



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Orlando Maurício dos Santos n 222 3º andar Bairro Senador Valadares
Pará de Minas/ MG – CEP:35661-034 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5829

Pará de Minas, 23 de Março de 2020

Nota Informativa nº 02/2020

Responsáveis: Wagner Magesty Silveira– Secretário Municipal de Saúde, Núcleo de Atenção de Primária à Saúde, Equipe Multidisciplinar (EMAD), Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA) e Comissão Técnica de Enfrentamento ao COVID-19.

Assunto: Fluxo de Assistência aos Casos Suspeitos e aos Contatos de Casos Suspeitos e Criação de Call Center.

Considerando a Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, que declara em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do COVID-19, o Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde, e o Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 e o Plano Estadual de Contingência para Emergência em Saúde Pública, que alinha as ações assistências na Rede de Saúde Pública do Município de Pará de Minas, em razão de surto de doença respiratória – Coronavírus:

Classificação de pacientes com suspeita de doença COVID-19, Ministério da Saúde, 2020:

1. CASO SUSPEITO:

- Para o objetivo desta Nota Informativa, casos suspeitos de Síndrome Gripal serão abordados como casos suspeitos de COVID-19. Na recepção, todo paciente que apresentar tosse ou dificuldade respiratória ou dor de garganta será considerado caso suspeito de Síndrome Gripal. Esta identificação deve ser feita por profissional em uso de EPI e capacitado em suas atribuições frente à epidemia de COVID-19, aplicando o Fast-Track.
- Para conceito de Síndrome Gripal: Considera-se indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico. Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de Síndrome Gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

2. DETECÇÃO DO CASO SUSPEITO:

- Após a identificação do caso suspeito o médico responsável deverá notificá-lo, é mandatória a notificação imediata de caso de Síndrome Gripal e de Síndrome Respiratória Aguda Grave, tratados como suspeitos do COVID-19 na fase de transmissão comunitária, via plataforma do FormSUS 2 (<http://bit.ly/notificaCOVID19>), e estratificar o caso de acordo com a gravidade.
- Na fase atual de mitigação da epidemia, nos cenários de transmissão comunitária, o diagnóstico etiológico (coleta de exame) só será realizado em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, junto a serviços de urgência/emergência ou hospitalares e em profissionais de saúde que estiverem na linha de frente.
- Casos Leves serão encaminhados para isolamento domiciliar, casos graves serão

encaminhados, em transporte sanitário responsável, para a Unidade do Pronto Atendimento Municipal (UPA-24h);

- A porta de Entrada deste usuário será preferencialmente as Unidades Básicas de Saúde, mas também pode ocorrer pelas Equipes de Atenção Básica lotadas na Policlínica Municipal ou Centro de Assistência a Saúde da Mulher e Criança (CASMUC), além da própria Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA-24h), em qualquer Unidade de Saúde este usuário deverá ser atendido, classificado e sua condução mantida de acordo com a gravidade do quadro;

3. MANEJO E ISOLAMENTO DOMICILIAR:

- Todos os casos LEVES serão encaminhados para ISOLAMENTO DOMICILIAR por 14 dias a contar a data de início dos sintomas. Atente para o uso do CID-10 correto sempre que disponível no sistema de registro. O CID-10 que deve ser utilizado para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. O CID-10 específico para o COVID-19 é o B34.2. Nos casos em que haja também classificação por CIAP, pode-se utilizar o CIAP-2 R74 (Infecção Aguda de Aparelho Respiratório Superior).
- O atestado médico emitido determinará que a medida de isolamento será estendida às pessoas que residam no mesmo endereço, para todos os fins; Caso seja necessário, os contatos deverão receber atestado médico pelo período dos 14 dias, com o CID 10 - Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada.
- Para emissão dos atestados médicos, é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço;
- A prescrição médica de isolamento deverá ser acompanhada dos documentos em anexo:
 - Termo de Consentimento livre e esclarecido;
 - Termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam ou trabalhem no mesmo endereço;
- Profissionais Responsáveis:
 - Usuários residentes em área coberta por ESF: Médico ESF;
 - Usuários residentes em área sem cobertura de ESF: Médico EMAD ou Equipes de Atenção Básica.
- Revisão em até 48 horas, presencial ou por telefone, solicitando consulta presencial se necessidade de exame físico.
 - Os usuários de área não coberta que necessitarem de exame físico serão direcionados para a EMAD.
- Manter, repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquidos.
- Os usuários classificados como Leves que apresentam comorbidades que contraindicam acompanhamento ambulatorial na APS/ESF, conforme Tabela abaixo, serão acompanhados no domicílio pela EMAD.

COMORBIDADES QUE CONTRAINDICAM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA APS/ESF

- Doenças cardíacas descompensadas
- Doença cardíaca congênita
- Insuficiência cardíaca mal controlada
- Doença cardíaca isquêmica descompensada
- Doenças respiratórias descompensadas
- DPOC e asma mal controlados
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações
- Fibrose cística com infecções recorrentes
- Displasia broncopulmonar com complicações

- Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
- Pacientes em diálise
- Imunossupressos
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos)
- Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down)
- Diabetes (conforme julzo clínico)
- Gestante de alto risco

- Independente da Equipe de Acompanhamento todos os Usuários serão cadastrados no Call Center, e aos finais de semana o Call Center assumirá o acompanhamento.
- A desospitalização dos Usuários deverá ser acompanhada pelo EMAD.
- Profissionais Responsáveis pelo Monitoramento telefônico:
 - Usuários residentes em área coberta por ESF: Profissionais do NASF, divididos em escala sendo que cada profissional estará em uma Unidade;
 - Usuários residentes em área sem cobertura de ESF: Equipe Call Center.

4. MAPEAMENTO DOS CASOS ASSINTOMÁTICOS QUE TIVERAM CONTATO PRÓXIMO A CASO SUSPEITO:

- É dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o Nome Completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas;
- Eles deverão permanecer em isolamento domiciliar pelo período máximo de 14 (quatorze) dias
- Para as pessoas assintomáticas que residem com a pessoa sintomática será possível a emissão de novo atestado médico de isolamento caso venham a manifestar sintomas respiratórios.

5. Call Center:

- Telefone: 0800 9409402
- Horário de Funcionamento: 24 horas;
- Acolher usuários e orientá-los sobre sintomas, gravidade e fluxos de assistência ao COVID-19;
- Acompanhar usuários leves de área não coberta pela Estratégia Saúde da Família e direcioná-los ao EMAD caso necessitem de atendimento domiciliar;
- Acompanhar Usuários leves com comorbidades independente da área de residência e direcioná-los ao EMAD caso necessitem de atendimento domiciliar;
- Profissional Responsável pela Equipe: Viviane Cristina de Carvalho
- Assim que a Equipe estiver treinada para atendimento as Unidades de Saúde serão notificadas.

6. Profissionais que irão compor a Equipe EMAD:

- Coordenadora: Mirlene Fernanda Monte Alegre de Pádua
- Médico: Natália (Novo Contrato)
- Enfermeiro: Mirlene Fernanda Monte Alegre de Pádua
- Técnico de Enfermagem: Mariana Stéfani da Silva e Sandro Silvino de Melo
- Horário de Funcionamento: 7 as 16h de segunda a sexta-feira

As informações mais atualizadas sobre a pandemia estarão disponíveis nos links da Secretaria de Saúde (<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>) e do (<http://coronavirus.saude.gov.br/>).

Referências

- BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Publicado em: 20/03/2020. Edição:55-F Seção:1-Extra/Página 1. Acesso: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde. Brasília – DF. Março de 2020.
- MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Conjunta NAPRIS/VS nº01/2020 – SES/URSDIV-NAPRIS.



Wagner Magesty Silveira
Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____, residente e
domiciliado na _____,
Bairro: _____,
CEP: _____, na Cidade de _____,
Estado _____, declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) Dr.(a)
_____ sobre a necessidade de
isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos
trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início
____/____/____, previsão de término ____/____/____, local de cumprimento da
medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____

Assinatura da Pessoa Sintomática

Data ____/____/____

Horário: _____

CHECK LIST - SERVIÇO DE CALL CENTER

O Usuário apresenta?

- Tosse
- Coriza
- Dor de Garganta
- Mal estar
- Febre
- Diminuição do apetite
- Expectoração (Reduzir o tempo de monitoramento - 24 horas)
- Tonteira (Reduzir o tempo de monitoramento - 24 horas)
- Sensação de desmaio (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA
- Falta de ar (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA
- Fadiga (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA

Febre há quantos dias? _____

Faixa Etária

- 0 - 9
- 10 - 19
- 20 - 49
- 50 - 59
- 60 ou mais (ALERTA!) - Direcionar Usuário para EMAD

Você possui alguma doença? (ALERTA!) - Direcionar Usuário para EMAD

- Cardíaca
- Doença Respiratória
- Doença Renal Crônica
- Imunossupressos
- Doenças Cromossômicas
- Diabetes
- Gestante

Caso o Usuário não apresente sinais de alarme ou condições de saúde, ele deverá ser encaminhado para UBS mais próxima de sua residência, ou o seu monitoramento permanece sendo realizado pela Unidade Básica de Saúde mais próxima. **"Neste caso, pensando na sua segurança e da sociedade, preciso que você busque o atendimento médico mais próximo, mas se mantenha ciente e calmo. Você deve lavar as mãos constantemente, quando possível utilize o álcool em gel. Caso precise espirrar ou tossir, cubra a sua boca e nariz com um lenço ou então com o seu ombro. Vou identificar aqui a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência"**

Nome do Profissional que conduziu a ligação: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____/____/____



FLUXO FAST-TRACK PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

FORMULÁRIO RECEPÇÃO

Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____

Endereço _____

CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____

Motivo de procura da USF:

Queixa de sintomas de síndrome respiratória (tosse, dor de garganta, desconforto respiratório com ou sem febre)?

() SIM () NÃO

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização imediata das mãos/forneça álcool gel, solicite que evite tocar no rosto e em superfícies e direcione para atendimento do auxiliar ou técnico de Enfermagem/Enfermeiro (a) em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.

FORMULÁRIO TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM

Motivo da consulta: _____

Sinais vitais: temperatura axilar (T.ax): _____ frequência cardíaca (FC): _____ frequência respiratória (FR): _____ saturação de oximetria (Sat): _____ pressão arterial (PA): _____/_____
Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente enfermeiro e/ou médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do enfermeiro (a).

AD

FORMULÁRIO ENFERMEIRA(O)

Identificação Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)?

SIM NÃO

Apresenta ou apresentou febre ?

SIM NÃO

Apresenta outros sinais e sintomas relevantes :

SIM NÃO Se sim, descreva: _____

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL?

SIM NÃO

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

Avaliação Geral: Apresenta outras comorbidades ?

sim não Se sim, descreva: _____

Medicamentos de uso contínuo

sim não Se sim, descreva: _____

Apresenta alergias de medicamentos

sim não Se sim, descreva: _____

História de cirurgias prévias ou internações recentes

sim não Se sim, descreva: _____

Anotar informações em prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a). Notificar imediatamente casos suspeitos via Formulário pelo FormSUS2 <http://bit.ly/notificaCOVID19>.

CP

FORMULÁRIO MÉDICA(O)

Identificação Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre).

Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.

Classificação de gravidade

CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA

CASO LEVE – CASO LEVE – avaliar comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar (ver protocolo clínico). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar para paciente e contatos da casa e monitoramento de 48/48 horas presencial (conforme necessidade clínica) ou por telefone. Todos os usuários deverão realizar cadastro no serviço Call Center através do Telefone 0800-9409402, assim que este serviço estiver disponível, será emitido comunicado oficial as equipes de saúde. A lista dos usuários leves que necessitarem de acompanhamento domiciliar, com telefone, deverá ser encaminhada ao Profissional do NASF de referência da Unidade Básica de Saúde, para monitoramento telefônico.

Fornecer atestado médico de 14 dias, a partir do 1º dia de sintomas, para propiciar o isolamento domiciliar para o paciente (CID 10: J11 - Síndrome Gripal ou B34.2 - COVID-19) e seus contatos da casa (CID 10: Z20.9 - Contato com exposição a doença transmissível não especificada).

Anotar informações no prontuário.

Observação: Caso a pessoa apresente sinais ou sintomas de gravidade ou comorbidades que contraindiquem o isolamento domiciliar, entrar em contato com seu centro de referência para promover hospitalização. Fornecer atestado quando necessário comprovar ausência (trabalho, escola) e assim propiciar o isolamento domiciliar. Orientar familiares a buscar atendimento ao início de sintomas nos mesmos. Para mais informações, consultar Protocolo de Manejo Clínico.

