

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS CASOS
SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE INFECÇÃO
PELO NOVO CORONAVÍRUS NA
NEONATOLOGIA IMIP**

Laila Carvalho

Larissa Virgínia Ferreira

Suzana Ferraz

Dafne Barcala C A Gomez

Jucille Meneses

Luciana Carneiro Carnevale

Maria do Socorro Ferreira

1º versão

Revisado e atualizado em dezembro 2020.



2020

©2020 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves, as quais devem ser atribuídas à publicação correspondente dos autores.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

PRESIDENTE DE HONRA

Professor Fernando Figueira (*In memoriam*)

DIRETORIA DO IMIP

Presidente: Silvia Rissin

Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão

1º Secretário: Vilneide Maria Santos Braga Diegues Serva

2º Secretário: Paulo Macedo Caldas Bompastor

1º Tesoureiro: Carlos Santos da Figueira

2º Tesoureiro: Alex C. Azevedo

Chefe de Gabinete: Carlos Fernando Asfora

SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP

Superintendente Geral: Tereza Campos

Superintendência de Administração e Finanças: Maria Silvia Vidon

Superintendência de Atenção à Saúde: Fátima Rebêlo

Superintendência de Ensino, Pesquisa e Extensão: Afra Suassuna

COMITÊ DE PREVENÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO OPERATIVA COVID-19:

Adriana Scavuzzi, Glaucia Guerra, Marcos Falcão, Madalena Oliveira, Suzana Ferraz, Suzana Mota, Eduardo Jorge, Gisele Pereira, Camila Pedrosa, Mayla Oliveira, Gabriela Lima e Leila Benício.

1ª versão 16 de março de 2020. Atualizado em 28/03, 31/03, 04/04, 07/04, 01/05, 03/06, 23/09. Última atualização 10 de dezembro de 2020

Ficha Catalográfica

I59p Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Protocolo de atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus na neonatologia IMIP / Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Laila Carvalho... et al. – Recife: IMIP, 2020.

45 p.

1. Covid-19. 2. Infectologia. 3. Protocolo. I. Carvalho, Laila. II. Ferreira, Larissa Virgínia. III. Ferraz, Suzana. IV. Gomez, Dafne Barcala C. A. V. Meneses, Jucille. VI. Carnevale, Luciana Carneiro. VII. Título.

CDD 616.91

Elaborada por Ediane Santos CRB-4/1893

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. TRANSMISSÃO.....	5
2.1 Vias de transmissão	5
2.2 Transmissibilidade	6
2.3 Período de incubação	6
3. DEFINIÇÕES.....	6
3.1 Caso confirmado de infecção humana pelo SARS-CoV-2	6
3.2 Definições de caso na neonatologia	6
4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES NA NEONATOLOGIA	8
4.1 Quadro clínico	8
4.2 Exames complementares	8
5. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO	9
5.1 Confirmação da infecção neonatal pelo COVID-19	9
5.2 Notificação dos casos	9
6. MANEJO DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE INFECCÃO PELO COVID-19	10
6.1 Cuidados na Sala de Parto	10
6.2 Transporte.....	13
6.3 Manejo pós-natal de recém-nascido COVID suspeito ou confirmado.....	13
6.4 Manejo do RN assintomático positivo e com condições clínicas de permanecer em Alojamento Conjunto	17
6.5 Manejo do RN sintomático ou de RN que tenha critério para internação em unidade neonatal (UCI/UTI)	18
6.6 Diagnóstico e Tratamento do paciente com SARA por COVID19.....	21
6.7 Critérios para descontinuar precauções e isolamento em recém-nascidos (0-28 dias)	23
7. PREVENÇÃO.....	26

7.1 Orientações gerais para unidade neonatal (UTIN, UCINCo, UCINCa)	28
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS.....	34
Anexo 1 – Termo de responsabilidade do acompanhante UTI, UCINCo ou UCINCa.....	34
Anexo 2 – Higienização das mãos	35
Anexo 3 – Equipamentos de proteção individual.....	37
Anexo 4 – Orientação de Paramentação e Desparamentação	39
Anexo 5 – Informativo com orientações para alta hospitalar.....	40
Anexo 6 – Informativo com orientações sobre aleitamento.....	41

1. INTRODUÇÃO

Desde dezembro de 2019 vivemos um surto de Síndrome Gripal causada pelo novo Coronavírus (SARS- Cov2), iniciado na cidade de Wuhan, província de Hubei, China.

Em pouco tempo, casos da síndrome foram observados no Japão, Tailândia e Coreia do Sul, chegando aos Estados Unidos da América, Europa e Brasil, sendo classificada pela OMS como pandemia em 11 de março de 2020.

Foram confirmados no mundo 68.165.877 casos de COVID-19 e 1.557.385 mortes até 10 de dezembro de 2020. O Brasil tem registrados 6.781.799 casos com 179.765 óbitos. No estado de Pernambuco, foram notificados 195.118 casos com 9.229 óbitos até 10 de dezembro de 2020.

Atualmente o IMIP é referência para atendimentos de gestantes, puérperas e recém-nascidos (RN) suspeitos ou confirmados de infecção por novo Coronavírus. No período de março até o dia 9 de dezembro foram internadas 651 gestantes e puérperas e destas 289 tiveram *swabs* RT-PCR positivos (44,4%). Dentre os recém-nascidos admitidos na unidade, tivemos 34,1% de pacientes com *swabs* positivos (61/179).

Este protocolo tem por objetivo sistematizar um fluxo de atendimento e precauções que devem ser adotados. É importante ressaltar que este protocolo poderá receber atualizações e ajustes em função do surgimento de novas evidências científicas e novas orientações dos órgãos competentes.

2. TRANSMISSÃO

2.1 Vias de transmissão

- **DIRETA:** ocorre através de gotículas de secreção respiratória ou pelo contato direto, pessoa a pessoa. A transmissão por via aérea pode ocorrer durante processos que gerem aerossóis (aspiração de vias aéreas, intubação, ventilação com bolsa de ressuscitação e máscara) portanto, é importante manter as precauções específicas nestas situações. A transmissão fecal-oral ainda não foi comprovada, porém foram relatados exames positivos de RT-PCR em amostras de fezes e vagina de gestantes.
- **INDIRETA:** através de contato com superfícies e fômites (termômetro, tensiômetro, antropômetro, estetoscópio) contaminados.
- **VERTICAL:** apesar dos numerosos casos em gestantes em todo mundo, apenas poucos casos de transmissão perinatal têm sido descritos. Em revisão sistemática até 16 de maio

de 2020 foram descritos 10 casos, sendo 3 sugestivos de transmissão vertical, com o RT-PCR positivo mais precoce descrito com 16h de vida. Alguns relatos de caso demonstraram IgM positiva no recém-nascido, porém com queda rápida dos títulos, sendo questionada a possibilidade de falso-positivo. Em dois destes relatos, foi demonstrado RT-PCR positivo no líquido amniótico e alguns demonstraram alterações isquêmicas em placentas além de fenômenos trombóticos e inflamatórios. Esses dados colocam esta como uma possível via de transmissão, mesmo que de forma rara.

2.2 Transmissibilidade

A transmissibilidade é em média de 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, estudos demonstraram que a transmissão pode ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

2.3 Período de incubação

O período de incubação observado é normalmente de 3 a 7 dias, no entanto pode variar de 1 a 14 dias.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Caso confirmado de infecção humana pelo SARS-CoV-2

Indivíduo que represente um caso suspeito ou provável com confirmação laboratorial conclusiva para o COVID-19 através de RT-PCR pelo protocolo Charité.

3.2 Definições de caso na neonatologia

Atualmente caracterizamos os recém-nascidos suspeitos, do ponto de vista epidemiológico e de acordo com a provável origem da contaminação:

Infecções Comunitárias – (precoces)	
Provável aquisição de origem materna	
RN de mães com suspeita/infecção por SARS-CoV-2 entre 14 dias antes do parto e 2 dias após o parto.	RN com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real, coletado em uma ou mais amostras, nas primeiras 48 horas de vida. Avaliar e considerar uma possível transmissão vertical.

Infecções Comunitárias (tardias)	
Provável aquisição de outros contatos intra-domiciliares	
RN com > de 48h de vida, procedente do domicílio com vínculo epidemiológico domiciliar (com pessoa com COVID-19 suspeita ou confirmada) e não esteve internado nos últimos 7 dias em outra unidade de saúde.	RN com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real, coletado em uma ou mais amostras, nas primeiras 48 horas de internamento.

De acordo com as definições da ANVISA (nota técnica nº 07/2020) os casos de aquisição intra-hospitalar são assim definidos:

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2	
Critério 1: Recém-nascido internado desde o nascimento	RN com mais de 48 horas de vida, internado desde o nascimento E com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real em amostra* ¹ coletada depois de 48 horas de vida.
Critério 2: Recém-nascido readmitido na unidade neonatal com menos de 7 dias após a alta.	RN, readmitido na unidade neonatal do mesmo hospital, com menos de 7 dias após a alta, com suspeita de infecção por SARS-CoV-2* ² E com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real em amostra* ¹ coletada na admissão E sem vínculo epidemiológico domiciliar (com pessoa com COVID-19 suspeita ou confirmada).
Critério 3: Recém-nascido internado por período > 14 dias	RN, procedente do domicílio, internado por período > 14 dias, por outro diagnóstico E com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real em amostra* ¹ coletada após o 14º dia de internação.
Critério 4: Recém-nascido, internado por período > 7 dias e ≤14 dias	RN, proveniente do domicílio, internado por > 7 dias e ≤14 dias, por outro diagnóstico* ³ E Não foi classificado como suspeito ou confirmado de infecção por SARS-CoV-2 durante os 7 primeiros dias de internação* ² E com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real em amostra* ¹ coletada após o 7º dia de internação E durante a internação, teve vínculo epidemiológico de contato desprotegido* ⁴ com: <ul style="list-style-type: none"> a. profissional de saúde identificado como caso confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real*¹ OU b. outro paciente que foi identificado como confirmado por RT-PCR em tempo real na mesma enfermaria ou em leito de UTI sem isolamento*¹ OU c. acompanhante ou visitante que foi identificado por RT-PCR em tempo real*¹

*¹Amostra de: swabde naso ou orofaringe OU aspirado de naso ou orofaringe OU aspirado traqueal OU lavado broncoalveolar.

*²Conforme definição de caso suspeito e confirmado do Ministério da Saúde:
<https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>

*³Para RN com até 7 dias de internação, a infecção por SARS-CoV-2 será considerada de origem comunitária ou originária de outro hospital, caso o RN tenha internação prévia.

*⁴Esse contato desprotegido do paciente com o profissional de saúde ou com outro paciente ou com acompanhante/visitante COVID-19 positivo (por RT-PCR em tempo real*¹) deve ter ocorrido a partir de 2 dias (48 horas) antes da confirmação da COVID-19 nessas pessoas (devido a fase pré sintomática da doença).

Atenção: Em caso de RN confirmado para COVID-19, deve-se orientar a obstetria para realizar a investigação da mãe.

4. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES NA NEONATOLOGIA

4.1 Quadro clínico

Estudos sugerem que crianças apresentam quadros clínicos mais leves, no entanto os menores de 1 ano representam o grupo com maior risco de internamento hospitalar. As informações sobre quadro clínico e gravidade em neonatos são restrita a relatos e séries de casos com poucos pacientes.

O quadro clínico pode ser inespecífico e muitas vezes atribuído à própria condição do recém-nascido, como prematuridade e baixo peso. A maioria dos casos em recém-nascidos a termo é descrito como assintomático ou leve, evoluindo sem complicações. Sintomas relatados incluem distermias, letargia, rinorreia, tosse, desconforto respiratório, apneia, dificuldades na amamentação, regurgitações, diarreia, distensão abdominal. Em uma revisão sistemática com avaliação de 44 casos os sintomas mais frequentemente encontrados foram febre, diarreia, vômitos, hipóxia e tosse.

Apesar de poucas publicações na literatura, já foram relatados casos de recém nascidos com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 com necessidade de ventilação mecânica, além de encefalite, choque e disfunção de múltiplos órgãos. Recém-nascidos com condições médicas subjacentes e bebês prematuros (<37 semanas de idade gestacional) podem ter maior risco de doença grave devido ao COVID-19.

4.2 Exames complementares

Os exames laboratoriais também são inespecíficos. O hemograma precoce pode ser normal ou apresentar leucopenia com linfopenia e/ou plaquetopenia. Outras alterações podem ser encontradas como elevação de creatinofosfoquinase (CPK), fosfatase alcalina (FA), transaminases (TGO e TGP) e desidrogenase láctica (DHL). Estudos sugerem que crianças e neonatos têm melhor prognóstico em relação aos adultos por menor expressão da enzima conversora de angiotensina 2 (o receptor que o vírus usa para a entrada do hospedeiro), menos resposta através de citocinas pró-inflamatórias, uma resposta imunológica mais forte. O acompanhamento detalhado das provas inflamatórias é recomendado, nas doenças graves, pois alguns relatos correlacionaram a deterioração pulmonar no recém-nascido a uma resposta inflamatória exacerbada ao vírus. Nessas condições, a gasometria pode evidenciar hipoxemia e acidose.

Exames de imagens como radiografia de tórax e abdome podem apresentar achados inespecíficos como pneumonia e íleo paralítico, respectivamente. Nos casos de SRAG, haverá opacidades ou infiltrados irregulares, difusos e bilaterais ou opacificação completa dos pulmões. O ecocardiograma poderá ser útil para o diagnóstico diferencial.

5. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ESPECÍFICO

5.1 Confirmação da infecção neonatal pelo COVID-19

RN com resultado positivo para o COVID-19, através de RT-PCR em tempo real, em amostras do trato respiratório com coleta de 01 *swab* de naso ou orofaringe OU aspirado de naso ou orofaringe OU aspirado traqueal OU lavado broncoalveolar. Nos RN com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real, coletado em uma ou mais amostras nas primeiras 48 horas de vida, considerar possível transmissão vertical.

A ANVISA orienta a coleta dos *wab* para todos os recém-nascidos se também para os natimortos, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19.

De acordo com o CDC, o melhor momento para coleta após o nascimento é desconhecido já que a testagem precoce pode levar a resultados falsos-positivos (contaminação por fluidos maternos) ou falsos-negativos (RNA ainda não detectável após exposição pós-parto).

Para os que evoluem sintomáticos após esse período, recomenda coleta do *swab* entre o 3º e o 7º dias de sintomas minimizando o risco de resultado falso-negativo, podendo ser realizada até o décimo dia, se ainda houver sintomas.

O papel dos testes sorológicos é ainda incerto e, conseqüentemente, é difícil avaliar a sua real contribuição para o diagnóstico da COVID-19 no neonato, especialmente quando a infecção materna ocorreu no final da gestação, não havendo tempo para a produção de anticorpos. Portanto, o teste sorológico não é recomendado, até o momento, para diagnosticar infecção aguda em neonatos.

5.2 Notificação dos casos

Os casos e óbitos por **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS-PE) por meio do preenchimento de formulário eletrônico na Plataforma *Online Cievs*¹,

¹ <https://www.cievspe.com/notifique-aqui>

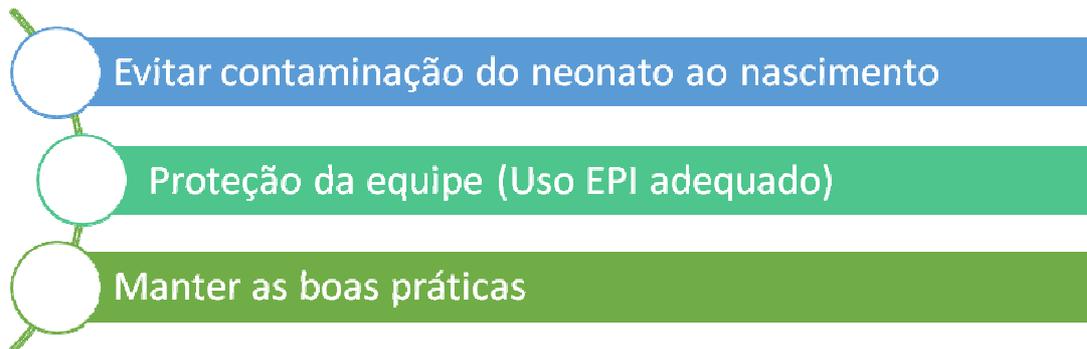
clicando em SRAG – Notifique aqui! (COVID-19) e anexando a ficha de SRAG preenchida ao formulário eletrônico.

A notificação **dos recém-nascidos e fetos, cuja mãe seja um caso suspeito ou confirmado da COVID-19** que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG e para SG, deverá ser realizada no sistema e-SUS Notifica através do endereço <https://notifica.saude.gov.br>.

A notificação das **Síndromes Gripais (SG)** dos casos suspeitos que NÃO atenderem à definição de caso para SRAG, deverá ser realizada no sistema e-SUS Notifica pelo endereço <https://notifica.saude.gov.br>. É obrigatório registrar os dados de todos, inclusive os resultados dos exames.

6. MANEJO DO RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE INFECÇÃO PELO COVID-19

6.1 Cuidados na Sala de Parto



- **ANAMNESE MATERNA DETALHADA:** Questionar todas as pacientes sobre seus sinais e sintomas clínicos e de seus contactantes. Apesar de ser um direito adquirido, neste momento epidemiológico, a presença de pessoas circulando no hospital constitui um aumento dos riscos para pacientes e profissionais de saúde, então, caso a gestante opte por manter seu acompanhante, este ou esta deverá atender e respeitar as normas para evitar a aquisição e/ou disseminação do SARS-CoV-2.
- **COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE OBSTÉTRICA:** Deve ser realizada de forma oportuna e precoce. Configurando-se a suspeita, todas as medidas preventivas devem ser iniciadas.
- **USO DE MÁSCARA CIRÚRGICA:** Orientar o uso de máscara cirúrgica pela paciente, a partir do atendimento na triagem e orientar a higiene frequente das mãos.

- **PROTEÇÃO DA EQUIPE COM EPIS DE ACORDO COM EXPOSIÇÃO:** Avental descartável, máscaras cirúrgicas, protetor facial e higiene das mãos para os profissionais que tiverem contato com a paciente (para realizar anamnese) em áreas semicríticas. Paramentação completa (aerossol e contato) quando houver risco de exposição a secreções e a aerossol: capote impermeável, gorro, máscara N95 ou PFF-2, protetor facial. (observar figura o item 7.3). Em parto de gestante não suspeita, o uso do protetor facial ou óculos além da máscara cirúrgica é indicado, considerando os riscos das gestantes portadoras assintomáticas do coronavírus.

- **PLANEJAR ASSISTÊNCIA NEONATAL:**
 - Sala com todo material necessário (o profissional não deve da sala após estar paramentado).
 - Idealmente seria indicada sala com pressão negativa, porém não temos disponível em nosso serviço.
 - Sala para equipe neonatal deve ser preferencialmente separada. Se não estiver disponível, realizar assistência ao recém-nascido na mesma sala, respeitando 2 metros de distância da genitora.
 - Equipe composta pelo menor número possível de profissionais (evitando a exposição e gasto desnecessário dos EPis).
 - Escolher profissionais mais habilitados para o atendimento ao recém-nascido.
 - O neonatologista deve usar a paramentação completa, estando em área crítica e com risco de necessidade de IOT do recém-nascido ou da gestante.

Os partos de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID atualmente são realizados no Bloco Obstétrico (3º andar) e a assistência ao RN em sala separada. O bloco obstétrico é considerado área crítica pelo risco de exposição a fluidos maternos, riscos de intercorrências na gestante (necessidade de aspiração, parada cardiorrespiratória, convulsões) e pela possibilidade de reanimação e aspiração dos RN. A expectativa é considerada área semicrítica.

Figura 1 – Assistência de Sala de Parto da gestante COVID suspeita ou confirmada



Fonte: Adaptado de Chandrasekharan P et al., 2020.

- **CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO (FIGURA 1):**

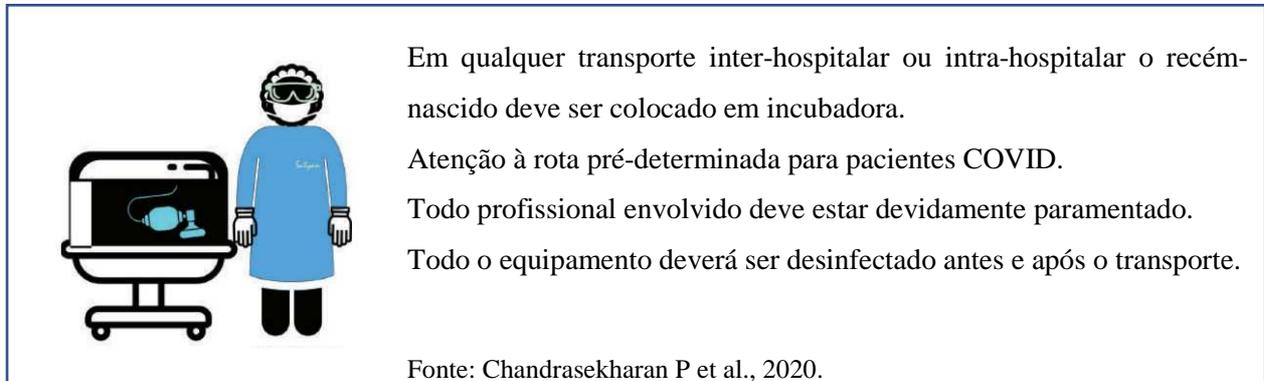
- A reanimação neonatal deverá seguir as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. As indicações e o procedimento da intubação traqueal devem ser mantidos de acordo com as diretrizes.

Parturientes assintomáticas e que não tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: orienta-se a manutenção do clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical ao nascimento, bem como o contato pele a pele e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

Parturientes sintomáticas ou que tenham contato domiciliar com pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2: manter a rotina de clampeamento oportuno do cordão umbilical. O recém-nascido pode ser secado com o cordão intacto, realizando-se a higienização após o nascimento. Visando à prevenção da contaminação do recém-nascido, o contato pele a pele e a amamentação poderão ocorrer após os cuidados de higiene da parturiente, incluindo banho no leito, troca de máscara, touca, camisola e lençóis.

6.2 Transporte

Figura 2 – Cuidado no transporte de recém-nascido Covid-19 suspeito ou confirmado.



Além do uso de EPIs é importante o uso de soluções desinfetantes para os equipamentos (incubadoras, termômetros, tensiômetros, estetoscópios) e solução antisséptica para as mãos. Os desinfetantes serão utilizados de acordo com o protocolo da CCIH do serviço.

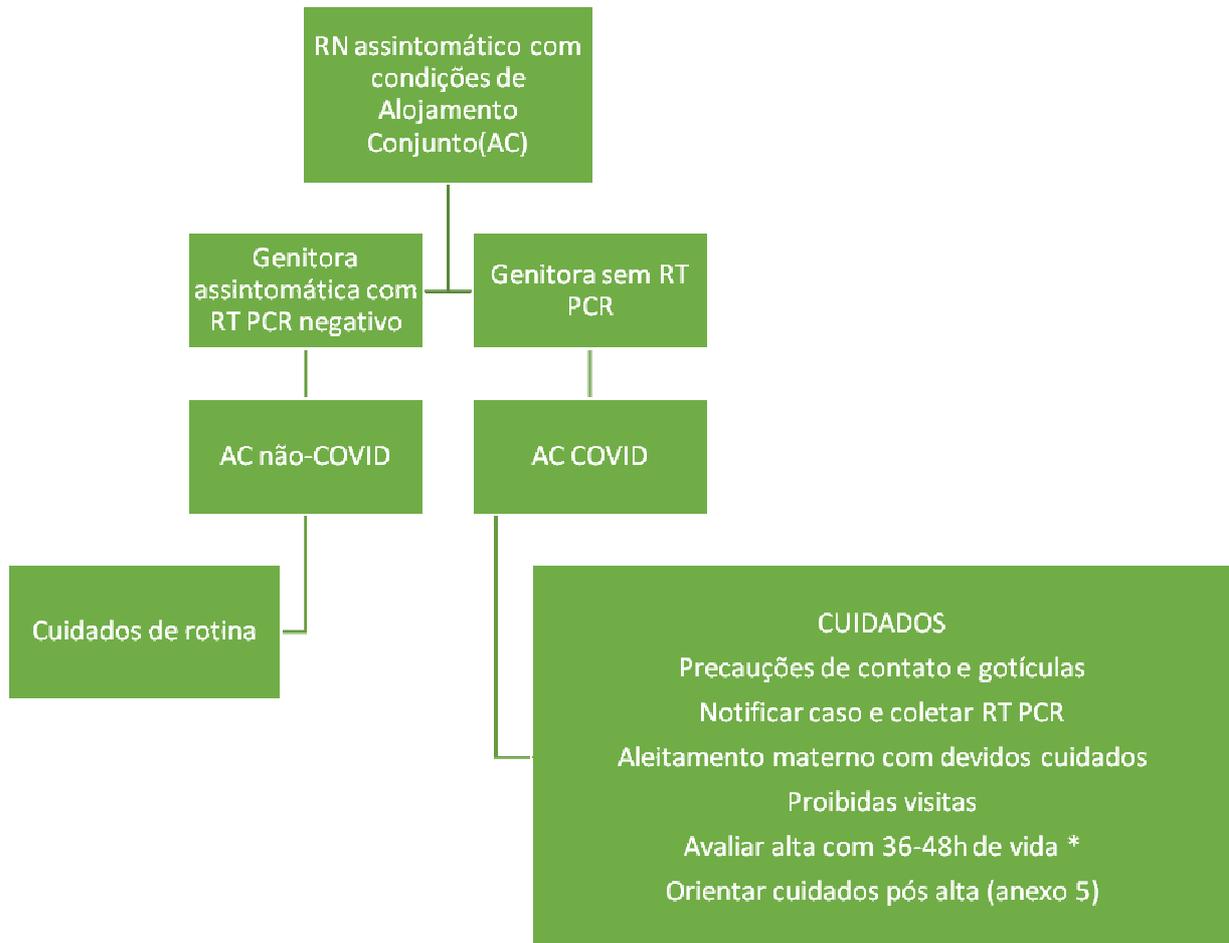
Sempre que possível, preferir usar a rota específica para pacientes COVID.

Antes do transporte, a equipe deve desparamentar-se e paramentar-se novamente com aventais e luvas limpas, não sendo necessária a troca do protetor facial e máscara N95/PPF2. Escolher um profissional apenas para manusear maçanetas, portas, botões do elevador.

6.3 Manejo pós-natal de recém-nascido COVID suspeito ou confirmado

Todos os recém-nascidos de mães com suspeita ou confirmação de infecção devem ser considerados também suspeitos até que os resultados negativos estejam disponíveis. O setor para o qual será encaminhado o RN suspeito deverá ser separado da Unidade Neonatal onde se encontram outros recém-nascidos. O ideal é que o local seja um quarto privativo com pressão negativa e filtro HEPA o que não é a realidade da maioria dos serviços de neonatologia públicos e privados no nosso país. Como alternativa, indicamos um local que seja privativo, arejado, com porta fechada e com baixa circulação de pessoas.

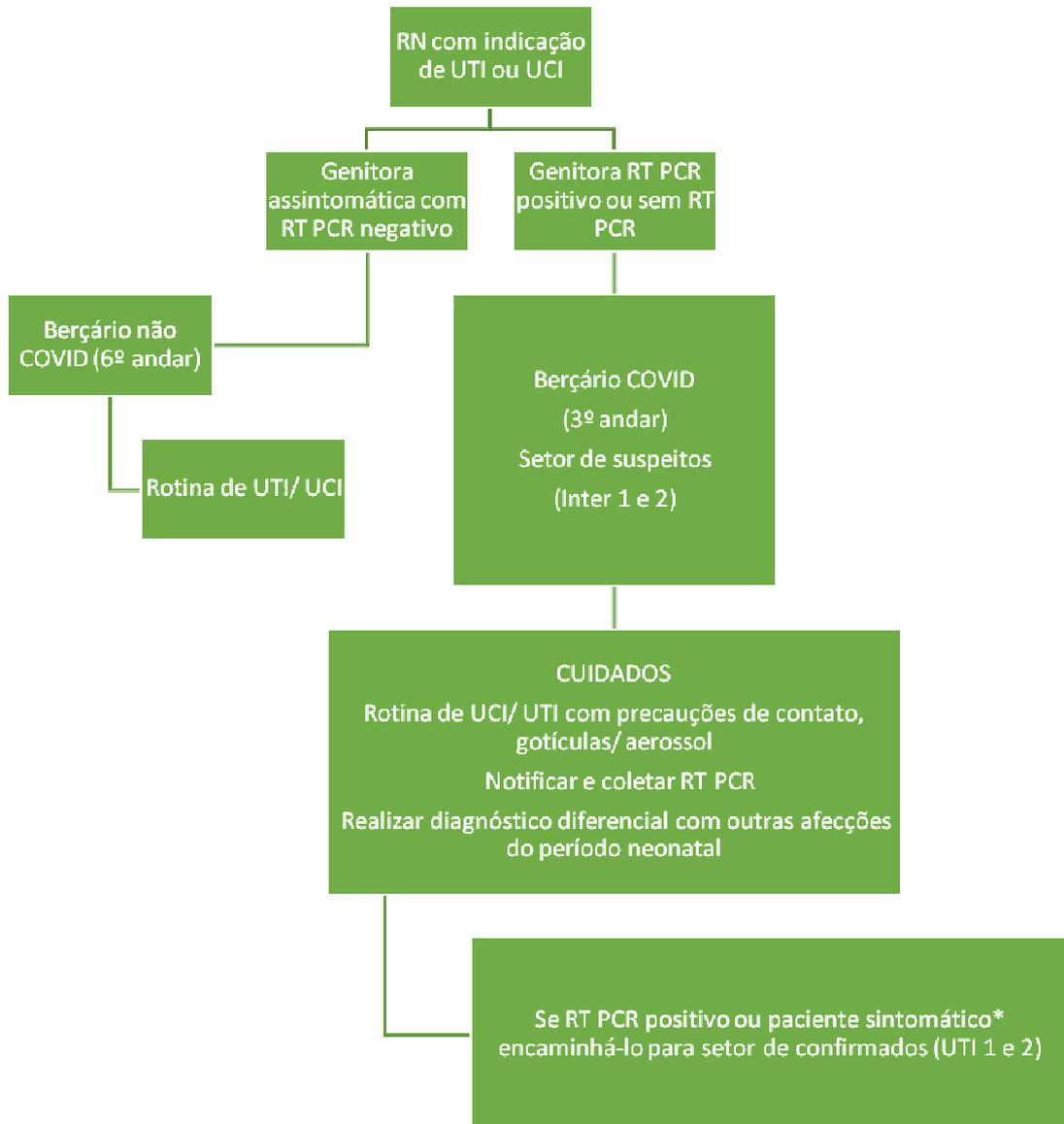
Figura 3 – Fluxograma (1) de destino do paciente proveniente do COB do IMIP



Fonte: Do Autor.

Obs.: Não postergar a alta do RN caso RT PCR ainda em análise. Liberar alta hospitalar com orientações, sendo feito o contato com a família quando houver o resultado do exame.

Figura 4 – Fluxograma (2) de destino do paciente proveniente do COB do IMIP

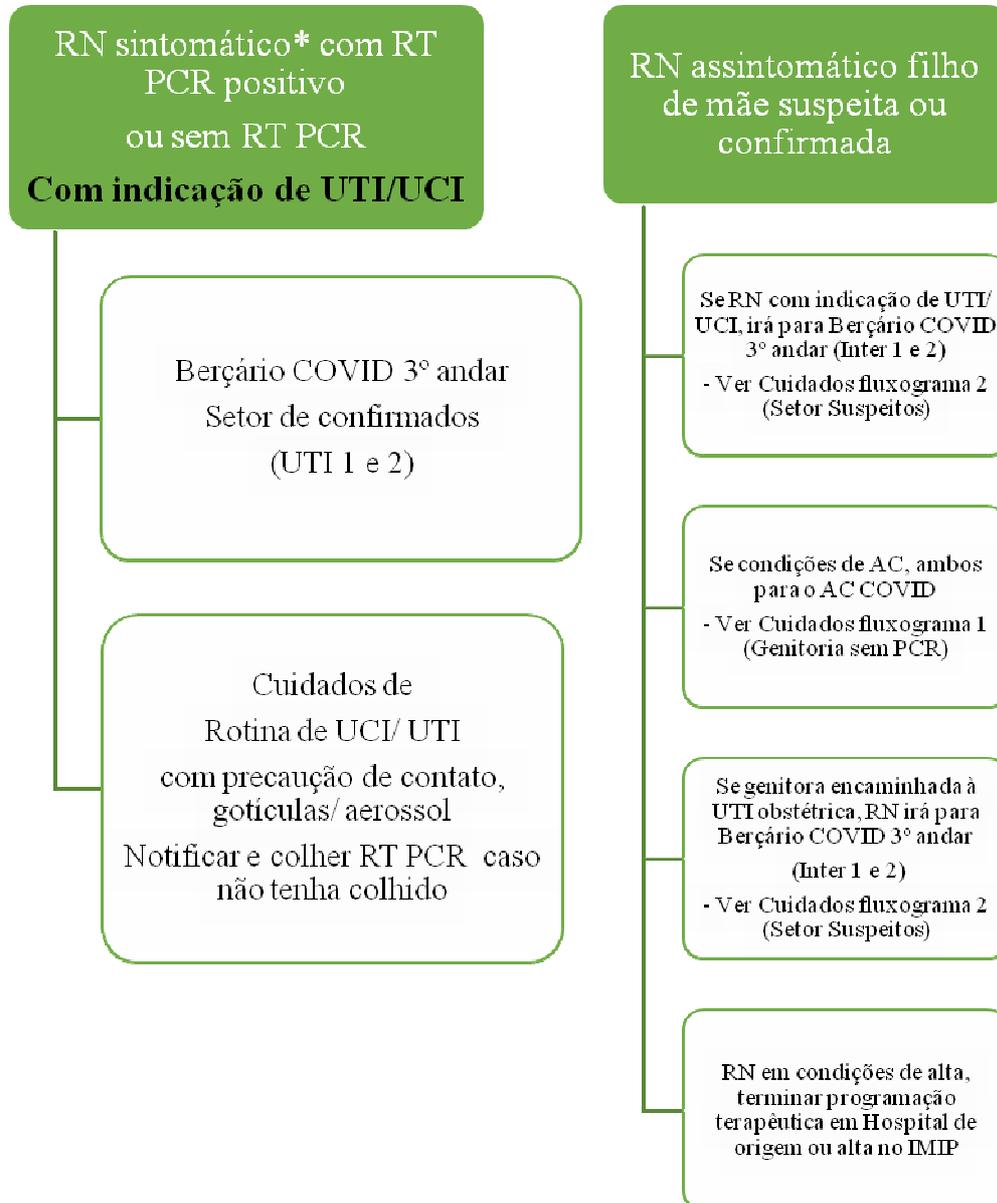


Fonte: Do Autor

*Obs.: Os RN com sintomas sugestivos de COVID-19 (SG/SRAG) devem ser colocados no setor de confirmados (UTI 1 e 2), mesmo sem exame de RT PCR, devido ao risco de transmissão para os demais pacientes. Nesses casos, notificar e solicitar RT PCR para COVID-19.

Figura 5 – Fluxograma (3) de destino do paciente nascido fora do IMIP (via Emergência Pediátrica ou Central de Leitos)

Estes pacientes dão entrada pela Emergência Pediátrica para realizar o internamento



Fonte: Do Autor.

*Obs.: Os RN com sintomas sugestivos de COVID-19 (SG/SRAG) devem ser colocados no setor de confirmados (UTI 1 e 2), mesmo sem exame de RT PCR, devido ao risco de transmissão para os demais pacientes. Nesses casos, notificar e solicitar RT PCR para COVID-19.

6.4 Manejo do RN assintomático positivo e com condições clínicas de permanecer em Alojamento Conjunto

1. Caso mãe e bebê estejam clinicamente estáveis, deverão **permanecer em sistema de alojamento conjunto**, com distância de pelo menos 01 metro entre eles, até a alta hospitalar. Esta conduta poderá ser reavaliada de acordo com a cognição e disponibilidade materna de cumprir as orientações fornecidas, respeitando-se também a sua vontade. A higiene corporal do bebê deve ser realizada de forma simplificada, evitando-se a circulação do paciente pelos corredores;
2. A ANVISA recomenda a coleta de *swab* RT-PCR nos RNs assintomáticos filhos de mães suspeitas ou confirmadas;
3. Prevenção de contaminação através do uso de EPIs: para a mãe sintomática – máscara cirúrgica (ou de tecido) e higiene das mãos. Para o profissional de saúde – higiene das mãos, não usar de adornos, máscara cirúrgica, óculos de proteção ou protetor facial, avental descartável, luvas limpas e sapatos fechados (vide item 8);
4. **Manter aleitamento materno:** Foi relatado em um estudo a identificação de partículas virais em amostras de leite materno, porém baseado nos conhecimentos atuais, não há, até o presente momento, relato de transmissão através desta via (consultar nota técnica Ministério da Saúde). Além disso, os benefícios da amamentação superam os riscos. A mãe deverá ser orientada, estimulada e decidir sobre a escolha de amamentar. Assim que possível, deve tomar banho, no caso de parto normal ou, na impossibilidade, ser higienizada pela equipe de enfermagem e o seu RN colocado em contato pele a pele, iniciando a amamentação.
5. Caso a mãe decida amamentar, deverá ser orientada e supervisionada quanto às seguintes precauções para evitar a disseminação viral e contaminação do RN:
 - Lavar as mãos antes de tocar no bebê e de realizar a ordenha se for o caso;
 - Usar máscara cirúrgica durante as mamadas;
 - A utilização de leite humano cru da própria mãe, ordenhado no momento da oferta ao RN, pode ser uma alternativa desde que supervisionado por profissional capacitado;
 - O setor deverá seguir rigorosamente a rotina de limpeza preconizada para os utensílios utilizados na ordenha.
 - A mãe deverá manter estes cuidados por 10 dias se assintomática ou sintomas iniciais leves/moderados, e pelo menos 24 horas afebril ou por 20 dias após surgimento dos

primeiros sintomas, caso estes tenham sido graves, conforme orientação da retirada de precaução pela ANVISA.

6. Todos os esforços devem ser realizados para manter a assistência adequada à mãe e o bebê.
7. O recém-nascido deverá iniciar o esquema de **imunização** (BCG e Hepatite B) antes da alta hospitalar. Se não for possível, realizar na Atenção Básica após período de 14-20 dias de isolamento (vide item: protocolo de retirada das precauções no recém nascido).
8. **Teste do Pezinho:** Deve ser realizado antes da alta se internamento superior a 48h ou a mãe deve ser orientada a realizá-lo na Atenção Básica, após o período de quarentena. Para os recém-nascidos que realizaram a coleta na maternidade, saíram de alta e residem em município distinto ao local de nascimento, recomendamos orientar as mães para procurar um ponto de coleta próximo da sua residência, apresentar o código da amostra, viabilizando que o profissional solicite o resultado ao laboratório Central LACEN-SES-PE, através do e-mail (tpezinholacenpe@hotmail.com), evitando retorno desnecessário a Maternidade onde nasceu.
9. Após a alta deve ser avaliado o tipo **transporte** utilizado para não colocar o binômio mãe-RN novamente em risco de exposição (ônibus, metrô), considerando-se alternativas, se possível. O serviço social deve avaliar as condições higiênico sanitárias da família, ajudando e orientando ações que minimizem os riscos para o RN.
10. É importante o **apoio psicológico** aos pais pela possibilidade de ansiedade e depressão no caso da separação materna e o acompanhamento pela atenção básica garantindo que as orientações sejam cumpridas (este serviço é realizado através de agendamento com a equipe de saúde mental do IMIP).
11. Cuidados de rotina para os casos descartados. Mãe sintomática com exame negativo para COVID ou positivo para outro agente viral, manter orientações de uso de máscara cirúrgica e higiene das mãos.
12. Quarentena domiciliar durante 14 ou 20 dias (vide protocolo de retirada das precauções de contato no recém nascido).

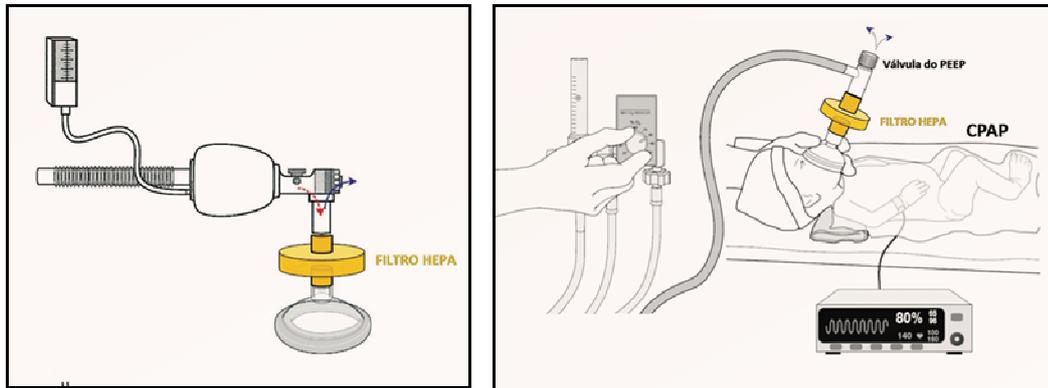
6.5 Manejo do RN sintomático ou de RN que tenha critério para internação em unidade neonatal (UCI/UTI)

1. **Admissão** do neonato no setor neonatal definido (UCI/UTI COVID) para cuidados de suporte e monitorização clínica contínua.(vide fluxogramas da imagem 3)
2. **Notificar e solicitar coleta de RT-PCR** por *swab* de naso ou orofaringe na admissão do recém-nascido.

3. **Prevenção de contaminação** através do uso de EPIs – Os procedimentos de aspiração, reanimação, ventilação com pressão positiva e uso de ventilação não invasiva, podem gerar a produção de aerossóis e nestes casos a indicação dos EPIs para os profissionais de saúde devem ser modificadas para: máscara N95 ou PFF2, óculos de proteção ou protetor facial, o avental impermeável, e luvas estéreis para procedimentos assépticos, mantendo-se as demais orientações;
4. Embora a **incubadora** não funcione como isolamento para aerossóis, deverá ser utilizada nestes casos. De preferência, os casos suspeitos deverão ser mantidos separados dos casos confirmados.
5. Sempre realizar **diagnóstico diferencial** com afecções frequentes do período neonatal. Nos casos cujo diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 foi afastado, seguir plano terapêutico e manter investigação etiológica;
6. **Exames complementares:** Realizar painel viral se sintomas gripais e coleta de hemograma, proteína C reativa e hemocultura (2 amostras) se suspeita de infecção bacteriana. Avaliar necessidade de exame de imagem e investigação laboratorial mais ampliada.
7. Iniciar **antibiótico** de espectro adequado nos casos de infecção bacteriana secundária comprovada; discutir com a CCIH.
8. **Manejo Respiratório:** a maioria dos pacientes apresenta quadros respiratórios leves ou moderados e não necessitam de suporte ventilatório invasivo. Se necessário, a ventilação não invasiva feita através de CPAP nasal ou cateter nasal de alto fluxo podem ser indicadas. Individualizar suporte respiratório conforme indicação e quadro clínico do paciente.

Considerando o baixo volume corrente do recém-nascido, com conseqüente baixa distância na dispersão de aerossóis, é provável que o risco de contaminação dos profissionais de saúde e do ambiente seja bem menor em relação aos adultos. Além disso, é contra-indicado uso de tubo endotraqueal com *cuff* em neonatos, sendo esperado que haja um pequeno vazamento de gás em volta da cânula traqueal. Dessa forma, está indicada a realização de ventilação com pressão positiva (balão auto-inflável ou ventilador manual) e uso ventilação não invasiva conforme indicação clínica. Para maior proteção da equipe de saúde, preconiza-se o uso de EPI com proteção para aerossol além do filtro HEPA (*High Efficiency Particular Air*), se disponível. Preferencialmente utilizar o sistema de aspiração à vácuo e sistema de aspiração fechado (deverão ser trocados de acordo com a orientação da CCIH).

Figura 6 – Uso do filtro HEPA na reanimação



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020.

O filtro HEPA é um filtro eletrostático e hidrofóbico que pode ser utilizado na reanimação (entre a máscara e o dispositivo escolhido) e no ventilador (ramo expiratório). Deve ser evitado em menores de 01 kg, já que o risco de comprometer a ventilação do paciente, pelo aumento do espaço morto, é superior ao potencial risco de contaminação da equipe.

Figura 7 – Uso do filtro HEPA e sistema de aspiração fechado.



Fonte: Do Autor

6.6 Diagnóstico e Tratamento do paciente com SARA por COVID19

Para os RNs com quadros respiratórios mais graves, deve-se avaliar se apresentam critérios para diagnóstico de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) Neonatal, cuja definição mais atual foi aprovada em Montreux (2017):

- Esses critérios se aplicam desde o nascimento até 44 semanas de Idade Gestacional Corrigida (IGC) ou 04 semanas pós-natais para neonatos nascidos com 40 semanas ou mais;
 - Não há limite para o peso de nascimento ou IG ao nascer;
 - A definição se aplica para qualquer suporte ventilatório;
 - Todos os 05 critérios devem estar presentes.
- Quadro respiratório de início agudo (até 7 dias) em RN com infecção suspeita ou confirmada .
- Presença de opacidades ou infiltrados irregulares, difusos e bilaterais ou de opacificação completa dos pulmões à radiografia (RX) ou tomografia (TC) de tórax.
- Excluir Síndrome do Desconforto Respiratório, Taquipneia Transitória do RN, malformação congênita).
- A origem do edema pulmonar não pode ser explicada por causas cardíacas (realizar ECO).
- Comprometimento da oxigenação avaliado pelo Índice de Oxigenação
 - $(IO = MAP \times FiO_2 / PaO_2 \text{ pré-ductal, sendo MAP = pressão média de vias aéreas});$
 - SDRA leve: $4 \leq IO < 8$ / SDRA moderada: $8 \leq IO < 16$ / SDRA grave $IO \geq 16$.

Os casos de SRAG/ SDRA neonatal são considerados situações clínicas graves que tendem a evoluir com insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica severa com risco de choque e disfunção de múltiplos órgãos. Considerando essa evolução, propomos o seguinte manejo terapêutico, para recém nascidos com suspeita ou confirmação do SARS-CoV-2, baseado na literatura atual:

- **Seguir as orientações dos itens 1-4;**
- **Solicitar exames complementares:**
 - Rx de tórax;
 - Gasimetria arterial;
 - Hemograma com plaquetas, TTPa, TP AE c/ INR, fibrinogênio;
 - Ionograma completo, função renal, TGO, TGP, DHL, Ferritina, CPK, Albumina sérica, PCR, VHS, D-dímero, troponina;

- Duas Hemoculturas;
 - Sumário de urina + Urocultura quando indicado;
 - Líquido cefalorraquidiano (LCR);
 - *Swab* nasal/ retal para culturas de vigilância para os pacientes externos;
 - Pannel viral se disponível;
- **Nutrição:** De acordo com quadro clínico, avaliar necessidade de nutrição parenteral e/ou dieta enteral;
- **Hidroeletrolítico:** Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos. Restringir cota hídrica para 80% do basal para evitar sobrecarga volêmica.
- **Distúrbios ácidos-básicos:** manter $\text{pH} > 7,2$ e $\text{PCO}_2 < 60$ mmHg, além de pO_2 suficiente para manter uma saturação alvo de 91-95%.
- **Hemodinâmico:** Expansão volêmica com solução cristalóide (10 ml/kg por vez), até o máximo de 30 ml/kg conforme necessidade. Em caso de choque refratário às expansões volêmicas, iniciar drogas vasoativas de forma precoce, preferencialmente adrenalina contínua na dose inicial de 0,05- 0,1 mcg/kg/min. Considerar uso de hemoderivados para manter hemoglobina maior/igual a 12 mg/dl.
- **Infecioso:** Iniciar antibióticos de amplo espectro se suspeita ou confirmação de infecção bacteriana (discutir com a CCIH). Não há evidências que suportem o uso de antivirais (Oseltamivir/Remdesivir), Hidroxicloroquina/Cloroquina, Azitromicina gamaglobulina, interferonou e Ivermectina no período neonatal.
- **Respiratório:** Individualizar suporte respiratório conforme indicação e quadro clínico do paciente. Considerar ventilação mecânica assistida ou ventilação oscilatória de alta frequência. Promover ventilação protetora pulmonar, com volume corrente adequado e PEEP suficiente para manter o recrutamento alveolar, almejando uma saturação alvo entre 91-95%.

Iniciar precocemente a posição prona intermitente para melhor oxigenação. Ainda não há na literatura protocolos sobre o melhor regime a se adotar. Devido à maior facilidade em mudar o decúbito nesses pacientes quando comparado a outras faixas etárias, sugerimos manter posição prona por 8-12 horas, alternando com posição supina por 2-3 horas para realização de cuidados de rotina. Sempre avaliando se pronar trouxe benefícios para oxigenação do paciente. Atenção para mudança de decúbito da cabeça a cada 2 horas, cuidados com extubação e lesão por pressão.

- Se IO > 20, indicar óxido nítrico para minimizar efeitos da hipertensão pulmonar. Começar com 20 ppm.
- Avaliar a possibilidade de terapêutica com surfactante exógeno em caso de extenso processo inflamatório.
- **Sedoanalgesia:** otimizar analgesia e sedação para melhor resposta ventilatória e para evitar extubações acidentais.
- **Corticoterapia** tem demonstrado efeitos importantes na quebra da resposta hiperinflamatória. De preferência usar Metilprednisolona na dose 1-2 mg/kg/dia durante 3-5 dias ou outro corticóide na dose equivalente
- **Anticoagulação:** Não há indicação até o momento no período neonatal, principalmente devido aos seus efeitos adversos.

Recém-nascido encaminhado de outro hospital:

- Recém-nascidos que se enquadram nas situações de casos suspeito (item 3.2) ou confirmado (item 5.1) devem ser admitidos conforme regulação da Central de Leitos;
- Colher RT-PCR na admissão na UCI/UTI COVID;
- No caso de recém-nascido já ter realizado RT-PCR em outro serviço, registrar e acompanhar resultado do exame;
- Seguir fluxograma 3 da Figura 5.

6.7 Critérios para descontinuar precauções e isolamento em recém-nascidos (0-28 dias)

Considerando as especificidades dos recém-nascidos e que uma parcela dessas crianças são imunodeprimidas, principalmente os prematuros, as orientações para descontinuar as precauções nessa população são preferencialmente baseadas em sintomas e nos resultados de RT-PCR em tempo real (assim como na orientação para a população imunodeprimida pediátrica e adulta).

1. RN internados em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

Situação	Conduta
<p>I. RN assintomático com RT-PCR positivo para SARS-CoV-2</p>	<p>Implementar precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por, pelo menos 14 dias após a coleta do exame e, após esse período, proceder de acordo com a possibilidade de realização de exame de controle:</p> <p>1) Realizar novo teste de RT-PCR para SARS-CoV-2, após 14 dias do primeiro exame positivo e proceder da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultado negativo para SARS-CoV-2, descontinuar as precauções adotadas; • Resultado positivo para SARS-CoV-2, completar 20 dias com as precauções. <p>2) Na impossibilidade de repetir RT-PCR para SARS-CoV-2: completar o tempo de precauções para 20 dias.</p>
<p>II. RN sintomático com RT-PCR positivo para SARS-CoV-2</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por, pelo menos 14 dias após o início dos sintomas e, após esse período, proceder de acordo com a possibilidade de realização de exame de controle:</p> <p>1) RN sem sintomas relacionados à COVID-19, com 14 dias de evolução, realizar novo teste de RT-PCR para SARS-CoV-2 e proceder da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultado negativo para SARS-CoV-2, descontinuar as precauções adotadas; • Resultado positivo para SARS-CoV-2, completar 20 dias com as precauções. <p>2) RN sem sintomas relacionados à COVID-19, com 14 dias de evolução, na impossibilidade de repetir RT-PCR para SARS-CoV-2: completar precauções por 20 dias.</p> <p>3) RN com sintomas relacionados à COVID-19, com 14 dias de evolução:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter precauções no mínimo até 20 dias, desde o início dos sintomas E • Após esse período descontinuar as precauções, desde que esteja com pelo menos 24 horas sem sintomas relacionados à COVID-19.
<p>III. RN com sintomas relacionados à COVID-19, mas com primeiro RT-PCR negativo para SARS-CoV-2</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com a possibilidade de realização de exame de controle:</p> <p>1) Repetir teste com intervalo ≥ 24 horas do primeiro, e proceder da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo sintomático; • Se negativo para SARS-CoV-2 E os sintomas forem atribuídos a outra condição clínica sugestiva de quadro viral respiratório, testar para vírus específicos (painel viral) e proceder precauções de acordo com o resultado; • Se negativo para SARS-CoV-2 E não houver outra condição clínica que explique o quadro respiratório inicial, seguir as mesmas orientações para RN positivo sintomático. <p>2) Na impossibilidade de repetir o RT-PCR para SARS-CoV-2 manter precauções por no mínimo 14 dias, após esse período:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso exista outra condição clínica que explique o quadro viral respiratório, testar para vírus específicos (painel viral) e instituir precauções de acordo com o resultado; • Caso não exista outra condição clínica que explique quadro respiratório inicial, e ainda houver sintomas, manter precauções por no mínimo 20 dias.
<p>IV. RN assintomático com mãe com RT-PCR positivo para</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com possibilidade de realização de exame:</p> <p>1) Se primeiro teste de RT-PCR para SARS-CoV-2 for negativo*, repetir teste com intervalo ≥ 24 horas do primeiro, e proceder da seguinte forma:</p>

SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2, descontinuar as precauções adotadas; • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo assintomático. <p>2) Na impossibilidade de testagem do RN: manter precauções por 14 dias ou mais, caso se torne sintomático.</p>
V. RN sintomático com mãe RT-PCR positivo para SARS-CoV-2	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com possibilidade de realização de exame:</p> <p>1) Se primeiro teste de RT-PCR para SARS-CoV-2 for negativo*, repetir teste com intervalo \geq 24 horas do primeiro, e proceder da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2 E os sintomas forem atribuídos a outra condição clínica sugestiva de quadro viral respiratório, testar para vírus específicos (painel viral) e proceder precauções de acordo com o resultado; • Se negativo para SARS-CoV-2 e não houver outra condição clínica que explique quadro respiratório inicial, seguir as mesmas orientações para RN positivo sintomático; • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo sintomático. <p>2) Na impossibilidade de testagem do RN, manter precauções por, no mínimo, 14 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso exista outra condição clínica que explique o quadro respiratório inicial do RN E houver remissão do quadro, suspender precauções após 14 dias; • Caso não exista outra condição clínica que explique o quadro respiratório inicial, e ainda houver sintomas, manter precauções por, no mínimo, 20 dias E descontinuar as precauções se estiver com, pelo menos, 24 horas sem sintomas relacionados à COVID-19.

Observações:

*De preferência, realizar o primeiro exame entre 24 e 48 horas de vida. Se não for possível realizar dois exames de RT-PCR, priorizar a realização do exame entre 48-72 horas.

As situações I a III podem ser aplicadas aos RNs internados desde o nascimento ou aos RNs provenientes do domicílio.

Nas situações IV e V são geralmente aplicadas aos RNs proveniente do centro cirúrgico/obstétrico, ou seja, que ainda não foram para o domicílio.

2. RN internado em regime de Alojamento Conjunto

Situação	Conduta
RN prematuro tardio ou a termo, assintomático E mãe com RT-PCR positivo para SARS-CoV-2 em regime alojamento conjunto	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 para o binômio mãe-filho durante toda a internação. • Manter os critérios de alta segura do binômio mãe-filho, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. • Não postergar a alta por falta de teste ou resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 do RN. • Na alta, orientar o isolamento domiciliar do RN até o 14º dia de vida E a necessidade de estarem atentos aos sinais e sintomas da COVID -19.

Segundo a última atualização do CDC, as pessoas recuperadas podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-CoV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas após o início da doença, embora em concentrações consideravelmente mais baixas que durante a doença, em faixas nas quais a possibilidade de infecção é improvável. É importante

destacar, que os dados atualmente disponíveis são derivados de evidências em adultos; dados equivalentes de crianças e bebês não estão disponíveis até o momento.

7. PREVENÇÃO

Até o momento não existe tratamento específico para o COVID-19, por isso as medidas preventivas são importantes.

- **Higienização das mãos:** Deve ser enfatizada a importância desta ação. Utilizar água e sabão (por 40-60 segundos) ou álcool em gel 70% (por pelo menos 20 segundos) nos 5 momentos (item 7.1);
 - **Retirar adornos, inclusive brincos e colares, usar sapatos fechados e não circular com objetos pessoais (bolsas);**
 - **Equipamentos de cuidados para o paciente:** estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro devem ser de uso individual, ser limpos e desinfetados adequadamente com álcool a 70%;
 - **Ambiente:** itens com os quais o paciente teve contato e superfícies ambientais devem ser submetidos à limpeza e desinfecção concorrente e terminal com a solução recomendada pelo manual da CCIH.
 - **Evitar a circulação de acompanhantes em excesso:** A genitora e o pai do recém-nascido terão acesso após uma triagem e com orientações fornecidas pela equipe. Recomenda-se a proibição de visitas (avós e outros familiares). Informações diárias referentes ao quadro clínico dos recém-nascidos em UCI/UTI COVID serão fornecidas aos genitores por telefone pelo grupo de acolhimento aos familiares.
 - **Uso adequado de EPIs (Equipe de saúde):**
1. **Áreas semicríticas** definidas como locais onde não está ocorrendo a produção de aerossóis. Utilizar precauções por gotículas: uso de máscara cirúrgica, protetor facial, touca e precauções por contato: capotes não impermeáveis e luvas limpas na assistência aos pacientes;
 2. **Áreas críticas** definidas como locais onde pode ocorrer a produção de aerossóis. Utilizar máscaras N95 ou PFF2, touca, aventais impermeáveis e luvas estéreis nos procedimentos assépticos, limpas nos demais procedimentos. As salas de parto normal ou cesárea são consideradas áreas críticas devido à possibilidade de uma reanimação de urgência com a

consequente produção de aerossóis. Se possível, realizar a reanimação e os cuidados em sala separada ou a uma distância de 2m da mãe;

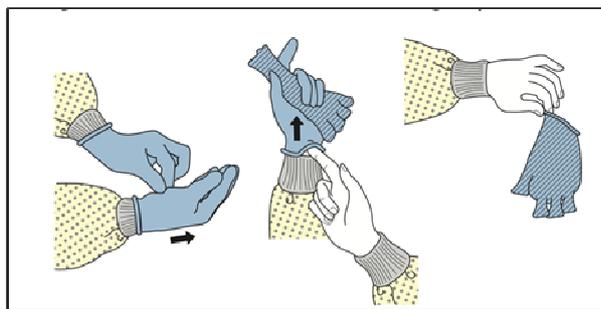
- Capotes descartáveis e impermeáveis em locais onde exista o risco de contaminação por fluidos (sala de parto e UTI);
- Óculos de proteção ou protetor facial em todas as áreas de assistência.
- Não se deve utilizar pro-pé pois existe o risco de contaminação durante a sua retirada.
- A N95 poderá ser armazenada de forma cuidadosa em envelope de papel e utilizada por até 07 dias. Não se deve utilizar máscara cirúrgica por cima da N95/PFF-2 por risco de contaminação nos momentos da retirada e quando há a necessidade de reajustá-la.

O protetor facial ajuda a manter a integridade desta máscara.

- Não utilizar o mesmo capote e luva em mais de um paciente. Em caso de necessidade de economia do EPI, pode-se utilizar o capote impermeável por baixo de um capote não impermeável que deve ser trocado a cada paciente com higienização das mãos com álcool em gel e troca das luvas. Atenção à retirada das luvas para não se contaminar.
- Na troca de luvas: retirar as luvas sem se contaminar com a parte externa. Não se recomenda o uso simultâneo de dois pares de luvas ou mais.

Remover primeira luva com auxílio da mão enluvada e em seguida retirar segunda luva com os dedos sem luva na parte interna (não contaminada) conforme **figura 6**. Desprezar as luvas em lixo contaminado. Realizar higienização com álcool em gel em seguida.

Figura 8 – Orientação CDC sobre retirada de luvas



Fonte: Centers for Disease Control and Prevention, [2020].

Tabela 1 – Paramentação por área de risco para COVID.

AMBIENTE		ATIVIDADE	EPI NECESSÁRIO
AREA CRÍTICA	SALA DE PARTO OU UTI COM PACIENTE EM SUPORTE DE O2	Possibilidade de reanimação neonatal / contato com aerossol.	Máscara N95 Gorro Capote impermeável Luva estéril Proteção ocular (óculos) ou Protetor Facial
AREA SEMI-CRÍTICA	UTI COVID SEM USO DE O2 OU ALOJAMENTO CONJUNTO	Exame físico	Máscara cirúrgica Gorro Capote não impermeável Luva Proteção ocular (óculos) ou Protetor Facial
		Cuidados que gerem maiores possibilidades de contaminação: banho, troca de fralda, cuidado com feridas e situações que gerem aerossol (como IOT, aspiração, ventilação não invasiva, CPAP e reanimação)	Máscara N95 Gorro Capote impermeável Luva limpa Proteção ocular (óculos) ou Protetor Facial
LOCAIS NÃO CRÍTICOS	PRECAUÇÃO PADRÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem de mãos frequentemente com água e sabão por mais de 40 seg. ou álcool em gel por mais de 20seg • Evitar tocar OLHOS, NARIZ e BOUCA • Ficar em casa se apresentar sintomas. • Usar máscara em todo momento que estiver fora de casa. • Limpar e desinfetar objetos e superfícies. 	

Fonte: Do Autor.

7.1 Orientações gerais para unidade neonatal (UTIN, UCINCo, UCINCa)

- Reforçar a proibição de adornos, a necessidade de higiene de mãos antes da entrada na unidade e atenção aos cuidados com manuseio do celular.
- Recomendar a suspensão da discussão à beira do leito pela equipe que presta assistência, bem como de todas e quaisquer atividades coletivas realizadas na Unidade Neonatal.
- Observar que mãe e pai sintomáticos ou contatos domiciliares de pessoa com síndrome gripal não devem entrar na UTIN/UCINCo até que o período de transmissibilidade da SARS-CoV-2 tenha se encerrado (assintomático e afebril por 24 horas após 10 dias de isolamento se sintomas iniciais leves/moderados ou 20 dias se graves)
- Realizar a triagem diária para sintomatologia respiratória e síndrome gripal para pais e mães que visitam os bebês em UTIN/UCINCo (modelo em anexo).
- Suspender a entrada na UTIN, UCINCo, UCINCa de qualquer outra pessoa além da mãe e pai.

- Liberar o contato pele a pele e encaminhamento a UCINCa quando a mãe for assintomática e não seja contato domiciliar de pessoa com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARS-CoV-2, e que tenha passado o período de transmissibilidade.
- Qualquer profissional ou acompanhante na unidade deve estar usando máscara, sendo permitido uso de máscara de tecido pelos acompanhantes.
- Reforçar limpeza frequente de superfícies a cada 4h, ou antes, se necessário e limpeza da unidade a cada 12h.
- Manter distanciamento acima de 1,5m entre os leitos em unidades de Alojamento e UCINCa.
- Evitar aglomeração dos funcionários em ambiente de trabalho e de repouso.
- Após a alta do prematuro, é sugerido o adiamento temporário apenas das consultas ambulatoriais de *follow up* no ambiente hospitalar quando assintomático, restando às equipes de Atenção Primária à Saúde a avaliação sobre oportunidade terapêutica, demanda por imunização de rotina e vigilância do crescimento e desenvolvimento.
- Na Atenção Primária à Saúde, sugere-se a manutenção das consultas de seguimento, ponderada a oportunidade terapêutica por imunização de rotina, vigilância do crescimento e desenvolvimento e orientações à família.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota técnica n. 07/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA: orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde (complementar à nota técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA N° 04/2020). Brasília: Anvisa; 2020.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). 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 suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19). Brasília: Anvisa; 2020.
- Bonates L. Protocolo de Diagnóstico e Tratamento COVID-19 da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Barão de Lucena. REcife: Barão de Lucena; 2020.
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim Considerations for infection prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in inpatient obstetric healthcare settings [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2020 Mar 24]. Available from: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/77/interim_considerations_for_infection_prevention_and_control_of_coronavirus_disease_2019_covid-19_in_inpatient_obstetric_healthcare_settings_cdc.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation and Management Considerations for Neonates At Risk for COVID-19 [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim considerations for infection Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Inpatient Obstetric Healthcare Settings [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85196>
- Centers for Disease Control and Prevention. Sequence for putting on Personal Protective Equipment (PPE). Atlanta: CDC; [2020].
- Chandrasekharan P, Vento M, Trevisanuto D, Partridge E, Underwood MA, Wiedeman J, Katheria A neonatal resuscitation and post resuscitation care of infants born to Mothers with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection. *Am J Perinatol.* 2020 Jun;37(8):813-24.
- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 7 [cited 2020 Aug 30];395(10226):809-15. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30360-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30360-3/fulltext)
- Cook J, Harman K, Zoica B, Verma A, D'Silva P, Gupta A. Horizontal transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 to a premature infant: multiple organ injury and

- association with markers of inflammation. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10];4(7):548–51. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30166-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30166-8/fulltext)
- De Luca D, Van Kaam AH, Tingay DG, Courtney SE, Danhaive O, Carnielli VP, et al. The Montreux definition of neonatal ARDS: biological and clinical background behind the description of a new entity. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2020 Sep 30]; 5(8):657–66. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(17\)30214-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(17)30214-X/fulltext)
- Dong L, Tian J, He S, Zhu C, Wang J, Liu C, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA* [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2020 Aug 30];323(18):1846-1848. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763853>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Nótula complementar sobre COVID-19 e aleitamento materno [Internet]. São Paulo: A Federação; 2020 [citado 2020 Aug 30]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/949-notula-complementar-sobre-covid-19-e-aleitamento-materno>
- Gordon M, Kagalwala T, Rezk K, Rawlingson R, Ahmed MI, Guleri A. Rapid systematic review of neonatal COVID-19 including a case of presumed vertical transmission *BMJ Paediatrics Open* *BMJ Paediatrics Open* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 30];4:e000718. Available from: <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/bmjpo/4/1/e000718.full.pdf>
- Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Manual para manejo de casos suspeitos ou confirmados de H1N1 no HUOC/UPE. Recife: Universidade de Pernambuco; 2016.
- Kalyanaraman M, McQueen D, Morparia K, Bergel M. ARDS in an ex-premature infant with bronchopulmonary dysplasia and COVID-19. *Pediatric Pulmonology* [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 25];55:2506–07. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ppul.24989>
- Lingkong Zeng, Shiwen Xia, Wenhao Yuan, et al. Neonatal early-onset infection with SARS-CoV-2 in 33 neonates born to mothers with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2020 Nov 10];174(7):722-25. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2763787>
- McLaren SH, Dayan PS, Fenster D, Ochs JB, Vindas MT, Bugaighis MN. Novel coronavirus infection in febrile infants aged 60 days and younger. *Pediatrics* [Internet]. 2020 Sep [cited 2020 Nov 10];146(3):e20201550. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/146/3/e20201550.long>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº6. 2020 Mar.-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS: atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: O Ministério; 2020.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica nº 14/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS: atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: O Ministério; 2020.

- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 Jan [citado 2020 Ago 30];(1): 1-3. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 Jan [citado 2020 Nov 10]; 51(4): 1-10. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Boletim-epidemiologico-SVS-04-2.pdf>
- Ng KF, Bandi S, Bird PW, Wei-Tze Tang J. COVID-19 in neonates and infants: progression and recovery. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Nov 10];39(7):e140-e142. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32384398/>
- Governo de Pernambuco (BR). Nota técnica - SES - SEVS - Secretaria de Vigilância em Saúde - Nº 23/2020: vigilância epidemiológica e laboratorial na epidemia da COVID-19. Recife: O Governo; 2020.
- Governo de Pernambuco (BR), Secretaria de Saúde. Boletim COVID-19: Comunicação SES-PE n. 207. Recife: O Governo; 2020.
- Governo de Pernambuco (BR), Secretaria de Saúde. Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) n. 26/2020 DA. Recife: O Governo; 2020.
- Governo do Pará (BR). Secretaria de Saúde Pública. Nota técnica Nº 02/2020: orientações para a manutenção do Programa Nacional de Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho) durante a Pandemia de COVID19. Belém: O Governo; 2020.
- Sinelli M, Paterlini G, Citterio M, Di Marco A, Fedeli T, Ventura ML. Early neonatal SARS-CoV-2 infection manifesting with hypoxemia requiring respiratory support. *Pediatrics* [Internet]. 2020 Jul [cited 2020 Aug 30];146(1):e20201121. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/146/1/e20201121.long>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. O Aleitamento materno nos tempos de COVID-19. Nota de Alerta [Internet]. 2020 Mar [citado 2020 Nov 25];(9). 4 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22393c-Nota_de_Alerta_sobe_Aleitam_Materno_nos_Tempos_COVID-19.pdf
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Prevenção e abordagem da infecção por COVID-19 em mães e recém-nascidos, em hospitais-maternidades [internet]. Rio de Janeiro: A Sociedade; 2020 [citado 2020 Nov 25]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/prevencao-e-abordagem-da-infeccao-por-covid-19-em-maes-erecem-nascidos-em-hospitais-maternidades/>
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações para assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada: atualização 2. Nota de Alerta [Internet]. 2020 May [citado 2020 Nov 25]. 17 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22499c-NA-Assist_RN_SalaParto_de_mae_com_COVID-19.pdf

Sociedade Brasileira de Pediatria. Recomendações sobre os cuidados respiratórios do recém-nascido com COVID-19 SUSPEITA ou CONFIRMADA. Rio de Janeiro: A Sociedade; 2020.

Sociedade de Pediatria de São Paulo. Coronavírus e recém-nascido: o que se sabe até o momento? [Internet]. São Paulo: A Sociedade; 2020 [citado 2020 Apr 4]. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2020/03/03/coronavirus-e-recem-nascido-o-que-se-sabe-ate-o-momento/>

Trevisanuto D, Cavallin F, Cavicchiolo ME, Borellini M, Calgaro S, Baraldi E. Coronavirus infection in neonates: a systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 2020 Sep 17 [cited 2020 Nov 10]: F1-F6. Available from: <https://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/early/2020/09/17/archdischild-2020-319837.full.pdf>

Wang L, Shi Y, Xiao T, Fu J, Feng X, Mu D, et al. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection (First edition). Ann Transl Med [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Mar 16];8(3):47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7036629/>

Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Wu G, Tan W. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. JAMA [Internet]. 2020 May 12 [cited 2020 Aug 30];323(18):1843-1844. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7066521/>

World Health Organization. Infection prevention and control during healthcare when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance. [Geneva]: World Health Organization; 2020 Jan 25 [cited 2020 Mar 16]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)

World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance [Internet]. Geneva: The Organization; 2020 [cited 2020 Mar 16]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de responsabilidade do acompanhante UTI, UCINCo ou UCINCa

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Aqui temos pacientes que podem morrer com doenças que trazemos de casa para dentro do hospital. Por isso, antes de você entrar, solicitamos que responda a algumas perguntas:

FAÇA UM X abaixo do SIM ou do NÃO:

Você:	SIM	NÃO
Tem manchas pelo corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está com tosse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está com febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se doente ou com dores pelo corpo neste momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguém que mora com você está doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está com o nariz escorrendo, entupido ou espirrando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaro que estou em boas condições de saúde para entrar na Unidade Neonatal:

Seu nome e assinatura: _____

Nome/Leito do Recém-Nascido: _____

Se estiver doente, por favor, não entre!

Anexo 2 – Higienização das mãos

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



1. Abra a torneira e molhe as mãos, sabendo sempre no quê.



2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (degitos e quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Esfregar as palmas das mãos friccionando-as entre si.



4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e vice-versa, entrelaçando os dedos.



5. Friccionar as costas dos dedos e friccionar as costas dos dedos.



6. Esfregar o dorso das mãos de uma mão contra a palma da mão oposta, de forma cruzada, segurando as mãos com movimento de varrer.



7. Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda de uma vez, utilizando movimento circular.



8. Friccionar as costas dos dedos e costas de uma mão contra a palma da mão oposta, friccionando com o movimento de varrer.



9. Esfregar a parte superior, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



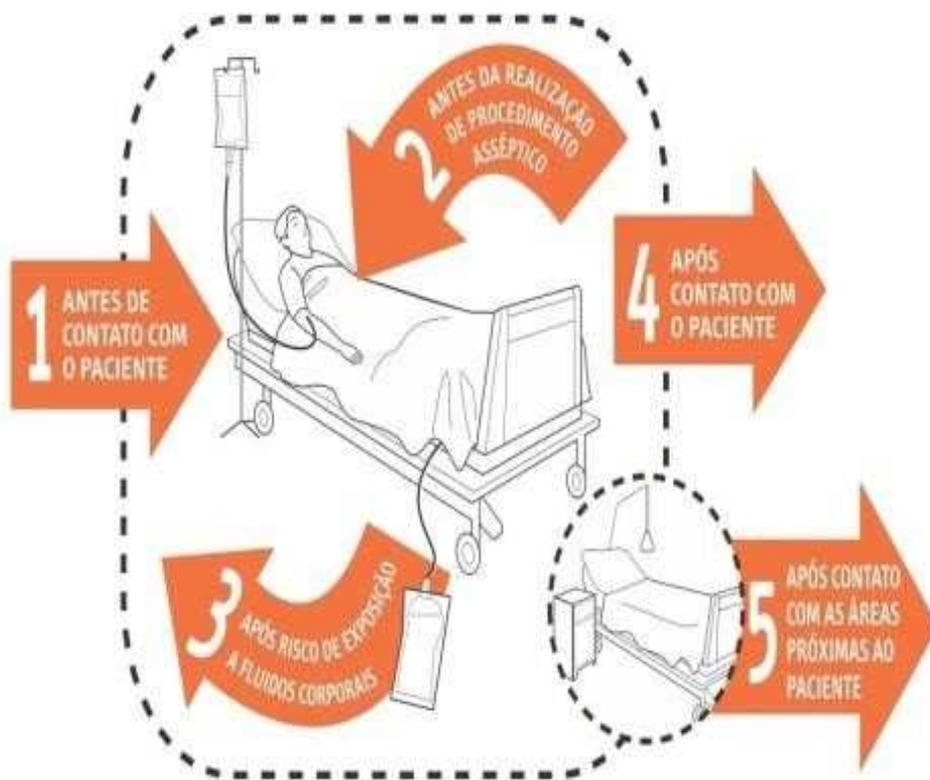
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos do sabonão. Evite contato direto com água contaminada com a torneira.



11. Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelas costas.

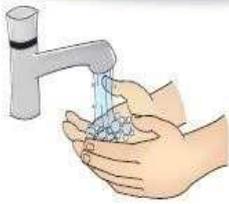
Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonão líquido comum por um associado a anti-séptico.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



Anexo 3 – Equipamentos de proteção individual

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

- **Indicações:** infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.
- Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Precauções para Gotículas



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

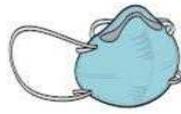
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Precauções para Aerossóis

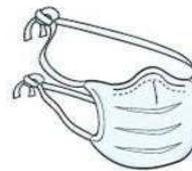
Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

- **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Anexo 4 – Orientação de Paramentação e Desparamentação



CCIH - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARAMENTAÇÃO COMPLETA

ANTES DE INICIAR: Reunir material (AVENTAL IMPERMEÁVEL, PROTETOR FACIAL ou óculos, TOUCA DESCARTÁVEL, MÁSCARA PFF2 OU N95, LUVAS. Evitar usar maquiagem, remover qualquer adorno e prender o cabelo.

PASSO 1: HIGIENIZAR AS MÃOS COM SABÃO POR 40 SEG OU COM ÁLCOOL EM GEL POR MAIS DE 20 SEG.



PASSO 2: VESTIR CAPOTE (EM CASO DE PROCEDIMENTO ESTÉRIL, REALIZAR ESSA ETAPA NO FINAL)



PASSO 3: COLOCAR MÁSCARA, VERIFICAR VEDAÇÃO. QUANDO REUTILIZAR, APÓS TOCÁ-LA, HIGIENIZAR AS MÃOS.



PASSO 4: COLOCAR A TOUCA POR CIMA DO ELÁSTICO DA MÁSCARA E COBRINDO AS ORELHAS.



PASSO 5: COLOCAR PROTETOR FACIAL OU ÓCULOS.



PASSO 6: COLOCAR A LUVA COM ESPARADRAPO PARA FIXAR MELHOR. (SE USAR LUVAS ESTÉREIS NÃO É NECESSÁRIO)



CCIH - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DESPARAMENTAÇÃO SEGURA

PASSO 1: REMOVER O AVENTAL NA ALTURA DOS OMBROS, RETIRAR COM A LUVA. FAZENDO O MENOR VOLUME POSSÍVEL. DESPREZAR EM LIXO INFECTANTE



PASSO 2: HIGIENIZAR AS MÃOS



PASSO 3: COM LUVAS LIMPAS, RETIRAR O PROTETOR FACIAL PELAS LATERAIS E FAZER DESINFECÇÃO DA PARTE INTERNA E DEPOIS EXTERNA COM O DESINFETANTE RECOMENDADO PELA CCIH



PASSO 4: RETIRAR AS LUVAS E HIGIENIZAR AS MÃOS



PASSO 5: RETIRAR A TOUCA POR TRÁS



PASSO 6: HIGIENIZAR AS MÃOS

PASSO 7: UTILIZAR AS TIRAS. NÃO TOCAR NA MÁSCARA. ARMAZENAR DENTRO DO PAPEL



PASSO 8: HIGIENIZAR AS MÃOS



Anexo 5 – Informativo com orientações para alta hospitalar

RECOMENDAÇÕES PARA CASA (MÃE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID)



- Providenciar transporte que não tenha muitas pessoas.
- Manter quarentena em casa (não sair de casa por 14 dias).
- Não receber visitas nem ter contato com pessoas que não moram na sua casa.



- Lavar as mãos com água e sabão por pelo menos 30 segundos antes de tocar o bebê (trocar fralda, amamentar, dar banho).
- Não dividir itens pessoais (copo, prato, talher, toalha)



- Limpar a casa com solução de água sanitária com frequência (1 medida de água sanitária para cada 4 medidas de água) .



- Ligar para 2122-4719 ou 2122-4103 (Banco de leite) após 3 dias da alta para orientações sobre o bebê.
- Levar na UBS com 14 dias



- Usar máscara no momento da amamentação
- Lavar as mãos antes e depois de tocar no bebê



- SE SEU BEBÊ TIVER: FEBRE, DIFICULDADE DE RESPIRAR, FICAR MOLINHO OU SEM QUERER MAMAR ATÉ 28 dias → Procurar serviço médico e ir de máscara.



- Exames de rotina do bebê (Teste do Pezinho, Teste do Olhinho e Teste da Orelhinha) devem ser agendados para após 14 dias.

Anexo 6 – Informativo com orientações sobre aleitamento

CUIDADOS COM ALEITAMENTO PARA MÃES COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE COVID



Considerando os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mulher e a ausência de evidências científicas sobre a transmissão da doença pelo leite materno, recomenda-se que a amamentação seja mantida em caso de infecção pelo SARS-CoV-2 (COVID), desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo.

COMO MANTER SEU BEBÊ SEGURO?

- 1 -** Lavar as mãos com água e sabonete por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê ou antes de retirar o leite materno (extração manual ou na bomba extratora)
- 2 -** Fazer higiene nos seios antes das mamadas.
- 3 -** Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;
- 4 -** A máscara deve ser imediatamente trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada;
- 5 -** Não toque na máscara nem tire ela quando o bebê estiver perto.
- 6 -** Se o bebê não está mamando, coloque ele no berço ou incubadora a 2 metros de distância.

