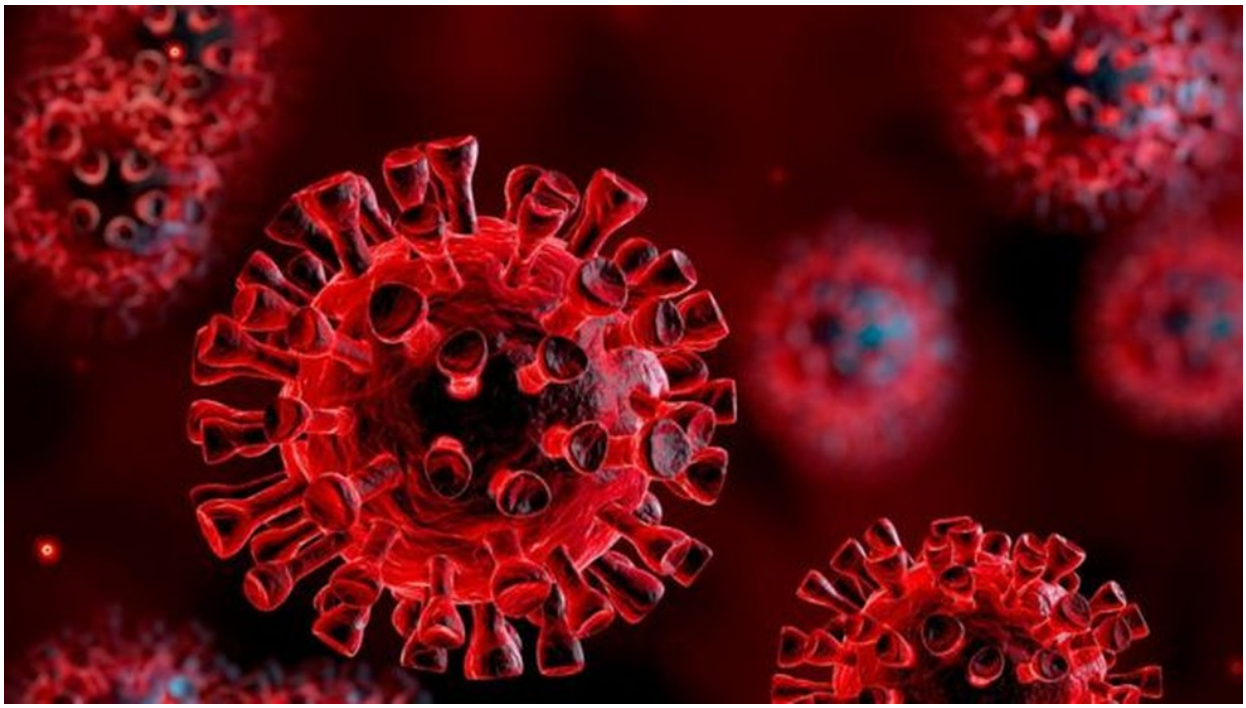
Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento pelo Novo Coronavírus - COVID-19



Prefeitura Municipal de Araguaína – TO
Secretaria Municipal de Saúde

Maio de 2021
4ª Versão

PREFEITO MUNICIPAL
Wagner Rodrigues Barros

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ana Paula dos Santos Andrade Abadia

SECRETÁRIO EXECUTIVO
Raimundo Wilson Ulisses Sampaio

SUPERINTENDENTE DEATENÇÃO BÁSICA
Thaize Helena Eneias Cordeiro

SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Murilo Alves Bastos

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Eduardo de Freitas Santos

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Gisliane Martins Oliveira

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO
Regina Adriana dos Santos Gomes
Iray Lopes Lessas de Araújo
Lilaléa Alves Farias Fernandes

APOIO TÉCNICO
Bruno Medrado Araújo
Fabyanne Oliveira Montelo Ribeiro

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Município: Araguaína – TO	**População Estimada (2019):** 180.470 habitantes
Nome do Prefeito: Wagner Rodrigues Barros	

Nome da Secretária Municipal de Saúde: Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Telefone: (63) 3411-7035 **E-mail:** saude.semus@araguaina.to.gov.br

Nome do Superintendente de Vigilância em Saúde: Eduardo de Freitas Santos
Telefone: (63) 3415-3903 **E-mail:** supvisa.semus@araguaina.to.gov.br

Nome do Coordenador Municipal de Vigilância Epidemiológica: Regina Adriana dos Santos Gomes
Telefone: (63) 3411-7033
E-mail:vig-epidemiologica.semus@araguaina.to.gov.br

Nome do Superintendente da Atenção Básica: Thaize Helena Eneias Cordeiro
Telefone: (63) 3411-7083 / 3414-8216 **E-mail:** supab.semus@araguaina.to.gov.br

Nome da Superintendente da Atenção Especializada: Gisliane Oliveira Martins
Telefone: (63) 3411-7056 **E-mail:** supae.semus@araguaina.to.gov.br

Mapeamento do Território da Atenção Básica

Nº de Equipes Saúde da Família: 46
Nº de Unidades Básica de Saúde - UBS: 20
Nº de NASF: 03
Presídio/Cadeia Pública: sim (X) não ( )
Equipe saúde no domicílio (SAD): 01 Equipe Multiprofissional Assistência Domiciliar - EMAD 01 Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP

Estabelecimentos de Saúde por Tipo no Município de Araguaína-TO

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
CENTRAL DE REGULAÇÃO	2

CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	2
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	20
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	35
CONSULTÓRIO	139
FARMÁCIA	2
HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
HOSPITAL GERAL	5
OFICINA ORTOPÉDICA	1
PRONTO ANTEDIMENTO	2
SECRETARIA DE SAÚDE	1
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO (HOME CARE)	1
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	1
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	31
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	3
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	6
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1
Total	**255**

Fonte: Datasus, 2020

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 OBJETIVOS DO PLANO CONTIGENCIAL 11

2.1 Objetivo Geral 11

2.2 Objetivos Específicos 11

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE 12

3.1 Vigilância Epidemiológica 12

3.2 Definições de casos de infecção humana pelo 2019-nCov 12

3.3 Definições e Observações 14

3.4 Notificação imediata 15

3.5 Formulário FormSUScap COVID-19 15

3.6 Registro 16

3.7 Meios Telefônicos 16

3.8 Período de Incubação 17

3.9Transmissão 17

3.10 Caso suspeito em serviço de Saúde 17

3.11 Investigação epidemiológica 18

3.12 Diagnostico diferencial 18

4 EQUIPE DE RESPOSTA RÁPIDA - ERR 19

4.1 Equipe de coleta de notificações 19

4.2 Equipe de análises e digitação das notificações 19

4.3 Equipe de monitoramento 20

4.3.1 Recomendações para alta de casos suspeitos de Síndrome Gripal e casos confirmados de COVID-19 em Araguaína - TO 200

4.3.2 Recomendações para monitoramento de casos suspeitos de Síndrome Gripal e casos confirmados de COVID-19 em Araguaína – TO para Equipe de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde- SMS 222

4.3.3 Orientações Gerais 24

4.3.4 Apoio Psicológico 25

4.3.5 Condições de risco para acompanhamento diário pela equipe de monitoramento de Araguaína -TO..... ..256

4.4 Equipe de investigação.....277

4.5 Equipe de Coleta de testes para o COVID-19 (testes rápidos e Swab) 27

4.6 Saúde dos Trabalhadores ERR.....28

5 TELECOVID 288

5.1 Teleatendimento para a atenção primária (fluxo rápido) 288

6 POSTO DE COLETA DE EXAMES PARA O COVID-19 30

7 HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID-19 31

7.1 Protocolo de admissão, transferência e alta de pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo COVID-19 do Hospital Municipal Eduardo Medrado Unidade COVID.....32
7.1.1 Critérios de inclusão.....33
7.1.2 Critérios de exclusão.....33

7.2 Fluxo de atendimento ao paciente - Admissão.....33
7.2.1 Pronto Atendimento.....33
7.2.2 Estabilização.....34
7.2.3 Enfermaria Cliníca.....34
7.2.4 UTI.....34
7.2.5 Exames a serem solicitados na internação.....34
7.2.6 Protocolo de admissão em UTI.....35
7.2.7 Critérios de alta.....36
7.2.8 Enfermaria e estabilização.....36
7.2.9 UTI.....36
7.2.10 Critérios para transferência para UTI geral.....36

8. HOSPITAL MUNICIPAL Drº EDUARDO MEDRADO DE ARAGUAÍNA – TO.....36

9. LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO TOCANTINS – LACEN...38

9.1 Orientações para a coleta de amostras.....38

9.2 Técnica de coleta de Swab de nasofaringe e orofaringe (swabs combinados)..38

9.3 Acondicionamento das amostras.....39

9.4Transporte e envio de amostras.....40

10 RECOMENDAÇÕES PARA A COLETA DE AMOSTRAS EM SITUAÇÃO DE ÓBITO 40

10.1 Ocorrências hospitalares 40

10.2 Ocorrências domiciliares e em instituições de moradia 41

10.3 Transporte e envio de amostras 41

11 ATENÇÃO À SAÚDE 441

11.1 Acolhimento de casos suspeitos nas portas de entrada - Unidade Básica de Saúde e rede Hospitalar 441

11.2 Recepção 441

11.3 Caso suspeito 441

11.4 Classificação de risco 43

11.5 Primeiro atendimento 43

11.6 Medidas de prevenção e controle Precauções padrão 43

12 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE 44

12.1 Cuidados com o paciente 44

12.2 Transporte do paciente 45

12.3 Limpeza e desinfecção de superfícies 45

12.4 Atribuições dos serviços de saúde em relação aos EPIs 46

12.5 Atribuições dos trabalhadores em relação aos EPI 47

13 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE PARA ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19) 47

13.1 Orientações para atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional 47

13.2. Após o transporte 48

13.3 Orientações para atendimento ambulatorial ou pronto atendimento 48

13.4 Orientações para Atendimento Hospitalar 49

13.4.1 Cuidados com o paciente 49
13.4.2 Duração das Precauções e Isolamento 50
13.4.3 Processamento de Roupas 51
13.4.4 Tratamento de Resíduos 51

14 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR. 551

14.1 Manejo Terapêutico 551

14.2 Isolamento Domiciliar 53

14.3 Afastamento de profissionais de saúde em grupos de risco 56

15 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE ...57

15.1 Componente: Vigilância em Saúde 57

15.2 Atribuições da Superintendência de Atenção Básica – SUPAB, Unidade Básica de Saúde - UBS e Outros Serviços de Saúde 57

15.3 Atribuições da Superintendência de Atenção Especializada – SUPAE, Unidade Pronto Atendimento – UPA e Hospital Municipal de Araguaína - HMA 58

15.4 Atribuições Da Coordenação Municipal de Vigilância Sanitária de Aeroportos, Terminais Rodoviários 60

16 VARIANTES DE SARS-COV-2 ENCONTRADAS NO BRASIL.....61

16.1 Reinfecções do COVID-19.....62

16.2 Definição de Caso Suspeito de Reinfecção pelo Vírus SARS-COV-2.....63

16.3 Definição de Caso Confirmado de Reinfecção pelo Vírus SARS-COV-2.....64

16.4 Fluxo de Notificação.....64

17 VACINAÇÃO CONTRA O COVID-19.....65

18 REFERÊNCIAS 67

ANEXOS 69

ANEXO I - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM COVID NA UBS 70

ANEXO II – FLUXOGRAMA DAS UBS QUE NÃO SÃO DE REFERÊNCIAS.....71

ANEXO III - FLUXOGRAMA DE TESTE PARA DIAGNÓSTICO COVID UBS 72

ANEXO IV - FLUXO DE ATENÇÃO À SINDROME RESPIRATÓRIA NA RAS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ORGANIZADAS.....73

ANEXO V - NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO 74

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 75

ANEXO VII - FICHA DE INVESTIGAÇÃO 76

ANEXO VIII - PROTOCOLO PRONAÇÃO ACORDADA 77

ANEXO IX - FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DA UPA 78

ANEXO X - FLUXO DE RECEPÇÃO DE PACIENTES NO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID19 79

ANEXO XI- FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES CLINICAS E DE UTI DO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID19.....80

ANEXO XII - FLUXOGRAMA DO ÓBITO 81

ANEXO XIII - FLUXO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE MONITORAMENTO....82

Atualização da Versão 4

- Ampliação do número de leitos do Hospital de Municipal de Araguaína – Drº Eduardo Medrado Unidade COVID-19 e fluxo de atendimento.
- Atualização da gestão.
- Encerramento do atendimento Tele-COVID.
- Atualização do atendimento nas UBS.
- Atualização do endereço eletrônico e telefone.
- Atualização da equipe ERR.
- Encerramento do atendimento do posto de coleta.
- Atualização do endereço da equipe de coleta de exames para o COVID-19 e atualização do quantitativo de profissionais.
- Atualização da equipe de monitoramento.
- Atualização do fluxo de atendimento da UPA.
- Atualização do local de realização das análises do Swab (LSPA).
- Novas Variantes do COVID-19 no Brasil.
- Definição de casos suspeito e confirmados de reinfecção.
- Fluxo de notificação.
- Vacinação.
- Atualização do fluxo de regulação de internações clinicas e de UTI do Hospital Municipal Eduardo Medrado unidade COVID.
- Atualização do fluxo de recepção de pacientes do Hospital Municipal Eduardo Medrado unidade COVID.

1 INTRODUÇÃO

O escritório da OMS (Organização Mundial de Saúde), na China, foi informado em 31 de dezembro de 2019, sobre casos de pneumonia de etiologia desconhecida detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. De 31 de dezembro de 2019 a 3 de janeiro de 2020, um total de 44 pacientes com pneumonia de etiologia desconhecida foram notificados à OMS pelas autoridades nacionais da China.

Durante o período relatado o agente causal não foi identificado. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas, isolaram e identificaram um novo tipo de coronavírus. Nos dias 11 e 12 de janeiro a Comissão Nacional de Saúde da China repassou informações detalhadas à OMS sobre a sequência genética do novo coronavírus e de que o mesmo estava associado a exposições em um mercado de frutos do mar, localizado em Wuhan. Nos dias, 13 e 15 de janeiro, a Tailândia e o Japão, relataram o primeiro caso importado, respectivamente e ambos os casos foram confirmados laboratorialmente.

Em 03 de janeiro foi detectado o rumor sobre os casos de pneumonia de etiologia desconhecida na China e dia 05 foi realizada a publicação aos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da OMS (PFN-RSI). A Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS), dia 07 de janeiro, elaborou um informe interno sobre os casos de pneumonia de etiologia desconhecida na China e o PFN-RSI do Brasil solicitou informações sobre a veracidade do rumor detectado ao Ponto de Contato da Regional da OMS, para analisar o impacto do evento no país.

Durante o período de 07 a 21 de janeiro a SVS publicou o Boletim Epidemiológico nº1 do MS, reuniões para discussão do evento foram realizadas e houve comunicações dos Estados e Distrito Federal de casos suspeitos.

Em 22 de janeiro foi ativado Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE 2019 - nCoV). A ativação desta estratégia está prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

No dia 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) para todos os países, que devem estar preparados para contenção, incluindo vigilância ativa, detecção precoce, isolamento e gerenciamento de casos, rastreamento de casos, contatos e prevenção da

propagação da infecção pelo COVID-19 e compartilhamento de dados completos com a OMS.

A partir disso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), Superintendência de Atenção Básica (SUPAB) e Superintendência de Atenção Especializada (SUPAE) estruturou a Equipe de Resposta Rápida (ERR) para a elaboração do Plano De Enfrentamento Das Ações Contingenciais de Vigilância, Prevenção e Controle do Novo Coronavírus (2019 – nCoV). Tendo como base o preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, adequando à realidade de nossa estrutura de urgência e emergência.

2 OBJETIVOS DO PLANO CONTIGENCIAL

2.1 Objetivo Geral

- Viabilizar de forma coordenada as ações de prevenção e controle da doença de modo oportuno e eficaz diante a identificação de casos suspeitos.

2.2 Objetivos Específicos

- Definir responsabilidades e prioridades na esfera municipal e local, assim como também organizar o fluxograma de resposta às emergências em saúde pública;
- Definir fluxos de referência para atendimento aos casos suspeitos com sintomas respiratórios leves, moderados e graves;
- Detectar, identificar e notificar todos os casos suspeitos de coronavírus (COVID-19);
- Orientar o fluxo de vigilância epidemiológica para o diagnóstico dos casos suspeitos;
- Orientar e recomendar medidas de controle e prevenção da doença, de forma ativa, imediata e oportuna;
- Estabelecer cuidados para redução do risco geral de contaminação pelo COVID-19 aos profissionais envolvidos nos atendimentos e protocolos relacionados;
- Promover ações de educação em saúde;
- Orientar na divulgação das informações.

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.1 Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus está sendo construída à medida que as informações recebidas dos países, são consolidadas e evidenciadas tecnicamente e cientificamente. Como base utilizou – se as informações sobre SARS-CoV, MERS-CoV e COVID-19 (nunca ocorrido no Brasil) além dos planos de Vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG).

3.2 Definições de casos de infecção humana pelo 2019-nCov

a) Caso suspeito

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

Situação 2: Febre[1] **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) **E** histórico de contato próximo[3] de caso suspeito para o coronavírus (2019-nCoV), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintoma; **OU**

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

b) Caso provável

Caso suspeito que apresente resultado laboratorial inconclusivo para 2019-nCoV **OU** com teste positivo em ensaio de pan-coronavírus.

c) Caso confirmado

Indivíduo com confirmação laboratorial conclusiva para o novo Coronavírus (COVID-19), independente de sinais e sintomas.

d) Caso descartado

Caso que não se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado laboratorial negativo para 2019- nCoV **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

e) Caso excluído

Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação, o registro será excluído da base de dados nacional.

---

[1] **Febre** pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes crianças, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.
[2] **Transmissão Local:** É definido como transmissão local, a confirmação laboratorial de transmissão do COVID-19 entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado.
[3] **Contato próximo** é definido como: estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

3.3 Definições e Observações

A) Febre:

- Considera-se febre temperatura acima de 37,8ºC;
- Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo: em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. 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.

B) Contato próximo de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19:

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);

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

C) Contato domiciliar de caso suspeito ou confirmado de COVID-19:

- Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se o ambiente e o tempo de exposição.

3.4 Notificação imediata

Os casos suspeitos, prováveis e confirmados devem ser notificados de forma imediata pela Rede Assistencial Pública em todos os níveis de atenção (até 24 horas) à CIEVS Palmas por meio do telefone 24 horas **0800 642 7300/ (63) 9 9241 4832 / (63) 3218 1785**. Orienta-se utilizar o formulário FormSUScap, em anexo, que deverá ser preenchido manualmente. A CIEVS Palmas que procederá à inserção do caso em sítio eletrônico específico disponibilizado pela SVS/MS. Os casos que atendem a definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados concomitantemente no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – Gripe).

As notificações de casos suspeitos do novo coronavírus devem respeitar a hierarquia do SUS que ressalta que a Vigilância Epidemiológica do Município e do Estado deve ser informada. Ambas dispõem de estrutura e fluxos para receber as notificações de emergências epidemiológicas dos casos suspeitos do COVID-2019.

3.5 Formulário FormSUScap COVID-19

O formulário **FormSUScap COVID-19** deve ser utilizado para envio das informações padronizadas sobre casos suspeitos do **COVID-19** pelos serviços públicos e privados.

Todas as informações inseridas serão disponibilizadas em tempo real para a Rede CIEVS que será responsável para encaminhar a autoridade local responsável. (http://bit.ly/2019-ncov).

Por determinação da OMS os países devem enviar informações padronizadas de casos suspeitos que ocorram no território. Considerando a inexistência de sistema de informação, o Ministério da Saúde recomenda que todos os casos notificados nos Estados, Distrito Federal e Municípios, sejam transcritos para esse formulário em até 24 horas a partir do conhecimento do caso.

O arquivo gerado pode ser salvo ao final da submissão do formulário eletrônico. O código para registro de casos, conforme as definições do CID 10 - Infecção humana pelo novo Coronavírus (2019- nCoV), será o B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada.

Ao preencher o formulário eletrônico de notificação, a ficha deverá ser salva em formato PDF e enviada eletronicamente para a autoridade local, caso a notificação seja de unidade privada ou pública.

3.6 Registro

O Brasil possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da influenza distribuídas em serviços de saúde, em todas as unidades federadas do País que monitoram a circulação do vírus através de casos de **Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** que estejam hospitalizados.

Os casos que atendem a definição de caso de **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG1) devem ser notificados concomitantemente no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP – Gripe).**

Considerando a insuficiência de informações sobre o espectro clínico da doença e características epidemiológicas, os casos suspeitos devem ser registrados também no **Sistema de Informações de Agravos de Notificação**, na ficha de notificação individual **(http://bit.ly/sinan-notificacaoindividual).**

3.7 Meios Telefônicos

Meio Telefônico local: As notificações de casos suspeitos do novo coronavírus devem respeitar a hierarquia do SUS que ressalta que a Vigilância Epidemiológica do Município e do Estado deve ser informada. Os contatos telefônicos para informar a Vigilância Municipal é **(63) 3411-7033. Meio eletrônico:** notificação por meio do correio eletrônico da Vigilância Municipal **(vig-epidemiologica.semus@araguaina.to.gov.br)**

Meio Telefônico Municipal para resultados de exames do COVID: (63) 99942-2210; (63)99973-9762.

Meio Telefônico Estadual: Os contatos telefônicos para notificar ao CIEVS Estadual 0800 **642 7300/ (63) 99241- 4832 / (63) 3218 - 1785 Meio eletrônico:** notificação por meio do correio eletrônico do CIEVS Estadual (notifica.tocantins@gmail.com).

Nos hospitais que tem instituído o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), os profissionais de saúde do setor devem ser informados com a maior celeridade possível a suspeita de casos para seguir os fluxos estabelecidos a Portaria SESAU/Nº 833, de 11 de agosto de 2015, que dispõe sobre a regulamentação dos NVEH.

3.8 Período de Incubação

O período médio de incubação da infecção por 2019 - nCoV é de 05 (cinco) dias, com intervalo que pode chegar até 16 (dezesseis) dias.

3.9 Transmissão

No início, muitos pacientes com surtos de doenças respiratórias causadas pelo novo coronavírus (2019 – nCoV) em Wuhan, na China, tinham alguma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos, sugerindo a disseminação de animais para pessoas.

No entanto, um número crescente de pacientes não teve exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. As autoridades chinesas relatam que a disseminação sustentada de pessoa para pessoa está ocorrendo na China. Casos em instituições de saúde como hospitais, também podem ocorrer. A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de 7 dias após o início dos sintomas.

No entanto, dados preliminares do 2019 - nCoV sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Ainda não há informações de quantos dias antes do início dos sinais e sintomas uma pessoa infectada pode transmitir o vírus.

3.10 Caso suspeito em serviço de Saúde

O serviço de saúde pública ou privado que atender um caso suspeito do COVID-19 deverá adotar os procedimentos de biossegurança notificando imediatamente à Vigilância Epidemiológica Municipal.

3.11 Investigação epidemiológica

Coletar informações detalhadas sobre o histórico de viagem para áreas afetadas pelo vírus a fim de, identificar possível Local Provável de Infecção (LPI).

Deve-se ainda, buscar no histórico de viagem, as atividades com possível exposição ao vírus como contato com indivíduo suspeito ou confirmado. Adicionalmente, recomenda-se registrar detalhadamente as manifestações clínicas apresentadas dos contactantes.

Os contatos de casos suspeitos identificados deverão ser monitorados por 14 dias após a última exposição conhecida. A partir das manifestações de sintomas compatíveis com o COVID-2019 os contactantes serão tratados como casos suspeitos.

3.12 Diagnóstico diferencial

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros.

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

4 EQUIPE DE RESPOSTA RÁPIDA - ERR

A Equipe de Resposta Rápida – ERR do Município de Araguaína, sob Coordenação da Vigilância em Saúde, é dividida em: Equipe de coleta de notificações, equipe de análise e digitação de notificações, equipe de monitoramento, equipe de investigação e equipe de coleta de testes para o COVID-19.

4.1 Equipe de coleta de notificações

Essa equipe é composta por 02 profissionais, ambas da área da saúde. A equipe realiza revezamento semanal, onde uma profissional por dia realiza a coleta das notificações em todos os locais de atendimento ao paciente de síndrome gripal, suspeito e confirmado de COVID-19.

Durante essa coleta é realizada uma análise de cada notificação, observando os campos em abertos e se necessário for, é solicitado seu devido preenchimento para o profissional responsável pelo estabelecimento público ou privado. A equipe

também realiza orientações para cada unidade notificadora, sobre os preenchimentos e a obrigatoriedade das mesmas.

Ao término das coletas as notificações são entregues para equipe de análises e digitação das notificações.

4.2 Equipe de análises e digitação das notificações

A equipe é composta por uma equipe multiprofissional: enfermeiros, médica veterinária, técnicos de informática e digitadores. São responsáveis por analisar e digitar todas as fichas recolhidas, e realizar o boletim epidemiológico municipal.

Ao chegar à Vigilância Epidemiológica, essas notificações são digitadas primeiramente no ESUS, para gerar o número de notificação, posteriormente em uma planilha de Excel, onde são registrados todos os dados da notificação e posteriormente é inserida no sistema COVID-ARN. É nesse sistema que toda a equipe se comunica, é onde a equipe de Monitoramento tem acesso as informações para que o paciente possa ser acompanhado.

O sistema COVID-ARN foi criado com o intuito de agilizar a busca por informação dos pacientes de forma individual e de otimizar em um contexto coletivo. A partir desse sistema poderão ser buscados dados epidemiológicos, além de permitir o tele – monitoramento de forma individual.

4.3 Equipe de monitoramento

O serviço de monitoramento da Secretária Municipal de Saúde acompanha os casos positivos para COVID-19 e seus contatos domiciliares a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48hs nos demais. O monitoramento e realizado por telefone e funciona 12 horas por dia, os seis dias da semana. O fluxograma do atendimento da equipe consta no anexo XIX.

Composta por 15 profissionais de nível superior e médio (enfermeiros, psicólogos, cirurgião dentista, médico, assistente administrativo).

4.3.1 Recomendações para alta de casos suspeitos de Síndrome Gripal e casos confirmados de COVID-19 em Araguaína - TO

Considerando que as orientações para afastamento e retorno às atividades no caso de profissionais de saúde e segurança pública em atividade, bem como seus contatos domiciliares, são descritas no protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde, versão 9, em que se estabelece:

A. Profissionais contactantes domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal

- Contactantes domiciliar: seguir recomendação descrita na tabela abaixo.
- Contactantes não domiciliar: sem recomendação de afastamento.

Tabela 12. Recomendações para profissional de saúde que é contado domiciliar de pessoa com sintomas de Síndrome Gripal

	TESTE POSITIVO	TESTE NEGATIVO
Caso do domicílio realizou teste (RT-PCR ou sorológico*)	Profissional de saúde mantém 14 dias de afastamento, a contar do início dos sintomas do caso	Retorno imediato ao trabalho, desde que assintomático
Teste indisponível	Afastamento do profissional por 7 dias, a contar do início dos sintomas do caso. Retorna ao trabalho após 7 dias, se permanecer assintomático	

Fonte: Ministério da Saúde.
*Teste sorológico deve ser feito a partir do oitavo dia do início dos sintomas

B. Profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal (febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória)

- Deve afastar-se do trabalho imediatamente.
- O retorno ao trabalho deve atender a uma das condições descritas abaixo.

Tabela 13. Recomendações para profissional de saúde com sintomas de Síndrome Gripal

DISPONIBILIDADE DE TESTE	CONDIÇÃO DE RETORNO AO TRABALHO	OBSERVAÇÕES
Teste disponível (RT-PCR ou sorológico)	Teste negativo	Condições necessárias para realização do teste **sorológico** em profissional de saúde: • A partir do oitavo dia do início dos sintomas **E** • Mínimo de 72 horas assintomático* Se teste positivo, o profissional deverá cumprir 14 dias de isolamento domiciliar, a contar do início dos sintomas
Teste indisponível	- Mínimo de 72 horas assintomático **E** - Mínimo de 7 dias após o início dos sintomas	Usar de máscara cirúrgica ao retornar ao trabalho, mantendo o seu uso por até 14 dias do início dos sintomas

Fonte: Ministério da Saúde.
*A necessidade de atingir 72hs de período assintomático para os profissionais, antes da realização do teste, se deva a evidência de redução importante da viremia após 72 horas do fim dos sintomas [26]. Essa medida permite que o grau de transmissibilidade do profissional seja reduzido, mesmo na eventualidade de um resultado falso-negativo.

Considerando reunião realizada com Time de Resposta Rápida de Enfretamento ao COVID-19 no dia 20 de maio de 2020 onde foi discutido sobre as recomendações de alta do isolamento, fica estabelecido com data retroativa do dia 08 de maio de 2020:

O reconhecido com a utilização dos mesmos critérios listados acima para fins de afastamento e retorno às atividades laborais, os seguintes profissionais:

- Não profissionais de saúde de nível fundamental, médio e superior que desempenham suas atividades em qualquer instituição pública ou privada de saúde e segurança pública ou privada;
- Profissionais de saúde e segurança pública ou privada em atividade da gestão.

Paciente positivo receberá alta com 14 dias mesmo que tiver seu (s) contato (os) domiciliar (es) positivo (os) para COVID-19 posteriormente.

Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precauções de isolamento para paciente, o caso notificado e somente seu isolamento deve ser reiniciado pelo período de 14 dias.

Contatos de pacientes positivos que se mantenham assintomáticos por 14 dias não reiniciam seu isolamento, mesmo que outra pessoa da casa inicie com sintomas durante o período.

C. Será critério para alta do isolamento domiciliar para os demais pacientes que não se enquadram como profissional de saúde e segurança pública:

- 14 dias de isolamento domiciliar;
- Ausência de sinais e sintomas de gravidade;

- Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica;
- Paciente positivo receberá alta com 14 dias mesmo que tiver seu (s) contato (os) domiciliar (es) positivo (os) para COVID 19 posteriormente;
- Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precações de isolamento para paciente, o caso notificado e o somente seu isolamento deve ser reiniciado pelo período de 14 dias;
- Contatos de pacientes positivos que se mantenham assintomáticos por 14 dias não reiniciam seu isolamento, mesmo quem outra pessoa da casa inicie com sintomas durante o período.

Será considerado para fins de alta do isolamento domiciliar e atestado médico o período de 14 dias a contar da data ZERO de início dos primeiros sintomas. Devendo o paciente sair do isolamento no 15° dia.

Para pacientes assintomáticos que não possuem registro de data de primeiros sintomas, será considerada a data da notificação a base para a emissão do termo de isolamento e atestado médico ou a última exposição conhecida.

4.3.2 Recomendações para monitoramento de casos suspeitos de Síndrome Gripal e casos confirmados de COVID-19 em Araguaína – TO para Equipe de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde- SMS.

Considerando que até a data de 14 de maio de 2020 todos os casos suspeitos de Síndrome Gripal eram monitorados via telefone pela equipe de monitoramento da SMS, a cada 24h em pessoas com m ais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48hs nos demais.

Considerando que todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar, portanto faz-se necessário o fornecimento de atestado médico até o fim do período de isolamento, isto é, 14 dias a partir do início dos sintomas.

Considerando que em referência à Portaria Nº 454 de 20 de março de 2020, que define as condições de isolamento domiciliar, é importante esclarecer que o documento recomenda o isolamento das pessoas com qualquer sintoma respiratório, com ou sem febre, buscando a adoção das medidas de isolamento de maneira mais precoce possível.

Considerando que para **diagnóstico e notificação de Síndrome Gripal** (e demais medidas correspondentes previstas no protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde, versão 9, a serem adotadas pelos serviços de saúde), é necessário seguir critérios atuais que **exigem a presença de febre.**

Considerando que muitas pessoas no nosso município realizam testes de SWAB e teste rápido sem nenhum histórico anterior e recente de sintomas, mas que para serem testadas precisam ser notificadas com Síndrome Gripal.

Considerando que no caso da população economicamente ativa sem condições de risco, o protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde, versão 9, **sugere** a manutenção do isolamento domiciliar até o limite de 14 dias após o início dos sintomas, mesmo com o resultado negativo do teste.

Considerando reunião realizada com Time de Resposta Rápida de Enfretamento ao COVID-19 no dia 20 de maio de 2020 onde foi discutida a temática de redefinição de casos monitorados, fica estabelecido:

Pacientes que antes do dia 14 de maio de 2020 eram acompanhados conforme fluxo de atendimento da equipe de monitoramento, anexo XIX, receberão uma última ligação pela equipe, e serão orientados a procurar atendimento se pioras nas UBS Albeny Soares de Paula ou UBS José de Souza Rezende ou UBS Dr. Raimundo Gomes Marinho, com funcionamento de 7 a 19 horas. Durante o final de semana, uma das UBS de referência para o COVID fica aberta para o atendimento ao público, com pacientes de sintomas leves, no período diurno, juntamente com o Hospital Municipal de campanha que atenderá durante 24 horas.

Será REALIZADO UM ÚNICO MONITORAMENTO pela equipe de monitoramento da SMS para pacientes com Síndrome Gripal encaminhados entre os dias 15 a 21 de maio de 2020, por já estarem aguardando o contato. Para esses pacientes deverá ser orientado:

Isolamento domiciliar e sinais e sintomas de gravidade conforme protocolo do ministério da saúde; fluxo de sinais e sintomas de gravidade, e se apresentar ligar imediatamente para o Serviço de Atendimento de Urgência – SAMU no número 192; se os mesmo ou os contatos domiciliares iniciarem com sintomas deverá procurar atendimento nas UBS Albeny Soares de Paula ou UBS José de Souza Rezende ou UBS Dr. Raimundo Gomes Marinho, com funcionamento de 7 a 19 horas; Paciente

deverá ser orientado a manter repouso, alimentação balanceada e boa oferta de líquido; Se critérios, agendar exame de testagem para COVID-19.

A partir da data de 22 de maio de 2020 a equipe de monitoramento da SMS receberá para início de monitoramento somente os pacientes com resultados de exame positivo para COVID-19, juntamente com seus contatos domiciliares.

Todas as informações das condições clínicas das pessoas da casa serão repassadas preferencialmente por uma única pessoa, para assim evitar o compartilhamento de celulares, e perda desnecessária de tempo pelo profissional que monitora o caso confirmado.

De acordo com o Boletim Epidemiológico/COVID-19 de 14 de março de 2020, são considerados:

CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19: uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

Fica estabelecido para fim de alta do monitoramento a data dos primeiros sintomas relatada pelo paciente no momento da consulta no primeiro atendimento. A data deverá ser registrada na notificação e encaminhada para essa equipe em sistema online de monitoramento juntamente com todos os ouros dados do paciente.

4.3.3 Orientações gerais

Divergências quanto ao registro da data de primeiros sintomas e a fala do paciente deverá ser avaliado pelo profissional médico do monitoramento a fim de ser dado a alta do isolamento.

O não monitoramento das pessoas com diagnóstico de Síndrome não exclui o isolamento domiciliar por 14 dias nem tampouco de seus contatos domiciliares, nem as recomendações de medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos preconizados pelo Ministério da Saúde feitas no momento do atendimento e assinada pelo paciente no termo de consentimento livre e esclarecido instituído no § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020.

Fica reforçado a responsabilidade de que todas as orientações no momento da consulta, de isolamento domiciliar, bem como de sinais e sintomas de gravidade e fluxo de atendimento ao paciente com Síndrome Gripal no município de Araguaína,

são de total responsabilidade dos profissionais de Saúde das Instituição Públicas ou Privadas responsáveis pelo atendimento.

Pacientes não residentes no município de Araguaína diagnosticados para COVID-19 serão encaminhados para seus municípios de origem para serem monitorados. Contatos domiciliares residentes em Araguaína deverão procurar atendimento para consulta médica nas UBS's de referência para COVID-19.

Pacientes hospitalizados terão seus contatos domiciliares monitorados. Após a equipe de monitoramento ser informado sobre a alta do paciente, o mesmo será acompanhado e receberá alta do isolamento pela médica da equipe, conforme critério médico, respeitando o limite mínimo de 14 dias.

Pacientes positivos para COVID-19 que evoluírem para óbito terão seus contatos domiciliares acompanhados pelas equipes de monitoramento da SMS (se paciente que evoluiu para óbito início com protocolo de medicação) e terão seus critérios de alta do isolamento domiciliar conforme a população geral, se não forem profissionais de saúde.

4.3.4 Apoio psicológico

A equipe de monitoramento conta com apoio de profissionais da psicologia. É ofertado a paciente positivos e contatos domiciliares atendimento psicológico de acordo com a demanda e necessidade dos mesmos. O atendimento e realizado por tele consulta, através de uma escuta qualificada gerando uma catarse e redundando em um equilíbrio psicoemocional. Todo o apoio psicológico é estendido aos familiares em situações de hospitalização e morte de seus entes queridos.

4.3.5 Condições de risco para acompanhamento diário pela equipe de monitoramento de Araguaína -TO

- Doenças cardíacas descompensadas;
- Doença cardíaca congênita;
- Cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, arritmias);
- Insuficiência cardíaca mal controlada;

- Cardiovasculopatias (incluindo hipertensão arterial sistêmica – à luz dos atuais conhecimentos existentes sobre Covid-19);
- Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- Doenças respiratórias descompensadas;
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Diabetes (conforme juízo clínico);
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- Fibrose cística com infecções recorrentes;
- Displasia bronco pulmonar;
- Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Pacientes em diálise;
- Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down);
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (corticoide, quimioterapia/radioterapia, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros;
- Gestantes em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- Crianças < 5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente as menores de 6 meses com maior taxa de mortalidade);
- População indígena;
- Pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação);
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
- Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, acidente vascular encefálico – AVE ou doenças neuromusculares);
- Imunossupressão associada a medicamentos (corticoide, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa), neoplasias, HIV/aids ou outros;

- Obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 em adultos).

4.4 Equipe de investigação

A equipe de investigação realiza busca ativa através da visita domiciliar na zona urbana e rural aos pacientes confirmados no qual não foi possível o primeiro contato via telefone para a entrega do resultado de exame, em casos suspeitos que necessitam de investigação previa sobre o histórico de contato com a doença, atende as demandas elencadas pela equipe de monitoramento e demandas externas de apoio à Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenação de Vigilância Epidemiológica. A mesma é composta por equipe multiprofissional, realizando assim as orientações sobre a doença, isolamento social, isolamento domiciliar, ações sanitárias, preenchimento de notificação de contatos sintomáticos e/ou assintomáticos e demais orientações necessárias para a quebra da cadeia transmissão da doença.

Devido à queda do número de casos novos de COVID-19, por volta do mês de setembro, a equipe foi desativada, retornando para seus locais de trabalho anteriormente.

4.5 Equipe de Coleta de testes para o COVID-19 (testes rápidos e Swab)

Devido à queda do número de casos novos para o COVID a equipe de coleta dos exames foi reduzida com os seguintes profissionais: Enfermeiros (01), técnicos de Enfermagem (02) e motoristas (01), instalada em espaço físico próprio, com equipamentos, suporte logístico e equipe técnica para atendimento aos casos suspeitos de coronavírus (COVID-19), funcionando 08 horas diárias de segunda a sexta-feira.

O funcionamento continua ligado diretamente a Coordenação Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Vigilância em Saúde, através da Assessoria e Articulação Técnica, com estrutura técnica, logística e operacional.

Hoje estão situados no prédio da antiga Unidade Corona Norte – rua colinas, nº716, onde possuem uma área física para seu funcionamento, e dotada de equipamentos necessários para o seu funcionamento, realizando os atendimentos em um carro exclusivo para o trabalho.

A equipe realiza coleta domiciliar em pacientes suspeitos do COVID-19 ou contatos de positivos que apresentem sintomas, sendo Swab no intervalo do 3° ao 7° dia de sintomas, e testes rápidos 8° ou até 12° dia do início dos sintomas.

4.6 Saúde dos trabalhadores da ERR

Como suporte para os profissionais que atuam nas equipes, o município de Araguaína conta com apoio de psicólogos e profissional de educação física. É realizado atendimento psicológico individual e em grupos, proporcionando ao trabalhador a elaboração de suas angústias e ansiedades provocadas pela atuação dos mesmos frente a COVID-19.

É ofertado também aos profissionais atendimento individual e coletivo por um profissional de educação física, onde é realizado exercícios de relaxamento e alongamentos.

Devido à queda do número de casos e a necessidade dos profissionais de educação física e psicólogos, retornarem ao atendimento ao público esse suporte foi desativado.

5 TELECOVID

5.1 Teleatendimento para a atenção primária (fluxo rápido)

A equipe é composta por:

1. Médica (o)
2. Enfermeira (o)
3. Operadores/atendentes
4. Analista de T.I.
5. Acadêmicos de enfermagem
6. Acadêmicos de medicina

Contam com o reforço da faculdade ITPAC com o internato de medicina e acadêmicos de enfermagem.

Esse atendimento ocorre através de uma combinação de WhatsApp e ferramentas Gsuite. O paciente ou cuidador, com sintomas de síndrome gripal, informa os dados: nome, CPF, nº SUS, UBS de atendimento e e-mail. Durante o contato com os operadores o paciente é orientado sobre o funcionamento do serviço

de Teleatendimento e em seguida é agendado para atendimento direto com o médico disponível. Após a avaliação o médico fará as orientações pertinentes como: medidas de precaução, procurar emergência ou acionar o SAMU.

O serviço funciona 12 horas por dia, os sete dias semana. Os pacientes que entrarem ao tratamento medicamentoso conforme protocolo, serão avaliados diariamente pelo Tele-COVID.

No mês de dezembro de 2020, com a diminuição do número de casos novos para COVID, esse serviço foi desativado.

_____

Funcionamento do fluxo de atendimento verificar o fluxo rápido nos anexos.

6. POSTO DE COLETA DE EXAMES PARA O COVID-19

O Município de Araguaína – TO, realizou a criação de um posto de atendimento para a coleta de teste do COVID-19 (Swab e testes rápidos). Essa unidade tem a função de realizar testes na população que foram atendidas nas UBS de referência e UPA, em casos leves suspeitos de COVID-19.

O paciente após o atendimento nas UBS de referências e/ou UPA, é encaminhado para o posto de coleta, com o pedido do exame (Swab ou teste rápido) e alguns documentos. Ao chegar ao posto de coleta serão aferidos os sinais vitais, como: temperatura, saturação, frequência cardíaca, pressão arterial (quando necessário).

Os documentos necessários para realizar o Teste Rápido e o RT - PCR (Swab) no posto de coleta são: Cópia da notificação, encaminhamento com a solicitação do teste e termo de isolamento. O pedido médico dos testes terá a validade de 24horas do horário da solicitação, após esse horário o paciente deverá retornar ao médico para uma nova avaliação.

A equipe de coleta será formada por dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem e funcionarão todos os dias da semana, das 7 às 19 horas.

Pacientes com sinais de gravidade como: saturação <95% em ar ambiente; sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória, piora nas condições clinicas de doenças de base, hipotensão, em crianças observar batimentos

de asas de nariz tiragem intercostal, desidratação e inapetência, não será realizada a coleta no posto de coleta e sim deverá ser encaminhada com urgência para UPA.

No mês de outubro de 2020, com a diminuição do número de casos novos para COVID esse serviço foi desativado.

_____

Funcionamento do posto de coleta verificar o fluxo de atendimento em anexos.

7 HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID.

O município de Araguaína, juntamente com a organização social ISAC – Instituto Saúde e Cidadania, estruturou o Hospital Municipal de Campanha - HMC para o COVID-19, para ajudar na fase de mitigação, possibilitando a capacidade de resposta hospitalar para o atendimento dos casos graves, adaptação e ampliação de leitos e áreas hospitalares, assim como a ampliação de leitos de UTI.

A unidade é composta de 05 leitos clínicos e 15 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP) para SRAG/COVID-19. É formada pela equipe médica, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, serviço social, psicólogos, farmacêutico, auxiliar de farmácia e equipes e apoio.

O HMC está estruturado para atender pacientes com quadros leves com fatores de risco ou casos moderados (FR > 23 < 30 ipm; SatO2 > 90% após cat. O2 / máscara / VNI / pronação; PaO2/FiO2 > 200; TC tórax < 50% acometimento; PCR>150; Linfo<800; DHL>300; Rx com infiltrado) na segunda fase de evolução da doença conforme protocolo institucional do ISAC, baseado em tratamento precoce com anticoagulação, corticoterapia, antibióticos, protocolo de pronação acordada e suporte ventilatório não invasivo com proteção com cápsulas de pressão negativa. O HMC funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. Hoje com atendimento ao público em geral (porta aberta).

O HMC realiza uma comunicação humanizada com os pacientes, onde promove contato virtual por vídeo chamadas para pacientes conscientes, realizando um boletim humanizado com protocolos específicos da instituição.

O Hospital foi estruturado para atender a população dos munícipes de Araguaína e dos municípios pactuados ao HMC: Goiatins, Campos Lindos, Colinas e Wanderlândia.

Após a alta do paciente o HMC, realiza orientação sobre o tratamento domiciliar, sobre a compra ou entrega de medicações para o uso domiciliar, entregam ‘’Kit da vitória’’ (máscaras, medicações) e orienta apenas um familiar para o momento.

No mês de abril/2021 a Secretaria de Saúde do Município realizou a solicitação ao governo do Estado para a inclusão dos leitos do município de Araguaína (gestão municipal) na relação de Hospitais e Leitos de Referência para atendimento exclusivo dos pacientes acometidos pela COVID-19, a serem pactuados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, com vista a disponibilidade dos leitos SUS e obtenção de autorização de financiamento por parte do Ministério da Saúde (habilitação), ampliação dos leitos, totalizando 20 leitos clínicos e 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI e 6 leitos de estabilização.

Todos os leitos clínicos e de estabilização serão regulados pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) do hospital, e 10 leitos de UTI regulados pela regulação Estadual e 10 leitos de UTI regulados pelo NIR do HMC.

Relação das Unidades Hospitalares dos Leitos Clínicos e UTI Adulto/Pediátrico SUS e Convênios/Particulares COVID-19 Disponível

FONTE: BANCO DADOS NIR- REGULAÇÃO COVID-19 ATUALIZADOS EM 13/05/2021

UNIDADE HOSPITALAR	LEITO CLINICO SUS COVID-19 DISPONIVEIS	LEITO CLINICO CONVÊNIO PRIVADO COVID-19 DISPONIVEIS	LEITO CLINICO ESTABILIZAÇÃO COVID-19 DISPONIVEIS	LEITO UTI/SUS COVID-19 DISPONIVEIS	LEITO UTI CONVÊNIO PRIVADO COVID-19 DISPONIVEIS	LEITO UTI PEDIATRICA SUS COVID-19 DISPONIVEIS
Hospital Regional de Araguaína-HRA	-	-	-	17	-	-
Hospital Dom Orione-HDO	-	32	-	15	12	-
Hospital Municipal Campanha - HMC	20	-	06	20	-	-
Hospital Municipal Eduardo Medrado-HMEM	03	-	-	-	-	06
Instituto Sinai	-	-	-	20	-	-
Hospital Doença Tropical-HDT-UFT	10	-	-	-	-	-
TOTAL	33	32	06	72	12	06

7.1 Protocolo de admissão, transferência e alta de pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo COVID-19 do Hospital Municipal Eduardo Medrado Unidade COVID.

O procedimento se aplica a todos os pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo Covid-19 com necessidade de admissão e transporte.

7.1.1 Critérios de inclusão

a) Febre com temperatura corporal > 37,8ºC;
b) Frequência Respiratória > 30 irpm;
c) SOP2: 50% ou PP com delta > 10 cm H20 ou EPAP > 10 cm de H20 para manter SPO2 > 94% ou FR ≤24 rpm; - PCO2 ≥ 50 mmhg e pH ≤ 7,35
f) Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica 30 Ml/Kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amino vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina); PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg/ sinais de hipoperfusão tecidual: Lactato > 36 c
g) Insuficiência Renal Aguda (Creatinina > 2 mg/dl ou diurese < 0,5 ml/ Kg/h nas últimas 2 horas)
h) Insuficiência Hepática;
i) Rebaixamento do Nível de Consciência;
j) Choque Séptico

7.1.2 Critérios de Exclusão

Não se aplica

7.2 Fluxo de Atendimento ao Paciente – Admissão

7.2.1 Pronto Atendimento

Acolhimento dos Pacientes com quadro de sintomas respiratórios com aplicação do check list de sintomas do COVID -19 (Febre , Tosse, Perda de olfato, Perda do paladar , Fraqueza, Perda do apetite, Diarreia , Vômito , Dificuldade de

engolir / sensação de “bolus”, Dores no corpo , Fadiga , Coriza/secreção nasal, Dor abdominal , Falta de ar), associação com fatores de risco (65 anos, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, problemas respiratórios, tratamento de câncer nos últimos 2 anos, uso de imunossupressores, obesidade) e estratificação do risco através de protocolo de classificação adaptado por meio da ferramenta NEWS.

7.2.2 Estabilização

Pacientes que passaram por avaliação médica na admissão com critérios para permanecer em observação na unidade, e apresente necessidade crescente de suplementação de O2, pouca resposta à VNI e pronação, NEWS modificado COVID > 7. E/ ou aguardam resultado de RT –PCR, ou pacientes confirmados (RT-PCR Positivo) que aguardam disponibilidade de leito de UTI. Necessidade de Preenchimento de AIH para pacientes com tempo de permanência superior a 24 horas.

7.2.3 Enfermaria Clínica

Alocação de pacientes com quadro leve com comorbidades ou moderados, com resultado de RT- PCR positivos.

Com os seguintes achados: FR > 23 < 30 ipm SatO2 > 90% após cat. O2 / máscara / VNI / pronação PaO2/FiO2 > 200 TC tórax 150; Linfo300 RX com infiltrado. Descompensação leve de comorbidades para internação de pacientes em leito clínico, se faz necessário o contato médico (direto/ telefônico) para passagem do quadro clínico e autorização. Necessidade de Preenchimento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar)

7.2.4 Unidade de Terapia Intensiva - UTI

Solicitação de leitos de UTI – Central Estadual de Regulação (SER).

Pacientes com gravidade clínica: FR > 30 ipm SatO2 < 90% após cat. O2 / máscara / VNI / pronação, PaO2/FiO2 < 200, TC tórax > 50% acometimento, ventilação mecânica, choque/SIRS, descompensação moderada/grave de comorbidade.

7.2.5 Exames a serem solicitados na internação

Os exames a serem solicitados na internação relaciona-se com os achados clínicos do paciente e tomada de decisão médica para critérios de diagnóstico, sendo minimamente: Admissionais: RX tórax, ECG, Hemograma, Ureia, Creatinina, DHL, PCR, gasometria arterial, lactato, TGO, TGP, TP, TTPa. Piora clínica: novos exames conforme quadro clínico. Melhora clínica: novos exames em 72h: RX tórax; DHL, PCR.

Demais exames e outros métodos diagnósticos a critério do profissional médico a partir da avaliação clínica criteriosa.

7.2.6 Protocolo de Admissão em UTI

Para o enfrentamento da COVID-19, o Hospital Municipal de Campanha de Araguaína contém 20 leitos de UTI COVID, sendo 10 leitos com financiamento Estadual e 10 leitos com financiamento Municipal. O protocolo de admissibilidade nos leitos de UTI, tem por referência o protocolo elaborado pela Central de Regulação Estadual que utiliza critérios de priorização para o acesso a todos os leitos de UTI. O Protocolo em questão utiliza, além dos critérios de prioridade, os critérios clínicos de inclusão, levando-se em conta o potencial de assistência ofertada ao paciente no seu local de origem com o intuito de se garantir a assistência ao paciente.

Este protocolo tem sido adotado para todos os leitos de UTI independente do seu tipo de financiamento e que utiliza critérios de priorização. Quais sejam:

- Prioridade 01: Paciente em suporte avançado de vida, em uso de ventilação mecânica e de drogas vasoativas;
- Prioridade 02: Paciente em oxigenoterapia contínua;
- Prioridade 03: Paciente com comorbidades e com possibilidade terapêutica limitada;
- Prioridade 04: Paciente em que as possibilidades terapêuticas são insuficientes para promover a vida. Insta observar que, diante do enfrentamento a COVID-19, a unidade tem adotado como referência o protocolo de estratificação de casos moderados e graves, elaborado pela Central de Regulação Estadual

considerando o quadro clínico de cada paciente com COVID 19, conforme anexo. Igualmente, o protocolo utiliza além dos critérios de prioridade citados acima, critérios clínicos de inclusão e o potencial da assistência ofertada ao paciente no local de origem, para que desta forma seja garantida a assistência ao mesmo. Informações se estão sendo utilizados somente os critérios da Resolução CFM nº 2.156/2016.

7.2.7 Critérios de Alta

Orientação sobre tratamento domiciliar. Orientar compra ou entregar medicações para uso domiciliar.

7.2.8 Enfermaria e Estabilização

SatO2 estável (>96%; individualizar conforme doenças de base e idade) sem suplementação de O2 > 24 horas após redução gradual de suplementação; Ausência de febre > 48 horas; Exames laboratoriais sem alterações ou melhora em relação aos anteriores.

7.2.9 UTI

SatO2 estável com suplementação máxima de cateter até 5 l/min >24 horas; Ausência de febre >48h; Exames laboratoriais estáveis ou em redução > 48 horas; Ausência de complicações agudas de qualquer sistema.

7.2.10 Critérios para Transferência para UTI Geral

Casos crônicos com sequelas secundárias sem condições clínicas de alta da UTI: Entre 14 e 20 dias do início dos sintomas e sem previsão de melhora clínica, resultados de 2 RT-PCR negativos com intervalo de 24 horas. Ou 20 dias do início dos sintomas e pelo menos 24 horas sem febre.

8. HOSPITAL MUNICIPAL Drº EDUARDO MEDRADO DE ARAGUAÍNA – TO.

Inaugurado em 2009, o Hospital Municipal de Araguaína Dr. ° Eduardo Medrado, é referência em Pediatria para toda a região macro norte de saúde do Estado do Tocantins. Oferta os serviços de UTI pediátrica, internação pediátrica, cirurgias pediátricas eletivas e de urgência/emergência e, em 27 de setembro de 2019 um marco institucional com a realização das primeiras cirurgias cardíacas infantis congênitas no Tocantins, com esse feito, o Tocantins passou a ser um dos poucos estados a realizar procedimentos como esse, que são considerados de alta complexidade.

A unidade é gerida pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC possui 61 leitos, sendo enfermaria clínica com 28 leitos, enfermaria cirúrgica com 10 leitos, enfermaria de isolamento com 07 leitos, estabilização com 06 leitos e UTI com 10 leitos. Recebe pacientes encaminhados da Unidade de Pronto Atendimento Anatólio Dias Carneiro-UPA 24H e de outras cidades pactuadas com o Município.

A UTI Pediátrica do Hospital Municipal de Araguaína recebe pacientes de todos os lugares do Tocantins. O desempenho dos profissionais e equipamentos é positivo, com a rotatividade dos leitos adequada às necessidades dos pacientes e com um modelo de assistência técnica que humaniza o ambiente. A presença dos pais é permitida 24 horas, caso desejem e contam com equipes Médicas, de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional em constante capacitação e respeitando as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O hospital dispõe de uma área isolada ANEXO COVID, com 09 leitos totais, sendo eles 06 leitos de UTI e 03 leitos clínicos. O primeiro atendimento foi no dia 12 de abril de 2020, a equipe é composta por: 04 Técnicos em enfermagem, 01 enfermeiros, 01 médico, 01 fonoaudiólogo, 01 fisioterapeuta e demais colaboradores de apoio. Como se trata de pacientes pediátricos, os mesmos possuem o direito ao acompanhante, cada acompanhante fará uso dos equipamentos de proteção individual – EPIs durante a internação do paciente, não podendo fazer troca de acompanhantes (contatos próximos). Aos demais familiares o boletim médico será informado diariamente, juntamente ao familiar acompanhante. Após a alta do paciente são realizadas orientações e registrado no prontuário.

No dia 08 de julho de 2020 a UTI foi habilitada, passando a ser regulada pelo Estado, devido ser o único hospital infantil habilitado, deverá receber pacientes de todo o estado do Tocantins. Os pacientes em leitos de enfermaria são regulados pelo Núcleo Interno de Regulação - NIR, advindos da UPA e/ou dos Municípios pactuados.

9 LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO TOCANTINS - LACEN

9.1 Orientações para a coleta de amostras

O sucesso do diagnóstico é influenciado pela qualidade do material biológico coletado, do acondicionamento e transporte até o processamento laboratorial. Nesse sentido a recomendação é pela observação quanto às informações e orientações estabelecidas e disponibilizadas pelo LACEN-TO junto aos Kits de Coleta de Swabs Combinados disponibilizados para coleta de amostras de pacientes suspeitos. Atualmente a recomendação do Ministério da Saúde é da coleta de duas (2) amostras respiratórias na suspeita de COVID-19, devendo seguir o protocolo para a coleta de espécimes de Influenza. **As duas amostras deverão ser encaminhadas com URGÊNCIA ao LACEN**.

Orienta-se a coleta de Swab de Nasofaringe e orofaringe (Swabs combinados (nasal/oral)) OU coleta de aspirado de nasofaringe (ANF) OU Coleta amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco alveolar).

9.2 Técnica de coleta de Swab de nasofaringe e orofaringe (swabs combinados)

Coletar três (3) Swabs: um (1) Swab de orofaringe e dois (2) Swabs de nasofaringe, sendo um (1) de cada narina;

- ✓ O Swab de orofaringe – Colher Swab na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua (Figura 1B);
- ✓ O Swab de nasofaringe – A coleta deve ser realizada com a fricção do Swab na região posterior do meato nasal tentando obter células da mucosa (Figura 1A). Coletar Swab nas duas narinas (um (1) Swab para cada narina).

- Após a coleta, **inserir os três (3) Swabs em um ÚNICO TUBO de polipropileno** ou no **tubo Falcon;**

- **Cada tubo é considerado uma amostra**, portanto o procedimento deve ser repetido para que seja atingido o número de duas amostras;
- Identificar os tubos com o nome completo do paciente e data de nascimento;
- Certifique-se de fechar bem os tubos, não colocar fita durex ou similares para lacrar o tubo, pois são ineficazes e aumentam o risco de contaminação caso exista vazamentos;
- Para evitar vazamentos guarde os tubos bem rosqueados e armazene-os em pé, inclusive no transporte;
- 'As amostras devem ser mantidas refrigeradas (2 – 8°C) e devem ser processadas em um prazo entre 24 e 72 horas após a coleta.

Figura 1: técnica para a coleta de Swab combinado; Figura 2 - Técnica para coleta de Swabs combinados.

Figura 1 : coleta de secreção de nasofaringe

Figura 2 : coleta de secreção de orofaringe

Fonte: Brasil, 2014.

9.3 Acondicionamento das amostras

As amostras devem ser mantidas sob refrigeração (4° - 8°C) e devem ser processadas em um prazo de até 72 horas após a coleta. Portanto, enviar ao LACEN-TO em até 24 horas após a coleta para viabilizar o processamento da mesma.

Os serviços de saúde que possuírem freezer a -70°C, na impossibilidade de envio dentro desse período, devem congelar as amostras em freezer a -70°C assegurando que mantenham está temperatura até o envio ao LACEN-TO.

A partir do mês de janeiro de 2021 as análises dos exames de Swab, colhidos em Araguaína, passaram a serem realizados no próprio município no Laboratório de Saúde Pública de Araguaína (LSPA).

9.4 Transporte e envio de amostras

- As amostras devem ser colocadas em caixas (térmicas) com paredes rígidas e com temperatura adequada de refrigeração (4°C a 8°C) até que a amostra chegue ao LACEN-TO;
- Certificar de que os tubos estejam em pé e alocados e uma grade fixa;
- As amostras devem ser cadastradas antes de serem enviadas ao LACEN-TO como “Vírus Respiratório” e descrito na observação: “suspeita do 2019-nCoV”;
- Imprimir o cadastro do GAL junto à ficha de notificação e enviar ao LACEN-TO;
- Certificar de que o tubo esteja identificado com letra legível e se possível com etiquetas impressas.

A partir do mês de janeiro de 2021 as análises dos exames de Swab, colhidos em Araguaína, passaram a serem realizados no próprio município no Laboratório de Saúde Pública de Araguaína (LSPA).

10 RECOMENDAÇÕES PARA A COLETA DE AMOSTRAS EM SITUAÇÃO DE ÓBITO

10.1 Ocorrências hospitalares

Em óbitos[1] de casos suspeitos que ainda não foi coletado nenhum tipo de exame para COVID-19, deverá ser realizado a coleta de 02 amostras respiratórias (Swab Flu) antes do preparo do corpo. Durante a embalagem do corpo, que precisa ocorrer no local de ocorrência do óbito, recomenda-se manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos. Preferencialmente, identificar o corpo com nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica.

10.2 Ocorrências domiciliares e em instituições de moradia

O SAMU após constatar o óbito, identificando que o óbito é por causa natural encaminhará o caso a equipe das UBS e ao POP conforme o horário do óbito, repassando a informação de caso confirmado ou suspeito de COVID-19.

Realizar levantamento de informações com os familiares / SAMU sobre a causa do óbito, ao suspeitar de causa COVID-19 orientar a não manipulação do corpo e evitar contato direto.

Em caso do paciente falecido ser suspeito da COVID-19, o médico assistente deverá checar se há exame de COVID-19 em andamento, se não houver colher 02 amostras respiratórias (Swab) até 24 horas post-mortem. Em seguida deverá preencher a declaração de óbito com causa mortis à Critério do médico e na dependência das informações da Autópsia Verbal / Entrevista com a Família. As amostras coletadas serão entregues nas UBS de referência em casos de COVID-19.

O manejo com os corpos dos pacientes confirmados ou suspeito do novo coronavírus – COVID-19, e preenchimento do atestado de óbito, seguir as orientações do Protocolo do Manejo com os Corpos no Contexto do Novo Coronavírus – COVID-19 de Araguaína – TO.

10.3 Transporte e envio de amostras

- As amostras devem ser colocadas em caixas (térmicas) com paredes rígidas e com temperatura adequada de refrigeração (4°C a 8°C) até que a amostra chegue ao LSPA;
- Certificar de que os tubos estejam em pé e alocados e uma grade fixa;
- As amostras devem ser cadastradas antes de serem enviadas ao LSPA como “Vírus Respiratório” e descrito na **observação**: “suspeita do COVID-19”;
- Imprimir o cadastro do GAL junto à ficha de notificação e enviar ao LSPA;
- Certificar de que o tubo esteja identificado com **letra legível** e se possível com etiquetas impressas.

11 ATENÇÃO À SAÚDE

11.1 Acolhimento de casos suspeitos nas portas de entrada Unidade Básica de Saúde e rede Hospitalar

No acolhimento ou triagem investigar sinais e sintomas e histórico de viagens nacionais e internacionais entre os pacientes que apresentarem sintomatologia ou que tiveram contato com indivíduos com a suspeita do Novo Coronavírus (COVID-19). O mesmo deverá receber prioridade no atendimento e ser direcionado ao local definido para isolamento na Unidade. Orientar e fornecer ao paciente a máscara cirúrgica que deverá ser utilizada durante toda a sua permanência na Unidade.

No município de Araguaína, das 20 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 03 fazem parte das UBS de referência para o atendimento aos pacientes com síndrome gripal, suspeitos e confirmados para o COVID-19, sendo elas: UBS Albeny Soares de Paula que fica situada no setor Couto; UBS José de Sousa Rezende, situada no bairro Alto Bonito e UBS Drº Raimundo Gomes Marinho, situado no setor Maracanã.

11.2 Recepção

Minimizar ao Máximo O Tempo De Permanência De Casos Suspeitos na Recepção da Unidade de Saúde e Hospitalar.

11.3 Caso suspeito

- Acolher o paciente;
- Isolar precocemente com precaução padrão (máscara).

O preparo do corpo conforme citado nos óbitos hospitalares será de responsabilidade da funerária contratada pelo município, assim como o transporte. Os residentes com o falecido deverão receber orientações de desinfecção dos ambientes e objetos (uso de solução clorada 0,5% a 1,0%); Cuidados com óbito por COVID-19 observar o protocolo do manejo com o corpo do município.

11.4 Classificação de risco

- Realizar a classificação de risco ou triagem, investigando o histórico de viagens nacionais e internacionais entre os pacientes que apresentem sintomas de doença respiratória ou contato com indivíduos com suspeita;
- Orientar e fornecer ao paciente a máscara cirúrgica que deverá ser utilizada durante toda a sua permanência no hospital ou Unidade de Saúde;
- Todo o paciente que seja considerado caso suspeito, deve receber prioridade no atendimento sendo conduzida a unidade de isolamento.

11.5 Primeiro atendimento

- Enfermeiro;
- Médico;
- Investigar os sinais e sintomas apresentados conforme fluxo estabelecido;
- Definir necessidade de hospitalização, contrarreferência e ou tratamento domiciliar;
- Realizar Manejo Clínico.

11.6 Medidas de prevenção e controle Precauções padrão

Ainda não existe vacina para prevenir a infecção por 2019-nCoV. A melhor maneira de prevenir a infecção é evitar ser exposto ao vírus. Recomendam-se ações preventivas diárias a população em geral:

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;

- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência; esses são hábitos diários que podem ajudar a impedir a propagação de vários vírus, inclusive o novo coronavírus (2019 – nCoV).

12 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

12.1 Cuidados com o paciente

- Identificar precocemente pacientes suspeitos;
- Pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível;
- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização);
- Eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental);
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização (consultar tópico – Informações detalhadas);
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPI, deve ser reforçada pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente;
- Alguns casos confirmados ou suspeitos para o novo coronavírus podem não necessitar de hospitalização, podendo ser acompanhados em domicílio;
- A presença de qualquer sinal de alerta deverá determinar retorno e hospitalização imediata do paciente conforme Fluxograma de Atendimento Assistencial do Novo Coronavírus (COVID-19);
- Em casos graves a equipe da UBS/Médico, deverá acionar o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, onde o médico regulador avaliará o atendimento informando sua equipe para qual unidade hospitalar, esse paciente será encaminhado e os cuidados a serem realizados.

Os pacientes que se enquadram nos critérios de definição de caso suspeito deverão ser conduzidos de acordo com o que segue:

✓ **Casos Leves:**
Indivíduo que apresentar quadro de síndrome gripal (tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaleia) com febre baixa (37,5 – 37,8ºC) sem sinas de gravidade, sem desconforto respiratório e sem exacerbação de doenças de base.
✓ **Casos Moderados:**
Indivíduo que apresentar síndrome gripal (tosse, dor de garganta, mialgia, cefaleia) com febre moderada (37,9 – 38,5ºC), hipotensão (PA sistólica 38,5ºC), taquicardia, redução da diurese, evoluindo com desconforto respiratório, batimento de asas do nariz, redução da saturação de O2 (< 95%) e/ou exacerbação de doenças de base.
✓ **Casos Graves:**
Indivíduo que apresentar síndrome gripal (tosse produtiva, dor de garganta, mialgia, cefaleia) com febre alta (> 38,5ºC), taquicardia, redução da diurese, evoluindo com desconforto respiratório, batimento de asas do nariz, redução da saturação de O2 (< 95%) e/ou exacerbação de doenças de base.

Nos casos suspeitos em crianças, observar persistência ou retorno da febre, presença de sibilos, irritabilidade/choro, rebaixamento do nível de consciência, redução da diurese (<400ml em 24 hs) tiragem intercostal.

12.2 Transporte do paciente

Caso seja necessário o transporte dos pacientes atendidos nas UBS de referência, para qualquer outro atendimento, o mesmo será encaminhado pela equipe do SAMU. O médico de plantão realizará contato telefônico com o médico regulador do SAMU para definir a transferências do paciente, conforme o caso clínico.

12.3 Limpeza e desinfecção de superfícies

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas.

Os princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são a seguir descritos no Manual da ANVISA para a Limpeza e Desinfecção de superfícies (http://j.mp/anvisamanualdedesinfeccao), destacando-se:

- Proceder à frequente higienização das mãos;
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida;
- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar a varredura úmida, que pode ser realizada com mops ou rodo e panos de limpeza de pisos;
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.

Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no kit de limpeza e desinfecção de superfícies. Utilizar, preferencialmente, pano de limpeza descartável. Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.

Todas as superfícies próximas ao paciente (ex: grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição) e aquelas frequentemente tocadas (ex: maçanetas, superfícies de banheiros nos quartos dos pacientes) deverão passar pelo processo de limpeza e desinfecção.

Os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (ex: bombas de infusão, aqueles usados durante a prestação da assistência ao paciente) e os dispositivos móveis frequentemente movimentados para dentro e para fora dos quartos dos pacientes (ex: verificadores de pressão arterial e oximetria) também devem ser incluídos no processo de limpeza e desinfecção; especialmente se forem utilizados por pacientes suspeitos ou confirmados.

A frequência de limpeza das superfícies pode ser estabelecida para cada serviço, de acordo com o protocolo da instituição.

12.4 Atribuições dos serviços de saúde em relação aos EPIs

Compete aos serviços de saúde em relação ao EPI:

- Fornecer os EPI, gratuitamente, aos trabalhadores de acordo com os **RISCOS A QUE ESTÃO EXPOSTOS**;

- Orientar e treinar os trabalhadores sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- Substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- Responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica.

12.5 Atribuições dos trabalhadores em relação aos EPI

Compete aos trabalhadores em relação ao EPI:

- Usar, utilizando-o apenas para a finalidade a que se destina;
- Responsabilizar-se pela guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio, como por exemplo, o uso de máscaras molhadas ou amassadas.

13 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE PARA ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

13.1 Orientações para atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional

- Todos os pacientes suspeitos deverão utilizar máscara cirúrgica durante todo o transporte e os profissionais de saúde, equipamentos de proteção individual para precaução respiratória e de contato;
- Realizar/intensificar a higienização das mãos e utilização de preparação alcoólica;
- Realizar comunicação efetiva com o serviço que irá admitir o paciente;
- Em casos de procedimentos que possam gerar aerossol (IOT, aspiração e outros), está indicado o uso de máscara N95 pelos profissionais durante todo o transporte;
- Realizar a transferência do paciente somente mediante justificativa e com uso de máscara cirúrgica obrigatoriamente;
- Os veículos deverão melhorar sua ventilação para aumentar a troca de ar durante o transporte;

- Garantir um Transporte seguro e confortável para o paciente e para a equipe;
- Monitorar o paciente e prestar assistência quando necessária;
- Evitar manipulações desnecessárias para evitar possibilidade de contaminação da equipe/material;
- Durante o transporte realizar somente os procedimentos invasivos estritamente necessários à manutenção da vida. Caso utilize o respirador deve-se utilizar o filtro de barreira biológica com eficiência de filtração de 95%;
- Identificar todos os materiais que entraram em contato diretamente com o paciente;
- Evitar manipular caneta, telefone celular, óculos de grau ou outro objeto pessoal para evitar contaminação;
- Restringir o acesso da cabine ao salão da ambulância;
- Fazer a entrega do paciente no hospital de referência garantindo os cuidados de proteção às equipes receptoras.

13.2. Após o transporte

- Todo material utilizado no atendimento (roupas, seringas, cateteres e etc.) deve ser descartado no mesmo local onde a desinfecção da ambulância;
- A limpeza e desinfecção de superfícies internas do veículo deverão ocorrer após o transporte, podendo ser utilizado álcool 70%, hipoclorito de sódio 1% ou outro desinfetante adequado para esta finalidade.

13.3 Orientações para atendimento ambulatorial ou pronto atendimento

- Para agendamento de consultas, orientar pacientes a informar sobre sintomas de alguma infecção respiratória assim que chegar ao serviço de saúde para execução de ações preventivas tal como a disponibilização de máscara cirúrgica;
- Garantir a triagem e o isolamento rápido de pacientes suspeitos de infecção pelo Coronavírus ou outra infecção respiratória (febre, tosse);
- Orientar pacientes quanto à etiqueta respiratória, cobrindo boca e nariz com lenço de papel ao tossir ou espirrar; realizar higiene nasal com lenço descartável;
- Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca; e proceder a higienização das mãos;

- Disponibilizar insumos para higienização das mãos e dispensadores com preparação alcoólica nas salas de espera e pontos de assistência, incentivando a prática frequente;
- Promover lixeira com acionamento por pedal para o descarte de lenços de papel;
- Promover lenços descartáveis para higiene nasal na sala de espera;
- Promover máscara cirúrgica para pacientes com sintomas de infecção respiratória (tosse, espirros, secreção nasal, etc.). Os pacientes sintomáticos devem utilizar a máscara cirúrgica durante toda a sua permanência na unidade;
- Manter ambientes ventilados e realizar a limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos que tenham sido utilizados na assistência ao paciente e/ou tocados com frequência pelos pacientes;
- Orientar os profissionais de saúde quanto Ás medidas de precaução a serem adotadas;
- Não tocar em superfícies próximas ao paciente ou mesmo fora do ambiente do paciente com luvas ou outro EPI contaminado;
- Não transitar pelo serviço de saúde utilizando EPI. Estes deverão ser retirados imediatamente após a saída do quarto ou área de isolamento;
- Se necessário transferir o paciente para outro serviço, comunicar previamente o serviço referenciado.

Obs.: As precauções padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e devem ser implementadas em todos os atendimentos.

13.4 Orientações para Atendimento Hospitalar

13.4.1 Cuidados com o paciente

- Identificar e isolara precocemente pacientes suspeitos (precaução padrão, por contato e gotículas);
- Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até a sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível;
- Intensificar higienização das mãos, respeitando os 5 momentos de higienização;

- Imediatamente antes da entrada no quarto, disponibilizar insumos para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte;
- Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar equipamentos de proteção individual - EPIs (preferencialmente máscara N95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização);
- Eventualmente utilizar máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco;
- Protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/aventa;
- Nos casos em que forem necessários acompanhantes, orientar quanto à importância da higienização das mãos e utilização de máscara cirúrgica;
- A provisão de todos os insumos como sabão líquido, álcool gel e EPIs, deve ser reforçada pela instituição bem como, higienização do ambiente medidas de isolamento;
- O paciente deve ser mantido em isolamento respiratório em quarto privativo;
- O quarto deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória (gotículas) com a finalidade de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital;
- O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no atendimento do indivíduo no serviço de saúde.

13.4.2 Duração das Precauções e Isolamento

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

Para descontinuar medidas de precaução sempre considerar: presença de sintomas relacionados à infecção pelo COVID-19 data em que os sintomas foram resolvidos, outras condições que exigiriam precauções específicas (por exemplo,

tuberculose), outras informações laboratoriais que refletem o estado clínico, alternativas ao isolamento hospitalar, como a possibilidade de recuperação segura em casa.

13.4.3 Processamento de Roupas

Não há necessidade de ciclos de lavagem especial para roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados do Coronavírus, entretanto, ressalta-se que deve haver o mínimo de agitação e manuseio na retirada da roupa suja além de ser necessário acondicionar em saco plástico aquelas com grande quantidade de matéria orgânica, observando-se as medidas de precauções já estabelecidas.

Roupas provenientes de áreas de isolamento não devem ser transportadas por meio de tubos de queda.

13.4.4 Tratamento de Resíduos

Segundo informações até o presente momento, o COVID-19 pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3, seguindo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos/2017, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade. Deste modo, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados desta infecção devem ser enquadrados na categoria A1, conforme RDC nº 222/2018, sendo necessário acondicionamento em saco branco leitoso e identificado pelo símbolo de substância infectante.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Os vírus são inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro, deste modo preconiza-se a desinfecção com uma destas soluções após realização da limpeza; se a superfície apresentar matéria orgânica visível, recomenda-se que o excesso da sujidade seja removido com papel absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção desta. Tanto para limpeza quanto desinfecção é necessária a adoção das medidas de precaução já citadas (contato e respiratória).

Ressalta-se, que conforme a RDC/Anvisa nº 222/18, os serviços de saúde devem elaborar um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde-PGRSS, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observando suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

14 CASOS LEVES: MANEJO TERAPÊUTICO E ISOLAMENTO DOMICILIAR.

14.1 Manejo Terapêutico

Segundo o protocolo de manejo do Ministério da saúde os casos leves devem ser manejados com medidas não-farmacológicas como repouso, hidratação, alimentação adequada, além de analgésicos e antitérmicos e isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas. Diante da possibilidade de síndrome gripal por outros vírus, como a Influenza, indica-se o uso de Oseltamivir nos casos de síndrome gripal e fatores de risco para complicações.

A vigilância ativa e continuada desses pacientes que estão recebendo acompanhamento ambulatorial é a principal ferramenta para o manejo. É necessária a comunicação plena com um profissional de saúde da APS/ESF durante todo o cuidado doméstico do paciente até o fim do período de isolamento.

No município de Araguaína os pacientes positivos e suspeitos de COVID-19, são acompanhados por uma parte da Equipe de Resposta Rápida – ERR, onde realizam os monitoramentos, juntamente com as orientações sobre: O isolamento domiciliar, a piora do quadro clínico, cuidados em casa com roupas, banheiro e alimentação.

A revisão dos sintomas e o seguimento da evolução do quadro é realizada a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas.

Essa equipe também agenda os testes rápidos e Swab para aquele paciente que não tem como se deslocar-se até a Unidade Básica de Saúde- UBS. Durante esse monitoramento as orientações são realizadas para os contatos próximos (familiares residentes na mesma casa).

O tratamento medicamentoso ao paciente suspeito ou confirmado para COVID 19, é realizado conforme o quadro clínico do mesmo e a conduta médica.

14.2 Isolamento Domiciliar

Todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar, portanto faz-se necessário o fornecimento de atestado médico até o fim do período de isolamento, isto é, 14 dias a partir do início dos sintomas. Quanto ao cuidado doméstico do paciente, as condutas descritas na Tabela abaixo devem ser adotadas.

Em referência à Portaria Nº 454 de 20 de março de 2020, que define as condições de isolamento domiciliar, é importante esclarecer que o documento recomenda o isolamento das pessoas com qualquer sintoma respiratório, com ou sem febre, buscando a adoção das medidas de isolamento de maneira mais precoce possível. Contudo, para diagnóstico e notificação de Síndrome Gripal (e demais medidas correspondentes previstas nesse protocolo, a serem adotadas pelos serviços de saúde), é necessário seguir critérios atuais que exigem a presença de febre.

Os contatos domiciliares de paciente com SG confirmada também deverão realizar isolamento domiciliar por 14 dias seguindo as condutas descritas na Tabela abaixo - Precauções do cuidador. 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. O médico deverá fornecer atestado mesmo para as pessoas do domicílio que não estiverem presentes na consulta da pessoa com sintomas.

A pessoa sintomática ou responsável deverá informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, assinando um termo de declaração contendo a relação dos contatos domiciliares, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas. Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precações

de isolamento para paciente, o caso notificado e o período de 14 dias devem ser reiniciados.

Contudo, o período de isolamento das demais pessoas do domicílio é mantido. Ou seja, contatos que se mantenham assintomáticos por 14 dias não reiniciam seu isolamento, mesmo que outra pessoa da casa inicie com sintomas durante o período.

Medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos os pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS DESDE A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SINDROME GRIPAL		
Sempre reportar à equipe de saúde que acompanha o caso o surgimento de algum novo sintoma ou piora dos sintomas já presentes		
Isolamento do paciente	Precauções do cuidador	Precauções gerais
Permanecer em quarto isolado e bem ventilado; caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos); Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados; Utilização de máscara todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; Trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada; Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara; Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro; Sem visitas ao doente; O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.	O cuidador deve utilizar uma máscara quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos; Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas; Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua UBS. Realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível.	Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso; Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis; Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes; Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90ºC, deixe secar.

Fonte: WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019.

14.3 Afastamento de profissionais de saúde em grupos de risco

São consideradas condições de risco:

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica);
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Gestação de alto risco;
- Doença hepática em estágio avançado;
- Obesidade (IMC >=40).

Recomendação de afastamento laboral.

Em caso de impossibilidade de afastamento desses profissionais, estes não deverão realizar atividades de assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal. Preferencialmente deverão ser mantidos em atividades de gestão, suporte, assistência nas áreas onde NÃO são atendidos pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal.

No Dia 24 de setembro foi realizado uma nova PORTARIA Municipal de Araguaína, onde revogou o Decreto Municipal n°207 de 18 de março de 2020, que estabelecia trabalho na modalidade home office. Sendo assim os trabalhadores com comorbidades retornaram ao trabalho utilizando os cuidados gerais contra o COVID-19.

15 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

15.1 Componente: Vigilância em Saúde

Atribuições desenvolvidas pela Vigilância em Saúde:

- Assessorar a equipe de saúde na condução clínica do caso;

- Acompanhar através de contato telefônico as ações (investigação, busca ativa e medidas de controle);
- Encaminhar às Superintendências Municipais de Saúde os Memorandos, Plano de Enfrentamento das ações e notas informativas orientando as ações de prevenção e controle para disseminação do vírus;
- Fazer com que todos os casos sejam notificados e investigados em até 48 horas, **NÃO** descartar a suspeita de Influenza;
- Orientar sobre a conduta frente aos contatos próximos;
- Realizar a investigação in loco e adotar medidas de controle de acordo com a prévia avaliação de risco e preencher questionário de monitoramento para comunicantes. (Anexo: Questionário de monitoramento);
- Descrever o acometimento da doença segundo variáveis de tempo, pessoa e lugar;
- Identificar outros vírus respiratórios circulantes;
- Evitar transmissão do vírus para profissionais de saúde e contatos próximos;
- Buscar a integração dos setores público e privado (unidades hospitalares e de saúde, NVEH, NEP, CCIH e laboratórios) para a uniformidade das informações e da notificação em tempo oportuno para deflagração das medidas de controle.

15.2 Atribuições da Superintendência de Atenção Básica – SUPAB, Unidade Básica de Saúde - UBS e Outros Serviços de Saúde

- Prover a execução de acolhimento, fluxo, normas e rotinas para o atendimento das medidas de prevenção e controle;
- Articular com Faculdades e Atenção Especializadas capacitações para os profissionais de saúde sobre o manejo clínico adequado conforme protocolos pré-definidos;
- Disponibilizar equipe técnica para discussão da organização da rede de manejo clínico, fluxo de pacientes e capacitações de trabalhadores e notificações;
- Isolar precocemente os casos suspeitos (precaução padrão por contato e gotículas);
- Informar a Vigilância Epidemiológica sobre todos os casos notificados;
- Preencher o formulário de notificação obrigatório;

- Divulgar medidas de precaução e cuidados a todos os profissionais das UBS e Outros Serviços de Saúde;
- Intensificar as orientações de cuidados e precaução sobre a higienização das mãos;
- Suprir as Unidades Básicas de Saúde e Outros Serviços de Saúde com insumos (EPI's, sabão líquido e álcool gel);
- Realizar a contrarreferência dos pacientes aos demais pontos de atenção à saúde para a continuidade do cuidado, assegurando todos os critérios de segurança do paciente até a alta segura;
- Realizar a investigação durante a assistência ao paciente, preenchendo e orientando sobre o termo de isolamento domiciliar do paciente e contatos domiciliar;
- É de responsabilidade da Atenção à Saúde dos serviços Municipais as **Instituições de Moradias** (casa do idoso, abrigo Cantinho do Vovô, casa Ana Carolina, Casa de Prisão Provisória de Araguaína e outros).

15.3 Atribuições da Superintendência de Atenção Especializada – SUPAE, Unidade Pronto Atendimento – UPA e Hospital Municipal de Araguaína - HMA

- Prover a execução de acolhimento, fluxo, normas e rotinas para o atendimento das medidas de prevenção e controle;
- Articular com Instituição de Ensino/ Faculdades, Hospitais de Referência e Atenção Especializadas capacitações para os profissionais de saúde sobre o manejo clínico adequado conforme protocolos pré-definidos;
- Disponibilizar equipe técnica para discussão da organização da rede de manejo clínico, fluxo de pacientes e capacitações de trabalhadores e notificações;
- Acolher e classificar o paciente conforme seus sinais e sintomas de agravo bem como o histórico de viagens internacionais ou que teve contato com indivíduos contato de origem asiática;
- Isolar precocemente os casos suspeitos (precaução padrão por contato e gotículas);
- Informar a Equipe Resposta Rápida – ERR/ Vigilância Epidemiológica.
- Divulgar medidas de precaução e cuidados a todos os profissionais da Unidade;

- Preencher o formulário de notificação obrigatório;
- Realizar o contato com NIR para a regulação do leito;
- Realizar a transferência intra/extra hospitalar de forma segura;
- Suprir as Unidades de Cuidado (Pronto Atendimento e Isolamento) com insumos em geral;
- Realizar a limpeza concorrente e terminal do local do isolamento (duas vezes ao dia ou quando se fizer necessário);
- Realizar a limpeza e desinfecção do ambiente e das superfícies em todo o espaço em que o paciente teve contato;
- Assegurar o acondicionamento e transporte seguro dos resíduos;
- Divulgar medidas de precaução e cuidados a todos os profissionais da Unidade;
- Intensificar as orientações de cuidados e precaução sobre a higienização das mãos;
- Assegurar a provisão de todos os insumos (EPI's, sabão líquido e álcool gel);
- Disponibilizar na unidade de isolamento condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Realizar a contrarreferência dos pacientes aos demais pontos de atenção à saúde para a continuidade do cuidado, assegurando todos os critérios de segurança do paciente até a alta segura.

15.4 Atribuições Da Coordenação Municipal De Vigilância Sanitária De Aeroportos, Terminais Rodoviários

Na ocorrência de caso suspeito em aeronave, deverão ser adotados os seguintes procedimentos:

- A ocorrência de caso suspeito a bordo de aeronave deve ser comunicada previamente ao pouso no aeroporto de destino e a autoridade sanitária de PAF informada;
- O Posto da ANVISA realizará os procedimentos necessários para avaliação do caso e adoção das medidas necessárias. A aeronave pousa, mas não pode iniciar o desembarque;

- As autoridades sanitárias da ANVISA, já tendo acionado os órgãos responsáveis, vão a bordo em conjunto com o serviço médico e a vigilância do município do aeroporto para avaliar o paciente;
- O caso suspeito deve ser manejado na aeronave e informado ao aeroporto de destino, seguindo os protocolos e procedimentos da ANVISA, de acordo com as orientações dos órgãos Internacionais; se o médico descartar o caso a bordo, o desembarque dos passageiros é liberado;
- Caso a suspeita seja mantida, o passageiro doente será removido para o hospital de referência local;
- Se caracterizado como Caso Suspeito de COVID-2019, o Posto da ANVISA deverá notificar o caso ao CIEVS Estadual e Equipe de Resposta Rápida Municipal pelo telefone; (63) 99973 9762;
- Todos os demais passageiros seguem para uma entrevista com a Equipe de Resposta Rápida Municipal e Vigilância Epidemiológica para que possam ser monitorados, caso a suspeita seja confirmada posteriormente;
- Todos os passageiros devem ser incluídos como contactantes, devendo ser orientados sobre a doença e o isolamento domiciliar;
- Os contactantes deverão ser acompanhados pela Equipe de Resposta Rápida Municipal, Atenção Básica e CIEVS;
- Divulgar medidas de precaução e cuidados a todos os profissionais do Aeroporto e Terminais rodoviários;
- Orientar e recomendar medidas de controle e prevenção da doença, de forma ativa, imediata e oportuna.

16 VARIANTES DE SARS-COV-2 ENCONTRADAS NO BRASIL

Por meio do monitoramento utilizando sequenciamento de nova geração, realizado nos laboratórios de referência, sabe-se que a linhagem B.1.1.28 está em circulação no Brasil desde fevereiro de 2020, bem como a B.1.1.33, ambas sem alterações significativas na proteína Spike (espícula), também conhecida como proteína S. Porém, em janeiro de 2021, uma nova variante de atenção e/ou preocupação (VOC) foi identificada no território brasileiro, por meio de amostras coletadas a partir de dezembro de 2021, em Manaus/AM. A nova variante VOC P.1, pertencente à linhagem B.1.1.28, que também pode ser redigida como B.1.1.28.1, foi

notificada inicialmente em 9 de janeiro de 2021, pela autoridade do Japão à OMS. A notificação descreveu a identificação de uma nova variante em quatro viajantes provenientes de Manaus/Amazonas. Esta nova variante apresenta mutações na proteína Spike (E484K, N501Y e K417Y), na região de ligação ao receptor, que geraram alterações de importância biológica, ainda em investigação. Até fevereiro de 2021, já foram reportados diversos casos da nova variante no estado do Amazonas e em outras unidades federadas no território nacional. Outros casos da variante de atenção inicialmente reportada no Reino Unido, da linhagem B.1.1.17, também já foram identificadas no Brasil. A variante SARS-CoV-2 VUI 202012/1 (do inglês: Variant under Investigation, ano 2020, mês 12, variante 1), detectada no Reino Unido, conforme informado na nota técnica nº 126/2020-CGLAB/ DAEVS/SVS/MS do dia 31/12/2020, apresenta a possibilidade de maior transmissão entre humanos. Esta variante é definida por múltiplas mutações na proteína da espícula viral (Spike), a saber: deleção 69-70, deleção 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A e D1118H, mutações que pelo número e pelo tipo de substituições nos aminoácidos podem representar importantes alterações nos perfis de disseminação do vírus, mais estudos são necessários para confirmar estas hipóteses. Os kits de diagnóstico molecular podem sofrer em termos de detecção com estas mutações no que tange estratégias de amplificação que utilizem estes alvos no processo de amplificação. Considerando que os kits de amplificação utilizados no Brasil para o diagnóstico molecular do SARS-CoV-2 utilizam sondas voltadas para detecção dos genes E, RdRp, N e ORF1ab, informamos que estas mutações não interferirão nos resultados das amostras de pacientes infectados com a nova linhagem variante. Como medida de identificação e contenção, o fluxo de amostras relacionadas a pacientes provenientes do Reino Unido também foi estabelecido para identificação e caracterização destes potenciais alvos nos laboratórios de referência.

A rede de diagnóstico laboratorial do Brasil, incluindo Lacen, laboratórios de referência e laboratórios parceiros, utilizam os kits BiOMOL OneStep/COVID-19 IBMP, Allplex 2019-nCoV assay Seegen e kit molecular SARS-CoV2 (E/RP) Bio-Manguinhos, fornecidos pelo Ministério da Saúde. O kit BIOMOL OneStep/COVID-19 permite a detecção do RNA do SARS-CoV-2 através de dois alvos: região conservada ORF1ab e região da proteína do nucleocapsídeo N. O kit Allplex 2019-nCoV assay Seegene é um ensaio que foi projetado para detectar os genes RdRp e N específicos para o SARSCoV-2 e o gene E para todos os Sarbecovírus, incluindo o SARS-CoV-

2. No kit molecular SARS-CoV-2 (E/RP) Bio-Manguinhos, o gene E é selecionado como região alvo da amplificação. De acordo com o fluxo já estabelecido para vírus respiratórios, as amostras positivas em RT-qPCR para SARS-CoV-2, de pessoas provenientes do Reino Unido e demais países que observaram as VOC, devem seguir o trâmite normal de envio de amostras para o laboratório de referência para vírus respiratórios de sua abrangência, para a realização de sequenciamento genômico, conforme segue: AL, BA, ES, MG, PR, RJ, RS, SE e SC – enviar as amostras para a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/RJ. DF, GO, MS, MT, PI, RO, SP e TO – enviar as amostras para o Instituto Adolfo Lutz – IAL/SP. AC, AM, AP, CE, MA, PA, PB, PE, RN e RR – enviar as amostras para o Instituto Evandro Chagas – IEC/PA.

16.1 Reinfecções do COVID-19

Desde a identificação do agente etiológico causador da covid-19, em janeiro de 2020, na China, foram obtidos muitos avanços tecnológicos e científicos notáveis em curto período de tempo, contudo, tratando-se de uma enfermidade até então desconhecida, havia muitas incertezas a respeito de diversos aspectos essenciais para compreensão da dinâmica de transmissão e, consequentemente, das mais adequadas estratégias de vigilância e controle da doença. Um ponto sensível era a respeito à imunidade adquirida e sua persistência, e recentes estudos publicados admitem a possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 em um curto período de tempo. Mas ressalta-se que algumas situações devem ser discutidas antes de serem consideradas suspeitas de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2, tais como: erros na coleta do material para testagem diagnóstica, uso de testes com baixa sensibilidade e especificidade, diferenças na resposta imunológica dos indivíduos ao vírus e uso de medicamentos que podem debilitar o sistema imunológico dos pacientes, fazendo com que uma infecção que aparentemente estivesse curada corresponda à persistência de um mesmo episódio de infecção. A reinfecção por linhagens homólogas também é uma possibilidade, mas no atual cenário, e em virtude do conhecimento de que o vírus SARS-CoV-2 pode provocar eventualmente infecções por períodos prolongados de alguns meses, faz-se necessário determinar critérios de confirmação, como sequenciamento genômico, para comprovação de que se tratam de infecções em episódios diversos, por linhagens virais diferentes. Contudo, os

estudos e relatos existentes não permitem definir claramente aspectos essenciais como o período mínimo entre as duas infecções, as implicações da reinfecção na gravidade dos casos e os critérios laboratoriais mais adequados para confirmar o evento. No Brasil já vem sendo registrado alguns casos de reinfecção e nesse sentido foi observado a necessidade de sistematizar as informações, a fim de obter dados para compreensão do fenômeno e adequar os processos de vigilância, medidas de prevenção, controle e atenção aos pacientes.

16.2 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.

Nos casos suspeitos de reinfecção no município de Araguaína, o paciente que testou positivo por meio do exame RT-PCR, em um período de no mínimo 90 dias, entre um exame e outro. A equipe da Vigilância Epidemiológica do município, envia as informações sobre o paciente suspeito para a equipe do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – TO (CIEVS), onde será realizada a análises laboratoriais complementares.

16.3 DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE REINFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios, com ambas as amostras encaminhadas aos laboratórios de referência paras as respectivas análises laboratoriais complementares e que ao final tenha laudo confirmatório para reinfecção.

16.4 FLUXO DE NOTIFICAÇÃO

A notificação individual de casos que atendem a definição de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2, e que disponham de amostras biológicas, deve

ser realizada via unidade de atendimento à equipe de vigilância local. Em seguida, esta deverá notificar a equipe de vigilância do estado. O Lacen precisará buscar se existe amostra armazenada da primeira infecção. Para notificação dos casos é necessário que os formulários de requisições estejam cadastrados no GAL, acompanhados das respectivas fichas epidemiológicas e com os resultados obtidos no laboratório para exame de RT-PCR em tempo real para vírus SARS-CoV-2, com valores de CT (Cycle Threshold). Foi estabelecido fluxo de comunicação, entre o Ministério da Saúde e equipes da vigilância epidemiológica das unidades federadas, para o envio semanal de planilha consolidada, via e-mail, com a relação de casos que se enquadram na definição de caso suspeito e disponham da amostra para envio ao laboratório de referência para investigação laboratorial.

OBSERVAÇÃO: Caso não haja a disponibilidade das duas amostras biológicas, com a conservação adequada, a investigação laboratorial não poderá ser complementada, inviabilizando a análise do caso. Somente serão investigados os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 que possuírem as respectivas amostras biológicas para os devidos encaminhamentos aos laboratórios de referência, pois é necessário realizar o exame de sequenciamento genômico nas duas amostras para verificar se há diferença entre os vírus responsáveis pelos dois episódios da doença.

17 Vacinação contra o COVID-19

Em 17 janeiro de 2021 foram autorizadas duas vacinas covid-19 para uso emergencial no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, uma do laboratório Sinovac (China), em parceria com o Instituto Butantan, e outra do laboratório Serum (Índia), em parceria com a Universidade Oxford, cuja tecnologia faz parte do acordo entre o laboratório AstraZeneca e BioManguinhos/Fiocruz. A vacinação contra a covid-19 tem como objetivo principal evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento. Os estudos de fase III das vacinas covid-19 demonstraram eficácia global satisfatória contra a infecção pelo SARSCoV-2, sendo mais de 70% de eficácia para casos graves da doença, evitando assim a necessidade de hospitalização. Mundialmente, ainda não há disponibilidade de vacinas para a vacinação em massa contra a covid-19, de forma que os grupos com fatores de risco para agravamento da doença são prioritários para a vacinação. Maiores detalhes de população-alvo e estratégias para vacinação podem ser consultados no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-

19, disponível no sítio eletrônico **https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/ plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19**. Cabe destacar que ainda não há estudos que comprovem a efetividade da vacina como bloqueio da transmissão da doença, assim não há orientação para vacinação de bloqueio em caso de contactantes e/ou aglomerado de casos.

Considerando ainda a possibilidade dos surgimentos das variantes que impliquem em menor efetividade das vacinas covid-19 e o atual cenário de transmissão comunitária em todo país, ainda não é possível orientar o retorno às atividades regulares em indivíduos devidamente vacinados. Apenas após a vacinação de parcela expressiva da população e controle efetivo da pandemia será possível considerar o relaxamento de medidas de proteção individual, especialmente para os indivíduos pertencentes aos grupos de maior risco. Portanto, ressalta-se a necessidade de manutenção das medidas não farmacológicas na prevenção da infecção pelo vírus da covid-19, como: Distanciamento social, higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara em locais públicos na população em geral, assim como no ambiente de trabalho.

No município de Araguaína as vacinas contra o COVID-19, iniciaram no mês de janeiro de 2021. O município segue as estratégias contidas no Plano Nacional de Vacinação desenvolvido pelo Programa Nacional de Imunizações. O PNI optou pela seguinte ordem de priorização: preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos, seguido da preservação do funcionamento dos serviços essenciais e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção.

As vacinas são realizadas conforme Plano Municipal de Vacinação Contra o COVID-19.

18 REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 (2019-nCoV**), 30 jan. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública.** Boletim Epidemiológico 02. Brasília. 2020.

Brasil. **Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de influenza** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdf>.

Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência do Tocantins Novo Coronavírus (COVID-19) 3ª Versão**. Palmas. 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/496795/>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/07/plano-deresposta-emergencias-saude-publica-2014.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde | Capítulo 1 – Influenza**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_laboratorial_Influenza vigilância_influenza_brasil.pdf>.

Brasil, Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clinico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária a Saúde. Versão 7**, abril 2020, **versão 9**, maio de 2020. Disponível em: <//http//portalarquivos.saude.gov.br/imagem>.

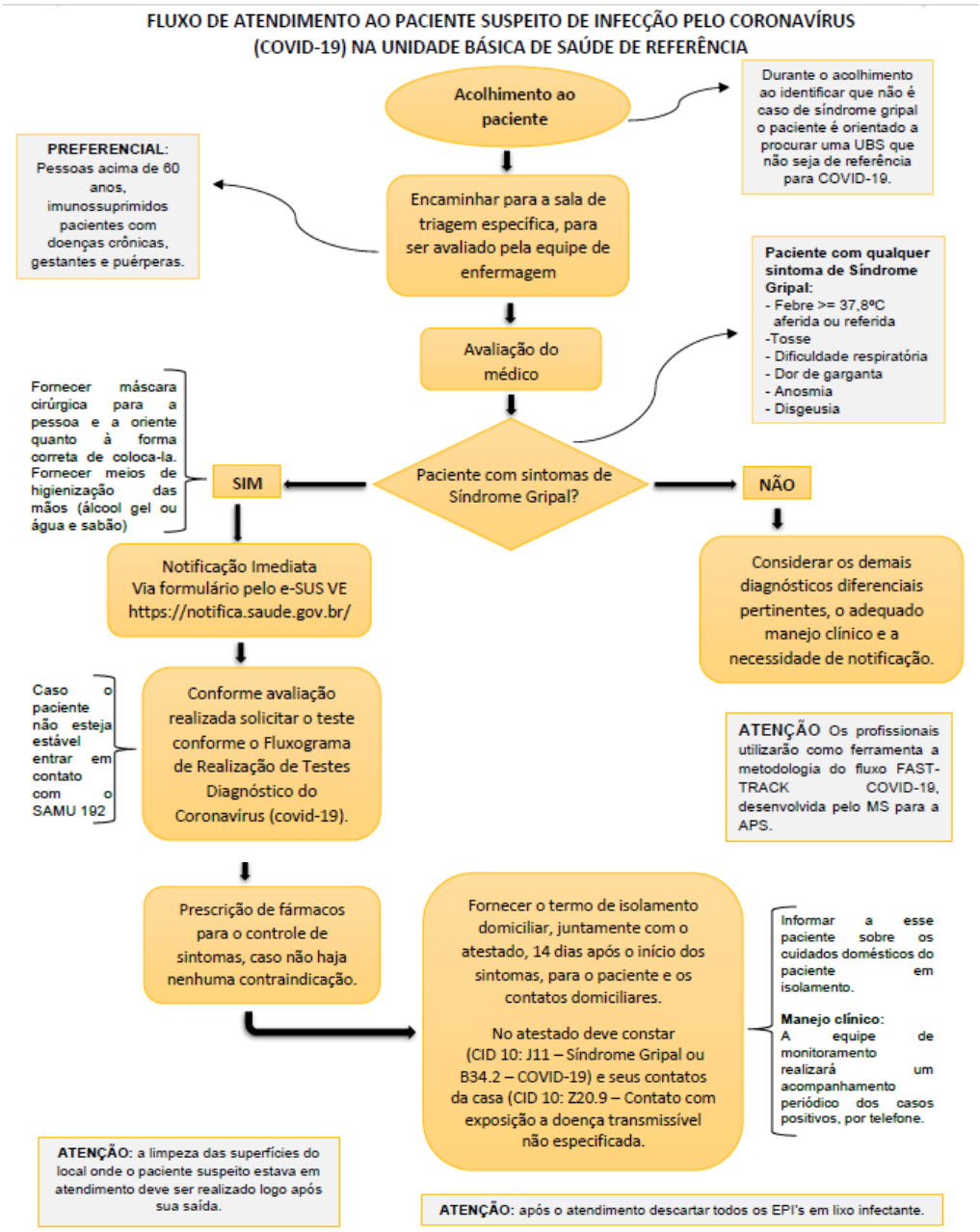
Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica, Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19. Versão 3,** março 2021. Disponível em:<//http://cosemsma.org.br/wp content/uploads/2021/03/Anexo-GUIA-DE-VIGILANCIA.pdf>.

Plano Municipal de Vacinação Contra a Covid-19 Araguaína. Versão 2. Araguaína 2021.

ANEXOS

ANEXO I

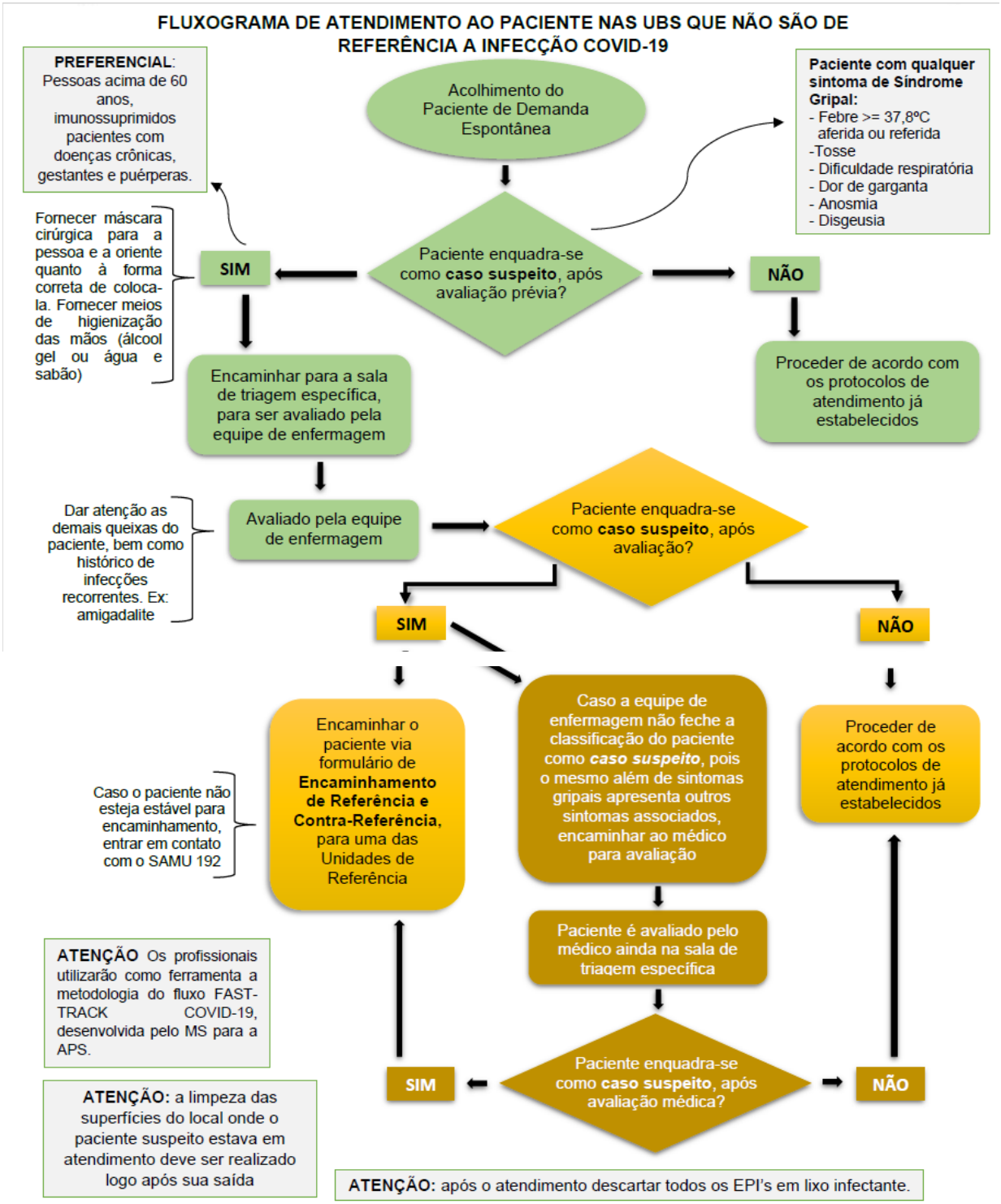
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM COVID NA UBS



* O paciente pós isolamento, continuará sendo atendido na UBS de referência ao COVID, até 30 dias a contar do ínicio do sintomas.

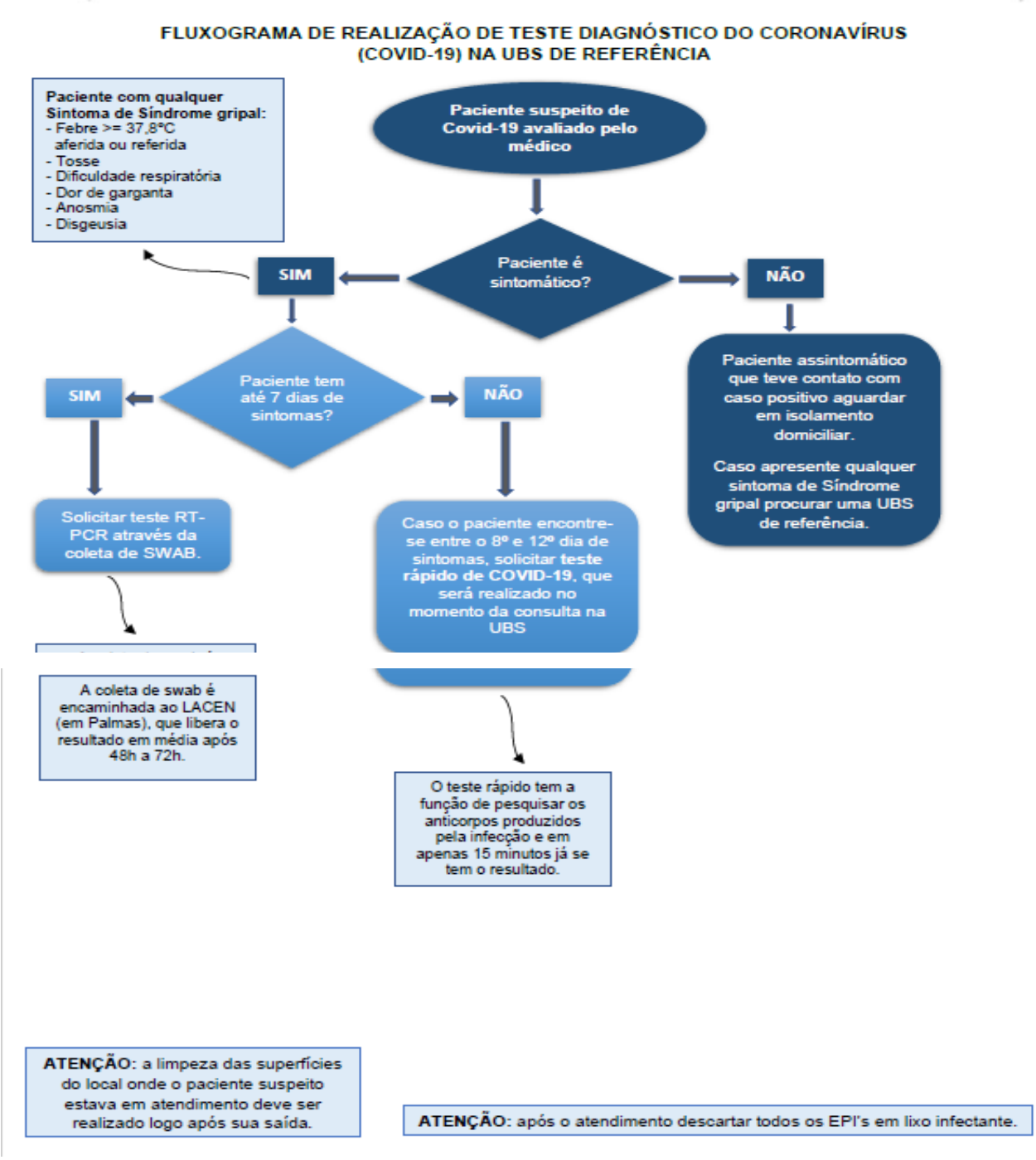
ANEXO II

FLUXOGRAMA DAS UBS QUE NÃO SÃO DE REFERÊNCIAS



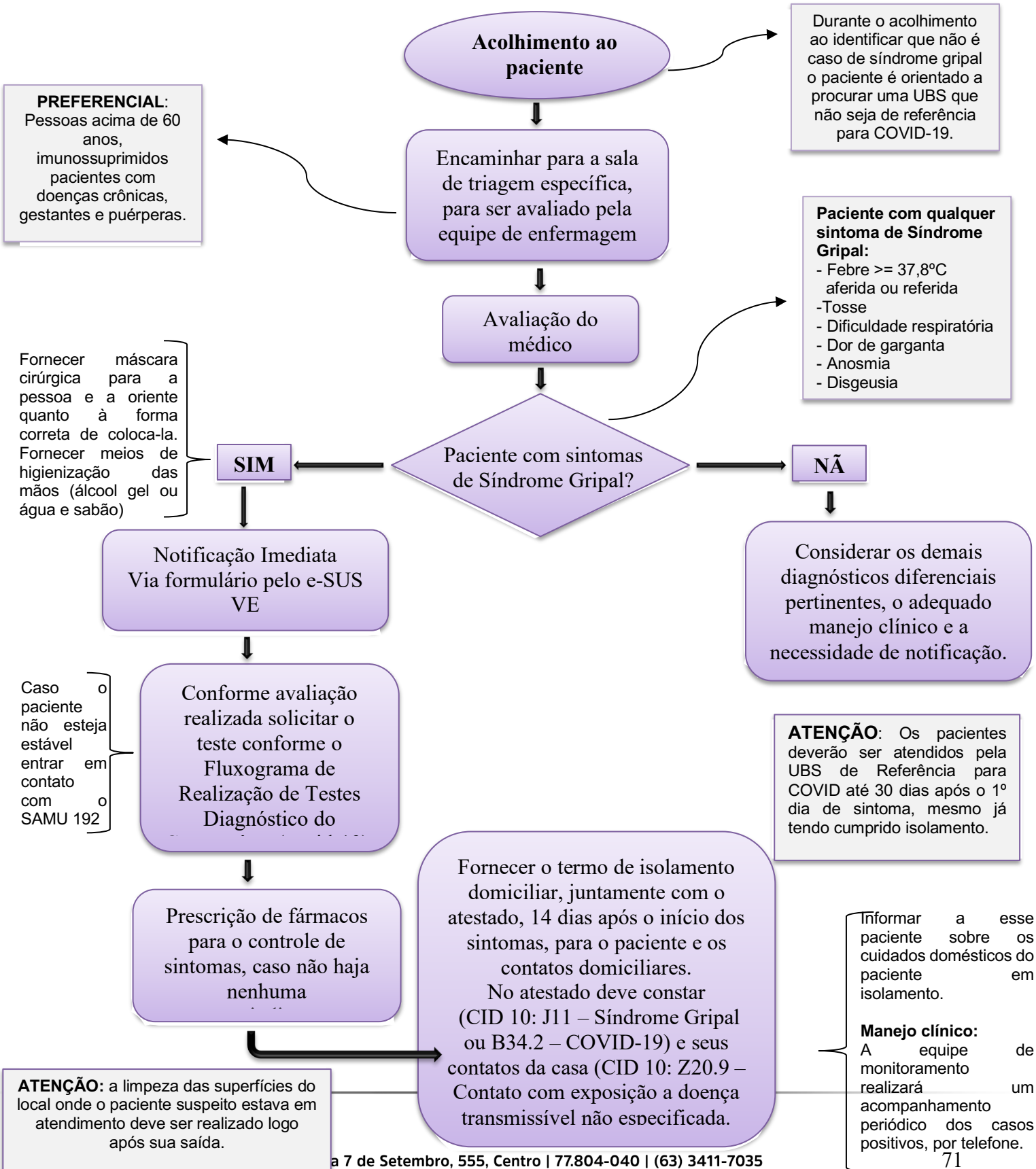
ANEXOIII

FLUXOGRAMA DE TESTE PARA DIAGNÓSTICO COVID UBS



Anexo IV

Fluxo de Atenção à Síndrome Respiratória na RAS Urgência e Emergência organizadas.



ANEXO V

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

O (A) Senhor (a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19.
Data de início:
Previsão de término:
Fundamentação:
Local de cumprimento da medida (domicílio):
Local: _____Data: _____/_____/_____ Hora: _____: _____

Nome do profissional da vigilância epidemiológica: _____Assinatura_____Matrícula: _____
Eu, _____, documento de identidade ou passaporte _____declaro que fui devidamente informado (a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.
Local: _____Data: _____/_____/_____ Hora: _____: _____

Assinatura da pessoa notificada: _____

Ou

Nome e assinatura do responsável legal

ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,_____, Rg nº_____, CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico(a) Dr.(a)_____ sobre a necessidade de _____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data de início _____, previsão de término _____, local de cumprimento da medida_____ ,bem como as possíveis consequências da sua não realização.

PACIENTE /RESPONSAVEL
Nome: _____ Grau de Parentesco: _____
Assinatura: _____
Identidade Nº: _____
Data: _____/_____/_____ Hora: _____: _____
Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

_____
Nome do médico: _____
Assinatura _____CRM _____

ANEXO VII

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

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 sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.
Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: __|__ **Município de Notificação:** _____

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? (Marcar X) |__|Sim |__|Não | **Estrangeiro:** (Marcar X) |__| Sim |__|Não | **É profissional de saúde?** (Marcar X) |__| Sim |__|Não

CBO: | **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Nome Completo:

Nome Completo da Mãe:

Data de nascimento: ____|____|_____ | **País de origem:**

Sexo: (Marcar X) |__|Masculino |__|Feminino | **Passaporte:** __|__|__|__|__|__|__|__|__

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS

CEP: __|__|__|__|__-__|__|__

UF: __|__ **Município de Residência:** _____

Logradouro:_____ | **Número :** _____

Complemento: | **Bairro:**

Telefone Celular: _|_-_|_|_|_|_|_|_|_|_ | **Telefone do contato:** _|_-_|_|_|_|_|_|_|_|_

Data da Notificação: ___|___|____

Sintomas: (Marcar X)
|__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__|Febre
|__| Tosse |__| Outros_____
| **Data do início dos sintomas:** ___|___|____

Condições: (Marcar X)
|__| Doenças respiratórias crônicas descompensadas
|__| Doenças cardíacas crônicas
|__| Diabetes
|__| Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)
|__| Imunossupressão
|__| Gestante de alto risco
|__| Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

Estado do Teste: (Marcar X)	**Data da Coleta do Teste:**	**Tipo de Teste:** (Marcar X)	**Resultado do teste:** (Marcar X)
|__|Solicitado |__|Coletado |__|Concluído	____|____|_____	|__|Teste rápido – anticorpo |__|Teste rápido – antígeno |__|RT - PCR	|__|Negativo |__|Positivo

Classificação final: (Marcar X)
|__|Confirmação laboratorial
|__|Confirmação clínico epidemiológico
|__|Descartado

Evolução do caso: (Marcar X)
|__|Cancelado |__|Ignorado |__| Óbito
|__|Cura |__|Internado |__| Internado em UTI
|__|Em tratamento domiciliar

Data de encerramento: ____|____|_____

Informações complementares e observações
Observações Adicionais

e-SUS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 03/04/2020

ANEXO VIII

PROTOCOLO PRONAÇÃO ACORDADA

PROTOCOLO PRONAÇÃO ACORDADA

RACIONAL: Observações iniciais e estudo inicial em Nova Iorque demonstraram a melhora da saturação de oxigênio de paciente submetidos à pronação ainda acordados e conscientes. O estudo relatado demonstrou elevação média de até 10 pontos percentuais na saturação de oxigênio. Base fisiológica: melhora do balanço ventilação-perfusão.

Necessidade de suplementação de oxigênio para manter SatO2 > 88%

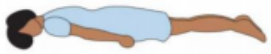
Paciente cooperativo
Condição de movimentação independente
Ausência de problemas vias aéreas

Contraindicações absolutas:
Insuficiência respiratória franca
Instabilidade hemodinâmica
Alteração consciência / desorientação

Explicar procedimento
Monitorar saturação de oxigênio
Garantir oxigenioterapia de suporte
Avaliar necessidade de travesseiros

INICIAR PRONAÇÃO:
- Mudança de posição a cada 30 min – 2 horas
- Monitorar SatO2 15 minutos após mudança de posição
- Ofereça o suporte de oxigênio necessário
- Objetivo de 3 a 8 horas por dia de pronação
- Quando dificuldade de manter pronação sentar a 30-60 graus

1. 30min – 2horas: deitado de bruços



2. 30min – 2horas: deitado sobre lado direito

3. 30min – 2horas: sentado

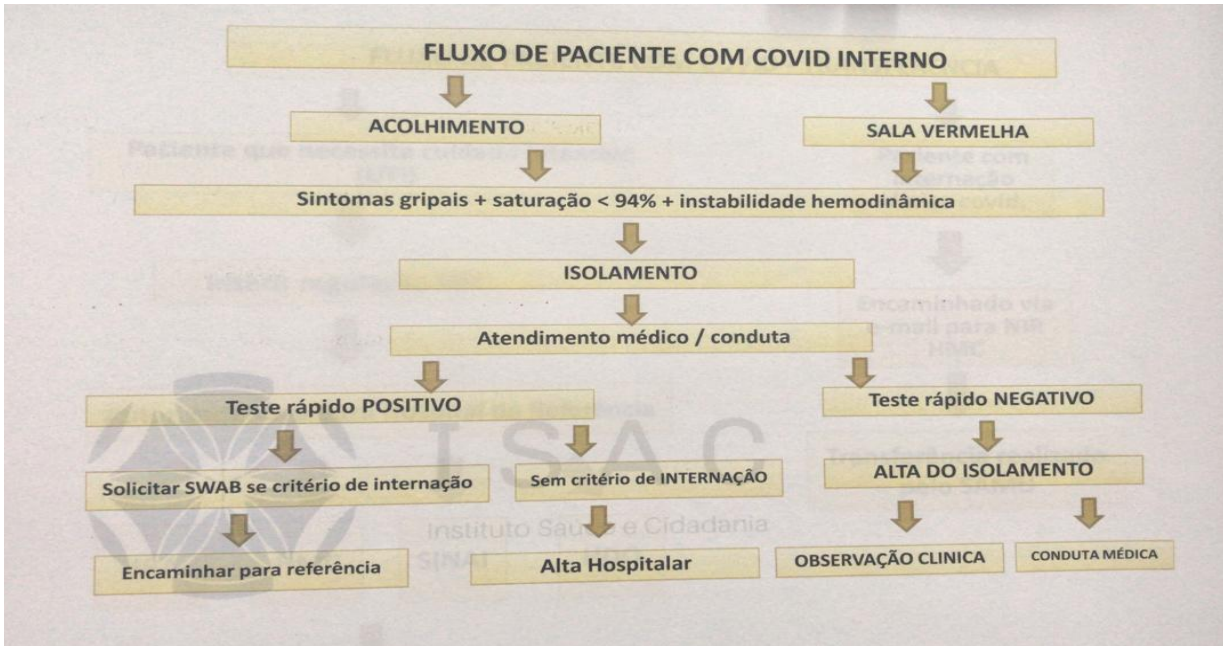
4. 30min – 2horas: deitado sobre lado esquerdo

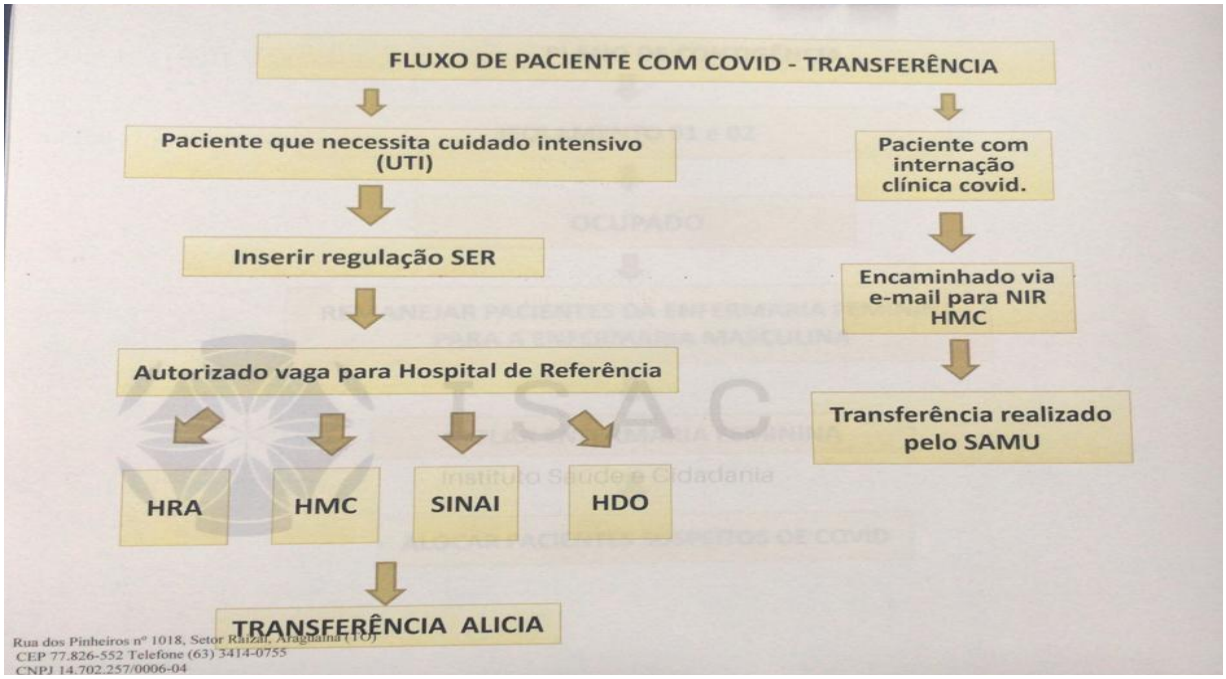
Reiniciar voltando para a posição inicial...

Responsável Técnico:
Vinicius Menezes
Médico / Cardiologista
CRM-DF 23634 CRM-TO 3219 RQE1539

ANEXO IX

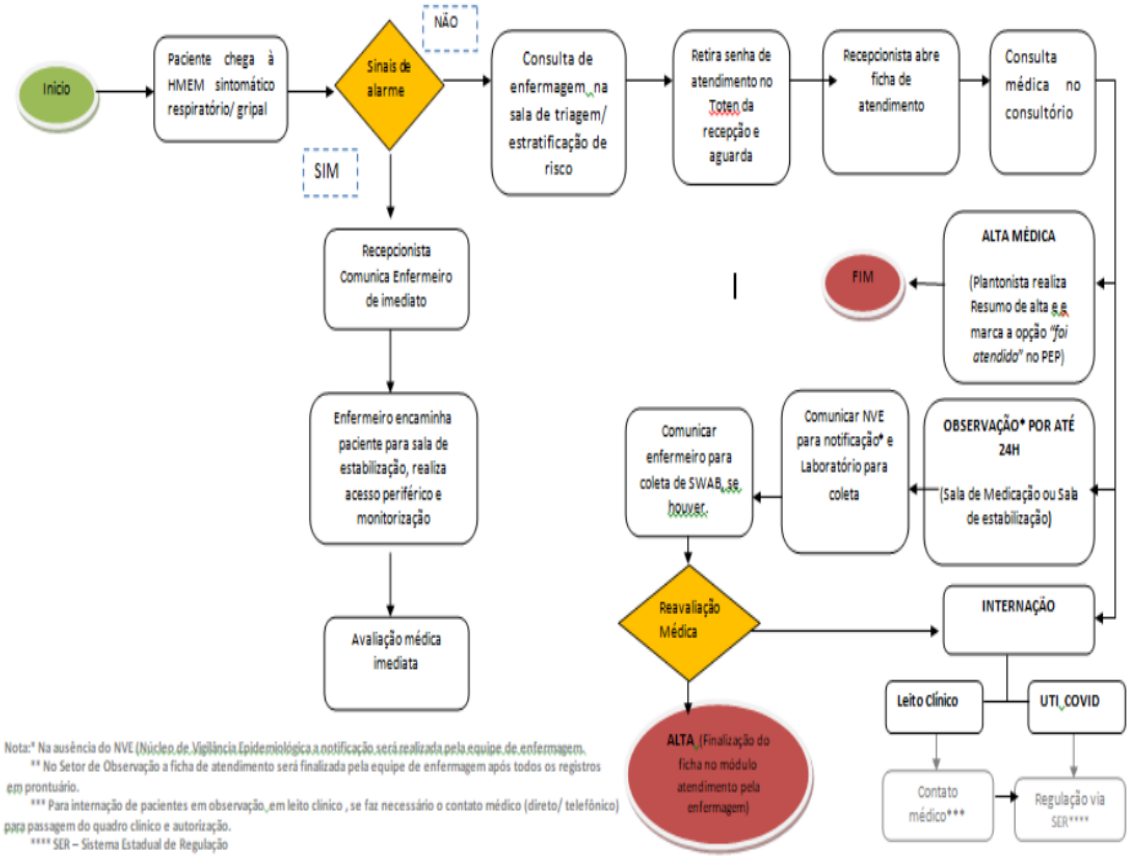
FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DA UPA





ANEXO X

FLUXO DE RECEPÇÃO DE PACIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID-19.



Nota:* Na ausência do NVE (Núcleo de Vigilância Epidemiológica a notificação será realizada pela equipe de enfermagem.
** No Setor de Observação a ficha de atendimento será finalizada pela equipe de enfermagem após todos os registros em prontuário.
*** Para internação de pacientes em observação, em leito clínico , se faz necessário o contato médico (direto/ telefônico) para passagem do quadro clínico e autorização.
**** SER – Sistema Estadual de Regulação

ANEXO XI

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES CLINICAS E DE UTI HOSPITAL MUNICIPAL EDUARDO MEDRADO UNIDADE COVID-19.

Utilizando o Sistema SERII – A Unidade Solicitante (Gestores das SMS, UPA, Hospitais Municipais, Hospitais Estaduais e Contratualizados) em que o paciente se encontra, realiza a solicitação* de internação.

*A unidade deve preencher a solicitação com o máximo de informações possíveis, a fim de que a unidade receptora tenha o máximo de clareza no quadro clínico do paciente.

Após solicitação o status no sistema será: "EM FILA".

O Sistema SER II – conta com a função "Follow-up", que tem por objetivo promover a comunicação e articulação entre as unidades (Solicitantes, Regulação e Executantes), visando manter o histórico do paciente.
Esta função deverá ser monitorada CONSTANTEMENTE, principalmente, quando a solicitação do paciente estiver em andamento.

A solicitação será recebida via sistema e analisada pela Central de Regulação do Estado;

As solicitações serão avaliadas conforme disponibilidade no mapa de leitos do sistema, devendo o mesmo, estar sempre atualizado.

Após análise, o médico regulador fará a reserva do leito na unidade que o paciente será direcionado e autorizará o transporte em UTI (QUANDO FOR O CASO).

O pac… uer leito COVID dentro do Estado, a depender da dispon… Sempr… ção, fará contato com a Unidade Solicitante e/ou Executante.

HMC HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPANHA

Após avaliação do médico regulador o status no sistema poderá ser:
Pendente: Faz-se necessário, maiores esclarecimentos na solicitação por parte da unidade solicitante;
Aguardando confirmação da reserva: Paciente foi regulado e necessita de confirmação por parte da unidade executora;

Caso a reserva seja rejeitada, a unidade deve justificar e então a solicitação retorna à regulação para redirecionamento.

NIR
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO PARA HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS

O Núcleo Interno de Regulação do Hospital Executante recebe a solicitação de internação, via sistema. E confirma ou não a reserva do Leito para o paciente regulado.

Obs.: Na ausência do NIR na unidade, o responsável deverá ser designado pela direção.

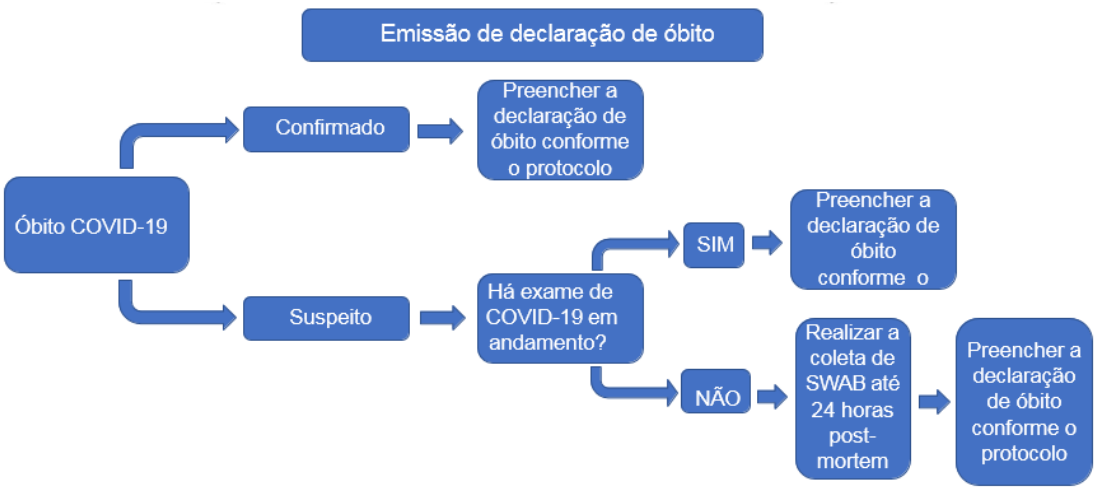
Após confirmação da reserva, o paciente regulado deverá ser deslocado (caso o mesmo esteja em outra unidade) e direcionado ao Leito.

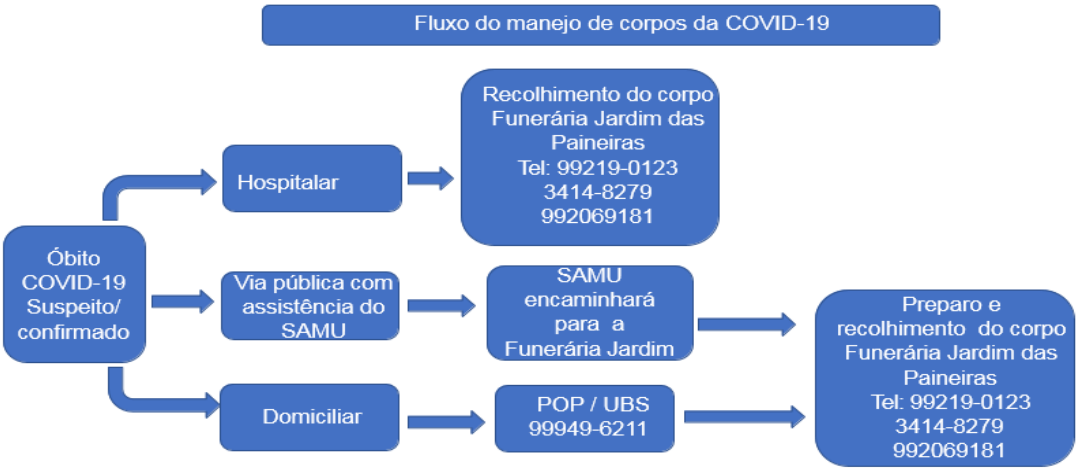
Ao chegar à unidade, o NIR direciona o paciente ao leito e realiza a atualização no sistema, informando o leito que paciente se encontra. ***O status no sistema será: "INTERNADO".***

Após alta do paciente no Leito, o sistema deve ser atualizado imediatamente.

ANEXO XII

FLUXOGRAMA DO ÓBITO





ANEXO XIII

Os atendimentos deverão garantir a integridade, segurança e o sigilo das informações. Deverão também ser registrados em prontuário clínico, com as seguintes informações:
I - Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente;
II - Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e
III - Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.

Fluxo de Atendimento da Equipe de Monitoramento

Identificação
Nome do profissional, equipe de monitoramento da SMS. Conferir junto ao paciente os dados do 1° atendimento gerador da notificação -Local de atendimento, sintomas, e data de atendimento, endereço...) **perguntar PROFISSÃO.**

↓

Questionar paciente sobre: Condições clinicas nas últimas 24 horas; Uso de medicação? Atestado? Comorbidades? Citar exemplos de comorbidades conforme condições de risco estabelecidas em Araguaína, e se sim perguntar se faz acompanhamento na UBS.

↓

Perguntar se tem contatos domiciliares. Se sim questionar sobre as condições de saúde dos mesmos. **Se contatos** apresentarem início de sinais e sintomas, orientar a procurar atendimento. Se sinais e sintomas graves procurar imediatamente UPA. Se necessário agendar exames para contatos domiciliares.

→ UBS Albeny Soares, José de Sousa Rezende, Dr. Raimundo: funcionamento das 7 às 19 horas.
UPA: 24 horas

↓

Ler para paciente tabela 11, pág. 20. (Protocolo MS versão 9)
Medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos pacientes com diagnóstico de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

↓

Ler para paciente tabela 4, pág. 14. (Protocolo MS versão 9)
Sinais e sintomas de gravidade para Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020. Orientar sobre fluxo do SAMU-192
Procurar imediatamente UPA

→ SAMU: 24 horas referência para pacientes notificados positivos e que apresentam sinais e sintomas de gravidade

↓

Informar paciente que equipe entrará em contato frequentemente para monitoramento.
Ofertar atendimento psicológico.

↓

Questionar paciente: Alguma dúvida? Têm mais alguma informação que posso ajudar?

Tempo ideal para coleta de exames:
Teste Rápido: 10 a 12 dias.
SWAB: 3 a 7 dias.
E-mail para agendamento

monitoramentoaraguaina@hotmail.com