirmação de casos em potenciais doadores de órgãos e tecidos, bem como sobre a suspeita de transmissão pelo doador ao receptor.</td></tr>
<tr><td>Secretaria de Vigilância em Saúde - MS</td><td>Sistema Nacional de Biovigilância - ANVISA</td></tr>
<tr><td>Notificação quanto à suspeita ou confirmação de casos em potenciais doadores:</td><td>Notificação quanto à suspeita de transmissão via doador a receptor:</td></tr>
<tr><td>a) Deve ser realizada pelo meio de comunicação mais rápido disponível, em até 24 horas a partir do conhecimento de caso que se enquadre na definição de suspeito, como determina o Anexo V, capítulo I, seção I da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 04/2017.

b) Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do formulário eletrônico Ficha de notificação completa para casos suspeitos e prováveis de infecção pelo SARS-CoV-2 Novo Coronavírus (COVID-19), dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.

c) O código CID 10 - Infecção humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) para registro de casos, conforme as definições, será o U07.1 – Infecção pelo novo Coronavírus</td><td>a) Notificar ao Sistema Nacional de Biovigilância possíveis casos de transmissão de COVID-19 de doador para receptor.

b) Os casos identificados de transmissão do SARS-CoV-2 via doador-receptor são de notificação compulsória pelos serviços de saúde, D suspeitos ou confirmados, por meio de formulário on line de notificação individual (caso a caso) de reações adversas relacionadas ao processo de Biovigilância, denominado Formulário de Notificação de Eventos Adversos.

c) As reações graves e os óbitos são de notificação imediata compulsória à autoridade sanitária competente em até 24 horas após a detecção, conforme determina a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC/Anvisa no 339, de 20 de fevereiro de 2020.</td></tr>
</table>

Transplantes de fígado

No contexto da epidemia de COVID-19 e a fim de contemplar as especificidades técnicas que permeiam as regras de atualização do cálculo do MELD/PELD, foi determinada, de maneira excepcional e temporária, a flexibilização dos prazos para atualização dos exames para esse cálculo do MELD/PELD. Os novos prazos são demonstrados no Quadro 11.

Quadro 11: Novos prazos para atualização de exames.

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

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

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

Em relação aos exames de imagem, o Quadro 12 especifica a sua validade.

Quadro 12: Validade dos exames de imagem.

Exames de imagem	Validade
Abdome	06 meses (180 dias)
Tórax	12 meses (360 dias)

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

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

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

Orientações quanto à manutenção da soroteca:

Os novos prazos estenderam por mais 90 dias o status ativo de coleta na ausência de procedimentos imunizantes conforme o Quadro 13, resultando no prazo de até 180 dias.

Quadro 13: Novos prazos para a manutenção no status ativo na soroteca.

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

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

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

Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

Os Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas – TCTH são realizados a partir dos progenitores hematopoéticos circulantes no sangue periférico, da medula óssea ou do cordão umbilical e placentário. São também genericamente chamados de Transplantes de Medula Óssea e podem ser do tipo autólogo ou alogênico (aparentado ou não aparentado).

Potenciais Doadores de TCTH

Após a etapa de seleção e diante do agendamento do TCTH, os potenciais doadores devem ser orientados a reforçar as medidas de higiene (lavagem das mãos, uso de máscara e álcool em gel), de distanciamento seguro e de evitar aglomerações, nos 28 dias que antecedem a data da infusão das células.

- Todos os potenciais doadores já selecionados devem ser testados para SARS-CoV-2 por RT-PCR antes do início da mobilização das células progenitoras hematopoéticas
- Potenciais doadores positivos para SARS-CoV-2 devem ser excluídos da doação, até 28 dias após a recuperação completa dos sintomas
- Em casos de urgência, pode ser considerada coleta de células em período inferior a 28 dias, se o potencial doador estiver assintomático e com o SARS-CoV-2 não detectado.
- Se o potencial doador tiver contato com pessoa diagnosticadas com COVID-19, a doação deve ser adiada por 28 dias com monitoramento para sintomas da doença

Potenciais Receptores (candidatos ao TCTH)

Todos os candidatos ao TCTH devem ser testados para SARS-CoV-2 na pré-admissão, mesmo sem a presença de sintomas gripais. Antes de iniciar o preparo do paciente para receber a infusão das células (condicionamento), o resultado do RT-PCR do candidato deve ser negativo.

Os candidatos ao TCTH devem ser esclarecidos quanto aos riscos de contrair SARS-CoV-2 e desenvolver a COVID-19.

Candidatos de baixo risco com COVID 19 confirmada devem adiar o TCTH por três meses. Pacientes de alto risco devem adiar o TCTH até estar assintomático e com dois exames negativos, com intervalo de 24 horas, para admissão hospitalar. Em quaisquer casos deve-se aguardar o tanto quanto possível até a recuperação total dos sintomas, da função pulmonar e da performance geral, antes de realizar o transplante.

Recomendações para a fase Pré TCTH

- Evitar consultas não essenciais
- Evitar aglomerações
- Evitar contato com pessoas com sintomas gripais
- Usar a telemedicina quando disponível
- Realizar o isolamento domiciliar nos 14 dias que antecedem o início do condicionamento pré-transplante
- Identificar e reduzir os riscos de exposição ao SARS-CoV-2
- Comunicar sintomas como tosse, febre, dispneia e quadro diarreico (inclusive nos contactantes)

Receptores de TCTH (transplantados)

O Quadro 14 resume as recomendações pós transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH).

Quadro 14: recomendações pós transplantes de células-tronco hematopoéticas.

- Evitar contato com pessoas com teste de SARS-CoV-2 positivo.
- Evitar contato com pessoas COVID-19 confirmada ou suspeita.
- Evitar aglomerações e uso de transporte público.
- Aderir ao distanciamento seguro.
- Utilizar máscaras.
- Lavar as mãos com frequência.
- Comunicar sintomas como tosse, febre, dispneia ou outros sintomas que tragam desconforto.
- Na presença de sintomas respiratórios é obrigatória a pesquisa pelo SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios.
- Em caso de forte suspeita de COVID-19 com RT-PCR negativo, o teste deve ser repetido entre três e cinco dias da exposição ao vírus.
- Receptores positivos para SARS-CoV-2 ou outros vírus respiratórios devem ser removidos de espaços com fluxo laminar ou com filtro HEPA e pressão positiva, caso a ventilação não possa ser desligada.

Profissionais-TCTH:

As informações para os profissionais de TCTH constam no Quadro 15.

Quadro 15: Informações para os profissionais de TCTH.

A equipe de profissionais deve estar preparada para identificar sintomas esperados nos pós TCTH semelhantes aos sintomas de COVID-19, reforçando com os pacientes a importância de comunicar sinais suspeitos. Deve-se estabelecer uma rotina de contato telefônico com os pacientes, potencializando os vínculos e orientando sobre o reconhecimento precoce de possíveis complicações. Durante os contatos telefônicos é importante a abordagem de questões que envolvam a avaliação dos contactantes.

Centros Transplantadores – TCTH:

As informações para os Centros de TCTH constam no Quadro 16.

Quadro 16: Informações para os Centros de TCTH.

Os centros transplantadores ou as unidades de TCTH devem implantar protocolos de segurança que abranjam todo o período do TCTH, incluindo o pré transplante, a internação e o pós transplante. O paciente deve ser preparado para a alta hospitalar com orientações expressas sobre os cuidados em domicílio. Para o agendamento de exames e procedimentos, recomenda-se estreitar a comunicação e o vínculo com os serviços de apoio, visando a definição da melhor estratégia para minimizar a exposição dos pacientes, principalmente nas áreas como recepção e espera. Consultas médicas ou multiprofissionais, quando necessárias, deverão ser agendadas em um horário de menor fluxo de pacientes. pacientes residentes em outros estados devem ter uma programação bem definida, com data única de deslocamento para o centro transplantador. Sempre que possível manter os atendimentos por meio do telessaúde.

Vacinas em pacientes pós TCTH:

Vacinas inativadas, recombinantes ou vírus-como partículas (VLP) com adjuvante podem ser utilizadas com segurança em receptores de TCTH. Até o momento, vacinas de mRNA ou de vetor viral não replicante não foram usadas nos programas de revacinação pós-TCTH. Teoricamente, estas vacinas também não devem oferecer risco.

Receptores de TCTH sob imunossupressão não devem receber vacinas de vírus vivo atenuados.

Considerações finais

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

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

HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA

Orientações Gerais

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

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

Considerando a diminuição do deslocamento de pessoas durante o período da pandemia, orienta-se ainda que os serviços de hemoterapia promovam o chamamento de doadores, sensibilizando-os para a importância da manutenção dos estoques, uma vez que o consumo de sangue é diário, contínuo e essencial para o tratamento de anemias crônicas, acidentes que causam hemorragias, complicações decorrentes da dengue, febre amarela, tratamento de câncer e outras doenças e situações graves.

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

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

Triagem de candidatos à doação de sangue

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

Adicionalmente, o art. 25, item XXXII, da RDC nº 34/ANVISA, de 11 de junho de 2014, dispõe que: Em situações de emergência em saúde pública, surtos epidêmicos, avanços tecnológicos e estudos científicos pertinentes, a vigilância sanitária competente, em cooperação com o Ministério da Saúde, pode inserir, adequar e modificar critérios técnicos para a seleção de doadores com vistas à eliminação ou diminuição dos riscos sanitários.

A Figura 8 mostra o fluxograma para triagem de candidatos à doação de sangue.

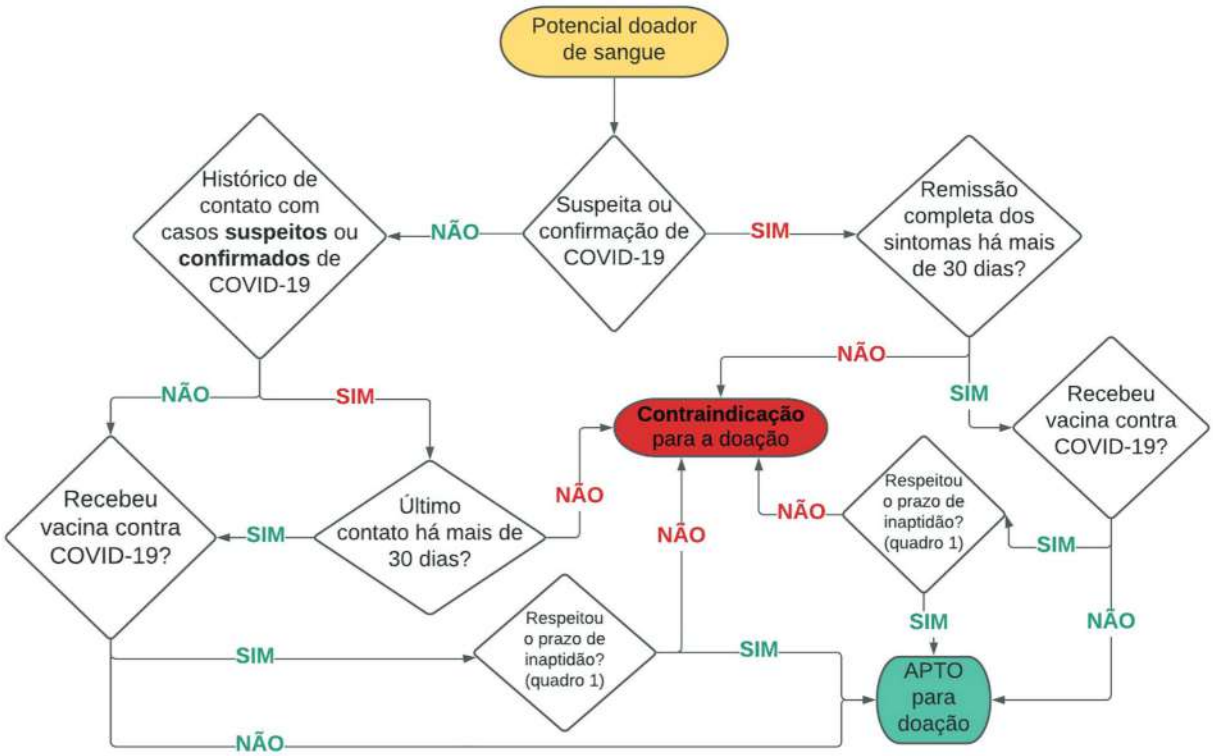

Figura 8: Fluxograma para triagem de candidato à doação de sangue.

Já o Quadro 17 traz os tempos de inaptidão para a doação de sangue, conforme o tipo de vacina.

Quadro 17: Tempo de inaptidão para doação por tipo de vacina

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

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

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

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

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

Plano Nacional de Contingência do Sangue

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

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

A Figura 9 mostra o fluxo operacional para os gerenciamento e remanejamento de hemocomponentes.

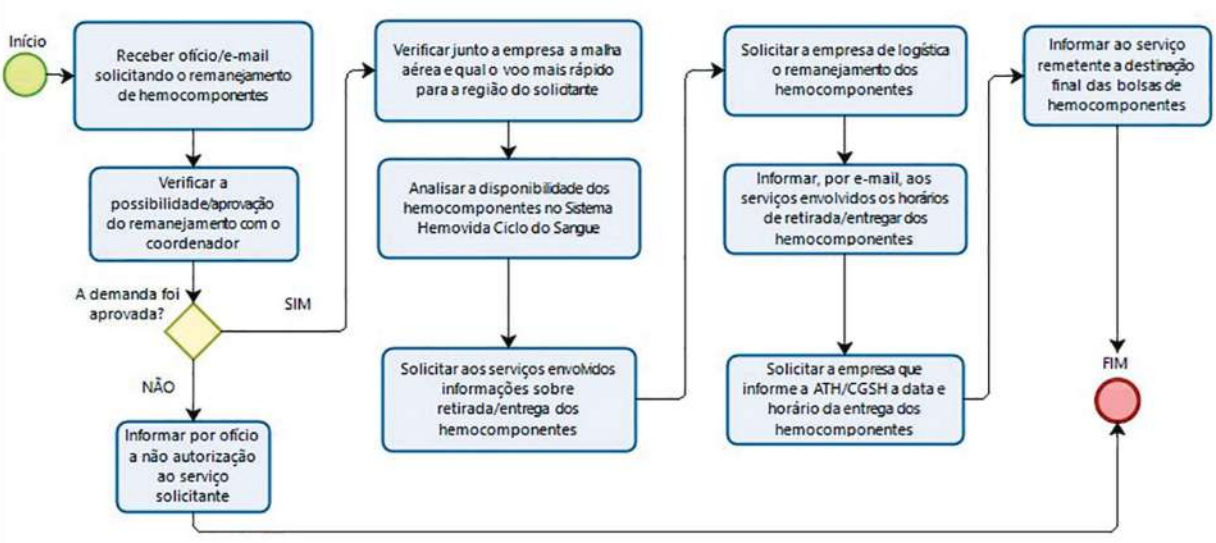

Figura 9: Fluxograma de gerenciamento e remanejamento de hemocomponentes.

Doenças Hemorrágicas Hereditárias

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

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

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

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

O Quadro 18 resume os métodos de inativação viral dos concentrados de fator de origem plasmática em uso no Brasil em 2021.

Quadro 18: Métodos de inativação viral dos concentrados de fator de origem plasmática em uso no Brasil em 2021.

Tipo de produto	Hemoderivado	Empresa	Inativação viral	Remoção viral
Fator VIII	Fanhdi/Alphanate	Grifols	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e1,0% Polissorbato 80), calor seco 80°C por 72 horas	
	Humate	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 10 horas	
	Immunate	Takeda	S/D, calor 60°C por 10 horas	
Fator IX	Octanine F	Octaphama	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e 1,0% Polissorbato 80)	Nanofiltração
	FATOR IX GRIFOLS	Grifols	S/D	Nanofiltração 15 nm
Fator XIII	FIBROGAMMIN P	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 20 horas	
Fibrinogenio	HAEMOCOMPLE-TTAN	CSL Behring	Pasteurização a 60°C por 20 horas	
Complexo protrombinico	Octaplex	Octaphama	S/D (fosfato de tri-n-butil 0,3% e 1,0% Polissorbato 80)	Nanofiltração
Complexo protombínicopar-cialmente ativado	FEIBA	Takeda	Calor por 10 horas a 60°C	Nanofiltração de 35 nm

S/D, solvente/detergente

Até o presente momento, não existem orientações nem recomendações específicas para a prevenção ou tratamento de COVID-19, em caso de pessoas com hemofilia e outras doenças hemorrágicas hereditárias.

B. Recomendações para os centros de tratamento de hemofilia:

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

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

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

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

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

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

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

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

As pacientes gestantes ou puérperas com hemofilia ou outros distúrbios hemorrágicos hereditários, ou que estiverem amamentando, devem entrar em contato com os seus Centros de Tratamento e ginecologista-obstetra para orientações individualizadas.

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

É comum ocorrer dor no braço da aplicação da vacina por 1-2 dias após a vacinação. Isso não é um sinal de alarme, a não ser que a dor piore ou seja acompanhada por edema ("inchaço"). Entretanto, mediante a ocorrência de quaisquer eventos adversos (hematoma ou reação alérgica) o paciente deverá contatar o seu Centro de Tratamento de Hemofilia.

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

Hemoglobinopatias: doença falciforme e talassemias

Orientações gerais:

Os pacientes com hemoglobinopatias graves – doença falciforme e talassemia maior são considerados como grupo prioritário no Programa Nacional de Imunização (PNI).

Pacientes com doença falciforme:

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

Pacientes com talassemia:

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

Triagem neonatal biológica (teste do pezinho)

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

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

- Fenilcetonúria,
- Fibrose Cística,
- Hipotireoidismo Congênito,
- Hiperplasia Adrenal Congênita,
- Deficiência de Biotinidase, ou
- Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias.

CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

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

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

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

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

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

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

O componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composto, prioritariamente, pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), os quais deverão estar articulados entre si no Componente da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, bem como, com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde (Figura 10).

Figura 10: Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS.

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

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

CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;

CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação; e

CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

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

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

Oficina Ortopédica Fixa; e

Oficina Ortopédica Itinerante.

Capacidade Instalada atual da RCPD

Em todo o Brasil existem 266 (duzentos e sessenta e seis) CER, 46 (quarenta e seis) Oficinas Ortopédicas e 237 (duzentos e trinta e sete) Serviços de Modalidade Única habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme demonstrado na Figura 11.

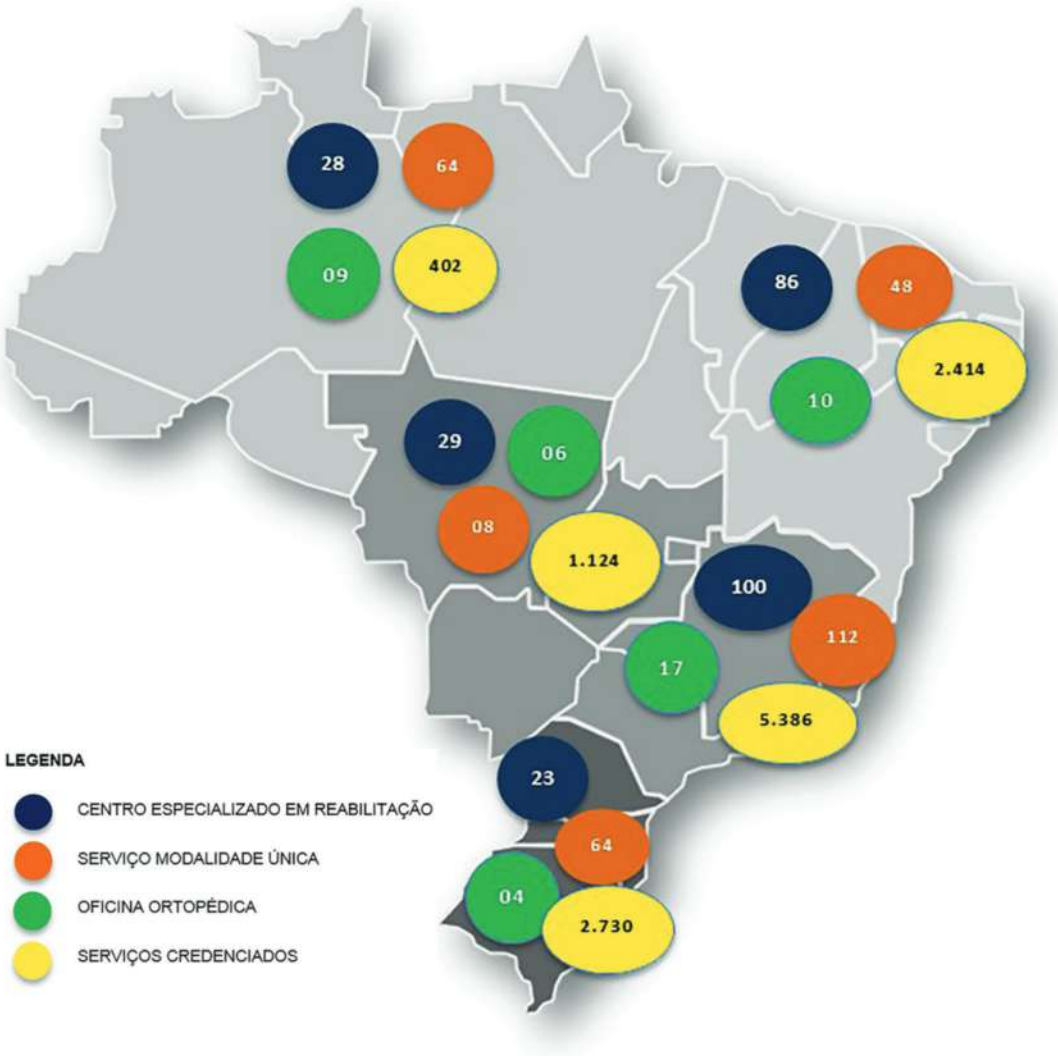

Figura 11: Distribuição nacional da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, conforme a modalidade dos serviços.

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

Além disso, a RCPD dispõe de 10.441 (dez mil e quatrocentos e quarenta e um) serviços credenciados pelas **Secretarias de Saúde Municipais** (SMS), **Secretarias Estaduais de Saúde** (SES) e Secretaria de Saúde do Distrito Federal que prestam atendimento em reabilitação auditiva, física, intelectual e/ou visual.

Orientações à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no contexto da pandemia da COVID-19

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

O Ministério da Saúde publicou cinco vídeos para as pessoas com deficiência (visual, auditiva, física e intelectual) no contexto da pandemia pela COVID-19. Estes vídeos estão disponíveis no sítio eletrônico: https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-una-sus-lancam-cinco-videos-sobre-covid-19-com-foco-nas-pessoas-com-deficiencia (Figura 12).

UNA-SUS

INSTITUCIONAL | UNA-SUS EM NÚMEROS

COVID-19

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

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

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

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

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

1) Cuidado à pessoa com mobilidade reduzida no contexto da COVID-19;

2) Cuidado à pessoa com deficiência auditiva no contexto da COVID-19;

3) Cuidado à pessoa com deficiência visual no contexto da COVID-19;

4) Cuidado à pessoa com deficiência Intelectual / Transtorno do Espectro Autismo (TEA) / Deficiências Múltiplas no contexto da COVID-19;

5) Cuidado à pessoa com limitações na comunicação no contexto da COVID-19;

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

A Figura 13 resume a linha de cuidado para a reabilitação de paciente com síndrome pós-COVID-19.

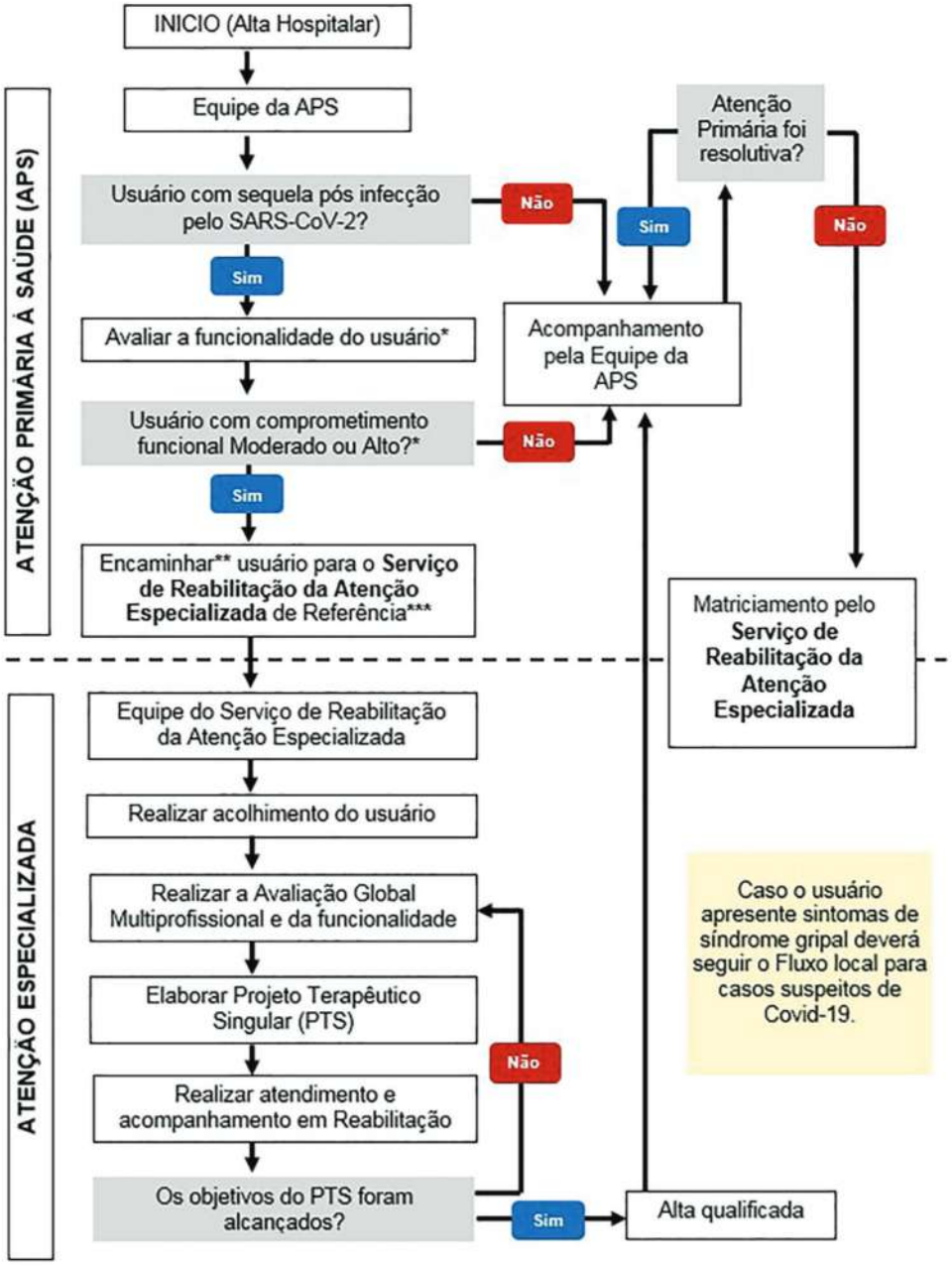

Figura 13: Fluxo da linha de cuidado para reabilitação de paciente pós-COVID-19.

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

** Conforme fluxos de regulação local.

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

Reabilitação no contexto da COVID-19

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

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

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

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

A Figura 14 orienta o fluxo dos cuidados prestados no âmbito da RCPD.

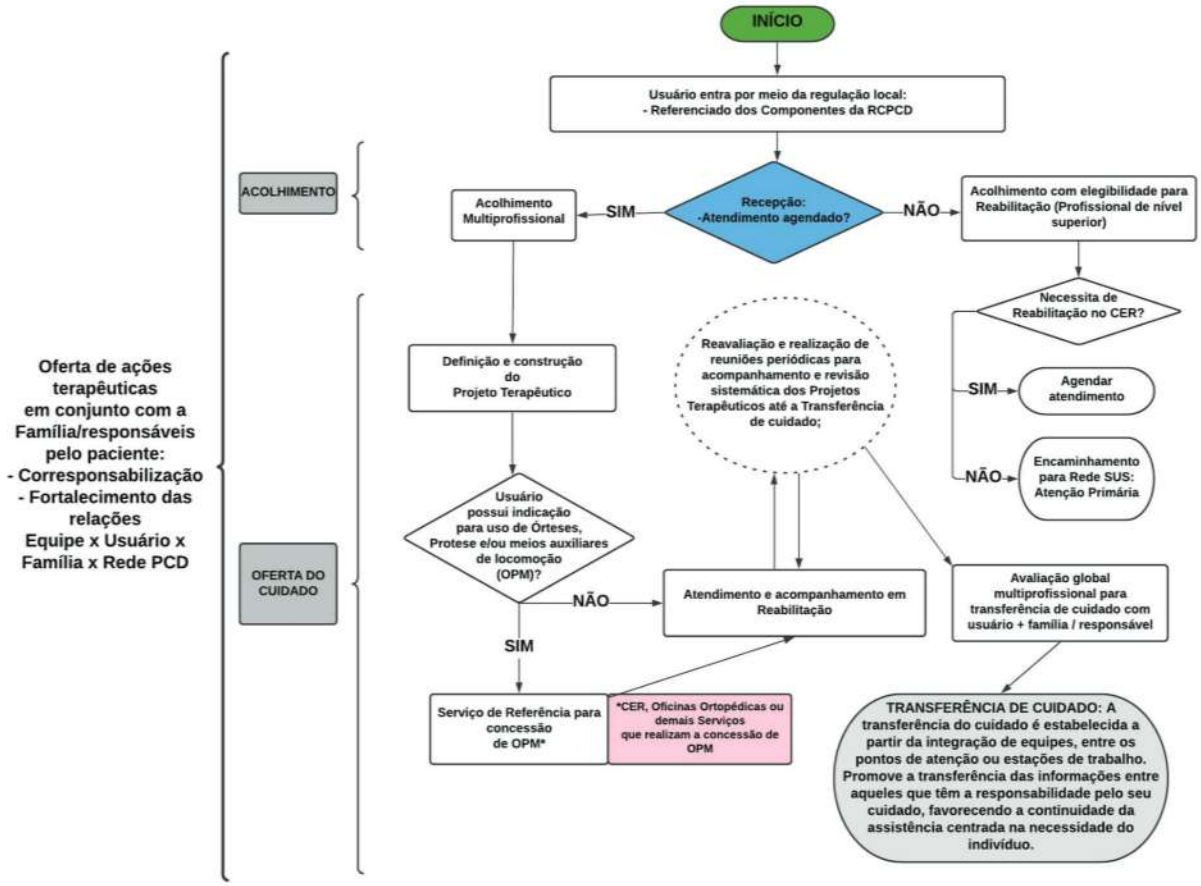

Figura 14: Fluxograma para oferta dos serviços prestados na RCPD.

Já o Quadro 19 traz os graus funcionais da escala de avaliação do status individual pós-COVID-19.

Quadro 19: Graus funcionais da escala de avaliação do status individual pós-COVID-19 (PCFS).

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

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

Condutas assistenciais para pacientes com síndrome pós- COVID-19

Por sua vez, a Figura 15 resume as principais questões que se devem abordar na reabilitação de casos pós-COVID-19.

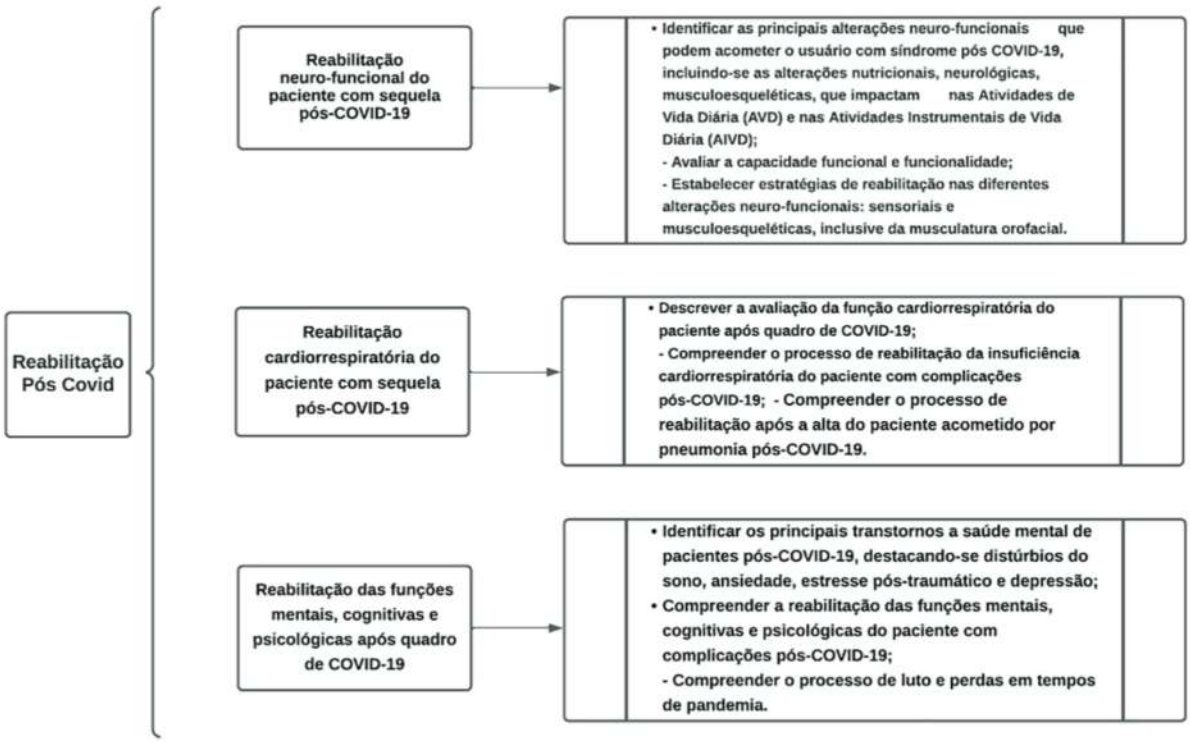

Figura 15: Reabilitação pós-COVID-19: principais questões que se devem abordar na reabilitação de casos pós-COVID-19.

REFERÊNCIAS

Cirurgias eletivas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. Lancet. 2020 Jul 4;396(10243):27-38. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31182-X. Epub 2020 May 29. Erratum in: Lancet. 2020 Jun 9;: PMID: 32479829; PMCID: PMC7259900

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

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

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

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

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

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. Published online February 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Canet J, Gallart L, Gomar C, et al. Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. Anesthesiology 2010;113:1338. https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181fc6e0a

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

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

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

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

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

Transplantes de Órgãos e Tecidos

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

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

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

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

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

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

Nota Técnica Nº 04/2020/GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos supeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) – atualizada em 25/02/2021.

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

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

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

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

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

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

COVID-19: RECOMENDAÇÕES DA SBTMO – Sociedade Brasileira de Transplantes de Medula Óssea – atualização de dez/2020. Disponível em: https://sbtmo.org.br/kcfinder/upload/file/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20Manejo%20da%20COVID%2010%20dez%202020.pdf

Hemoterapia e Hematologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuidados à Pessoa com Deficiência

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

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

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

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

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

DISQUE SAÚDE 136

gov.br/saude

minsaude

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL