EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HUAC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Boletim de Serviço Extraordinário

Nº 100, de 18 de maio de 2020

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH
Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC
Rua Carlos Chagas, S/N. Campina Grande – PB. CEP: 58400-398

ABRAHAM BRAGANÇA DE VASCONCELLOS WEINTRAUB
Ministro de Estado da Educação

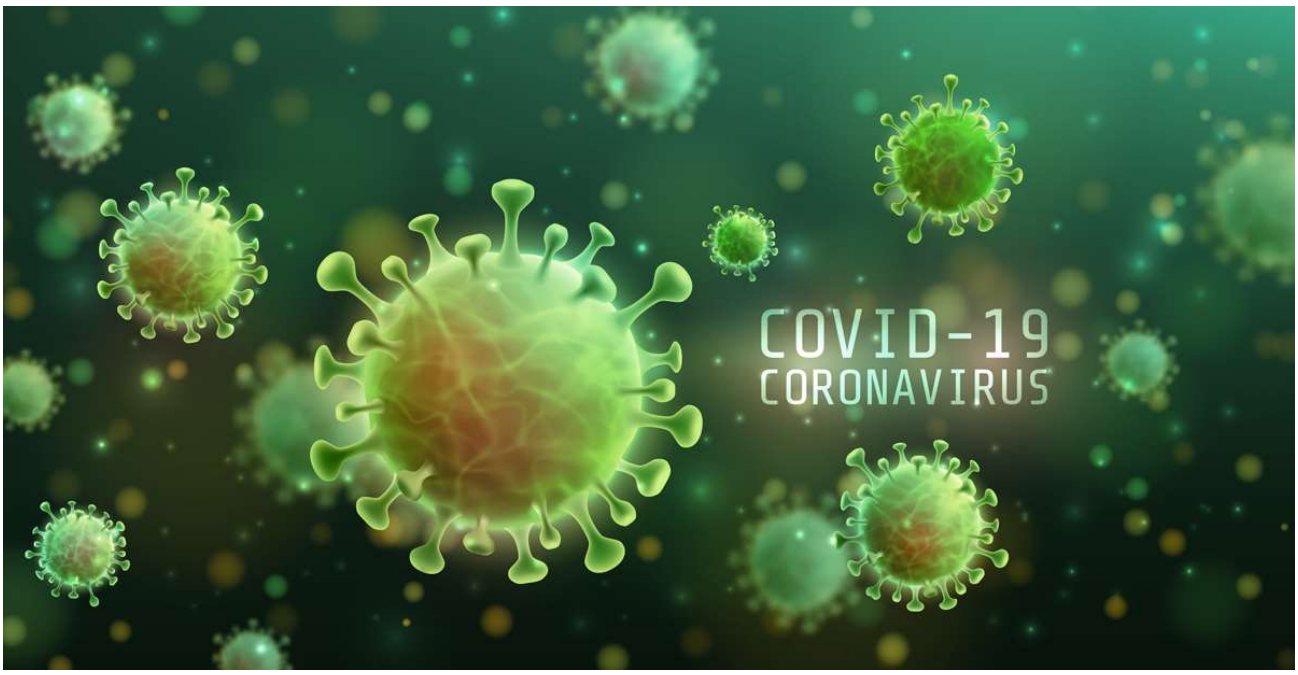
OSWALDO DE JESUS FERREIRA
Presidente

HOMERO GUSTAVO CORREIA RODRIGUES
Superintendente

DAISY FERREIRA RIBEIRO
Gerente Administrativa

CONSUELO PADILHA VILAR SALVADOR
Gerente de Atenção à Saúde

ALANA ABRANTES NOGUEIRA DE PONTES
Gerente de Ensino e Pesquisa



PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO-HUAC/UFCG/EBSERH

CAMPINA GRANDE-PB

Maio/2020

SUPERINTENDENTE

HOMERO GUSTAVO CORREIA RODRIGUES

GERENTE DE ENSINO E PESQUISA

ALANA ABRANTES NOGUEIRA DE PONTES

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

CONSUELO PADILHA VILAR SALVADOR

GERENTE ADMINISTRATIVA

DAISY FERREIRA RIBEIRO

ELABORAÇÃO

Alana Abrantes Nogueira de Pontes – Gerente de Ensino e Pesquisa- HUAC/UFCG/EBSERH

Andreia Oliveira Barros Sousa- Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente-HUAC/UFCG/EBSERH

Cândida Maria Cavalcanti Diniz– Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado -HUAC/UFCG/EBSERH

Consuelo Padilha Vilar Salvador – Gerente de Atenção à Saúde-HUAC/UFCG/EBSERH

Daisy Ferreira Ribeiro- Gerente Administrativa-HUAC/UFCG/EBSERH

Neuma Maria Sobreira Lela- Chefe da Divisão de Enfermagem-HUAC/UFCG/EBSERH

CONTRIBUIÇÕES

CCIH-HUAC/UFCG/EBSERH

Divisão Médica-HUAC/UFCG/EBSERH

SOST-HUAC/UFCG/EBSERH

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....06

2. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL.....07

3. ESPECIFICIDADES DO HOSPITAL.....08

4.DEFINIÇÕES OPERACIONAIS.....09

4.1 DEFINIÇÕES DE CASOS.....09

5.DEFINIÇÕES E OBSERVAÇÕES.....10

5.1 FEBRE:.....10

5.2 CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:.....10

5.3 CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:.....10

5.4 DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.....11

5.4.1 - DEFINIÇÃO DE TRANSMISSÃO LOCAL E COMUNITÁRIA: ATUALIZAÇÃO E TRANSMISSÃO LOCAL DO COVID-19.....11

5.4.2 –TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA DO COVID 19 11

6. ATUAÇÃO, PACTUAÇÃO, PAPEL E POSICIONAMENTO DO HOSPITAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) 12

6.1. PERFIL ASSISTENCIAL DE CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19 QUE SERÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL.....14

7. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....14

8. ADAPTAÇÃO DOS FLUXOS DO HOSPITAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....14

8.1 FLUXOS PARA ACESSO FÍSICO À PORTA DE ENTRADA.....14

8.2 FLUXOS DE ACESSO ÀS UNIDADES INTERNAS DO HOSPITAL.....17

9. TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA.....20

10. SISTEMA DE GESTÃO DE INCIDENTES.....20

10.1. DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....21

11. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO A CASOS DE COVID-19.....21

12. RECURSOS HUMANOS.....21

12.1. FORÇA DE TRABALHO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19.....22

12.2. PROFISSIONAIS DO HOSPITAL QUE INTEGRAM OS GRUPOS DE RISCO E NÃO PARTICIPARÃO DO ENFRENTAMENTO À COVID-19.....24

12.3. MONITORAMENTO DE PROFISSIONAIS AFASTADOS POR COVID-19.....24

12.4. SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL.....24

13. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NO ENFRENTAMENTO À COVID-19.....24

14. REALOCAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS.....24

15. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....24

15.1 VIGILÂNCIA: AVISO PRÉVIO E MONITORAMENTO E RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO PADRÃO:.....26

15.2 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO DE CONTATO.....26

15.3 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS.....27

15.4 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS.....27

15.5 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES.....28

16. NOTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO DE CASOS DE COVID-19 E PREVISÃO DE RESPONSÁVEIS..28

16.1. ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES INTERNADOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE COVID-19 PELO NIR.....28

17. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO.....29

17.1. TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTES SUSPEITOS E CONFIRMADOS DA COVID-19 (ADMISSÃO, EXAMES, TRANSFERÊNCIA, ALTA ETC).....29

17.2. FLUXOS E NORMAS PARA ACOMPANHANTES E VISITANTES 30

17.3. CUIDADOS COM PRONTUÁRIO DE PACIENTES SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19.....30

17.4. MANEJO DE CORPOS E OUTRAS SITUAÇÕES PÓS-ÓBITO NO CONTEXTO DA COVID-19.....30

18. LOGÍSTICA E GESTÃO DE INSUMOS, INCLUINDO FARMACÊUTICOS.....33

19. SERVIÇOS DE LABORATÓRIO.....34

20. SERVIÇOS DE APOIO ESSENCIAIS.....34

20.1. MEDIDAS PARA SUPORTE ÀS FUNÇÕES CRÍTICAS DO HOSPITAL 34

21. COMUNICAÇÃO.....35

21.1. PLANO DE COMUNICAÇÃO.....35

21.2 ATIVIDADES.....36

21.2.1. - PRODUÇÃO DE RELEASES.....36

21.2.2 - *FOLLOW UP*.....36

21.2.3 - PRODUÇÃO DE NOTAS DE ESCLARECIMENTO.....36

21.2.4 - SUGESTÃO DE PAUTA.....36

21.2.5 - ATENDIMENTO À IMPRENSA.....36

21.2.6 – PRODUÇÃO DE ARTES.....36

21.2.7 – PRODUÇÃO DE BOLETIM INTERNO.....36

21.2.8 – CLIPPIN.....37

21.3 PORTA-VOZ, FONTE E ESPECIALISTA.....37

21.3.1 - PORTA-VOZ.....37

21.3.2 – FONTE.....37

21.3.3 – ESPECIALISTA.....37

21.4 CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19.....37

21.4.1 FLUXOS E MEDIDAS DE COMUNICAÇÃO.....38

21.5- AÇÕES DA COMUNICAÇÃO ESPECIFICADAS ATRAVÉS DE SEUS PÚBLICOS.....38

22. MONITORAMENTO DAS AÇÕES DESCRITAS NO PLANO DE CONTINGÊNCIA E A EFETIVIDADE DAS ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS.....43

22.1. AVALIAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA 43

22.2. ANÁLISES OPERACIONAIS REGULARES PARA AVALIAR O SUCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CONTINGÊNCIA E A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E AJUSTAR AS OPERAÇÕES E O PLANO CONFORME NECESSÁRIO.....44

23. REFERÊNCIAS.....46

24. ANEXOS.....48

24.1 ANEXO 1.....48

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O Plano de Contingência é um documento elaborado com o intuito de auxiliar o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/UFCG/EBSERH) na resposta ao enfrentamento de um possível surto do novo Coronavírus (COVID-19) originado na cidade de Wuhan, na China. A doença respiratória proporcionada por este vírus, pode determinar sérios danos às pessoas e à economia dos entes integrantes do Sistema Único de Saúde.

Neste documento serão definidas as responsabilidades do HUAC, em parceria com a Secretaria de Saúde de Campina Grande e estabelecida uma organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas à circulação do vírus no município de Campina Grande e municípios pactuados. Visando à integralidade das ações na prevenção e monitoramento da doença, bem como na assistência à saúde da população.

As ações a serem implantadas devem promover a assistência adequada ao paciente, vigilância epidemiológica sensível e oportuna, bem como ações de comunicação. Essas diretrizes têm por objetivo auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e na redução da morbimortalidade por esta doença onde haverá participação ativa de cada colaborador.

A OMS atualiza a situação epidemiológica diariamente, a qual pode ser acompanhada por meio do site: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

As equipes deste hospital desenvolverão diversas atividades de rotina, que darão sustentação às ações que serão aplicadas no Plano de Contingência.

Esse plano de Contingência para Infecção pelo Novo Coronavírus foi preparado com os seguintes objetivos:

I. Definir a estratégia de participação do HUAC/UFCG/EBSERH dentro do fluxo de atuação da Secretaria de Saúde de Campina Grande em alinhamento com as definições constantes do Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública;

II. Ativar, no HUAC, o Comitê Gestor Interno de Enfretamento e Combate ao COVID-19 (CGIECC);

III. Prover informações aos profissionais de saúde quanto às medidas de prevenção e controle de COVID-19 tais como:

- Critérios de definições operacionais de casos;
- Medidas para prevenir ou limitar a transmissão;
- Fluxo de atendimento;
- Manejo clínico: Estabelecendo a utilização de protocolos e procedimentos padronizados para a resposta ao novo Coronavírus (COVID-19);

- Notificação;
- Procedimentos para diagnóstico laboratorial;
- Prever alterações físico-estruturais de áreas críticas destinadas ao controle do COVID-19

2. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL

Data da avaliação: 10/05/2020

Nome do hospital: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Cidade: CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

País: BRASIL

Status administrativo: FILIAL DA REDE EBSERH

Número de leitos: 160

Média da taxa de ocupação dos últimos 12 meses: 69,71%

Possui Unidade de Terapia Adulto: ☒ Sim ☐ Não

Número de leitos na UTI Adulto: 10

Média da taxa de ocupação da UTI Adulto dos últimos 12 meses: 81,47%

Possui Unidade de Terapia Pediátrica: ☒ Sim ☐ Não

Número de leitos na UTI Pediátrica: 04

Média da taxa de ocupação da UTI Pediátrica dos últimos 12 meses: 89,10%

Possui Unidade de Terapia Neonatal: ☒ Sim ☐ Não

Número de leitos na UTI Neonatal: 02

Média da taxa de ocupação da UTI Neonatal dos últimos 12 meses: 89,00%

Número de Leitos de Isolamento Privativo: 06

Número de Leitos de Isolamento de Coorte: 12 leitos para COVID19

3. ESPECIFICIDADES DO HOSPITAL

O Hospital Regional Alcides Carneiro (HRAC) foi inaugurado em 20 de dezembro de 1950 com a finalidade de prestar assistência médica, odontológica e hospitalar aos funcionários públicos federais, vinculados ao IPASE .Por meio da Lei nº 6.439, de 01 de setembro de 1977, o IPASE foi extinto, e todos os órgãos relacionados à Previdência e Assistência Social passaram a integrar o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto por diversos órgãos, entre eles o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Durante a permanência sob a administração do INAMPS, o HRAC iniciou a ampliação da sua área física, com a construção do que hoje corresponde ao Bloco de Ambulatórios do Centro de Assistência Especializada de Saúde e Ensino (CAESE).

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), o INAMPS foi extinto. Logo em seguida o Governo Federal, iniciou o processo de municipalização da Saúde, transferindo para a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) a gestão deste hospital que passou a denominar-se, como até hoje, **Hospital Universitário Alcides Carneiro.** Em 2002, com o desmembramento da UFPB, instituído através da Lei 10.419/2002, o HUAC passou a constituir-se órgão suplementar da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A rigor mudava de subordinação administrativa, mas os problemas continuaram os mesmos.

Em dezembro de 2011, através da Lei nº 12.550, foi criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), estatal vinculada ao Ministério da Educação, com a qual a UFCG firmou, em **09/12/2015**, contrato de gestão especial para as suas unidades hospitalares, o Hospital Universitário Alcides Carneiro e o Hospital Universitário Júlio Bandeira, em Cajazeiras.

Desde então, o HUAC vem buscando recompor e qualificar o quadro de servidores e renovar o parque tecnológico de maneira a ofertar, melhores condições para o ensino, pesquisa e extensão, qualificando os cenários de aprendizagem e treinamentos, disponibilizados para os estudantes e residentes de medicina e áreas afins, como também, de seus colaboradores. Além de oferecer uma maior quantidade com qualidade a assistência à saúde da população, exclusivamente aquela usuária do SUS.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

4.1 Definição de casos

Esse documento adota os critérios atuais de definição de casos descritos pelo Ministério da Saúde, como sendo caso suspeito de COVID-19; contato próximo; caso provável (contato domiciliar) e caso confirmado.

De acordo com o Boletim Informativo do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Ministério da Saúde (MS) | COE-nCoV 01/2020, descreve-se abaixo a definição de caso. As áreas de transmissão local atualizadas podem ser encontradas no link (saude.gov.br/listacorona).

1- Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes menores de 5 anos, idosos, imunossuprimidos, gestantes ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

2- Dor de garganta, coriza, batimento de asas nasais, cefaléia (dor de cabeça), irritabilidade/confusão, adinamia (fraqueza)

3 -Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala, área de atendimento, aeronaves ou outros meios de transporte, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

*As áreas com transmissão local até 26/02/2020 eram: Alemanha, Austrália, Camboja, China, Coréia do Norte, Coréia do Sul/, Emirados Árabes Unidos, Filipinas, França, Irã, Itália, Japão, Malásia, Singapura, Tailândia e Vietnã. No dia 20/03/2020, o Ministério da Saúde publicou portaria, decretando o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus (covid-19) em todo o Brasil.

Febre[1] **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros[2]) **E** histórico de viagem para área com transmissão local*, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;

OU

Febre[1] **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros[2]) **E** histórico de contato próximo[3] de caso suspeito para o coronavírus (COVID-19), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;

OU

Febre[1] **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros[2]) **E** contato próximo[3] de caso confirmado de coronavírus (COVID-19) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

5.DEFINIÇÕES E OBSERVAÇÕES

5.1 Febre:

- É considerado febre aquela acima de 37,8°;

• Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

• Sempre considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

5.2 Contato próximo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso de COVID- 19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
- Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19, seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

5.3 Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado de COVID-19:

- Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.

A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição.

5.4 DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

- Definições de caso operacionais para a vigilância em saúde pública não são definições clínicas. Os médicos podem identificar situações em que a avaliação clínica pode ser levada em consideração e a sua decisão deve ser registrada na ficha de notificação e prontuário do paciente.

5.4.1 - Definição de transmissão local e comunitária: atualização e transmissão local do COVID-19

Ocorrência de caso autóctone com vínculo epidemiológico a um caso confirmado identificado.

5.4.2 Transmissão comunitária do COVID-19

Ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida,

- Se for identificado um resultado laboratorial positivo sem relação com outros casos na iniciativa privada ou na rotina de vigilância de doenças respiratórias (ver quadro)

OU

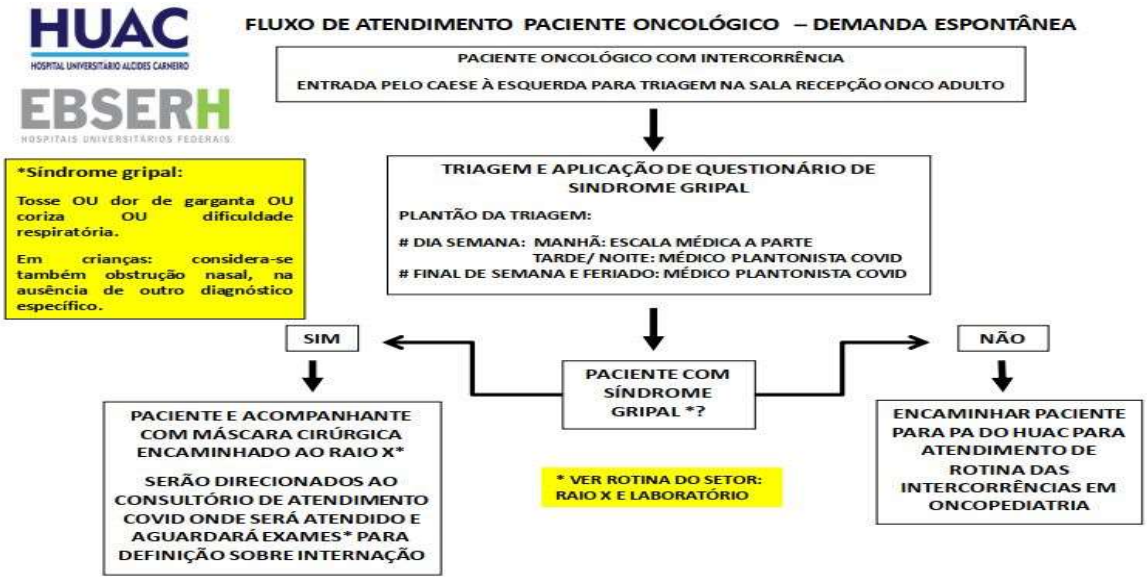
- A transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão.

FASES DE RESPOSTA	MODELO DE VIGILÂNCIA	AÇÕES POR TIPO DE TRANSMISSÃO	
		Local	Comunitária
CONTENÇÃO limitar a transmissão do vírus	Identificação de casos relacionados a viagem ou contato próximo e domiciliar	Notificar FORMSUS2 e Coletar para RT-PCR	NA
	Identificação de casos na comunidade	SG (Casos negativos) e SRAG (todos) para RT-PCR	NA
MITIGAÇÃO evitar casos graves e óbitos	Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal	NA	Notificar SIVEP-GRIPE e Coletar
	Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Grave	NA	Notificar SIVEP-GRIPE e Coletar

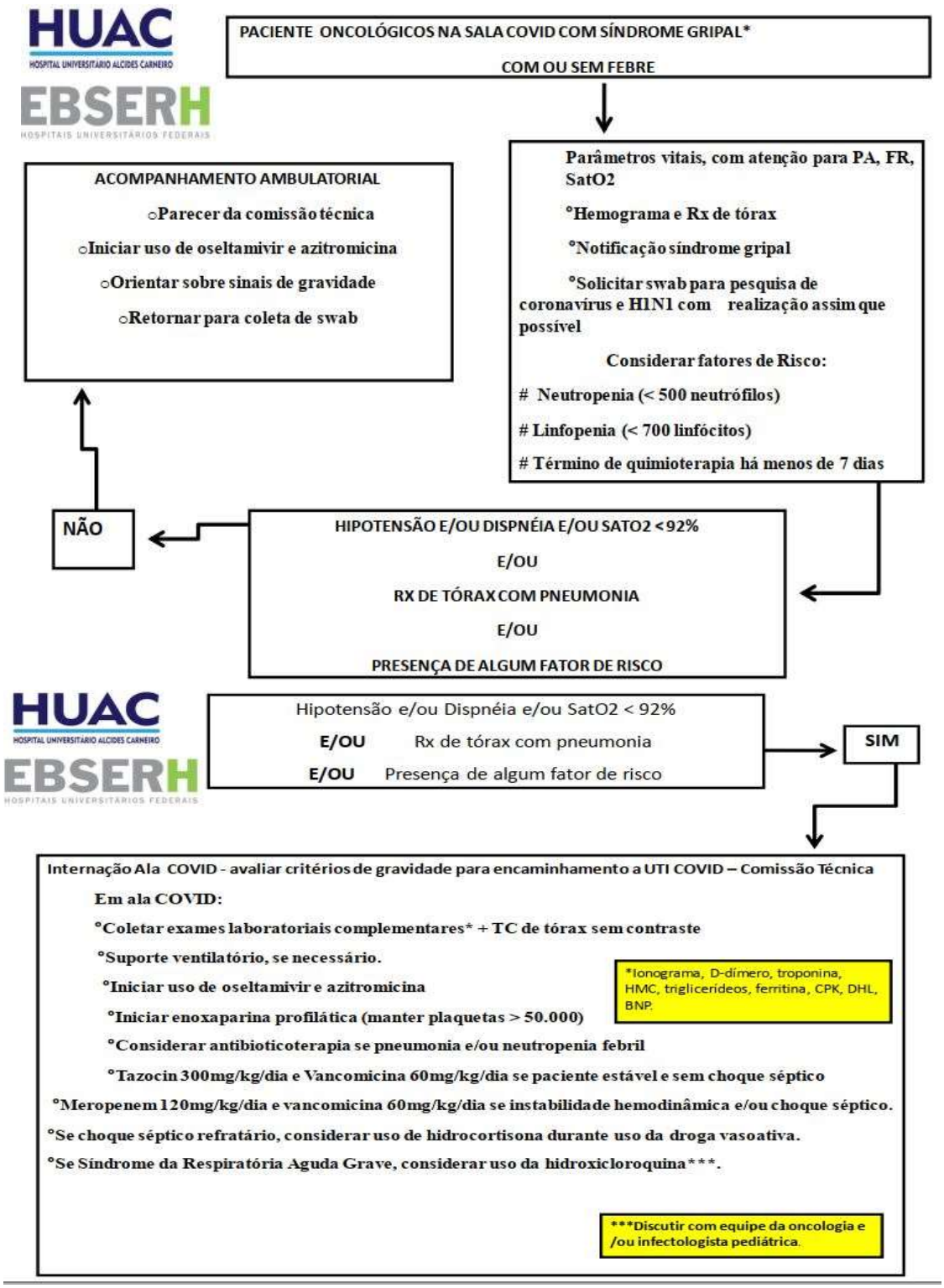
6. ATUAÇÃO, PACTUAÇÃO, PAPEL E POSICIONAMENTO DO HOSPITAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Durante a Pandemia do Novo Coronavírus, o Hospital Universitário Alcides Carneiro será retaguarda para o Hospital Municipal Pedro I, conforme termo firmado com a Secretaria de Saúde de Campina Grande. Além disto por sermos referência em oncopediatria, as crianças oncológicas com síndrome gripal serão triadas e caso seja necessário interná-las, na vigência de caso leve irão para os leitos da enfermaria COVID do HUAC e casos graves irão para a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança e do Adolescente (Hospital Municipal), via Central de Regulação de Leitos da Secretaria de Saúde de Campina Grande. **FLUXOGRAMAS 1 E 2**

FLUXOGRAMA 1 –FLUXO ATENDIMENTO ONCOPEDIATRIA DEMANDA ESPONTÂNEA



FLUXOGRAMA 2- ATENDIMENTO PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO COM SÍNDROME GRIPAL



6.1. Perfil assistencial de casos suspeitos/confirmados de COVID-19 que serão atendidos no hospital.

O hospital realizará atendimento por demanda espontânea aos pacientes da oncopediatria, portadores de anemia falciforme e portadores de HIV/AIDS, e atendimentos referenciados da UPA Alto Branco ou através do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

7. REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Existe pactuação para recebimentos de pacientes graves oriundos do Hospital Pedro I, desde que o mesmo esteja com sua capacidade instalada saturada. Em havendo saturação da ocupação dos leitos oferecidos no HUAC existirá a possibilidade do remanejamento para outros hospitais determinados pela Secretaria de Saúde de Campina Grande.

8. ADAPTAÇÃO DOS FLUXOS DO HOSPITAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Desde que foi decretada a pandemia do COVID-19 que a Secretaria de Saúde de Campina Grande solicitou a abertura de leitos em nossas dependências. Os fluxos de atendimentos eletivos no Hospital foram modificados, tais como: cancelamento de cirurgias eletivas deixando apenas as cirurgias oncológicas, intercorrências em pacientes internados, procedimentos inerentes a pacientes oncológicos e outros necessitados; suspensão de todos os ambulatórios especializados; suspensão do serviço de fisioterapia e atendimento de exames externo no laboratório de análises clínicas.

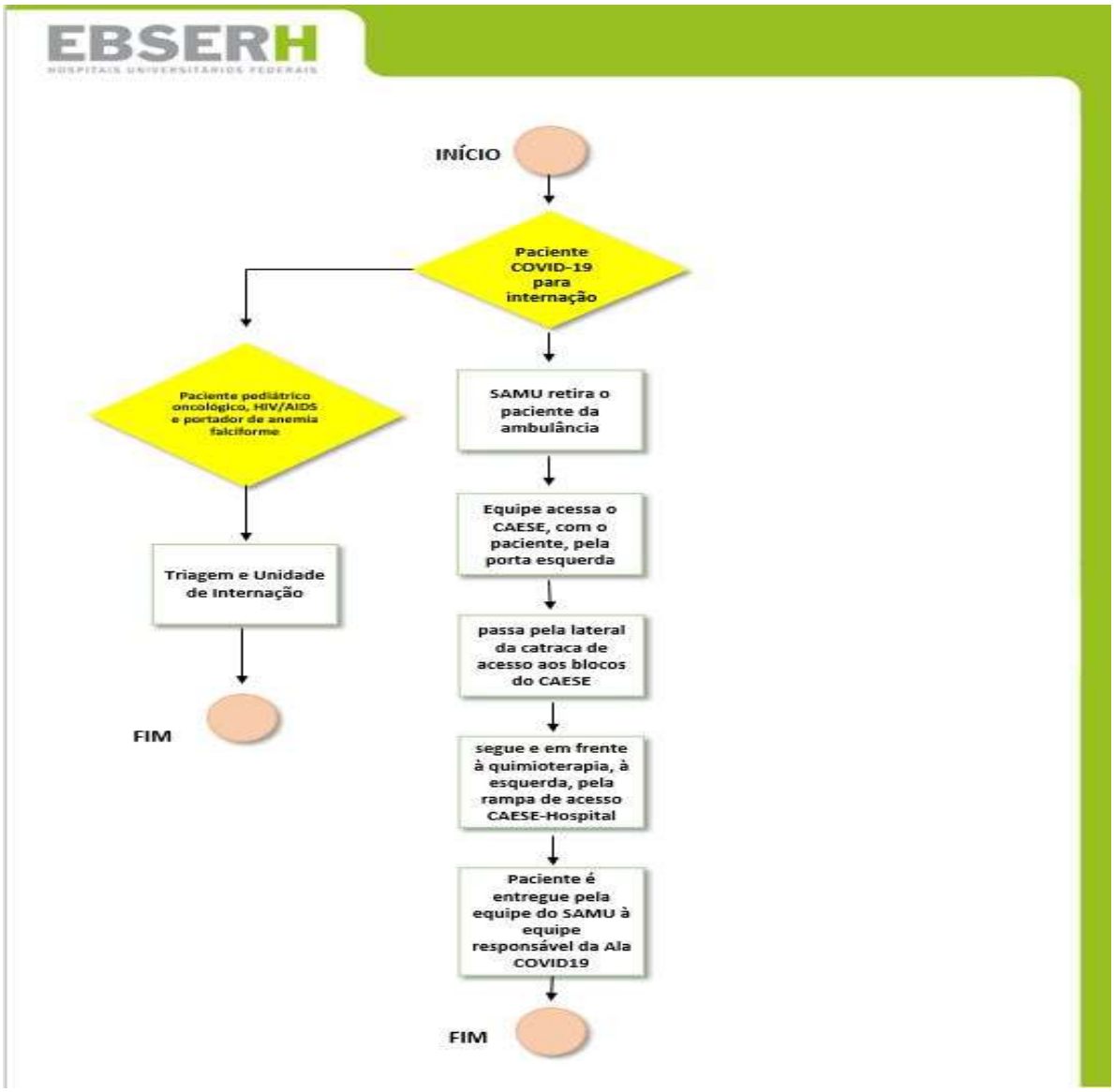
Foram mantidos o funcionamento da quimioterapia adulto e infantil; ambulatório para pacientes com diabetes tipo 1; ambulatório de mastologia; serviços de anatomia patológica; ambulatório para emissão de laudos para o CDMEX; serviço de ultrassonografia; serviço de hematologia para atendimento as terapias.

8.1 Fluxos para Acesso Físico à Porta de Entrada

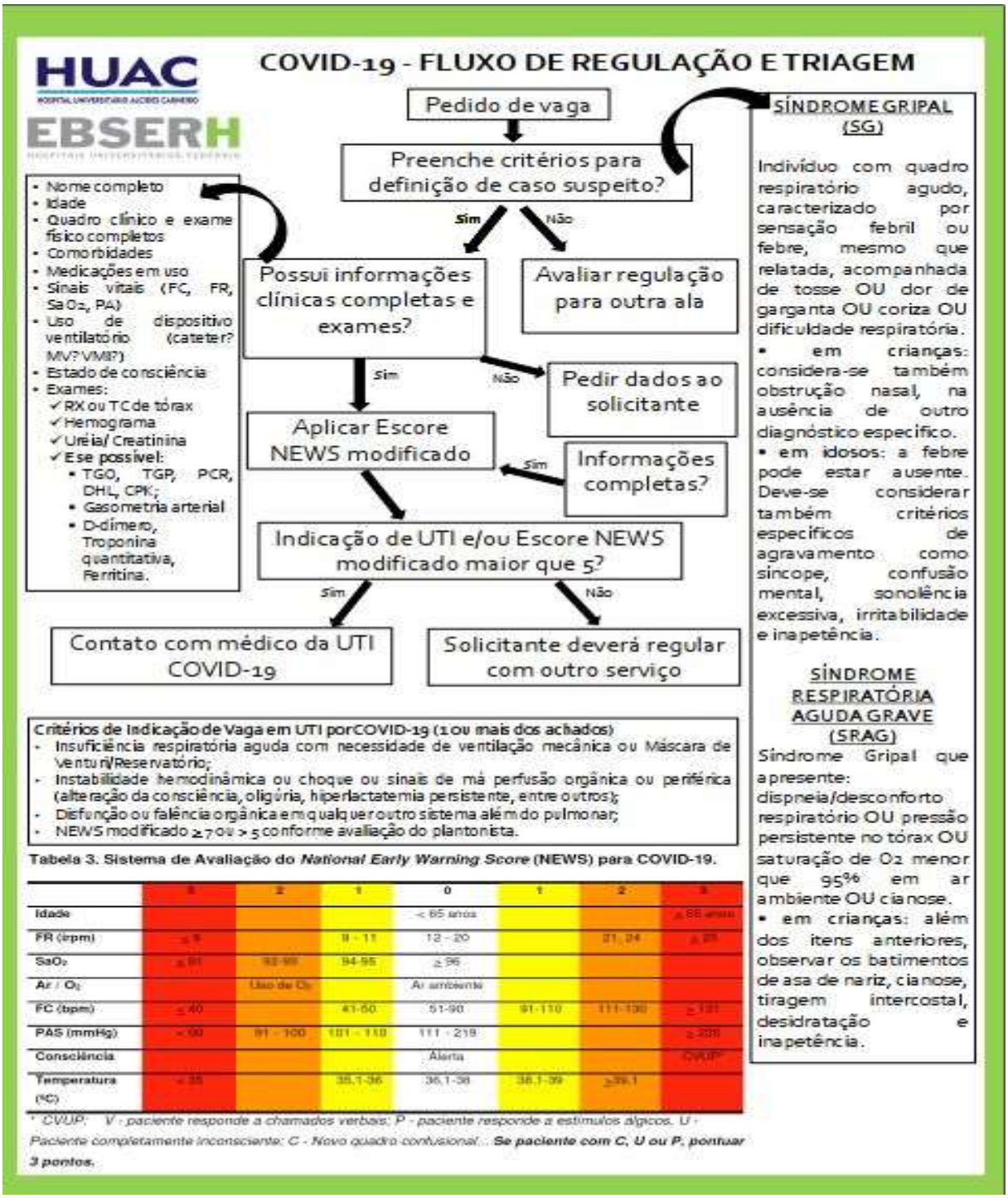
Os pacientes que chegarem a unidade de internação deste hospital deverão vir referenciados pelas UPA's ou UBSF's. Com exceção dos pacientes oncológicos pediátricos, pacientes portadores de anemia falciforme e HIV/AIDS aqui cadastrados. **(FLUXOGRAMAS 3 e 4)**

Os portadores da COVID-19 deverão vir da unidade de encaminhamento através do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

FLUXOGRAMA 3 - ENTRADA DOS PACIENTES CORONAVÍRUS NO HUAC/UFCG/EBSERH

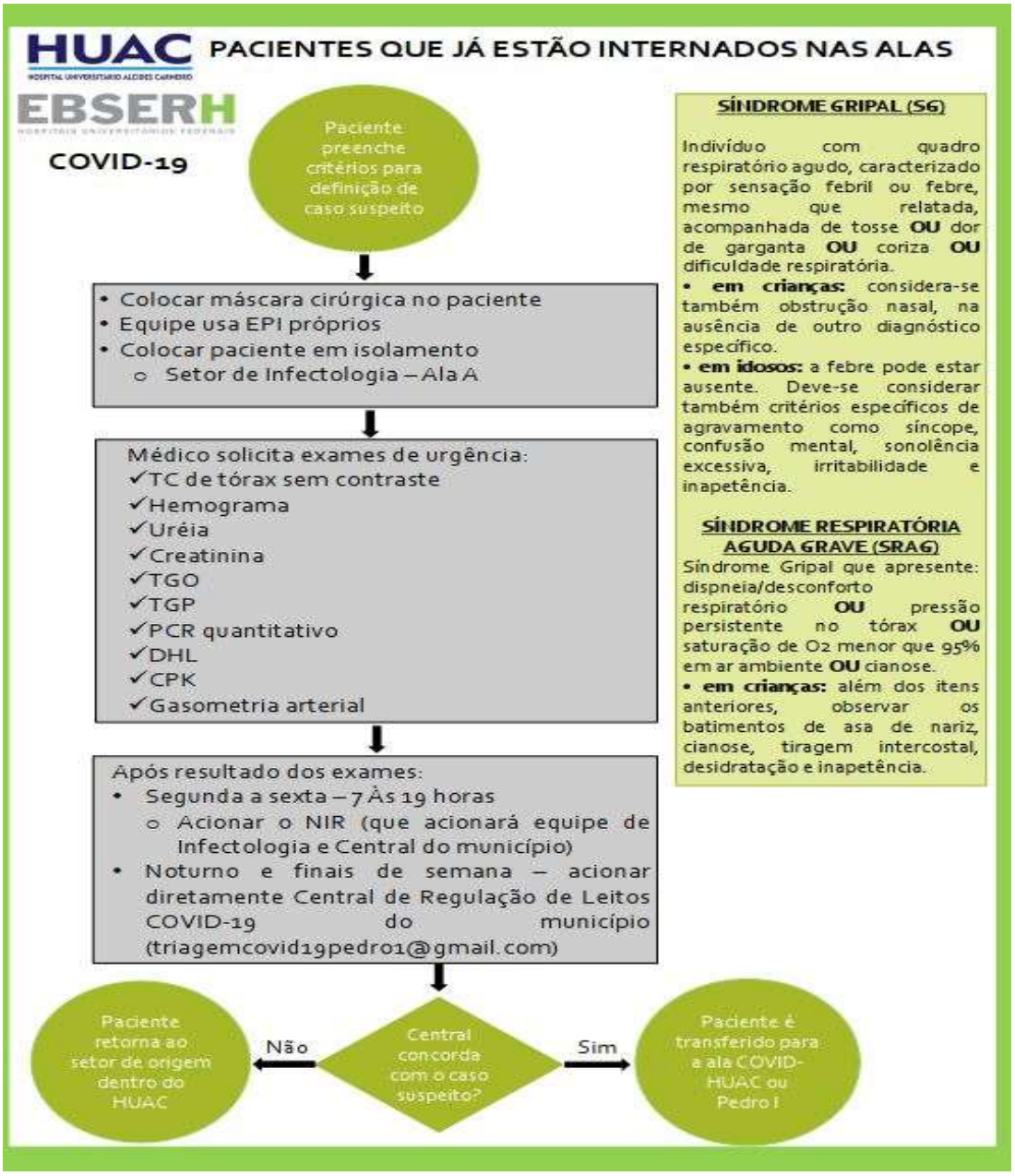


FLUXOGRAMA 4- REGULAÇÃO E TRIAGEM



8.2 Fluxos de Acesso às Unidades Internas do Hospital

Em se tratando de um hospital de retaguarda os acessos as alas críticas do hospital não sofrerá grandes alterações, visto que o setor de localização da UTI e enfermarias adulto e infantil COVID-19 não determinará mudanças ao acesso às demais dependências do hospital. Entretanto, pacientes internados que levantem suspeita para COVID-19 ou que sejam confirmados seguirá o **FLUXOGRAMA 5**, abaixo.

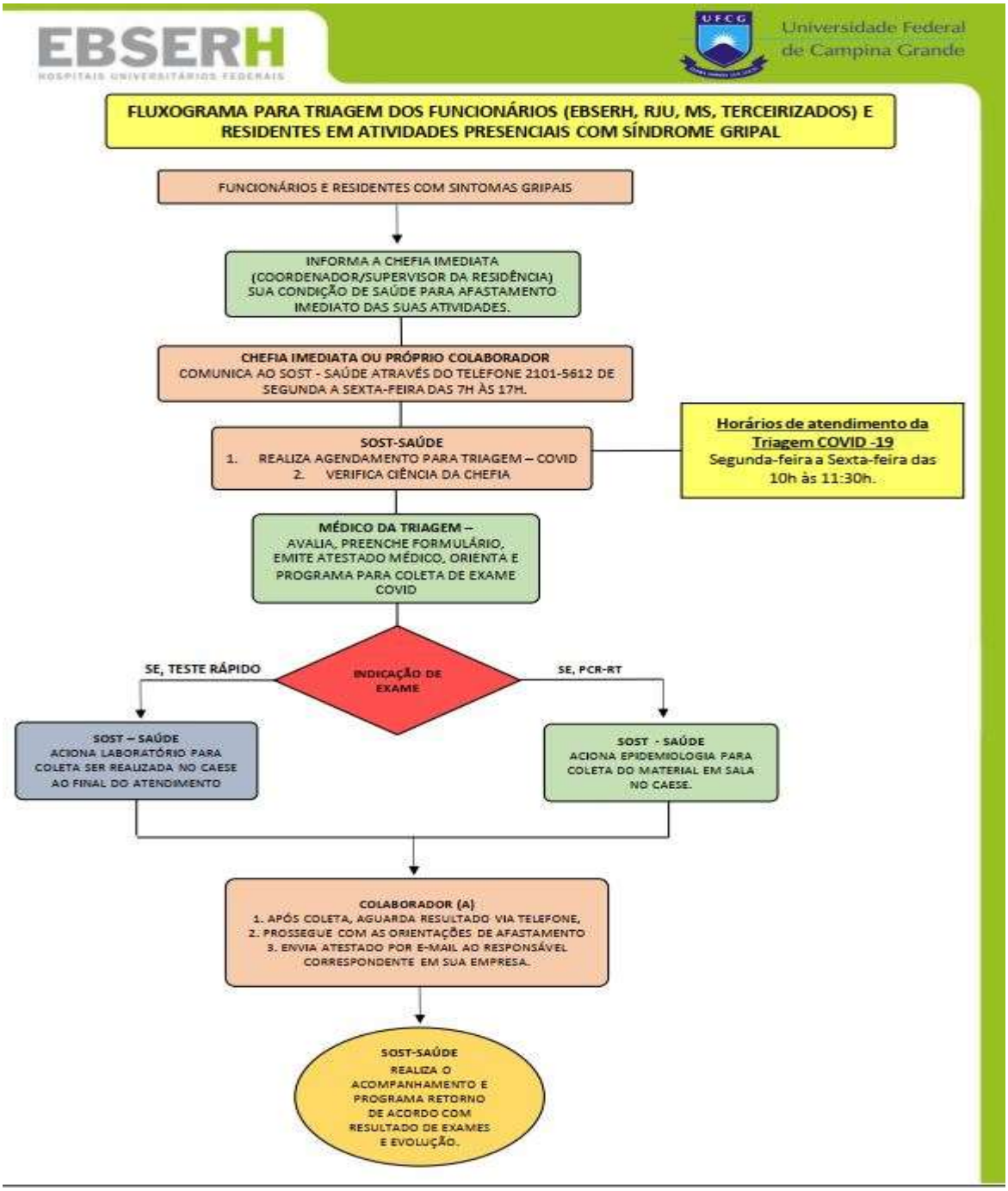


Em se tratando de acompanhantes com suspeição para COVID-19 será seguido o **FLUXOGRAMA 6**.

FLUXOGRAMA 6- FLUXO DE CASOS SUSPEITOS EM ACOMPANHANTES

Em se tratando de funcionários e residentes em atividades presenciais no HUAC , deverá seguir o **FLUXOGRAMA 7**.

FLUXOGRAMA 7- TRIAGEM DE FUNCIONÁRIOS E RESIDENTES EM ATIVIDADES PRESENCIAIS COM SÍNDROME GRIPAL



9. TIMES DE RESPOSTA RÁPIDA

O Time de Resposta Rápida (TRR) tem o objetivo de atender o paciente em um curto espaço de tempo ou no momento de qualquer sinal de agravo clínico, e será constituído por uma equipe multiprofissional de saúde que tem expertise em cuidados críticos a beira leito.

O TRR será ativado a partir de gatilhos previamente definidos, tradicionalmente sinais vitais, isolados ou compondo escores agregados, outras alterações clínicas, como convulsões, ou ainda por critério subjetivo de preocupação com o paciente. Uma vez ativado, o TRR avalia o paciente em até 5 minutos, preferencialmente, e define as condutas necessárias, como administração de fluido, início de antibiótico, suporte ventilatório e transferência para a unidade de cuidados avançados.

Esta equipe se encontrará na escala da linha de frente do COVID-19.

10. SISTEMA DE GESTÃO DE INCIDENTES

Existe um sistema de gerenciamento de incidentes hospitalares que funciona como sendo o Comitê Gestor Interno de Enfrentamento e Combate ao COVID-19 (CGIECC).

O CGIECC é uma estrutura temporária de **análise, decisão e controle**, responsável pela **gestão plena da situação emergencial**. A gestão contínua da autoridade no hospital é a melhor garantia de sucesso. Dessa forma, é o CGIECC quem toma as decisões durante esse período, devendo prontamente as equipes assistenciais acatarem as decisões e ordens emanadas. As reuniões do CGIECC são realizadas diariamente às 08:30, com duração média de 60 minutos.

Fazem parte do CGIECC:

- Superintendente - Coordenador
- Gerentes – Administrativo, Ensino e Pesquisa e Atenção à Saúde
- Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde
- Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado
- Chefe da Divisão Médica
- Chefe da Divisão de Enfermagem
- Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- Chefe do Pronto Atendimento
- Chefe do SOST
- Chefe da Fisioterapia

- Chefe da Infectologia
- Representantes dos Serviços de Apoio: Laboratório, Farmácia, Engenharia Clínica, TI, Hotelaria.

Durante o período de crise realizar-se-á um *DEBRIEFING** diário, curto, com horário pré-definido, com a Equipe do CGIECC. O objetivo desta atividade é o de revisar e refletir no PÓS-AÇÃO, avaliando minuciosamente o que aconteceu, o que foi realizado e que gerou bons resultados, e o que pode ser feito de outra maneira na próxima vez para uma melhor performance.

* O *debriefing* é uma reunião breve para ouvir a equipe e planejar novas ações, servindo de aprendizagem e melhoria contínua.

10.1. Definição de Papéis e Responsabilidades

Cada membro do CGIECC tem função e ação definida. No caso do Gestor cujo o responsável é o Superintendente o mesmo foi que nomeou os membros do CGIECC e dentro os membros ele foi escolhido o Coordenador.

Os demais participantes deste CGIECC dentro das atribuições dos seus cargos respondem por questões referentes as suas áreas e também participam das decisões para melhor execução das ações previstas pelo mesmo.

11. AUMENTO DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO A CASOS DE COVID-19

Por sermos retaguarda do Hospital Municipal de referência para COVID-19. O planejamento aqui realizado a princípio foram de 12 leitos para terapia intensiva, em seguida observando a situação da rede de assistência foram abertos 12 leitos de enfermaria sendo quatro infantis e oito adultos.

A nossa capacidade de expansão passará por uma grande avaliação caso seja necessário. Como já falado anteriormente em havendo saturação desta demanda instalada dever-se-á recorrer aos demais serviços regulados ou referenciados pela Secretaria de Saúde de Campina Grande.

12. RECURSOS HUMANOS

Em relação aos recursos humanos foi necessária uma gestão adaptada para garantir o funcionamento e a continuidade dos serviços profissionais inerente a cada categoria. Esta gestão visou também a manutenção dos serviços essenciais em detrimento da realocação de profissionais que tiveram parcialmente as suas atividades suspensas.

Para tanto foram consideradas as seguintes ações:

- Priorizou-se as necessidades de pessoal por unidade ou serviço e os distribuiu adequadamente;
- Para cada unidade ou serviço, identificou-se o número mínimo de profissionais de saúde e de profissionais de apoio suficiente para garantir o funcionamento da unidade ou setor;
- Atualizou-se a lista de contatos da equipe, mantendo um controle centralizado;
- Estimou-se o absenteísmo da equipe com antecedência e monitoramento contínuo;
- Estabeleceu-se uma política clara para monitorar e gerenciar funcionários com suspeita ou confirmação de COVID-19;
- Realiza-se capacitações periódicas sobre o uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI);
- Adaptação prévia da equipe das enfermarias para atuação em outras áreas do hospital para apoiar no aumento da capacidade de atendimento;
- Realizações de capacitações para as áreas de necessidade, incluindo prevenção e controle de infecção e cuidados clínicos, para garantir a competência da equipe e segurança dos usuários;
- Realizações de simulações de atendimentos a pacientes com a COVID-19 durante as capacitações, sempre que possível;
- Garantida a disponibilidade dos serviços de equipes multidisciplinares de apoio psicossocial para os profissionais e para os usuários, inclusive psicólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas;
- Considerou-se redistribuição de profissionais com experiência em cuidados intensivos na equipe de alto risco para complicações respiratórias agudas de infecção pela COVID-19;
- Foi montado ambulatório para atendimento a profissionais do hospital com suspeita de COVID-19.

12.1. Força de trabalho para enfrentamento da COVID-19

Conforme informações da chefia de enfermagem estamos com 33 técnicos de enfermagem (para completar a quantidade necessárias estamos no aguardo da apresentação dos novos contratados do Processo Seletivo Emergencial) e 10 enfermeiros.

Em relação a fisioterapia existem sete fisioterapeutas para cobrir o atendimento de 10 leitos de UTI COVID-19 (para completar a quantidade necessárias estamos no aguardo da apresentação dos novos contratados do Processo Seletivo Emergencial).

A escala médica está composta por corpo clínico pertencente à EBSERH, RJU e médicos oriundos do Processo Seletivo Emergencial. Conforme escala a seguir:

HUAC HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO · UFCG UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE · EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Escala da UCI COVID 19 — MÊS: maio — ANO: 2020

NOME COMPLETO	SIAPE	REGISTRO CONSELHO	CARGO	VÍNCULO	C.H SEM.	INTERVALO M	MT	D	DN 1	DN 2	T	N
ANALANY PEREIRA DIAS ARAÚJO	1096371	8054	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
ARTHUR CORDEIRO GOMES ARAÚJO	3134049	9683	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
BRUNO PAES FELIX	3134941	7934	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
FÉLIX SOARES NÓBREGA	1112738	7909	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
FERNANDO NOGUEIRA ANDRADE	1348859	10247	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
HUMBERTO DE ALMEIDA	1944338	7966	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
ISABELA FERNANDA DO P. DONATO	3035703	4180	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
JAQUELINE PEREIRA DE SOUZA PACHU	3139560	8333	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
JOSÉ EUDISMAR DE QUEIRÓZ	1146994	6474	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
MILTON HIROYUKI LIMA NISHINA	3165143	9759	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
RODOVAL BEZERRA CABRAL	1134117	3976	ANESTESIOLOGIA	RJU	30h							
RODRIGO VITAL DE MIRANDA	1095488	8433	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
THALES PORTELA	3049791	7984	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
THAYSA LANE ALVES DOS SANTOS	1112728	7043	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
VANESSA SILVEIRA GOMES NUNES	1676849	6538	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
VANIELY KALINY PINHEIRO DE QUEIROZ	3123108	7708	ANESTESIOLOGIA	EBSERH	24h							
ANTONIO DE SÁ BARRETO GONDIM NETO	1607118	6764	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE	1047777	10976	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
EDINILSON CARLOS PEREIRA	1094975	9058	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
GIAN FRANCISCO DE MACEDO ALMEIDA	1562914	5989	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
GUSTAVO GOMES MARQUES	3075160	7159	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
LETÍCIA AIRES BENJAMIN	1217667	9234	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
PEDRO LUIZ DO NASCIMENTO JUNIOR	1566042	5983	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAÚJO	2994660	7254	CIRURGIÃO GERAL	EBSERH	24h							
GILNEY SILVA PORTO	1184310	6542	CIR. CAB E PESCOÇO	EBSERH	24h							
GABRIEL BRAZ GARCIA	2002395	7878	PROCTOLOGIA	EBSERH	24h							
ANDRE ADELINO BRASILEIRO SILVA	1220623	4748	UROLOGIA	RJU	30h							
CARLOS ALEXANDRE GALDINO DE ARAÚJO	3053345	5306	UROLOGIA	EBSERH	24h							
DAVID PESSOA MORANO	1755810	6980	PROCTOLOGIA	EBSERH	24h							
ISAAC NEWTON GUIMARÃES ANDRADE	1370260	5436	CIRURGIÃO CARDÍACO	EBSERH	24H							
DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS	1762996	6602	NEUROCIRURGIÃO	EBSERH	24h							
GEISA PEREIRA RUFINO	3054406	8833	OTORRINOLARINGOLOGIA	EBSERH	24h							
BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA	1092507	8404	OTORRINOLARINGOLOGIA(PA)	EBSERH	24h							
GUILHERME AUGUSTO TRODDORO ATHAYDE	3047023	7900	CARDIOLOGIA(UCI COVID)	EBSERH	24h							
CLAUDIA FERREIRA RIBEIRO LEÃO	1150361	6245	NEUROLOGIA(INFECIOLOGIA)	EBSERH	24h							
CAMILA LOUREIRO DAS CHAGAS CAMPELO	1099902	7844	NEUROLOGIA(INFECIOLOGIA)	EBSERH	20h							
VALBER THADEU DO VALE VITORINO	3139821	9653	NEUROCIRURGIÃO	EBSERH	24h							
KLEBER OLIVEIRA DE SOUZA	1414744	6469	ERGOMETRIA	EBSERH	24h							
ALLYSSON ANTÔNIO RIBEIRO GOMES	1445926	5773	CIR. PLÁSTICA	EBSERH	24h							
RODRIGO DANTAS DE ANDRADE	1325478	6532	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	EBSERH	24h							
JOSÉ DANIEL DE ALBUQUERQUE LINS ROLIM	1686928	7909	CIR. PLÁSTICA	EBSERH	24h							
FILIPE ALMEIDA BOTTER	3050589	10583	ORTOPEDIA	EBSERH	24h							
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	1884854	6902	ORTOPEDIA	EBSERH	24h							
ANNA LUISA MARINHO ANDRADE	2003119	8202	REUMATOLOGIA	EBSERH	24h							
JACK CHARLEY DA SILVA ACIOLY	1843378	7101	INFECTOLOGIA	EBSERH	24h							
JOÃO PAULO RIBEIRO MACHADO	1207456	9568	INFECTOLOGIA	EBSERH	24h							
THIAGO LINS FAGUNDES SOUSA	3139620	11453	PNEUMOLOGIA	EBSERH	24h							
KAROLINNE SOUTO DE FIGUEIREDO		7300	ANESTESIOLOGIA	PSS	24h							
GIULY GOMES LIMA		9980	CLÍNICA MÉDICA	PSS	24h							
EMILLE ARAÚJO CAVALCANTE DA CUNHA		8711	CLÍNICA MÉDICA	PSS	24h							
LUANNA MAYARA MENDES HOSTIO		9539	CLÍNICA MÉDICA	PSS	24h							
TOTAL PROFISSIONAIS MATUTINO												
TOTAL DE PROFISSIONAIS VESPERTINO												
TOTAL DE PROFISSIONAIS NOTURNO												

DIAS DO MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	SEG	SEG	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
ANALANY PEREIRA DIAS ARAÚJO									N										N												
ARTHUR CORDEIRO GOMES ARAÚJO				N1							M6																				
BRUNO PAES FELIX						M6												N1							N1						
FÉLIX SOARES NÓBREGA								N2							N2												M6				
FERNANDO NOGUEIRA ANDRADE					M6																	M6	N								
HUMBERTO DE ALMEIDA							M6														N1							N			
ISABELA FERNANDA DO P. DONATO					FE	FE	FE	FE	FE								N														
JAQUELINE PEREIRA DE SOUZA PACHU								N1			M6				N2	N1															
JOSÉ EUDISMAR DE QUEIRÓZ							N2			M6														T6							
MILTON HIROYUKI LIMA NISHINA				M6												N2												M6			
RODOVAL BEZERRA CABRAL										T6								M6							M6						
RODRIGO VITAL DE MIRANDA									N2											M6									N2		
THALES PORTELA					M6																					N2					N1
THAYSA LANE ALVES DOS SANTOS								M6									D														
VANESSA SILVEIRA GOMES NUNES							T6		T6					N1	N1																
VANIELY KALINY PINHEIRO DE QUEIROZ							N1									M6	M6														
ANTONIO DE SÁ BARRETO GONDIM NETO						T6		N2																							
DANIEL HORTIZ DE CARVALHO NOBRE FELIPE																														N2	
EDINILSON CARLOS PEREIRA																															
GIAN FRANCISCO DE MACEDO ALMEIDA													T6														T6			T6	
GUSTAVO GOMES MARQUES					T6																					N2					
LETÍCIA AIRES BENJAMIN																						N2							M6		
PEDRO LUIZ DO NASCIMENTO JUNIOR																															
THIAGO CAVALCANTI VILA NOVA DE ARAÚJO												N1							N2												
GILNEY SILVA PORTO				T6							T6			M6		T6		T6			M6				T6					M6	
GABRIEL BRAZ GARCIA								M6							M6	N1		N1				M6							M6		
ANDRE ADELINO BRASILEIRO SILVA					N1				M6					M6																	
CARLOS ALEXANDRE GALDINO DE ARAÚJO						N1						N2			N1					N1							N2				M6
DAVID PESSOA MORANO												M6				T6		M6							M6	N1					
ISAAC NEWTON GUIMARÃES ANDRADE									M6		M6								M6				M6			M6					
DANIEL PEREIRA DEAN RAMOS						N1					N1		M6							M6											N1
GEISA PEREIRA RUFINO										M6		M6							M6					M6		M6					
BÁRBARA RIBEIRO DE BELMONT FONSECA				M6										T6							T6			T6				M6			
GUILHERME AUGUSTO TRODDORO ATHAYDE						M6										M6				T6							M6				
CLAUDIA FERREIRA RIBEIRO LEÃO							T6	T6	T6						T6							T6							T6		
CAMILA LOUREIRO DAS CHAGAS CAMPELO						N2						N1					T6		N1					N1		N1					
VALBER THADEU DO VALE VITORINO					N1			N1		N2					N2							N1							N1		
KLEBER OLIVEIRA DE SOUZA				N2							N2			N1				N2							N2						T6
ALLYSSON ANTÔNIO RIBEIRO GOMES					N2		N1			N1		N2												N2							
RODRIGO DANTAS DE ANDRADE									N1							N2							T6								
JOSÉ DANIEL DE ALBUQUERQUE LINS ROLIM						N2							N1					N1		N2							N1				
FILIPE ALMEIDA BOTTER				N							N																				
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA							N2			N				N2																	
ANNA LUISA MARINHO ANDRADE					N2		M6			M6											M6			M6				T6			
JACK CHARLEY DA SILVA ACIOLY				T6	T6						T6	T6						T6	T6						T6	T6					
JOÃO PAULO RIBEIRO MACHADO						T6	T6						T6	T6						T6	T6						T6	T6			
THIAGO LINS FAGUNDES SOUSA					T6			T6				T6			T6				T6			T6				T6			T6		
KAROLINNE SOUTO DE FIGUEIREDO																				N				N			N				N
GIULY GOMES LIMA																					N								N		D
EMILLE ARAÚJO CAVALCANTE DA CUNHA																	N				N							N		N	
LUANNA MAYARA MENDES HOSTIO																		N					D		N					D	
TOTAL PROFISSIONAIS MATUTINO	0	0	0	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2		
TOTAL DE PROFISSIONAIS VESPERTINO	0	0	0	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2		
TOTAL DE PROFISSIONAIS NOTURNO	0	0	0	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	4	3	1	4	3	2	1	2	1	2	2	4	2	1	2		

Legenda:

Licença Maternidade	LM	Férias	FE	Ponto Facultativo	PF	Manhã **	M	Diurno (8 hrs) **	MT
Licença Paternidade	LP	Feriado	FD	Abono	AB	Tarde **	T	Dia/ noite (24 hrs) **	DN
Licença Médica/Odontológica	L	Folga	FO	Compensação Horas Excedentes	CE	Plantão Dia (12 hrs) **	D		
Licença Capacitação	LC	Recesso	RC	Afastamento*	AF	Plantão Noite (12 hrs)**	N		

12.2. Profissionais do hospital que integram os grupos de risco e não participarão do enfrentamento à COVID-19

Os profissionais dos grupos de risco foram avaliados pelo SOST e comunicado as suas chefias.

12.3. Monitoramento de profissionais afastados por COVID-19

Por não se encontrarem em serviço presencial no HUAC. Estes profissionais em havendo suspeição por COVID-19 deverão procurar o serviço de referência Municipal ou o serviço de referência do seu plano de saúde.

12.4. Saúde Mental e Bem-estar dos Profissionais do Hospital

Fica garantida a disponibilidade dos serviços de equipes multidisciplinares de apoio psicossocial para os profissionais e para os usuários, inclusive psicólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas.

13. CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA ATUAÇÃO NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Continuamente serão realizadas capacitações com as equipes, identificando os profissionais que já estão habilitados para assistência aos pacientes em ventilação mecânica, por categoria profissional (enfermeiros gerais com experiência em terapia intensiva, enfermeiros intensivistas, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos intensivistas, médicos clínicos, médicos anestesiologistas, entre outros).

Essas capacitações serão realizadas de forma presencial com treinamentos e simulações realísticas, assim como através de vídeos e folders para familiarização das equipes para trabalharem em áreas de alta demanda (principalmente em terapia intensiva), capacitando-as para uma possível atuação com pacientes em ventilação mecânica, caso necessário.

As equipes não assistenciais também deverão ser capacitadas para garantir a prevenção e controle de infecção, comunicação eficiente e a segurança de todos os profissionais e usuários.

14. REALOCAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos que precisaram de realocação sejam de profissionais administrativos, assistenciais e/ou previsão de reserva técnica tiveram conforme orientação de cada Gerência e Chefia as recomendações necessárias para tal fim.

15. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Esse documento adota as recomendações atuais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Diante de caso suspeito, recomenda-se que o paciente seja mantido em isolamento. O paciente deve utilizar máscara cirúrgica a partir do momento da triagem até a sua chegada no local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

Se o paciente necessitar de internação hospitalar, providenciar imediatamente o transporte para o leito de isolamento.

Até que haja informações disponíveis sobre a disseminação viral após a melhora clínica, a descontinuação das precauções e isolamento deve ser determinada caso a caso, em conjunto com autoridades de saúde locais, estaduais e federais.

Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou estiver em contato com o caso suspeito, deve utilizar equipamento de proteção individual (EPI), observando as medidas de precaução padrão, contato e gotículas. Utilizar precauções respiratórias por aerossóis para a realização de procedimentos que gerem aerossolização.

Todos os trabalhadores dos serviços de saúde que atuam na triagem devem fazer uso da máscara cirúrgica e realizar a higienização das mãos antes e após a colocação da máscara.

A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool em gel e EPI deve ser garantida pela instituição.

No contexto de uma potencial ameaça ou perante uma emergência de saúde pública, a vigilância epidemiológica é fundamental para detectar precocemente os casos, monitorizar a evolução da epidemia para orientar as estratégias e as medidas de saúde pública, assim como para avaliar o impacto das intervenções.

Por analogia, com o preconizado para a vigilância da gripe pandêmica, podemos considerar três grandes componentes na vigilância de COVID 19: verificação e detecção; avaliação do risco e gravidade; e a monitorização da epidemia.

Com a evidência de transmissão comunitária generalizada do vírus SARS-CoV-2, a vigilância deve deixar de ser exclusivamente na identificação e notificação de todos os casos suspeitos e confirmados, devendo centrar em sistemas de vigilância sindrômica, com seleção sistemática de casos suspeitos para diagnóstico laboratorial. A vigilância sindrômica deverá cobrir, tanto quanto possível, o espectro de apresentações clínicas de COVID-19, de modo a monitorizar a evolução das situações que vão necessitar de diferentes níveis de cuidados.

A avaliação de risco é um processo sistemático que recolhe e analisa a situação, proveniente de sistemas de vigilância a partir do qual atribui um nível de risco a uma potencial ameaça. Consiste em perceber a probabilidade e magnitude do impacto dessa ameaça na saúde da população. Deste modo, para além de ser útil para priorizar a implementação de ações, esta ferramenta apoia a tomada de decisão efetiva, racional e adequada.

A margem de desconhecimento relativo à virulência e patogenicidade do SARS-CoV-2, bem como a escassez de dados epidemiológicos detalhados, aumentam a incerteza na elaboração de uma avaliação de risco, levando à necessidade de atualizações frequentes e céleres.

15.1 VIGILÂNCIA: AVISO PRÉVIO E MONITORAMENTO E RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO PADRÃO:

As medidas que compõem as precauções padrão são:

• Higienização das mãos, respeitando a técnica adequada e os cinco momentos fundamentais preconizados pela OMS;

• Seleção e uso adequado dos EPI (utilizar gorro, luvas, avental e óculos ou protetor de face quando houver risco de exposição do profissional a respingo de sangue, secreções corporais e excreções);

• Higienização ambiental conforme protocolo institucional;

• Cuidados com materiais, equipamentos, roupas e utensílios alimentares;

• Prevenção de acidentes com produtos para saúde perfuro cortantes e material biológico;

• Higiene respiratória e tosse com etiqueta: utilizar lenço descartável para higiene nasal, cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir, evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;

• Higienizar as mãos após tossir ou espirrar.

15.2 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO DE CONTATO

As medidas que compõem as precauções de contato são:

• Luvas e avental deverão ser utilizadas ao contato com o paciente e/ou objetos e equipamentos próximos ao paciente;

• O transporte do paciente deverá ser evitado, se possível. Quando realizado, o profissional deverá estar devidamente paramentado para realizar o transporte;

• Deve-se restringir o quantitativo de objetos/insumos no quarto;

• Artigos e equipamentos como estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, entre outros,

deverão ser de uso exclusivo para cada paciente;

• O esfigmomanômetro deve ser encaminhado para o Serviço de Higiene e Limpeza para o processamento (limpeza e desinfecção) e os demais materiais deverão ser desinfetados com álcool 70%, após a saída do paciente.

15.3 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO DE GOTÍCULAS

As medidas para prevenção e controle para gotículas incluem:

• A manutenção do paciente em quarto privativo ou em sistema de coorte conforme as orientações do protocolo institucional;

• A uso de máscara cirúrgica pelo profissional durante a assistência, descartando-a imediatamente após o uso ou após 2 (duas) horas de uso;

• A uso de gorro, avental, óculos de proteção e luvas durante a assistência ao paciente;

• Restrição da entrada de pessoas no quarto privativo;

• Artigos e equipamentos como estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, entre outros, deverão ser de uso exclusivo para cada paciente;

• O transporte deve ser evitado, mas quando necessário, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica;

• Em unidade neonatal o quarto privativo poderá ser substituído pelo uso de incubadora mantendo as demais orientações quanto à distância entre leitos e à adesão às medidas de precaução;

• Uso de óculos de proteção que devem ser de uso exclusivo para cada profissional devendo sofrer desinfecção após o uso.

15.4 RECOMENDAÇÕES NA PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS

Na infecção pelo SARS-CoV-2, o uso da máscara PFF2 (N95):

• Está indicado para o profissional que realizar procedimentos que gerem aerossolização (exemplos: intubação/extubação traqueal, aspiração aberta de vias aéreas, broncoscopia, ventilação não invasiva e por ambu, ressuscitação cardiopulmonar, coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico); deverá ser descartada imediatamente após o uso assim como os demais os EPI;

• Deverá estar adequadamente ajustada à face;

• Deve ser cuidadosamente manuseada a fim de não contaminar a sua face interna e externa.

15.5 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

- A provisão de todos os insumos para a higienização e desinfecção ambiental deve ser garantida pela instituição;
- Deve-se limitar a movimentação do paciente em precaução e restringir o acesso ao isolamento;
- Deve-se realizar a limpeza terminal dos consultórios e das enfermarias após a transferência ou a alta do paciente;
- Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde que tenham sido utilizados na assistência ao paciente suspeito;

16. NOTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO DE CASOS DE COVID-19 E PREVISÃO DE RESPONSÁVEIS

A Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser notificados de forma imediata. Desta forma, os colaboradores devem notificar/comunicar em até 24 horas ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVEH) do HUAC- UFCG/EBSERH e, em dias não úteis, ao Centro de Informações da SES-PB.

Os dados da notificação devem ser inseridos na ficha de notificação através do link: http://bit.ly/2019-ncov. O código para registro de casos de Infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID -19), conforme as definições, será o U07.1 – Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

ATENÇÃO: Os pacientes com suspeita de infecção humana pelo 2019-nCov que atendem critério para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), deve-se preencher a ficha de notificação para SRAG.

16.1. Acompanhamento dos pacientes internados suspeitos e confirmados de COVID-19 pelo NIR

Os pacientes suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 terão vossas solicitações de internações requeridas pelas unidades de origem, nas quais receberam o primeiro atendimento.

O pedido será encaminhado a Central de Regulação de Leitos, a qual entrará em contato com o NIR/HUAC, que dependendo da disponibilidade de vaga aplicará formulário padrão e liberação da vaga.

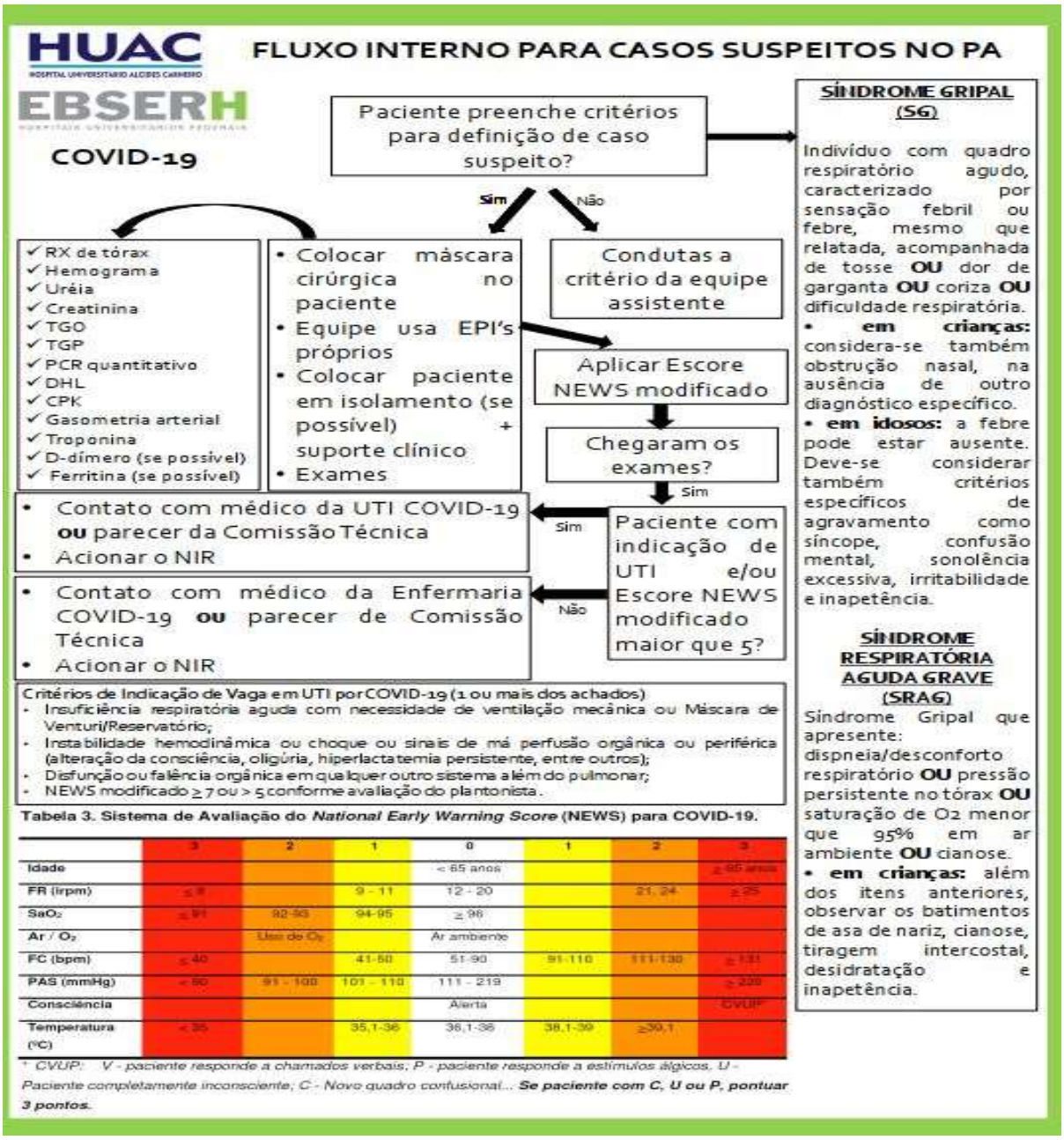
A notificação será realizada conforme notificação acima.

Foram suspensas as visitas ficando permitido de acordo com autorização a Unidade Psicossocial, a visita de um ente querido a pacientes em fase final de paliação (lembrando que este paciente já se encontra com um acompanhante).

17. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

17.1. Transporte interno de pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19 (admissão, exames, transferência, alta etc)

O processo de admissão se encontra registrado no AGHU e as orientações se encontram no **FLUXOGRAMA 8**, abaixo:



17.2. Fluxos e normas para acompanhantes e visitantes

Vide **FLUXOGRAMA 6.**

17.3. Cuidados com prontuário de pacientes suspeitos/confirmados de COVID-19

Os cuidados com os prontuários no hospital, atenderão as orientações da Nota Técnica - SEI nº 2/2020/SRA/CGC/DAS -EBSERH: Orientações sobre o manuseio de prontuários de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID -19, nos HUF da Rede EBSERH (Processo nº 23477.002625/2020-67).

17.4. Manejo de Corpos e outras situações pós-óbito no contexto da COVID-19

Passo a passo para manejo dos corpos pós- óbito no contexto da COVID-19.

Indicações

- ✓ Constatação do óbito pelo profissional médico.

Contraindicações

- ✓ Ausência da constatação médica do óbito.

Responsável pela execução do procedimento

- ✓ Enfermeiro.
- ✓ Técnico de enfermagem.
- ✓ Auxiliar de enfermagem.

Material necessário

- ✓ Bandeja.
- ✓ Luvas de procedimentos.
- ✓ Gaze.
- ✓ Algodão.
- ✓ Curativos impermeáveis;
- ✓ Biombos.

- ✓ Saco para óbito (impermeável).
- ✓ Etiqueta de identificação do corpo (interna e externa).
- ✓ Material para higiene corporal, se necessário.
- ✓ Atadura de crepe.
- ✓ Tesoura ou lâmina de bisturi.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Seringa de 20ml.
- ✓ Hamper com saco plástico para roupa suja.
- ✓ EPIs (máscara (cirúrgica e/ou N95), touca, óculos de proteção ou protetor facial e avental impermeável, botas impermeáveis).

Etapas do procedimento

- ✓ Observar o registro de constatação de óbito no prontuário.
- ✓ Preencher a etiqueta de óbito, contendo: nome completo, nome da mãe, número do prontuário, setor, enfermaria e leito, data de nascimento, data e hora do óbito e assinatura do profissional.
- ✓ Realizar higienização das mãos conforme POP/NSP/001/2018 de higiene das mãos.
- ✓ Separar uma bandeja para o procedimento.
- ✓ Dispor o material necessário sobre a bandeja.
- ✓ Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira.
- ✓ Checar os dados de identificação na pulseira do paciente.
- ✓ Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário.
- ✓ Proceder a paramentação com todos os EPIs necessários (colocar avental descartável por cima do avental impermeável)
- ✓ Desligar os equipamentos em uso.
- ✓ Posicionar o corpo em decúbito dorsal.
- ✓ Remover os tubos, drenos e cateteres do corpo com cuidado, devido a possibilidade de contato com os fluidos corporais. O descarte de todo o material e rouparia deve ser feito imediatamente e em local adequado.

- ✓ Proceder à higiene do corpo, quando necessário.
- ✓ Higienizar e bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável;
- ✓ Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais com compressas;
- ✓ Realizar o tamponamento com algodão nos orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) para evitar extravasamento de fluidos corporais.
- ✓ Recolocar próteses dentárias, se houver.
- ✓ Manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos;
- ✓ Colocar os pertences do paciente em saco plástico e identificá-lo para posterior entrega ao acompanhante.
- ✓ Fechar os olhos fazendo compressão nas pálpebras e fixar com esparadrapo, se necessário.
- ✓ Manter o corpo em decúbito dorsal com os braços fletidos sobre o tórax.
- ✓ Fixar mandíbula, punhos e tornozelos com atadura de crepe.
- ✓ Proceder à identificação colocando a etiqueta sobre o tórax do paciente.
- ✓ Acondicionar o corpo em saco impermeável à prova de vazamento e selado, seguindo a seguinte sequência: 1º colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos); 2º: colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco.
- ✓ Preencher etiqueta de identificação do saco de óbito com as mesmas informações da etiqueta interna.
- ✓ Identificar o saco externo de transporte com informação relativa ao risco biológico: COVID-19, agente biológico classe de risco 3;
- ✓ Solicitar ao maqueiro o transporte do corpo até o necrotério do hospital em maca exclusiva para transporte de cadáveres.
- ✓ Proceder com a limpeza terminal da unidade do paciente.
- ✓ Desprezar o material utilizado nos locais apropriados.

- ✓ Remover o avental descartável e a luva externa com técnica adequada para evitar contaminação, dentro do lixo no quarto do paciente;
- ✓ Realizar higienização das mãos enluvadas conforme POP/NSP/001/2018 de higienização das mãos;
- ✓ Realizar os registros necessários no sistema;
- ✓ Comunicar ao enfermeiro de plantão possíveis intercorrências durante o procedimento;

Observações

- ✓ Se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, usar N95, PFF2 ou equivalente.
- ✓ Usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento.
- ✓ Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar/responsável.
- Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar/responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles;
- Quando houver necessidade de aproximação, o familiar/responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção;
- Sugere-se, ainda, que, a depender da estrutura existente, o reconhecimento do corpo possa ser por meio de fotografias, evitando contato ou exposição.
- ✓ Após a morte o paciente pode apresentar esfriamento do corpo, manchas generalizadas de coloração arroxeadas, relaxamento dos esfíncteres e rigidez cadavérica.
- ✓ Na chegada ao necrotério, alocar o corpo em compartimento refrigerado e sinalizado como COVID-19, agente biológico classe de risco 3;

18. LOGÍSTICA E GESTÃO DE INSUMOS, INCLUINDO FARMACÊUTICOS

Toda parte de logística e gestão de insumos está sendo controlada pela gerência Administrativa através da sua equipe, a qual vai desde a identificação de espaço físico para armazenamento de suprimentos, medicamentos, EPI's, demais gêneros necessários para funcionamento completo e restrito da UTI e enfermaria COVID-19, além de avaliar a qualidade antes e depois da compra.

19. SERVIÇOS DE LABORATÓRIO

A coleta de amostra está indicada sempre que ocorrer a identificação de um caso suspeito de COVD-19. O swab combinado (nasal/oral) deve ser realizado até o terceiro dia e eventualmente poderá ser realizada até o sétimo dia após o início dos sintomas. A amostra deve ser encaminhada com urgência ao LACEN-PB.

Caso seja indicado pelo médico a internação hospitalar, orienta-se notificar o caso no site http://bit.ly/2019-ncov e enviar a ficha de notificação via e-mail para o Serviço de Vigilância Epidemiológica do Estado da Paraíba.

Os procedimentos acima descritos, em dias úteis, serão realizados pela equipe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Em dias não úteis e no período noturno, serão realizados pela equipe assistencial.

Como parte da preparação da resposta para COVID-19, o diagnóstico laboratorial é essencial para detectar SARS-CoV-2, bem como documentar o eventual reaparecimento do vírus e responder e gerir a pandemia. A identificação da sequência genética do SARSCoV-2 levou ao rápido desenvolvimento de ensaios em tempo real de PCR para detecção de RNA viral em amostras clínicas e ensaios específicos para diagnóstico serológico. A manutenção dos serviços essenciais de laboratório é necessária para o tratamento clínico de pacientes pandêmicos e de outros pacientes, bem como para vigilância baseada no número total de casos da COVID-19.

O teste rápido está sendo realizado conforme solicitação via ambulatório COVID ou encaminhamento pelos infectologistas autorizados.

20. SERVIÇOS DE APOIO ESSENCIAIS

Para o atendimento aos pacientes durante a epidemia de COVID-19, se torna necessário identificar e manter serviços de suporte essenciais, como lavanderia, limpeza, gerenciamento de resíduos, serviços alimentares, segurança e demais serviços essenciais.

Toda esta parte de serviços e suporte essenciais estão sendo gerenciadas pela Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde baseado no porte e nas orientações do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde.

20.1. Medidas para suporte às funções críticas do hospital

a. água e saneamento
b. energia elétrica
c. nutrição
d. telecomunicações

e. conectividade

f. orçamento

g. transporte

h. recursos profissionais

i. recursos materiais

21. COMUNICAÇÃO

A comunicação é essencial na preparação, resposta e recuperação em contexto de emergência em saúde pública, garantindo confiança de todas as partes na informação comunicada. É necessária uma comunicação precisa e oportuna para garantir a tomada de decisão informada, colaboração e cooperação eficazes e conscientização e confiança do público.

As ações de divulgação da Assessoria de Comunicação do HUAC-UFCG/EBSERH seguirão as medidas adotadas Rede EBSERH, que por sua vez, seguirá as campanhas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, seja com dicas de saúde e higiene ou como o cidadão deve proceder em caso de suspeita de contaminação

21.1. Plano de comunicação

Missão
Garantir uma comunicação eficaz para a população e para o público interno do hospital.

Visão
Manter a sociedade e os colaboradores informados sobre as medidas adotadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC-UFCG/EBSERH) referentes ao atual contexto de pandemia do coronavírus (Covid-19).

Valores
Celeridade e segurança nas informações.

21.2 ATIVIDADES

21.2.1. - Produção de releases

Textos jornalístico com informações institucionais de serviços voltados para a sociedade. Os textos serão enviados para diversos veículos de imprensa observando a continuidade do processo de recebimento das demandas pelos veículos de comunicação.

21.2.2 - *Follow up*

Monitoramento contínuo do envio dos releases com o objetivo de assegurar que a informação tenha chegado aos veículos de comunicação.

21.2.3 - Produção de notas de esclarecimento

Produção de textos que visam esclarecer dúvidas ou apresentar justificativas da instituição sobre determinados fatos.

21.2.4 - Sugestão de pauta

Envio de pautas relacionadas à pandemia do Coronavírus (Covid-19) e ações da HUAC para os veículos de comunicação.

Desde o início da pandemia, o espaço destinado a profissionais do HUAC na programação da Rádio Caturité tem sido preenchido com pautas relacionadas à Covid-19.

21.2.5 - Atendimento à imprensa

Atendimento às demandas dos veículos de comunicação por telefone, e-mail, ou outro meio eletrônico de comunicação e agendamento de entrevistas para facilitar e intermediar a relação entre o HUAC e a imprensa. Serão realizadas ações como busca de fontes, informações que podem ser divulgadas pela instituição.

Por medida de prevenção estão suspensas as entrevistas dentro das dependências da instituição e o contato e entrevistas com jornalistas devem ser realizados preferencialmente sem contato presencial.

21.2.6 – Produção de artes

Produção de artes para os diversos setores do HUAC para auxiliar na divulgação dos serviços ofertados, ações realizadas e informações que precisam chegar aos colaboradores ou público externo.

21.2.7 – Produção de Boletim Interno

Juntamente com a Unidade de Atenção Psicossocial, a Assessoria de Comunicação do HUAC tem elaborado semanalmente um Boletim Interno com o objetivo de trazer textos, mensagens e

informações que possam contribuir para a reflexão e o enfrentamento do momento que estamos vivendo.

21.2.8 – Clipping

Monitoramento e arquivamento das informações que foram divulgadas pela imprensa sobre o HUAC, sobretudo para auxiliar no combate às Fake News.

21.3 PORTA-VOZ, FONTE E ESPECIALISTA

21.3.1 - Porta-voz

Se houver necessidade de posicionamento institucional do HUAC sobre temas relacionados à Covid-19, o porta-voz será o superintendente ou pessoa designada por ele.

A demanda deve ser informada antes do posicionamento à Coordenadoria de Comunicação Social da Rede Ebserh, em Brasília, para alinhamento e atualização das informações repassadas.

21.3.2 - Fonte

São pessoas que concedem informação para a imprensa, não assumindo, necessariamente, o caráter de porta-voz. Podem ser profissionais ou pacientes.

21.3.3 - Especialista

Os profissionais da área médica estão autorizados a conceder entrevistas somente na condição de especialistas. A entrevista deve seguir a linha de recomendações e informações sobre a Covid-19 à população, seguindo o que já foi divulgado pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e/ou instituições similares.

As entrevistas devem ser intermediadas pela Assessoria de Comunicação. Em caso de contato da imprensa direto com profissional do HUAC, esse(a) deve repassar o contato da Assessoria de Comunicação para prosseguimento da demanda, conforme previsto na Política de Porta-Vozes da Rede Ebserh.

21.4 CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19

Em casos de atendimento de pacientes suspeitos ou confirmado, a Assessoria de Comunicação do HUAC deve coletar informações sobre o assunto e dar ciência à Coordenadoria de Comunicação Social da Rede EBSERH, em Brasília, para monitoramento.

Nesse primeiro momento, as respostas à imprensa devem ser centralizadas na Secretaria de Saúde responsável pela região. Somente após a divulgação oficial da Secretaria de Saúde, a Comunicação do HUAC poderá replicar as informações, mediante demanda da imprensa.

A medida tem como objetivo não gerar duplicidade de informação, nem sobrecarregar os hospitais com demandas de casos suspeitos e concentrar esforços em outras ações.

Empregado confirmado

Apenas após confirmação pela Secretaria de Saúde local, o HUAC poderá emitir nota sobre os procedimentos adotados, o que tem sido feito e o quadro de saúde do empregado/paciente, caso o mesmo continue na unidade de saúde.

21.4.1 FLUXOS E MEDIDAS DE COMUNICAÇÃO

O fluxo da informação deve ser realizado da Superintendência diretamente para a Comunicação ou via Grupo de Enfrentamento ao Coronavírus para a Comunicação.

21.5- AÇÕES DA COMUNICAÇÃO ESPECIFICADAS ATRAVÉS DE SEUS PÚBLICOS

AÇÃO	POR QUÊ	COMO	QUANDO
Contato com a Superintendência	É necessário para atualização das deliberações institucionais	Telefone ou e-mail	Quando necessário
Contato com o Grupo de Enfrentamento ao Covid-19	É necessário para atualização das deliberações do grupo e novas definições sobre o atendimento a pacientes	Telefone ou e-mail	Quando necessário
Acompanhamento das demandas via e-mail e telefone	As demandas dos demais setores devem continuar sendo respondidas e atendidas quando necessário	Online	Diariamente
Produção de textos jornalísticos	É necessário apresentar as deliberações e	Online	Quando necessário

	ações do HUAC para os públicos da instituição		
Atualização do site	É importante manter o público externo e a sociedade informados sobre as medidas do HUAC	Online	Quando necessário
Envio de informações para funcionários por e-mail	O e-mail institucional é uma ferramenta que atinge a todos os colaboradores de maneira célere	Online	Quando necessário
Elaboração de campanhas e peças gráficas sobre o Covid-19	Por meio das campanhas e peças gráficas é possível facilitar o entendimento e o acesso à informação de maneira mais efetiva. As campanhas devem ser elaboradas e validadas com a Sede	Online	Quando necessário
Orientações para os estudantes da instituição	Os estudantes precisam estar a par das medidas adotadas pelo hospital.	Eles podem se atualizar das ações do hospital através do site institucional ou diretamente através da	Quando necessário

		Gerência de Ensino e Pesquisa.	
Atendimento à imprensa	Os veículos de comunicação precisam ter acesso às ações e deliberações da instituição para divulgarem para a sociedade	Telefone e e-mail	Quando necessário
Atualização do Wallpaper dos computadores	É uma maneira eficaz de disponibilizar uma informação importante para todos os colaboradores	Online (a Assessoria faz a solicitação ao setor de TI)	Quando necessário
Clippagem de notícias	As notícias que forem divulgadas na imprensa sobre a instituição devem ser catalogadas e arquivadas para avaliação posterior ou resposta imediata	Online	Diariamente
Contato com Autoridade de Saúde	É fundamental o contato com as autoridades de saúde para melhor organizar os fluxos de atendimento da rede de	O contato da instituição com as autoridades de saúde se dá, primordialmente, através da Superintendência.	Quando necessário

	enfrentamento à Covid-19.		
Elaboração Boletim Interno	Trazer para os colaboradores informações que ajudem no cuidado emocional	Produção gráfica do boletim e divulgação através do e-mail institucional e grupos de mensagens	Semanalmente
Orientações para usuários dos serviços sobre entrada na unidade	As informações sobre condutas devem estar visíveis para orientação das pacientes e acompanhantes, bem como para dar suporte à equipe de portaria e recepção	Produção de avisos e cartazes (solicitações feitas pela CCIH)	Quando necessário
Orientações Pacientes/Familiares	O papel da Assessoria junto aos pacientes e familiares se relaciona a trazer informações úteis que auxiliem no seu contato com os serviços do hospital.	Produção de materiais gráficos que possam trazer informações oportunas sobre os serviços, além da divulgação no site sobre as medidas adotadas pelo hospital. Informações aos familiares sobre o estado de saúde dos pacientes internados sem acompanhantes está sendo	Quando necessário/diariamente

		realizado através de boletim de saúde emitido diariamente pelo Serviço Social através de telefone disponibilizado para esse fim.	
Orientações Profissionais	É papel da Assessoria trazer para os profissionais da instituição informações sobre as ações, serviços, fluxos e atividades do hospital. Para isso, são utilizados os meios institucionais.	E-mail, site institucional, wallpapers	Quando necessário
Orientações Empresas Terceirizadas	Os funcionários das empresas terceirizadas são colaboradores do hospital e precisam ter conhecimento sobre seus fluxos, além das ações realizadas para que eles também possam participar.	O fluxo direto de comunicação dos funcionários das empresas terceirizadas se dá através do contato com o servidor do hospital responsável pela respectiva empresa. Além disso, têm acesso às informações sobre as ações do	Quando necessário

		hospital através dos murais.	
Contato com a Ebserh Sede	A Assessoria de Comunicação do HUAC mantém contato constante com a Coordenadoria de Comunicação Social (CCS) e alinha suas atividades de acordo com o que é preconizado pela Sede.	E-mail ou telefone	Diariamente

22. MONITORAMENTO DAS AÇÕES DESCRITAS NO PLANO DE CONTINGÊNCIA E A EFETIVIDADE DAS ESTRATÉGIAS ESTABELECIDAS

O COE deve acompanhar diariamente, por meio de reuniões virtuais e no Gabinete de Crise, as seguintes informações:

- Demanda: Número de pacientes internados nas unidades exclusivas de leitos de enfermaria e leitos de UTI para COVID-19;
- Equipamentos: Consumo diário de EPI e tendência/Gerenciamento de respiradores e monitores; aparamentaçao e desaparamentarão –**FLUXOGRAMAS 9 e 10**
- Saídas: Quantidade de altas e óbitos por dia nas UTI e nas Enfermaria Equipe: escalas e capacitações;
- Espaço: Gestão de leitos ativos e abertura de novos leitos.

22.1. Avaliação do Plano de Contingência

O plano de contingência será avaliado continuamente, conforme a necessidade e mudança de perfil loca. . Afinal, em termos de readequação dependemos da situação local. Porém, em relação ao protocolo, deveremos ver situação e resposta local e a parte nacional.

22.2. Análises operacionais regulares para avaliar o sucesso da implementação do plano de contingência e a situação epidemiológica e ajustar as operações e o plano conforme necessário

O sucesso do plano depende e várias respostas. **A principal** é a epidemiológica e a partir tomaremos as providencias necessárias para sua atualização e /ou modificação.

FLUXOGRAMA 9 - APARAMENTAÇÃO

FLUXOGRMA 10 – DESAPARAMENTÇÃO

23. REFERÊNCIAS

AMIB: Aumento Capacidade de Atendimento aos Doentes Críticos em Situações de Desastres. Março 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Aumento.Capacidade.COVID19.Versao10.03.pdf

Brasil. Nota técnica GVIMS/GGTES / ANVISA Nº04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – atualização 31/03/2020. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Te%CC%81cnica-n-04-2020-GVIMS-GGTESANVISA-ATUALIZADA.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020

Boniatti MM. Avanços na atuação, mais benefícios... as perspectivas dos times de resposta rápida. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28 (3) : 217-219

Hick JL, Einav S, Hanfling D, Kissoon N, Dichter JR, Devereaux AV, Christian MD; Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care. Surge capacity principles: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest. 2014;146(4 Suppl):e1S-e16S.
Maziero VG, Vannuchi MTO, Vituri DW, Haddad MCL, Tada CN. Precauções universais em isolamentos de pacientes em hospital universitário. Acta Paul Enferm. 2012;25(2): 115-20.

Ministério da Saúde. Projeto Lean nas Emergências. Plano de Resposta Hospitalar ao COVID – 19. Abril 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/Ebook-SirioLibanes-PlanodeCriseCOVID19-LeannasEmerg--ncias-0304-espelhadas.pdf

RITA SÁ MACHADO (Portugal). Direção Geral de Saúde (org.). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo Coronavírus (Covid-19). Lisboa, 2020. 80 p. Disponível em: http://www.insa.min-saude.pt/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19/. Acesso em: 11 mar. 2020.

OMS. Hospital Readiness Checklist for COVID-19. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2020. Disponível em: http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthemergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-

guidance/coronavirus-diseasecovid-19-outbreak-technical-guidance-europe/hospital-readiness-checklist-for-covid-19

Elaboração Alana Abrantes Nogueira de Pontes – Gerente de Ensino e Pesquisa- HUAC/UFCG/EBSERH Andreia Oliveira Barros Sousa- Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente-HUAC/UFCG/EBSERH Cândida Maria Cavalcanti Diniz– Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado -HUAC/UFCG/EBSERH Consuelo Padilha Vilar Salvador – Gerente de Atenção à Saúde-HUAC/UFCG/EBSERH Daisy Ferreira Ribeiro- Gerente Administrativa-HUAC/UFCG/EBSERH Neuma Maria Sobreira Lela- Chefe da Divisão de Enfermagem-HUAC/UFCG/EBSERH **CONTRIBUIÇÕES** CCIH-HUAC/UFCG/EBSERH Divisão Médica-HUAC/UFCG/EBSERH SOST-HUAC/UFCG/EBSERH	Data: 17/05/2020
Análise Membros Elaboradores	Data: 18/05/2020
Validação e Aprovação Colegiado Executivo	Data: 18/05/2020

24. ANEXOS

24.1 ANEXO 1- PROTOCOLO TERAPÊUTICO COVID-19

HUAC | UFCG Universidade Federal de Campina Grande | EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS HUAC

Atualização do Protocolo COVID 19 – COTEC 15/05/2020

Onde são realizados os cuidados aos pacientes com Covid-19?

Os pacientes internados em ambiente hospitalar devem ser sistematicamente avaliados quanto à sua gravidade e progressão. Aqueles com indicação de UTI devem ser prontamente encaminhados de forma segura. Em nossa instituição serão admitos na Unidade Covid os pacientes que forem triados por meio do cálculo do escore NEWS modificado para Covid-19 (vide tabela 2). Serão admitidos aqueles com maior gravidade cujo escore seja maior ou igual a 5 pontos, conforme avaliação médica.

Tabela 2. Sistema de Avaliação do *National Early Warning Score* (NEWS) para COVID

	3	2	1	0	1	2
Idade				< 65 anos		
FR (irpm)	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21, 24
SaO_2	< 91	92-93	94-95	> 96		
Ar/O_2		Uso de O_2		Ar ambiente		
FC (bpm)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130
PAS (mmHg)	< 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219		
Consciência				Alerta		
Temperatura (°C)	< 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1

Tabela 3. Estadiamento e Critérios para Reavaliação por meio do escore NEWS modificado

Escore	Grau de Risco	Nível de Atenção	Frequência de Avaliação	Resposta Clínica	Conduta
0	-	-	12/12h	Monitorização de Rotina	
1 - 4	Baixo	Amarelo	6/6h	Avaliação de enfermagem na beira-do-leito	Informar médico e aumentar monitorização existente
5 - 6 ou parâmetro 3	Moderado	Laranja	1-2/1-2h	Enfermagem na beira-do-leito, com avaliação médica	Manter avaliações com planejamento conforme conduta médica
≥ 7	Alto	Vermelho	Contínua	Avaliação de enfermagem e médica de urgência	Conduta médica de imediato (avaliar vaga de UTI)
≥ 7	Alto	Preto	Contínua	Pacientes extremamente grave, com doenças em estágio final com disfunções de múltiplos órgãos e sistemas Decisão de internação deve ser feita conforme priorização de leitos e com consulta ao coordenador da UTI	

Tabela 4: Critérios de Indicação de Vaga em UTI por COVID-19 (1 ou mais dos achados).

Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte de ventilação mecânica:
Insuficiência respiratória aguda com necessidade de aporte de O_2 quando: - FiO_2 > 50% para manter SaO_2 > 94% - $PaCO_2 \geq 55$ mmHg e pH $\leq$ 7,3
Sepse/Choque Séptico e infecção pulmonar pelo COVID-19
Instabilidade hemodinâmica ou choque: hipotensão arterial (PAS <90 mmHg ou PAM <65 mmHg) ou sinais de má perfusão orgânica ou periférica (alteração da consciência, oligúria, hiperlactatemia persistente entre outros),
NEWS modificado $\geq$ 7 ou > 5 conforme avaliação médica
Necessidade de vasopressores
Disfunção ou falência orgânica em qualquer outro sistema além do pulmonar
qSOFA $\geq$ 2 ou qSOFA > 1 com SaO^2 < 92%
Ausência de quaisquer desses fatores: sempre discutir caso individualmente com coordenação médica da UTI

Medidas terapêuticas – Atualização 15/05/2020.

O uso de fármacos destinados ao tratamento do Covid-19 ainda não está completamente estabelecido, ainda não há um manejo direcionado padrão-ouro e consensual entre todas as associações.Diante disso, indica-se o tratamento de acordo com a gravidade.

a) Hidroxicloroquina/Cloroquina

Diantes das últimas evidencias adquiridas publicadas recentemente, não recomendamos uso desta medicação em pacientes admitidos em regime de terapia intensiva. Aguardamos o resultado dos estudos que virão sobre o efeito deste fármaco em pacientes em estágio incial da doença.

b) Oseltamivir (Tamiflu)

Em casos graves, indica-se a utilização do oseltamivir em dose de 150 mg 12/12 horas a cada 5 dias em pacientes com sonda nasoenteral e 75 mg 12/12h por 5 dias em pacientes com ingesta oral; até que seja confirmada ou descardada a infecção por H1N1.

c) Antibioticoterapia

Recomendamos utilização de antimicrobianos em casos graves e críticos, sobretudo complicados por SDRA e na vigência de sinais de infecção bacteriana. A escolha deve se basear em presença ou não de fatores de risco para germes multirresistentes. A duração recomendada da antibioticoterapia é de 5 a 7 dias. Não há evidências de que cursos prolongados conduzam a melhores resultados, mesmo em pacientes gravemente doentes, a menos que sejam imunocomprometidos. O paciente deve estar afebril por um período entre 48 a 72 horas e não deve ter sinais de instabilidade clínica associada à PAC antes da interrupção da antibioticoterapia. Pacientes com infecção por germes multirresistentes devem também ser submetidos a isolamento de contato. Complementarmente, deve-se coletar culturas antes e avaliar resultados para determinar escalonamento ou descalonamento terapêutico.

d) Broncodilatadores

A utilização de broncodilatadores por inalação é contraindicada nesses pacientes, pela potencial contaminação relacionada à disseminação de aerossóis. Desse modo, as alternativas para o tratamento do broncoespasmo se reduzem aos dosadores milimetrados. As medicações broncodilatadoras serão feitas por aerocâmara naqueles em ventilação mecânica.

e) Corticosteroides

Recomendamos iniciar dose equivalente a 60mg de Prednisona naqueles pacientes que estejam internados em enfermaria e que apresentem dispneia e ou dessaturação. Nos pacientes mais graves ou que requeiram internação em unidade crítica, recomendamos dose equivalente de 1-2mg/kg/dia de Metilprednisolona, divididas em duas tomadas. Tais pacientes que se submeterem a esta teraupêutica, receberão profilaxia anti-helmíntica com ivermectina 6mg a cada 30Kg (dose máxima de 21mg) em dose única.

f) Anticoagulação

A profilaxia para TEV deve ser sempre indicada, salvo exceções (sangramento em atividade, ou outras contraindicações). A droga de escolha nesses casos é a heparina de baixo peso molecular (enoxaparina - 40 mg SC 1x ao dia). Pacientes que apresentem uma composição de fatores de risco (piora clínica e da hipoxemia sem alteração radiológica, aumento de marcadores inflamatórios [DHL, ferritina, dímero D, etc]) deverão ser submetidos a uma anticoagulação mais intensa, se não houver contra-indicação, com enoxaparina 40mg a cada 12h; ou, a depender da gravidade, 1mg/kg a cada 12h.

g) Ventilação espontânea em posição prona

Recomendamos a adoção desta estratégia, mesmo em regime de enfermaria, naqueles pacientes que apresentem dispneia e dessaturação. Os pacientes serão orientados pela fisioterapia a alternarem a posição supina com a posição prona por período de no mínimo 1h continua. Deverão ser estimulados a adotarem esta posição nos turnos do dia.

h) Traqueostomia precoce

Devido ao risco elevado de aerossolização durante o procedimento de traqueostomia, recomendamos que não seja adotada a estratégia de traqueostomia precoce. A traqueostomia deverá ser decidida em conjunto com a equipe cirúrgica a fim de se escolher o melhor momento para a sua realização.