

# 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, 08 de Janeiro de 2021

### Nota Informativa nº 01/2021

**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 à COVID-19.

**Assunto:** Fluxo de Assistência aos Casos Suspeitos e aos Contatos de Casos Domiciliares dos Casos Suspeitos e orientação sobre a realização dos testes rápidos.

Esta nota altera as Notas Informativas 02/2020, 19/2020, 23/2020, 25/2020, 27/2020, 30/2020 e 37/2020.

Considerando a Nota Técnica nº 9/SES/SUBVS-SVE-DVAT/2020, o Protocolo de Orientações para Manejo de Pacientes com Covid-19, 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:

#### DEFINIÇÃO DE CASOS SUSPEITOS:

- 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 pandemia da COVID-19, aplicando o Fast-Track (ANEXO 1).
- **Para conceito de Síndrome Gripal (SG)** considera-se: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre\* (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.
  - Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
  - Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
  - **ATENÇÃO:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.
  - **\*FEBRE:** Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.
- **Para conceito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** considera-se: Indivíduo com

SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, tiragem intercostal, sinais de esforço respiratório, desidratação e inapetência.
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

#### **CASOS CONFIRMADOS:**

- Biologia molecular (PCR em tempo real):
  - Com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente, entre o terceiro até o sétimo dia de início de sintomas.
- Imunológico:
  - Resultado REAGENTE para anticorpos IgA, IgM e/ou IgG\* realizado pelos seguintes métodos: Ensaio Imunoenzimático – ELISA; Imunocromatografia – Teste Rápido (TR) para detecção de anticorpos; Imunoensaio por Eletroquimioluminescência – ECLIA ou Quimioluminescência em amostra coletada a partir do oitavo dia de início dos sintomas OU resultado REAGENTE para pesquisa de antígeno por Imunocromatografia;
  - É necessário que o caso suspeito de COVID-19 espere esse tempo para que o sistema imunológico possa produzir anticorpos em quantidade suficiente para ser detectado pelo teste.
- Imagem (tomografia computadorizada de alta resolução – TCAR) As seguintes alterações tomográficas são compatíveis com caso de COVID-19:
  - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).
  - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”).
  - SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).
  - Observações: Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), quando indicada, o protocolo é de uma TC de alta resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.
- Por critério clínico:
  - Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.
- ATENÇÃO:
  - Os resultados positivos serão aceitos para fins epidemiológicos, entretanto, os resultados negativos, não deverão ser utilizados para descartar os casos suspeitos.
  - O encerramento por critério laboratorial deve ser priorizado, uma vez que a testagem está disponível para todos os casos suspeitos.
  - Para fins de confirmação de óbitos, o critério clínico não será aceito.

## NOTIFICAÇÃO DOS CASOS:

- 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 da COVID-19.
- Os casos de síndrome gripal devem ser notificados no E-SUS Notifica: <https://notifica.saude.gov.br/login>
- Os casos de óbitos e síndrome respiratória aguda grave devem ser notificados no SIVEP-GRIFE, utilizando a Ficha do SRAG Hospitalizado.
- Os Surtos de Síndrome Gripal (SG) em comunidades/instituições fechadas devem ser notificados na planilha de notificação de surto do SINAN-Net + Ficha Individual para cada caso com coleta.
- Casos Leves serão encaminhados para isolamento domiciliar e acompanhados pela APS, casos moderados serão encaminhados para isolamento domiciliar e acompanhados pela EMAD-Covid19, casos graves serão encaminhados, via SAMU, para o Centro de Atendimento à COVID-19-Hospital Municipal Padre Libério.
- A porta de Entrada deste usuário será preferencialmente as Unidades Básicas de Saúde, mas também pode ocorrer no Centro de Atendimento à COVID-19-Hospital Municipal Padre Libério. Em qualquer Unidade de Saúde este usuário deverá ser atendido, classificado e sua condução mantida de acordo com a gravidade do quadro, independente do cadastro daquele usuário na equipe.



**CLASSIFICAÇÃO DO QUADRO:**

CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS POR GRUPO	LEVE	MODERADO	GRAVE
ADULTOS GESTANTES E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome gripal: tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de:</li> <li>• Anosmia (disfunção olfativa);</li> <li>• Ageusia (disfunção gustatória);</li> <li>• Coriza;</li> <li>• Diarréia;</li> <li>• Dor abdominal;</li> <li>• Febre;</li> <li>• Calafrios;</li> <li>• Mialgia;</li> <li>• Fadiga;</li> <li>• Cefaléia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tosse persistente + febre persistente diária <b>OU</b></li> <li>• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) <b>OU</b></li> <li>• Pelo menos um dos sintomas acima + fator de risco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome respiratória aguda grave</li> <li>• síndrome gripal que apresente: Dispneia/desconforto respiratório <b>OU</b> Pressão persistente no tórax <b>OU</b> Saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente <b>OU</b> Coloração azulada de lábios ou rosto</li> <li>• <b>*Importante: em gestantes, observar hipotensão.</b></li> </ul>
CRIANÇAS			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano;</li> <li>• Hipoxemia;</li> <li>• Desconforto respiratório;</li> <li>• Alteração da consciência;</li> <li>• Desidratação;</li> <li>• Dificuldade para se alimentar;</li> <li>• Lesão miocárdica;</li> <li>• Elevação de enzimas hepáticas</li> <li>• Disfunção da coagulação; rabdomiólise;</li> <li>• Qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais</li> </ul>
EQUIPE REFERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APS/ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMAD-COVID19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CENTRO DE ATENDIMENTO À COVID-19 – HOSPITAL PADRE LIBÉRIO</li> </ul>

## ISOLAMENTO DOMICILIAR E MANEJO:

- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Gripal (SG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, **suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas**, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios. O CID-10 que deve ser utilizado para Síndrome Gripal inespecífica é o J11. Os CID-10 específico para infecção por coronavírus são o B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada, e os novos códigos U07.1 – COVID-19, vírus identificado, confirmação laboratorial e U07.2-COVID-19, vírus não identificado/confirmação clínico epidemiológico, que são os marcadores da pandemia no Brasil, devem estar alocados na mesma linha do B34.2. Nos casos em que haja também classificação por CIAP, pode-se utilizar o CIAP-2 R74 (Infecção Aguda de Aparelho Respiratório Superior).
- Para indivíduos com quadro de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento pelo período de 20 dias após início dos sintomas.
- Para indivíduos com quadro de SG para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, o isolamento poderá ser suspenso, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.
- Para indivíduos hospitalizados com quadro de SRAG para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, caso um primeiro teste de RT-qPCR venha com resultado negativo, um segundo teste na mesma metodologia, preferencialmente com material de via aérea baixa, deve ser realizado 48 horas após o primeiro. Sendo os dois negativos, o paciente poderá ser retirado da precaução para COVID-19 (atentar para o diagnóstico de outros vírus respiratórios, como influenza). Ao receber alta hospitalar antes do período de 20 dias, o paciente deve cumprir o restante do período em isolamento, mediante avaliação médica.
- Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RTqPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.
- Para contatos próximos de casos suspeitos ou confirmados (onde foi caracterizado contato próximo, como, por exemplo, domiciliar ou assistência a pacientes sem utilização correta de EPI) deverão permanecer em isolamento durante o período de 10 dias após o último contato. Caso seja necessário, os contatos deverão receber atestado médico pelo período dos 10 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 e declaração, contendo a relação das pessoas que residam no mesmo endereço; (ANEXO 2).



- Profissionais Responsáveis:
  - Profissionais que realizarem o primeiro atendimento ao usuário.
- Revisão em até 48 horas, presencial ou por telefone, solicitando consulta presencial se necessidade de exame físico. Pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco deverão ser acompanhadas a cada 24 horas.
- Manter, repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquidos.
- Os usuários classificados como Síndrome Gripal Leve que apresentam comorbidades que contraindicam acompanhamento ambulatorial na APS/ESF (Atenção Primária a Saúde/Estratégia Saúde da Família) conforme Tabela abaixo, serão acompanhados no domicílio pela EMAD-COVID19 (Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar), e o usuário classificado como moderado.

**QUADRO 1 - COMORBIDADES QUE CONTRAINDICAM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NA APS/ESF**

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- Hipertensão\*;
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Tabagismo\*;
- Obesidade (IMC  $\geq 40$ );
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna;
- Gestação de alto risco.

\*Estes pacientes podem ser manejados pela APS/ESF, e monitorados a cada 24 horas e encaminhados a EMAD-Covid19, são para o caso em que a ESF não tenha condi oes de manter este cronograma de acompanhamento.

- Independente da Equipe de Acompanhamento todos os Usuários serão cadastrados no Call Center, e aos finais de semana o Call Center assumir  o acompanhamento.
- A desospitaliza o dos Usuários deverá ser acompanhada pelo SAD (Serviço de Assistência Domiciliar), conforme Nota Informativa 20/2020.
- **Profissionais Responsáveis pelo Monitoramento telef nico:**
  - Usuários residentes em área coberta por ESF: Profissionais da Saúde Bucal, divididos em escala sendo que cada profissional será responsável por uma Unidade;
  - Usuários classificados como moderados: Equipe Call Center.
  - Utilizar o Sidim para telemonitoramento. (ANEXO 3 – Telas de Monitoramento)

**MAPEAMENTO DOS CASOS ASSINTOMÁTICOS QUE TIVERAM CONTATO DOMICILIAR COM CASO SUSPEITO:**

- É dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o Nome Completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se   responsabiliza o civil e criminal pela omissão de fato ou presta o de informaçoes falsas;
- Eles deverão permanecer em isolamento domiciliar pelo período máximo de 10 (dez) 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.

**RECOMENDAÇÕES DOS GRUPOS PARA TESTAGEM**

**DEFINIÇÃO DE CASOS PRIORITÁRIOS PARA A TESTAGEM POR RT-PCR NA REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA**

PÚBLICO	EXAMES CADASTRADOS	TIPO DE COLETA	DE QUEM COLETAR	FORMULÁRIOS NECESSÁRIOS PARA ENTREGA DA AMOSTRA NO LABORATÓRIO
CASOS GRAVES E ÓBITOS*†	COVID-19 Influenza	Escarro OU Aspirado de Nasofaringe OU Lavado Broncoalveolar OU Aspirado traqueal OU Swab nasofaríngeo Caso negativo no RT-PCR DEVE ser submetido a teste rápido (IgG ou ancorpos totais) após 14 dias de início de sintoma	TODOS os casos de SRAG hospitalizados	<p align="center"><b>FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO (27/07/2020 do SIVEPGripe) ANEXO IV</b></p> (Em caso de SRAG hospitalizado para a pesquisa apenas de COVID-19, encaminhar a ficha SIVEP-Gripe ou relatório com dados do paciente e amostra)
		Amostras recomendadas para SRAG OU autópsia minimamente invasiva Caso negativo no RT-PCR DEVE ser submetido a teste rápido (IgG ou ancorpos totais)	TODOS os óbitos suspeitos	
CASOS LEVES (SÍNDROME GRIPAL)	COVID-19	Swab nasofaríngeo OU saliva	Profissionais de saúde, Profissionais de segurança pública, Idosos com idade igual ou superior a 60 anos, Pacientes com condições clínicas de risco, Populações ou grupos sociais de alta vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ciganos, circenses e população em condições de rua) Indivíduos privados de liberdade Residentes de Instituições de Longa Permanência (ILPI's)  Por amostragem representativa (mínimo de 10%	<p align="center"><b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019-COVID-19 ANEXO V</b></p> <p align="center"><b>PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE SURTO DO</b></p>

			dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, hospitais, etc). Contatos de casos confirmados em surtos, após avaliação e definição pelo CIEVS;	SINAN + FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019. ANEXO VI e V
			Quando houver suspeita de reinfecção	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 OU FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL – CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO ANEXO V
ASSINTOMÁTICOS	COVID-19	Swab nasofaríngeo	Gestantes: Realizar teste entre 37-38 semanas no local de atendimento pré-natal (intenção obter resultado previamente ao parto).  Pacientes/ Doadores do MG transplante	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)  <b>(Assinalar campo Assintomático)</b> Nestes casos, só serão notificados os casos confirmados após realização do exame laboratorial. Casos positivos, notificar no E-SUS VE ANEXO V

#### AGENDAMENTO DA COLETA DE RT-qPCR EM GESTANTES ASSINTOMÁTICAS

- Observa-se no grupo de gestantes, que desenvolvem a infecção Covid-19, elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (Ellington et al. 2020). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (Ellington et al. 2020, Knight et al. 2020) .
- A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (Knight et al. 2020).
- A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e



puérperas.

- A coleta será realizada pela EMAD-Covid19, no domicílio, e agendada através do Call Center – 0800 940 9402. A Equipe de Saúde responsável pelo atendimento a gestante, deve falar com Maria Carolina de Melo Mendonça, para solicitar o agendamento.

#### **DEFINIÇÃO DE CASOS PARA A TESTAGEM POR TESTES RÁPIDOS**

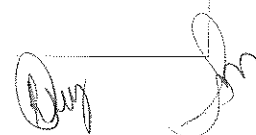
- Os testes têm como populações-alvo, EXCLUSIVAS, indivíduos **SINTOMÁTICOS** que apresentem **SÍNDROME GRIPAL**.
- Por se tratar de teste de detecção de anticorpos, é necessário que ele seja realizado após o sétimo dia do início dos sintomas, preferencialmente no 10º dia, que a partir de agora é o último dia de isolamento.
- O teste pode ser realizado em amostras de sangue (capilar ou venoso), soro ou plasma. Para a coleta de sangue capilar, as lancetas deverão ser disponibilizadas pelos serviços de saúde do município. A execução do teste e leitura dos resultados devem ser realizadas por profissionais da saúde de nível médio, com supervisão, e/ou de nível superior. Os laudos devem ser assinados por profissionais de nível superior desde que autorizado pelo seu respectivo conselho de classe. O resultado é verificado após 15 minutos da realização do teste, devendo este tempo ser devidamente cronometrado.

#### **EQUIPES RESPONSÁVEIS PELA TESTAGEM**

- No município de Pará de Minas a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD-COVID-19) realizará a testagem dos indivíduos classificados como **MODERADOS** e acompanhados pela equipe. O RT-qPCR será agendado do 3º ao 7º dia de sintomas, os testes sorológicos serão agendados a partir do 10º dia de sintomas.
- Os profissionais de saúde, **contactantes domiciliares assintomáticos**, afastados conforme o Decreto Municipal 11.179/2020, também serão testados pela EMAD-COVID19, no 8º dia do isolamento, com o teste rápido.
- As Equipes Saúde da Família farão a coleta dos indivíduos classificados como **LEVES** residentes na sua área de abrangência. Esta testagem será agendada a partir do 10º dia de sintomas.

#### **NOTIFICAÇÃO DOS RESULTADOS**

- É imprescindível que se registre o resultado individual de todos os testes rápidos. Os resultados, negativos ou positivos, devem ser notificados no sistema ESUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>). Essas informações são essenciais para monitoramento da epidemia no Brasil.
- Os laudos dos testes realizados deverão ser emitidos pela plataforma FormSUS através do preenchimento do formulário que consta no link ([http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=55514](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=55514)) e os mesmos devem ser impressos e entregues aos pacientes ou enviados por meios digitais.



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). Orientações para Manejo de Pacientes com Covid-19. Brasília – DF. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para Assistência à Gestante e Puerpéra frente a Pandemia de Covid-19. Nota Informativa nº 13/2020-SE/GAB/SE/MS
- MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Conjunta NAPRIS/VS nº01/2020 – SES/URSDIV-NAPRIS.
- MINAS GERIAS. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº11/SES/SUBVS-CELP/2020
- MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Conjunta nº 3/SES/SUBVS-SVE-CIEVS/2020
- MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 11/SES/SUBVS-CELP/2020



Ana Clara Teles Meytre

Presidente da Comissão Técnica de Enfrentamento à Covid-19



Ricardo Alexandre Nunes da Cruz

Secretário Municipal de Saúde Interino

## ANEXO I

### 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 ou ventiladores desligados.

#### FORMULÁRIO TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

Sinais vitais: temperatura axilar (T<sub>ax</sub>): \_\_\_\_\_ 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).

## 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 condições clínicas de risco ? ( ) sim ( ) não

Se sim, descreva: \_\_\_\_\_ (Encaminhar a EMAD)

- 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 e-SUSVE <http://notifica.saude.gov.br/>.

## 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 – Avaliar condições clínicas de risco que indicam a avaliação em centro de referência/ EMAD (ver Quadro 1- Nota Informativa 01/2021). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir – conforme Nota Informativa 21/2020, para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar e monitoramento a cada 24 horas em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco (EMAD-COVID19) e a cada 48 horas nos demais, preferencialmente por telefone. Todos os usuários deverão realizar cadastro no serviço Call Center através do Telefone 0800-9409402. A lista dos usuários leves que necessitarem de acompanhamento domiciliar, com telefone, deverá ser encaminhada ao Profissional de referência da Unidade Básica de Saúde, responsável pelo monitoramento telefônico.

Fornecer atestado médico de 10 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 ou U07.1-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 condições clínicas de risco que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada, coordenar transferência segura, com transporte apropriado e com precaução de contato. 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 Orientações para Manejo de Pacientes com Covid-19.

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Eu \_\_\_\_\_ nome do paciente ou seu representante legal, data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, telefone:( ) \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_ estado civil \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) \_\_\_\_\_.

na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, devido suspeita ou confirmação de NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), bem como das pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização.

Profissional de saúde/segurança pública ( )

Me comprometo a desenvolver as orientações mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar; - Manter o ambiente ventilado;
- No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o serviço de Call Center , através do telefone: 0800- 940 9402 .

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, sendo que o os sintomas se iniciaram em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

Se Profissional de Saúde ou  
Segurança Pública assinar

1. \_\_\_\_\_ ( )
2. \_\_\_\_\_ ( )
3. \_\_\_\_\_ ( )
4. \_\_\_\_\_ ( )
5. \_\_\_\_\_ ( )
6. \_\_\_\_\_ ( )

Assinatura do responsabilizado

Assinatura do profissional responsável

Pará de Minas, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENTREGAR UMA CÓPIA AO USUÁRIO

ANEXO III

SERVIÇO DE TELEMONTORAMENTO - INSTRUMENTO PARA ACOLHIMENTO E TRIAGEM DO USUÁRIO

NOME: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

UBS DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

( ) 60 ou mais (ALERTA!) - Direcionar Usuário para EMAD

Sintomas relatados pelo Usuário

Sintomas há quantos dias? \_\_\_\_\_

( ) Coriza

( ) Diarréia

( ) Dor de Garganta

( ) Dor abdominal (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve.

( ) Tosse Produtiva

( ) Desidratação (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve.

( ) Tosse seca

( ) Dor Torácica (ALERTA!) - Direcionar Usuário para avaliação médica mais breve.

( ) Mal estar

( ) Falta de ar (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA

( ) Diminuição do apetite

( ) Alteração da consciência (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA

( ) Disfunção Gustatória

( ) Sensação de desmaio (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA

( ) Febre \_\_\_\_\_

( ) Fadiga ou Respiração Ofegante (ALERTA!) - Direcionar Usuário para UPA

( ) Calafrios

( ) Miaigia/Cefaléia

( ) Disfunção Olfativa

( ) Sede excessiva

( ) Tonteira

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

( ) Doença Cardíaca Crônica

( ) Doenças Cromossômicas

( ) Doença Respiratória Crônica

( ) Diabetes Mellitus, conforme juízo clínico

( ) Doença Renal Crônica

( ) Gestantes de alto risco

( ) Imunossupressos

( ) Obesidade

Caso o Usuário não apresente sinais de alarme ou condições de saúde, ele deverá ser encaminhado para UBS mais próxima de sua residência. "Neste caso, pensando em 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: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conduta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE TELEMONTORAMENTO  
INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO**

NOME: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

**CLASSIFICAÇÃO DO USUÁRIO:**

- ( ) LEVE RESIDENTE EM ÁREA ASSISTIDA POR ESF
- ( ) LEVE RESIDENTE EM ÁREA NÃO ASSISTIDA POR ESF
- ( ) MODERADO
- ( ) GRAVE

( ) UBS DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 REFENCIADO PARA EMAD? ( ) SIM ( ) NÃO  
 HISTÓRIA PREGRESSA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 INÍCIO DOS SINTOMAS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Realizado coleta de exame?  
 Não ( ) Sim ( )  
 Qual: \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ da  
 Coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descrição do Telemonitoramento		Data	Data	Data	Data	Data
1. Houve piora dos sinais e sintomas iniciais?	Não					
	Sim. Quais?*					
2. Como está a coloração (grau de palidez)-dos olhos, mucosa oral e palma das mãos	Corado (mais avermelhado)					
	Descorado (mais pálido)*					
3. Há dificuldades para respirar ou se está usando força excessiva?	Eupneico					
	Dispneico*					
4. Avaliação de hidratação	Boca seca					
	Sede					
	Diminuição da produção de urina*					
5. Apresenta dor abdominal ou torácica?	Sim*					
	Não					
6. Apresenta exacerbação dos sinais e sintomas da doença de base?	Sim*					
	Não					
7. Presença de febre?	Não					
	Sim. Informar a temperatura: _____ Quantos dias: _____					
8. Presença de tosse?	Não					
	Sim (descrever se rouca, seca, constante ou esporádica). Quantos dias: _____					
9. Uso correto das medicações prescritas?	Sim					
	Não*. Porque?					
10. Alimentação normal (Orientar higienização oral)	Sim					
	Não*. Porque?					
11. Houve alguma alteração no olfato?	Não					
	Sim*					
12. Houve alguma alteração no paladar?	Não					
	Sim*					

\* Caso o usuário apresente algum sintoma identificado faz-se necessário discutir o caso com profissional médico ou agendar avaliação.

Conduta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com \*SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (\*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos).

Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:		2	Data de 1 <sup>os</sup> sintomas			
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):			
5	Unidade de Saúde:			Código (CNES):			
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____					
	7	Nome:			8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign	
	9	Data de nascimento:	10	(Ou) Idade: _____	11	Gestante: <input type="checkbox"/>	
				1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		1-1 <sup>o</sup> Trimestre 2-2 <sup>o</sup> Trimestre 3-3 <sup>o</sup> Trimestre	
	12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não		
	13	Se indígena, qual etnia?			6-Não se aplica 9-Ignorado		
14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 <sup>o</sup> ciclo (1 <sup>a</sup> a 5 <sup>a</sup> série) 2-Fundamental 2 <sup>o</sup> ciclo (6 <sup>a</sup> a 9 <sup>a</sup> série) 3-Médio (1 <sup>o</sup> ao 3 <sup>o</sup> ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado						
15	Ocupação:		16	Nome da mãe:			
Dados de residência	17	CEP: _____					
	18	UF:	19	Município:	Código (IBGE): _____		
	20	Bairro:	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):	22	Nº:	
	23	Complemento (apto, casa, etc...):		24	(DDD) Telefone: _____		
	25	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	26	País: (se residente fora do Brasil) _____			
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign					
	28	Se sim: Qual país? _____		29	Em qual local? _____		
	30	Data da viagem: _____		31	Data do retorno: _____		
	32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado					
	35	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O <sub>2</sub> <95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <input type="checkbox"/> Outros _____					
	36	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____					
	37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?			38	Data da vacinação:	
		<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			_____		
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado						
Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 <sup>a</sup> dose: _____ (1 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 <sup>a</sup> dose: _____ (2 <sup>a</sup> dose para crianças vacinadas pela primeira vez)							

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____/____/____
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: ____/____/____	44	UF de internação: ____
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____/____/____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____/____/____			
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: ____/____/____	49	Data da saída da UTI: ____/____/____
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: ____/____/____
	53	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3- Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data da tomografia: ____/____/____		
55	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	56	Data da coleta: ____/____/____	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	58	Nº Requisição do GAL: _____	59	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico		
	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ____/____/____	61	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		
	62	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____	Código (CNES): ____/____/____			
	63	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	65	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: ____/____/____		
	66	Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____/____/____			
	68	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	69	Data da coleta: ____/____/____		
	70	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado	71	Data do resultado: ____/____/____		
	Conclusão	72	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19	73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem	
74		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 75 Data da alta ou 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado óbito: ____/____/____	76	Data do Encerramento: ____/____/____		
77	Número D.O: ____/____/____					
78	OBSERVAÇÕES:					
79	Profissional de Saúde Responsável: _____	80	Registro Conselho/Matrícula: ____/____/____			

## ANEXO V



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

e-SUS Notifica –05/10/2020

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

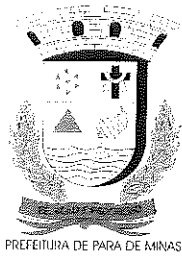
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação:    Município de Notificação:

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de saúde (Marcar X)	Profissional de segurança (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: <input type="text"/>		CPF: <input type="text"/>	
	CNS: <input type="text"/>			
	Nome Completo: <input type="text"/>			
	Nome Completo da Mãe: <input type="text"/>			
	Data de nascimento: <input type="text"/>		País de origem: <input type="text"/>	
	Sexo: (Marcar X)	Raça/COR: (Marcar X)		Passaporte: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ignorado		
	CEP: <input type="text"/>			
Estado de residência: <input type="text"/>		Município de Residência: <input type="text"/>		
Logradouro: <input type="text"/>		Número: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>	
Complemento: <input type="text"/>				
Telefone Celular: <input type="text"/>		Telefone de contato: <input type="text"/>		
Data da Notificação: <input type="text"/>		Data do início dos sintomas: <input type="text"/>		
Sintomas: (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>				
Condições: (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade		
<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		<input type="checkbox"/> Imunossupressão		
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		<input type="checkbox"/> Gestante		
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas		<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		
Estado do Teste: (Marcar X)		Tipo de Teste: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Solicitado		<input type="checkbox"/> RT – PCR		
<input type="checkbox"/> Coletado		<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo		
<input type="checkbox"/> Concluído		<input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno		
<input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Testes sorológico		
Data do Teste (PCR/Rápidos): <input type="text"/>		Data do Teste (Sorológico): <input type="text"/>		
Resultado (PCR/Rápidos): (Marcar X)		Teste Sorológico: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Negativo		<input type="checkbox"/> IgA		
<input type="checkbox"/> Positivo		<input type="checkbox"/> IgG		
<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		<input type="checkbox"/> IgM		
		<input type="checkbox"/> Anticorpos Totais		
Resultado (IgG): (Marcar X)		Resultado (IgM): (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Reagente		<input type="checkbox"/> Reagente		
<input type="checkbox"/> Não Reagente		<input type="checkbox"/> Não Reagente		
<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		
Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X)		Resultado (Anticorpos Totais): (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Reagente		<input type="checkbox"/> Reagente		
<input type="checkbox"/> Não Reagente		<input type="checkbox"/> Não Reagente		
<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado		
ENCERRAMENTO	Evolução do caso: (Marcar X)		Classificação final: (Marcar X)	
	<input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Cura		<input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada	
Data de encerramento: <input type="text"/>				
Informações complementares e observações				
<input type="text"/>				



ANEXO VII



**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

DECLARAÇÃO DE RETORNO AO TRABALHO

Eu, \_\_\_\_\_,  
médico(a), inscrito no CRM, nº \_\_\_\_\_, declaro  
que \_\_\_\_\_, poderá retornar as suas  
atividades laborais a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Oriento ainda que o funcionário deverá trabalhar utilizando-se de máscara e reforço as outras medidas de biossegurança.

\_\_\_\_\_  
Médico responsável pelo atendimento  
(Carimbo obrigatório)

Pará de Minas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_