

NOTA TÉCNICA



ASSESSORIA ESPECIAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e
organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do
município do Rio de Janeiro

(atualizada em 27/04/2020)

ÍNDICE

1 - Introdução e Escopo do Documento	5
2 – Definições atualizadas	5
2.1 – Tipo de Transmissão	5
2.2 – Casos	5
3 – Epidemiologia	5
4 – Quadro clínico	6
4.1 - Sintomas Respiratórios	6
4.2 - Síndrome Gripal	6
4.3 - Pneumonia.....	6
4.4 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	7
5 - Testagem e Exames Complementares	8
5.1 - Exames Laboratoriais	8
5.1.1 - Testagem específica.....	8
5.1.1.1 – PCR	8
5.1.1.2 - Testes sorológicos.....	9
5.1.2 – Outros exames laboratoriais.....	10
5.2 - Exames de Imagem	11
6 – Manejo clínico	11
6.1 – Casos leves	11
6.1.1 - Antitérmicos via oral	11
6.1.2 – Oseltamivir	12
6.1.3 – Medidas de Isolamento Domiciliar	13
6.1.4 – Atestados, laudos e declarações	15
6.2 – Casos moderados – Pneumonia	16
6.3 - Casos graves – Síndrome Respiratória Aguda Grave	17
6.3.1 – Intervenções Gerais	17
6.3.2 – Oxigenoterapia	17
6.3.3 – Reanimação e Intubação Orotraqueal	18
7 – Registro clínico, Notificação, Vigilância epidemiológica	19
7.1 – Registro Clínico	19
7.2 – Notificação	20
8 – Monitoramento de casos da unidade	20
9 – Adequações estruturais nas Unidades de Atenção Primária.....	21
9.1 – Alterações Gerais	21
9.2 – Teleatendimento	23
9.3- Material necessário para urgências.....	24

10 – Adequações processuais nas Unidades de Atenção Primária	25
10.1 – Recepção e Atuação de Equipe de Resposta Rápida	25
10.2 – Avaliação inicial – Anamnese dirigida	26
10.3 – Atendimento	26
10.4 – Cuidados e proteção dos profissionais	27
10.5 – Papel de cada categoria profissional e acadêmicos na ERR	33
10.6 – Teleatendimento	34
10.7 – Demais Atividades e Fluxos na Unidade	34
11 - Fluxogramas de organização da unidade para atendimento.....	36
10.1 – Fluxograma Geral de Atendimento	36
10.2 – Fluxograma do Manejo do Broncoespasmo na APS	37
10.3 – Fluxograma do Manejo de Oxigenoterapia na APS	38
10.4 – Fluxograma de Intubação Orotraqueal na APS	39
12 – Atuação da gestão local e regional.....	40
13 – Óbito e Sepultamento	40
13.1 - Recomendações gerais	40
13.2 – Óbito em domicílio	41
13.3 – Óbito na Unidade de Atenção Primária	42
13.4 – Preenchimento da Declaração de Óbito	43
13.5 – Sepultamento	43
14 – Referências.....	43
Colaboradores	44

ATUALIZAÇÕES

4 – Quadro clínico 6

4.3 - Pneumonia.....6

(Atualização das definições de quadros clínicos baseada no documento da força Colaborativa Covid – 19)

5 - Testagem e Exames Complementares

(Recomendações do uso de testes sorológicos; papel de exames laboratoriais e de imagem)

6.1.3 – Medidas de Isolamento Domiciliar 13

(Link para documento da SBMFC sobre isolamento em comunidades e populações vulneráveis)

6.3 - Casos graves – Síndrome Respiratória Aguda Grave 17

6.3.2 – Oxigenoterapia17

(Descrição de cilindros de métodos de cálculo para estimativa de tempo de uso; recomendações sobre fluxos de O₂ e dispositivos de utilização)

6.3.3 – Reanimação e Intubação Orotraqueal18

(Observações sobre a necessidade de material e EPI adequado e considerações sobre a tomada de decisão dos profissionais)

9 – Adequações estruturais nas Unidades de Atenção Primária..... 21

9.2 – Teleatendimento 23

(Recomendações sobre a organização de espaços para monitoramento e teleconsulta)

10.6 – Teleatendimento 34

(Orientações sobre teleconsulta)

13 – Óbito e Sepultamento40

(Orientações de fluxo relacionado à constatação, emissão de declaração de óbito, óbito em unidade de APS e domiciliar, incluindo sepultamento)

1 - INTRODUÇÃO E ESCOPO

Este documento visa nortear profissionais e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro quanto a ações de prevenção, manejo clínico, monitoramento, vigilância e proteção profissional durante a pandemia de Covid – 19, causada pelo coronavírus SARS – CoV - 2.

Esperamos que o texto sirva para orientação e apoio à organização dos serviços de saúde e manejo de casos, facilitando o trabalho nas unidades e mantendo a população e os profissionais seguros.

2 – DEFINIÇÕES

2.1 – Tipo de transmissão

Atualmente o Rio de Janeiro encontra-se na fase de **transmissão comunitária** sustentada do vírus.

2.2 - Casos

A fase atual da pandemia no Brasil exige que os serviços de APS trabalhem com **abordagem sindrômica** para casos suspeitos de Covid - 19. Portanto, todo paciente com as síndromes clínicas descritas no **item 4 abaixo** devem ser manejadas como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações deste protocolo.

3 – EPIDEMIOLOGIA

- ✓ O Brasil apresenta 49.492 casos confirmados de Covid - 19, com 3.313 óbitos registrados (6,7% de letalidade). O Rio de Janeiro é o segundo estado com maior número de casos (6.127);
- ✓ A maioria dos casos confirmados do estado foram notificados no município do Rio de Janeiro (4.027), com 322 óbitos (4,81% de letalidade). Setenta por cento dos óbitos foram em idosos;
- ✓ Até o momento, houve 1.230 internações por Covid - 19, sendo 277 em leitos de terapia intensiva;
- ✓ Há registro de 1.888 pacientes recuperados da doença (sem registro de óbito após 14 dias do início dos sintomas);

Os dados acima foram atualizados em 23/04/2020. Como os casos graves são testados com mais frequência, a incidência da doença é subestimada e a letalidade superestimada.

4 – QUADRO CLÍNICO

Importante: não deve haver outro diagnóstico clínico evidente que apresente os mesmos sintomas.

O quadro clínico da infecção varia desde quadros assintomáticos a pneumonia grave, incluindo Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Choque.

As Síndromes clínicas de apresentação mais comum são:

4.1 – Sintomas Respiratórios:

Sintomas respiratórios leves, como tosse, obstrução nasal, dor em orofaringe. Anosmia e disgeusia são sintomas associados comuns. Em um estudo de série de casos, a febre esteve presente na admissão em apenas 43,8% de casos de Covid - 19 (Guan W).

4.2 - Síndrome Gripal:

Febre de início súbito (T de 38° ou maior, se medida ou referida), acompanhada de sintomas respiratórios descritos no [item 4.1](#). Pode haver também sintomas como cefaléia, mialgia, artralgia e sintomas gastrointestinais, como diarreia, porém estes não são necessários à definição da Síndrome Gripal.

4.3- Pneumonia

Pneumonia representa a manifestação clínica mais séria da infecção, caracterizada por febre, tosse, dispneia e infiltrados pulmonares presentes bilateralmente aos exames de imagem.

Pode haver alterações na ausculta pulmonar. A spO_2 pode estar normal (>94%) ou o paciente pode estar hipoxêmico, caracterizando a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Os pacientes que cursam com pneumonia podem evoluir com dispneia, em média após 5 dias do início dos sintomas. **Não há sinais ou sintomas específicos que possam distinguir a Covid-19 de outras infecções respiratórias virais.**

Indivíduos idosos e com comorbidades podem ter apresentações atípicas, com retardo no aparecimento da febre e dos sintomas respiratórios.

A forma assintomática e os três quadros descritos acima, **na ausência de dispnéia ou critérios de SRAG**, compõem as formas leves e moderada da doença, cujo manejo pode ser realizado ambulatorialmente, com monitoramento

de casos. Casos com sinais de gravidade devem ser encaminhados para serviço de maior complexidade.

4.4 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Síndrome Clínica caracterizada por sintomas respiratórios associados a algum dos seguintes sinais de gravidade:

1. SpO₂ ≤ 94 %;

2. Sinal de esforço respiratório;

3. Hipotensão;

4. Alteração do nível de Consciência;

5. Febre persistente por > 3 dias ou recorrência após 48 h;

6. Cianose;

7. Crianças: Batimento de asa do nariz, desidratação, inapetência, tiragem intercostal ou subcostal, retração da fúrcula esternal.

Tabela 1 - Frequência respiratória em crianças segundo idade

Frequência respiratória em crianças	
1 a 12 meses	30 a 53
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar 18 a 25	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde - Versão 8 (Ministério da Saúde)

Os pacientes com SRAG representam as formas grave ou crítica da doença, de acordo com a intensidade da hipóxia, a resposta à oferta de O₂ e a presença de sinais de choque.

5 - TESTAGEM E EXAMES COMPLEMENTARES

5.1 – Exames Laboratoriais

A realização de exames complementares, em especial a testagem específica para o coronavírus, tem sido uma demanda importante da população.

É importante que as equipes compreendam a ideia que os usuários têm a respeito da importância do teste e os esclareçam a respeito do papel da testagem, do ponto de vista clínico e epidemiológico, usando linguagem acessível.

Existe uma tendência à supervalorização do exame complementar e minimização das medidas mais simples de controle, como higiene e isolamento social, e isso deve ser trabalhado pelas equipes com a população.

5.1.1 – Testagem específica

O diagnóstico etiológico da Covid - 19 é um desafio na prática clínica, pelas características dos testes disponíveis, sua disponibilidade em larga escala, técnica, acurácia e momento ideal para realização.

Os testes validados até o momento são o RT - PCR de material coletado por Swab Nasal e o teste rápido sorológico.

5.1.1.1 - PCR em tempo real (qRT-PCR)

O RT-PCR detecta o RNA do SARS - Cov - 2 na mucosa nasofaríngea. Sua sensibilidade é de 63% a 92%, e especificidade de 97%, quando coletado **entre o 3° e o 7° dia de doença**. Fora deste período ou em pacientes assintomáticos a acurácia é mais baixa.

Em áreas onde a COVID-19 está amplamente disseminada, um ou mais resultados negativos de um mesmo caso suspeito não descartam a possibilidade de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Vários fatores podem levar a um resultado negativo em um indivíduo infectado, incluindo:

- ✓ Má qualidade da amostra
- ✓ Amostra não manuseada e enviada adequadamente
- ✓ Razões técnicas inerentes ao teste

Atualmente, o RT - PCR é utilizado para o diagnóstico etiológico de pacientes com SRAG admitidos em unidades hospitalares e de profissionais de saúde atuando nas unidades da rede municipal (**ver item ___ - cuidados com profissionais**).

O RT - PCR é ofertado em cada área de planejamento (AP), em Centro de Testagem específico. Informações sobre os locais, funcionamento e modos de agendamento estão disponíveis com as Coordenadorias de Atenção Primária (CAP).

5.1.1.2 - Testes sorológicos

O teste rápido *SARS-CoV-2 antibody test (One Step Covid - 19 ®)*, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a testagem por detecção de anticorpos IgM e IgG contra SARS-CoV-2, baseado na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral. Apresenta 86% de sensibilidade e 99% de especificidade.

Deve ser utilizado nas unidades de atenção primária em amostras de sangue capilar, utilizando a técnica de punção digital com lancetas disponíveis nas unidades de saúde.

Dada a distribuição ainda aquém da necessária para testagem universal, sugere-se os critérios e prioridades abaixo:

a) Critério de elegibilidade:

Portadores de **síndrome gripal** que pertençam aos seguintes grupos:

- Profissionais de saúde em atividade, da assistência ou gestão;
- Profissionais de segurança pública em atividade;
- Pessoa que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança pública em atividade;
- Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;

ATENÇÃO: dentre os idosos, priorizar os que vivem em instituições de longa permanência (ILPI), em sistema prisional e portadores de condições crônicas.

b) Momento da testagem

- A partir do oitavo dia do início dos sintomas;
- Para profissionais de saúde e segurança pública, além do primeiro critério, observar a **ausência de sintomas por no mínimo 72h** (MS).

c) Quem executa o teste

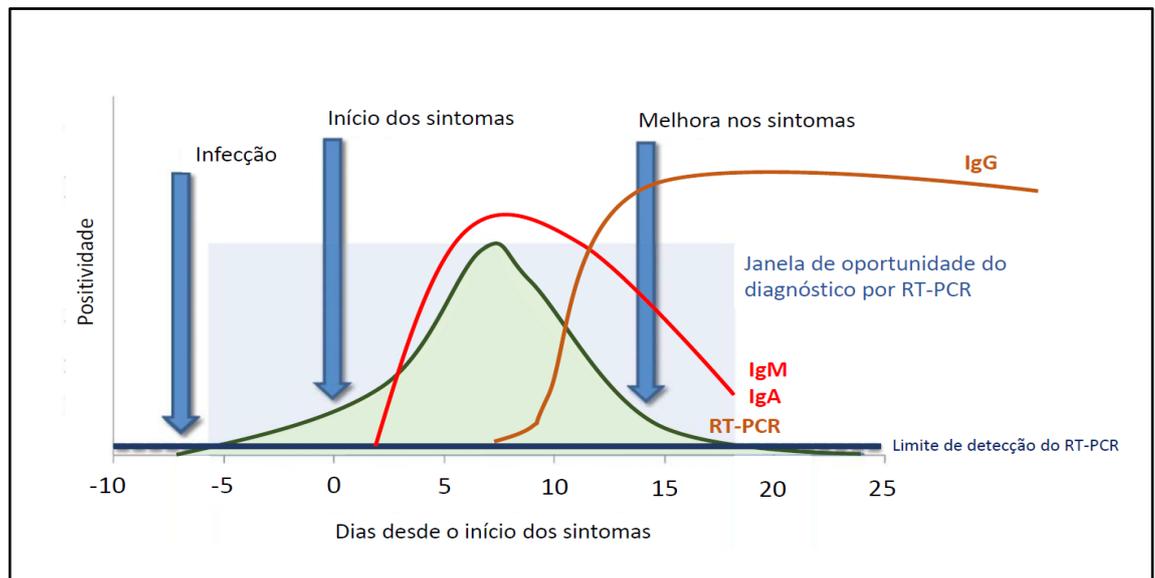
- A execução e leitura dos resultados devem ser realizadas por profissionais da saúde de nível médio com supervisão ou de nível superior;
- O vídeo para treinamento do uso do teste está disponível em vídeo de treinamento, disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/corona>

d) Interpretação de Resultados

Dada a sua sensibilidade moderada, o teste negativo não indica a ausência de doença, devendo ser correlacionado com dados clínicos. O teste positivo com detecção de anticorpo IgM indica infecção ativa ou recente, pois seu pico ocorre em média no 9º dia de doença, e a detecção de anticorpo IgG, contato prévio com o vírus, com pico da titulação após o 15º dia após o início dos sintomas (Figura 1).

Não há ainda certeza sobre a permanência de títulos elevados de IgG ao longo do tempo e garantia de imunidade a longo prazo.

Figura 1 - Evolução de marcadores antígenicos e sorológicos na Covid - 19



Fonte: GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL - Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19 - Versão 01
Data:13/04/2020

Ao realizar ou receber o resultado de um teste específico, é importante atualizar os dados da notificação de Síndrome Gripal no **E-SUS VE**, inserindo os resultados dos exames.

5.1.2 – Outros exames laboratoriais

As alterações mais frequentes encontradas no hemograma são a linfocitopenia (83,2%), trombocitopenia (36,2%) e leucopenia (33,7%).

Outras alterações descritas na literatura são a elevação de proteína C reativa, transaminases, CPK e D-dímero. Pacientes mais graves cursaram com anormalidades laboratoriais mais proeminentes em relação àqueles com doença menos severa.

ATENÇÃO: a conduta clínica sugerida para os casos de Síndrome Gripal no contexto da APS/ESF deve respeitar as diretrizes deste protocolo, **independente do resultado de exames laboratoriais** gerais ou testes diagnósticos específicos.

5.2 - Exames de Imagem

A Radiografia de Tórax tem pouco valor diagnóstico na Covid - 19. Pode ser útil na avaliação de diagnósticos diferenciais, como outras pneumonias.

A **Tomografia Computadorizada de Tórax de Alta Resolução (TCAR)** é utilizada como um exame complementar na avaliação da Covid-19. Mostra-se útil para diagnosticar o paciente com pneumonia e detectar eventuais complicações pulmonares. Seus achados dependem da fase da doença, sendo mais frequentes nas fases intermediária (3 a 6 dias) e tardia (a partir de 7 dias).

O achado característico é a presença de opacidades do tipo “vidro fosco”, acometendo partes do parênquima pulmonar.

A TCAR não deve ser usada como controle de tratamento e não tem valor preditivo negativo suficientemente elevado para retirar pacientes suspeitos de isolamento.

6 – MANEJO CLÍNICO

Os casos devem ser classificados em casos leves a moderados ou casos graves, de acordo com a descrição do **item (quadro clínico)**.

Os casos leves a moderados devem ser manejados na APS, segundo o protocolo descrito adiante. Os casos graves devem ser **estabilizados** e encaminhados pelo sistema de regulação de urgências (Vaga Zero).

6.1 - Casos leves a moderados (sem sinais de gravidade)

Devem ser realizadas:

1. Medidas **não-farmacológicas:** repouso, hidratação, alimentação adequada;
2. Medidas **farmacológicas:** analgésicos, antitérmicos (de acordo com a presença de sintomas);
3. **Isolamento domiciliar** (vide item 5.1.2) por 14 dias a contar da data de início dos sintomas, do paciente e seus contatos domiciliares (pessoas que morem na mesma casa).

6.1.1 - Antitérmicos via oral:

1) Paracetamol (200 mg/ml ou 500mg/cp), a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência de febre ou dor. Para crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia). Para adultos: 500-1000 mg/dose (máximo de 3mg/dia).

2) Dipirona (solução gotas 500mg/ml ou 500mg/cp) em caso de dor ou febre, de 6/6 horas. Em crianças > 3 meses: (lactentes 10 mg/kg/dose; pré-escolares: 15 mg/kg/dose). Para adultos: 500-1000 mg VO (dose máxima no adulto 4 gramas/dia).

ATENÇÃO

- ✓ Evitar a prescrição de antigripais não disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), quando esta puder onerar o paciente com maior vulnerabilidade social;
- ✓ Evitar a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais e costicosteróides. Há relatos de complicações relacionadas especialmente ao ibuprofeno.
- ✓ Corticosteróides sistêmicos (via oral ou parenteral) possuem efeito imunossupressor e podem piorar a evolução clínica;
- ✓ Corticóides inalatórios em pacientes com hiper-reatividade brônquica que façam uso inalatório devem ser mantidos.

6.1.2 – Oseltamivir

- ✓ Prescrever Oseltamivir nos casos de síndrome gripal e os fatores de risco para complicações abaixo listados (independe da situação vacinal para influenza):
- ✓ Grávidas e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- ✓ Idade < 5 ou ≥ 60 anos; especialmente as menores de 6 meses;
- ✓ População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- ✓ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (AAS)

- ✓ Doenças crônicas **avançadas ou mal controladas** (pneumopatias, tuberculose, cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus), transtornos neurológicos e do desenvolvimento, imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/AIDS ou outros;

Tabela 3 - Dose de Oseltamivir segundo idade e peso (tratamento por 5 dias)

Adultos	75mg de 12/12h
Crianças maiores de 1 ano	
≤ 15 kg	30 mg, 12/12h
> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h
> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h
> 40 kg	75 mg, 12/12h
Crianças menores de 1 ano de idade	
0 a 8 meses	3 mg/Kg, 12/12h
9 a 11 meses	3,5 mg/kg, 12/12h

6.1.3 – Medidas de Isolamento Domiciliar

ATENÇÃO

Em áreas de maior vulnerabilidade social, pode ser difícil para as famílias executarem muitas das orientações listadas acima. O profissional de saúde deve construir com a família um plano de ação factível, considerando o contexto e evitando atitude autoritária ou recomendações desconectadas da realidade das pessoas.

O documento **“ORIENTAÇÕES PARA FAVELAS E PERIFERIAS”**, publicado pelo Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) traz recomendações muito úteis sobre como discutir esse e outros assuntos com estas populações. Está disponível em:

<https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Orientac%CC%A7o%CC%83es-para-favelas-e-periferias.pdf>

6.1.3.1 - Orientações gerais

O isolamento deve durar **14 dias** a partir da data do início dos sintomas;

Deve ser **realizada higiene** das mãos toda vez que elas parecerem sujas, e antes e depois de:

- contato com qualquer pessoa;
 - ir ao banheiro;
 - cozinhar e comer
 - tocar face, cabeça, talheres ou qualquer instrumento que tenha contato com boca e nariz
-
- ✓ Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas;
 - ✓ Para secar após lavagem, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la com frequência;
 - ✓ Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, com o cotovelo;
 - ✓ Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são tocadas com solução contendo água sanitária (1 parte para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes;
 - ✓ Lavar roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C, e deixar secar, se possível.

6.1.3.2 - Orientações para o paciente

Permanecer em quarto isolado, bem ventilado e sem divisão com outros membros da família;

Utilizar máscara. Caso não tolerar ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada. Lavar as mãos e jogar as máscaras fora após o uso;

Limitar a movimentação pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados;

Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, usar obrigatoriamente máscara;

- ✓ 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);
- ✓ Não receber visitas;
- ✓ Só sair de casa em casos de emergência. Se necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé.

6.1.3.3 - Orientações específicas para gestantes e puérperas em isolamento domiciliar (além das demais);

- ✓ Manter, preferencialmente, o binômio em quarto privativo
- ✓ Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro, se possível;
- ✓ Higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN;
- ✓ Orientar o uso de máscara durante o cuidado e a amamentação do RN.

6.1.3.4 - Orientações para cuidadores / moradores da mesma casa

- ✓ Caso não seja possível isolar a pessoa em um quarto único, outras pessoas devem manter pelo menos 1 metro de distância.
- ✓ O cuidador deve utilizar uma máscara apenas 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;
- ✓ Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis.

6.1.4 – Atestados, laudos e declarações

6.1.4.1 – Atestado para o paciente e familiares

Devem ser emitidos **atestados médicos** com duração do afastamento de **14 dias** a partir da data de início dos sintomas, para dispensa de atividades profissionais e escolares para **o paciente e todos os habitantes do mesmo domicílio**. Em caso de ciência do quadro clínico por contato remoto com o paciente, havendo segurança na informação referida, podem ser emitidos à distância. Nesse documento, deve constar o texto:

“Atesto para fins de impedimento sanitário que (nome do paciente / familiar) deve ser afastado de suas atividades pelo período de (número de dias) dias, por ter relatado sintomas de Síndrome Gripal / contato com pessoa com síndrome gripal.

O paciente que for atendido com síndrome gripal deve assinar uma declaração listando os habitantes do domicílio que necessitem de atestado de afastamento, se responsabilizando pela informação.

Caso o contato inicie com sintomas respiratórios, deverão ser iniciadas as precauções de isolamento para paciente, o caso notificado e o período de 14 dias deve ser reiniciado. 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.

Não há necessidade de atestado liberando para o retorno às atividades.

6.1.4.2 – Laudos

Os portadores de doenças crônicas podem requerer laudo médico para fim de atestação da condição, eventualmente necessária para empregadores como parte de sua política de afastamento.

Nesse caso, o médico deve emitir o laudo, baseado na história clínica do paciente, considerando dados progressos e atuais da anamnese, e pode considerar dados de exames complementares, quando disponíveis.

ATENÇÃO: A população com doença crônica, especialmente pulmonar, tem alto risco para o desenvolvimento de quadros graves de Covid – 19. O médico deve considerar fortemente a emissão do laudo, pois este facilitará a realização do distanciamento social pela população de risco.

6.2 - Casos moderados - Pneumonia leve

Quadros moderados, sobretudo em pacientes de risco, devem ser especialmente monitorados, dada a maior chance de evolução para SRAG;

Alguns pacientes com suspeita de Covid -19 podem apresentar situações cujo manejo pode melhorar o quadro clínico, como a hiper-reatividade brônquica;

Adicionalmente, pacientes com asma, DPOC ou outra doença de base podem apresentar piora clínica, com ou sem Covid-19 associada;

Diante de um quadro de broncoespasmo, recomenda-se, em adição às medidas descritas neste protocolo:

- ✓ Realizar *puff* com dosador milimetrado com Salbutamol (3 séries de 4 puffs com 20min de intervalo por uma hora);
- ✓ Reservar local (sala de *puff*), se possível, destinado a este manejo e observação;
- ✓ Iniciar Beclometasona 200 mcg/puff, 2 puffs de 12/12 h em adultos e 50 mcg/puff, 12/12h em crianças, em caso de uso prévio, pacientes sabidamente asmáticos, portadores de DPOC ou outras doenças crônicas com hiper-reatividade brônquica;
- ✓ Aplicar o restante do protocolo clínico, considerando este paciente como de risco para complicações.

ATENÇÃO: Não fazer nebulização, por gerar aerossol.

6.3 - Casos graves – Síndrome Respiratória Aguda Grave

O manejo de casos com critérios de gravidade (descritos no item 4.2) **nas Unidades de APS** inclui, além do isolamento, o suporte clínico necessário à estabilização até a chegada do serviço de remoção, que deve ser **imediatamente solicitado através da Plataforma SUBPAV** ou telefone em caso de eventual inoperância da plataforma (**Vaga Zero**). Devem ser realizadas as seguintes intervenções:

6.3.1 – Intervenções Gerais

- ✓ Obtenção de acesso venoso periférico de calibre adequado (mínimo 20G em adultos e 22G em crianças);
- ✓ Hidratação venosa com soro fisiológico ou solução de Ringer lactato (cautela em pacientes com disfunção miocárdica ou renal) se necessário;
- ✓ Oxigenoterapia com O₂ sob cateter nasal ou máscara de oxigênio com reservatório, com fluxo apropriado;

- ✓ Tratamento sintomático para febre e dor com medicação parenteral (dipirona 1 g IV diluído em 20 ml de AD ou SF). Evitar anti-inflamatórios não esteróides (diclofenaco, cetoprofeno);

ATENÇÃO: não utilizar máscara de macronebulização, por gerar aerossóis.

6.3.2 - Oxigenoterapia

A oferta de O₂ sob cateter nasal ou máscara com reservatório pode prolongar a tolerância do paciente à chegada da remoção, sendo uma medida muito importante durante a estabilização do paciente nas unidades de APS.

Iniciar a oferta de O₂ sob cateter com fluxo de 6l / min e reavaliar o paciente em 30 minutos ou antes, de acordo com parâmetros clínicos (queixa de dispnéia, spO₂, frequência respiratória).

Em caso de persistência da hipoxemia (spO₂ ≤ 94%), ofertar O₂ sob máscara com reservatório a um fluxo de 10 l/min.

ATENÇÃO: para saber o tempo de duração do fluxo de um cilindro de O₂, verifique a pressão em kgf/cm² com o manômetro aberto, multiplique pelo volume do cilindro e obterá o volume em litros de O₂ em pressão normal. Divida pelo fluxo em litros por min (medido no fluxômetro). O resultado é o tempo de duração do fluxo em minutos.

Tempo de duração em minutos = pressão em kgf/cm² x volume do cilindro ÷ fluxo em litros/minuto

Exemplo 1: o cilindro pequeno comumente utilizado para transporte, de 1m³, tem volume de 7 litros. Considerando que a pressão esteja em 200 kgf/cm², ele possui 1400 litros de O₂. Em um paciente com fluxo de 10 l/min, durará 140 min.

Exemplo 2: o cilindro grande existente em algumas clínicas é de 10m³, ou 50 litros. Se a pressão no manômetro estiver em 100 Kgf/cm², ele possui em seu interior 5000 litros de O₂. Em um paciente utilizando O₂ a 10 l/min (medidos no fluxômetro), durará 500 min.

6.3.3 – Reanimação e Intubação Orotraqueal

- ✓ Alguns casos de Covid – 19 evoluem rapidamente para Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) com iminência de colapso respiratório, apesar da instalação da oxigenoterapia e outras medidas descritas anteriormente;
- ✓ **Este protocolo recomenda o acionamento imediato do Sistema de Regulação, via Vaga Zero, para casos de pacientes com critérios de SRAG;**

- ✓ Se houver evidência de colapso respiratório iminente que **não permita aguardar o tempo estimado da chegada da ambulância**, pode-se proceder à intubação orotraqueal com ventilação com pressão positiva, desde que haja as precauções descritas neste documento (**ver fluxograma no item 11**);
- ✓ Para a realização do procedimento, o profissional deve contar com todo o equipamento de proteção recomendado (touca, máscara N95, luvas, capote impermeável, óculos de proteção ou protetor facial), e insumos necessários à realização da técnica da forma mais segura possível para este cenário (drogas para IOT em sequência rápida, filtro HEPA para ventilação);
- ✓ Deve-se atentar para a permanência do mínimo possível de pessoas na sala. Somente devem se aproximar do paciente aqueles profissionais que necessitem realizar algum tipo de intervenção ou auxílio. Os demais deverão manter distância mínima de 2 metros;
- ✓ A sala deve receber desinfecção após a saída do paciente, segundo as recomendações para limpeza e desinfecção de ambientes onde foram realizados procedimentos com geração de aerossol;
- ✓ Caso o profissional não tenha as condições de segurança para fazer o procedimento, é seu direito abster-se da sua realização;
- ✓ Para pacientes que evoluem com parada cardiorrespiratória (PCR), caso sejam realizadas manobras de reanimação, apenas solicite a remoção em caso de **retorno** dos sinais vitais;
- ✓ Para a solicitação da remoção, é essencial a descrição detalhada do caso, indicando a presença de SRAG ou outra condição que tenha definido a necessidade de encaminhamento e o estado clínico do paciente, o estado clínico, a oxigenação (spO₂) e o tipo de ventilação utilizado no momento. Tais solicitações serão priorizadas pela Central de Regulação.

7 – REGISTRO CLÍNICO, NOTIFICAÇÃO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

7.1 – Registro Clínico

Os contatos (atendimentos, procedimentos) com pessoas apresentando Síndrome Gripal devem ser registrados no PEC e-SUS - AB ou prontuário eletrônico privado, sendo muito importante a utilização destes sistemas para o registro de todas as ações envolvidas (registro clínico, prescrição, encaminhamento).

Não devem ser usados formulários em papel, salvo em caso de inoperância do Prontuário Eletrônico.

No campo “**Avaliação**”, registrar os **códigos**:

CIAP – 2: R80 (Gripe). Se usar o CID – 10, **J11** (Gripe devido a vírus não identificado).

Para SRAG, utilizar **U04.9** (Síndrome respiratória aguda grave, não especificada). Em casos de **diagnóstico etiológico confirmado** de COVID – 19, deve-se, além do CIAP – 2, inserir o CID B34.2 (infecção por coronavírus de localização não especificada).

Para o registro necessário à emissão do atestado do contato domiciliar, iniciar um contato no Prontuário Eletrônico, inserir no campo “Avaliação” o código CID-10 **Z20.9** - Contato com e exposição a doença transmissível não especificada. Não é necessária a inserção do código **no atestado**.

A utilização dos campos corretos do Prontuário Eletrônico é essencial para possibilitar a extração de dados consolidados e informações que posteriormente serão úteis para a tomada de decisão e definição de políticas públicas.

7.2 – Notificação

Os casos de Síndrome Gripal devem ser notificados diretamente no link <https://notifica.saude.gov.br>, que dá acesso ao ambiente e-SUS VE.

Casos notificados de SG que posteriormente apresentaram teste para COVID-19 positivo devem ser atualizados como casos confirmados, informando o resultado do teste;

Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com SG e histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19;

Recomendamos seja usado apenas um login, do diretor ou gerente da unidade de APS (o cadastro é baseado no CPF do profissional) por todos os profissionais. O objetivo de usar apenas um login é que haja possibilidade de o gestor acessar posteriormente o relatório do sistema e conseguir avaliar as informações da unidade;

Caso o diretor / gerente já possua login no e-SUS VE, pode-se utilizar o mesmo. Em caso de primeiro acesso, deve realizar o cadastro no sistema;

Se outros profissionais já tiverem se cadastrado, a unidade deve escolher o login de um usuário apenas e utilizá-lo.

8 – MONITORAMENTO DE CASOS DA UNIDADE

Todas as equipes de saúde da família e atenção primária tradicional devem possuir uma lista de pessoas apresentando Síndrome Gripal, com atenção especial àquelas que possuem os fatores de risco listados abaixo:

- ✓ Doença respiratória, cardíaca ou renal crônicas
- ✓ Idosos
- ✓ Portadores de tuberculose e hanseníase e outras doenças infecciosas crônicas
- ✓ Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea
- ✓ Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (ex: HIV, quimioterapia/radioterapia, imunossupressores)
- ✓ Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down)
- ✓ Diabetes
- ✓ Gestantes
- ✓ Pessoas com vulnerabilidade social importante
- ✓ Pessoas com capacidade autocuidado comprometida

Deve haver contato (preferencialmente telefônico) da equipe com os usuários, de forma regular, perguntando sobre sintomas gripais, sua evolução, e avaliação sobre outras necessidades em saúde. Caso haja necessidade, pode-se oferecer as modalidades de teleatendimento, atendimento presencial domiciliar, ou, em último caso, presencial na unidade.

Após o contato, as informações devem ser registradas em instrumentos de monitoramento utilizados pelas equipes, como planilhas ou sistemas oferecidos pela gestão local, regional ou municipal, além de discutidas com o restante da equipe, quando pertinente. Os contatos telefônicos que não constituírem teleconsulta por profissional de saúde não devem ser inseridos no prontuário eletrônico como tal;

O monitoramento deve terminar após 14 dias a partir da data do início dos sintomas ou após dois contatos consecutivos com o paciente referindo ausência de sintomas respiratórios e febre, com intervalo de 48h.

OBS: A atualização de telefone da pessoa ou cuidador nos sistemas de cadastro da APS é essencial para o sucesso da estratégia.

9 – ADEQUAÇÕES ESTRUTURAIS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

As unidades devem sofrer alterações estruturais para se adequar às mudanças de processos necessárias ao atendimento otimizado do provável grande volume de casos de Síndrome Gripal e atendimento inicial de casos de SRAG.

Tais medidas incluem:

9.1 – Alterações Gerais

- ✓ Criação de uma escala de profissionais de saúde para ocupar o papel de “Posso Ajudar”, identificando nas pessoas que procuram a unidade os casos de Síndrome Gripal. Devem ser profissionais de **nível superior** (incluindo cirurgiões-dentistas, profissionais dos NASF, profissionais de outras categorias que atuem na unidade de APS), ou acadêmicos supervisionados por profissional de sua categoria. O número de profissionais nesta função deve ser determinado de acordo com a demanda, pelo gestor local da unidade;
- ✓ Formação de equipe de resposta rápida (ERR) à chegada de casos de Síndrome Gripal, formada por agentes administrativos, recepcionistas ou agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos, em número proporcional à demanda por estes atendimentos, sendo o dimensionamento de responsabilidade do gestor local da unidade, apoiado pelos responsáveis técnicos de medicina e enfermagem;
- ✓ Tais equipes devem se revezar na escala da ERR durante a semana e deve-se **evitar a composição desta por profissionais com 60 anos ou mais e portadores de fatores de risco descritos no item 8;**
- ✓ Definição de uma área para recepção e avaliação inicial de pacientes com sintomas respiratórios, com ACS ou recepcionista, enfermeiro e médico; o ponto deve ser preferencialmente externo;
- ✓ Definição de local de espera de pessoas com quadro clínico de Síndrome Gripal para avaliação por profissional de nível superior (médico ou enfermeiro); este local deve, se possível, ser aberto e ventilado e próximo à área da unidade onde ocorrerem os atendimentos;
- ✓ Definição de setor, ala ou salas na unidade para a acomodação e atuação das ERR, evitando a circulação de pessoas com suspeita de SG ou profissionais que estejam escalados na ERR em outros espaços da unidade; As salas devem ser exclusivas para atendimento de casos de SG, e próximas, se possível, à sala de observação clínica;
- ✓ Definição de uma sala ou área para realização de *puff* em pacientes com broncoespasmo; o profissional que entrar na sala deve usar o EPI semelhante ao do atendimento (máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas);
- ✓ Provimento pela gestão regional (CAP) e SMS de todo o material definido como Equipamento de Proteção Individual (EPI) necessário, a saber:

Tabela 4 - Material para salas de atendimento de Covid - 19 na APS

SALAS DE ATENDIMENTO
Máscaras cirúrgicas
Touca
Luvas de procedimento
Álcool gel
Capotes com punho fechado
Óculos de proteção
Estetoscópio (não usar o do profissional)
Esfigmomanômetro (exclusivo)
Abaixador de língua
Papel para impressão
Impressora
SALA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA (ALÉM DO LISTADO ACIMA)
Material de urgência preconizado para as unidades de APS (item 9.3)
Máscaras N95 (usada pelo profissional em procedimentos que geram aerossóis)
Medicações de urgência, analgésicos (ampolas)
Cilindro de O2
Catéter nasal de O2 tipo óculos
Máscara de O2 com reservatório
Material de via aérea avançada
Desfibrilador Externo Automático

- ✓ Organização da sala de observação clínica da unidade para receber pessoas com SG e fatores de risco ou SRAG que tenham indicação de estabilização e encaminhamento por Vaga Zero a unidade de maior complexidade;
- ✓ Considerar a criação de outra sala de observação clínica dedicada à estabilização de pacientes com SRAG, caso a unidade possua estrutura adequada para isso;
- ✓ Profissional e material de limpeza destacado para a atuação nesta área da unidade;
- ✓ Deve haver local para descarte de material exclusivo para esta área da unidade (lixo comum e infectante).

9.2 - Teleatendimento

A unidade pode disponibilizar uma sala para a realização de atendimento remoto. Essa sala deve conter um computador, fones de ouvido e microfone para o profissional, e impressora para quando houver necessidade de impressão para digitalização de documentos.

9.3- Material necessário para urgências:

Kit A (abordagem do paciente com broncoespasmo)

- Kit EPI completo
- Espaçador (pode ser o de uso pessoal trazido pelo paciente);
- Salbutamol Spray
- Beclometasona 200 mcg/puff (adultos)
- Beclometasona 50 mcg/puff (crianças)

Kit B (abordagem do paciente com saturação de oxigênio menor \leq 94%, estável)

- Kit EPI completo
- Cateter nasal de O₂ tipo óculos
- Máscara com reservatório
- Oxigênio

Kit C (abordagem do paciente em iminente colapso respiratório)

- Aspirador
- 3 Kits EPI Completos com capote impermeável e respirador N95
- AMBU (máscara + bolsa + válvula + reservatório)
- Sonda de aspiração
- Laringoscópio comum com pilhas (Lâminas curvas 0 a 5)
- Tubos orotraqueais 3,5 a 8,0
- Fio Guia
- Filtro HEPA;
- Seringa de 20 ml;
- 1 Pinça Kelly ou semelhante para ocluir o tubo;
- 1 Estetoscópio

- 1 máscara cirúrgica com orifício feito no meio;
- 2 cateteres intravenosos (tipo Jelco ® calibrosos 16 / 18);
- 3 equips simples; xviii. 5 seringas de 10 ml;
- 5 agulhas calibrosas (40x12);

Medicação:

- Oxigênio
- Succinilcolina 10 mg/ml – 10 ml após reconstituição com AD (1 frasco)
- Cetamina ou Dextrocetamina 50mg/ml - frasco com 10 ml (1 frasco)
- Lidocaína 2% sem vasoconstrictor - ampola de 5 ml (2 ampolas)
- Midazolam 5mg/ml ampola de 3 ml (2 ampolas)
- Soro Fisiológico ou Ringer lactato 500 ml - 4 frascos
- Soro Fisiológico 100ml – 2 frascos
- Adrenalina 1mg/ml – 5 ampolas

Materiais complementares (não obrigatórios)

- Bougie
- Máscaras Laríngeas 3 / 4 / 5

10 – ADEQUAÇÕES PROCESSUAIS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

(As orientações abaixo são EXCLUSIVAS para a Equipe de Resposta Rápida)

10.1 – Recepção e Atuação de Equipe de Resposta Rápida

- ✓ A ERR pré-definida em escala deve chegar na unidade pontualmente, conferir a disponibilidade de insumos de EPI e outros necessários para o atendimento do dia em todas as áreas e salas destinadas ao atendimento e observação clínica;
- ✓ Pessoas que chegarem na unidade devem ser abordadas pela pessoa escalada no “Posso Ajudar”. Em caso de relato de procura por sintomas que se enquadrem na definição de **caso leve a moderado (item 4.1)**, este profissional deve fornecer e orientar a colocação da máscara cirúrgica pelo paciente e o encaminhar ao local de espera da ERR. Caso contrário, devem seguir o fluxo normal da unidade;

- ✓ O “Posso ajudar” deve anotar o nome completo e dados da pessoa e encaminhar ao ACS ou Recepcionista da ERR, para que este recupere o cadastro e insira o paciente na lista de triagem inicial;
- ✓ O “Posso ajudar” deve priorizar a triagem inicial de idosos, pessoas com doenças crônicas e gestantes para organizar a lista;
- ✓ O ACS ou Recepcionista deve levar o paciente ao setor de avaliação inicial.

10.2 – Avaliação inicial – Anamnese dirigida

Deve ser feita por médico. O objetivo da avaliação inicial é, através de escuta, perguntas direcionadas e oximetria de pulso, identificar a síndrome clínica que se apresenta, excluir situações de risco que demandem uma avaliação clínica completa, e com isso conquistar dois benefícios: expor menos o paciente à contaminação cruzada dentro da unidade e otimizar o trabalho de **atendimento** da equipe de resposta rápida.

Ao avaliar o paciente inicialmente, o médico deve:

1 – Confirmar a presença e detalhar os sintomas gripais

(confirmar e qualificar os sintomas respiratórios referidos ao “posso ajudar”)

2 – Detectar / excluir outros sintomas

(objetivos: identificar / diferenciar de quadros crônicos e outras condições clínicas)

3 – Perguntar sobre falta de ar

(objetivo: identificar / excluir SRAG e outros quadros que necessitem de suporte clínico).

4 – Medir a saturação periférica de O₂ com oximetria de Pulso

(considerando a existência de casos com dissociação entre clínica e spO₂, é uma medida importante para assegurar o caso leve e classificar o risco dos demais casos).

No caso de não se identificar outras condições que indiquem atendimento do dia ou situação que demande atendimento ao quadro de síndrome gripal (ex: dispneia, spO₂ ≤ 94% ou outro sinal de gravidade), a avaliação inicial deve ser terminal, ou seja, o paciente deve ser conduzido pelo médico avaliador de

acordo com os demais itens deste protocolo, considerando o manejo do **caso leve** (ver fluxograma no item 11). O paciente deve receber atestado médico para afastamento por 14 dias a partir da data de início dos sintomas, bem como seus familiares;

Caso haja definição da necessidade de atendimento, deve ser encaminhado ao setor de atendimento da ERR.

10.3 – Atendimento

- ✓ O atendimento de casos suspeitos de infecção pelo coronavírus deve ser feito por médico ou enfermeiro.
- ✓ Deve-se observar as recomendações de uso de EPI descritas no **item 10.4**.
- ✓ Após o atendimento, o paciente deve ser orientado a ir para casa com instruções para isolamento domiciliar (caso leve), levado à sala de *puff* se caso moderado ou sala de observação clínica -isolamento (caso grave), onde receberá os cuidados iniciais descritos no item 5.2;
- ✓ Após cada atendimento, deve ser descartado o material de EPI (com exceção dos óculos de proteção), o profissional deve higienizar as mãos com álcool gel ou lavar com água e sabão e limpar os objetos com os quais teve contato (computador, celular, carimbo) com álcool 70%;
- ✓ As salas e a área de atendimento utilizadas pelas ERR devem receber limpeza terminal após cada atendimento por pessoal dedicado a este setor.

10.4 – Cuidados e proteção dos profissionais

10.4.1 - Medidas Gerais

- ✓ Os profissionais devem lavar com água e sabão ou higienizar as mãos com álcool gel com frequência, após tocar objetos, outras pessoas ou usar o banheiro;
- ✓ Se a pessoa tiver acompanhante, este deve ser orientado a não entrar na unidade de saúde, salvo em situações de necessidade;
- ✓ Os profissionais devem evitar circular com EPI que não seja necessário ao ambiente em que se encontram, para evitar a contaminação destes ambientes.

ATENÇÃO: não deve ser impedido o acesso à unidade de pessoas assintomáticas que não estejam utilizando máscara pessoal.

10.4.2 - Uso de EPI em unidades de APS

O uso de EPI nas unidades de atenção primária tem especificidades dependentes do local, tipo e duração de contato do profissional com o paciente suspeito de Covid - 19.

A tabela 2 mostra a indicação de EPI conforme o local, o profissional e a atividade realizada, bem como sua frequência de troca, de acordo com as recomendações mais recentes da Prefeitura do Rio de Janeiro, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA).

Tabela 2 - Recomendações de Uso de EPI segundo local, profissional e atividade

Local	Público (pacientes ou funcionários)	Atividade	Tipo de EPI indicado	Frequência de Troca
Área Externa / Triagem / Recepção	Profissionais de Saúde	Avaliação inicial sem contato físico direto	Máscara cirúrgica. Manter distância de ao menos um metro	4h
Área Externa / Triagem / Recepção	Pacientes	Qualquer	Máscara cirúrgica. Manter distância de pelo menos um metro.	4h
Área de Espera	Pacientes	Espera	Máscara cirúrgica; Se possível área separada. Manter distância de ao menos um metro entre pessoas	4h
Áreas de atendimento Covid-19	Profissionais de Saúde	Atendimento com Exame Físico	Máscara cirúrgica Capote Luvas Óculos de Proteção	A cada atendimento, trocar capote, luvas. Óculos de proteção devem ser desinfetados com álcool 70%. Trocar a máscara a cada 4h
Áreas de atendimento Covid-19	Pessoal da limpeza	Limpeza	Máscara cirúrgica Capote Luvas de limpeza Óculos de proteção Luvas de borracha com cano longo Botas impermeáveis de cano longo	Colocar o EPI para adentrar a sala de atendimento e retirar ao sair
Áreas para outros atendimentos (não Covid-19) e administrativas	Profissionais de Saúde (incluindo ACS)	Atendimento e atividades com Contato menor que 1m	EPI padrão para a atividade + máscara cirúrgica	4h (máscara)

Áreas para outros atendimentos (não Covid-19) e administrativas	Pacientes	Qualquer	Máscara pessoal (pode ser caseira)	trocar a máscara se estiver úmida ou suja
Áreas para outros atendimentos (não Covid-19) e administrativas	Outros Profissionais (Segurança, Portaria, Agentes Administrativos)	Qualquer	Máscara pessoal (pode ser caseira)	trocar a máscara se estiver úmida ou suja
Área de Isolamento – Observação Clínica	Profissionais de saúde	Atendimento e Procedimentos com possível geração de aerossóis	Máscara N95 ou FFP2; Capote Luvas Óculos de Proteção Gorro Protetor Facial para procedimento em via aérea	A cada atendimento, trocar capote, luvas, máscara, gorro. Óculos de proteção devem ser desinfetados com álcool 70%.
Área de Isolamento – Observação Clínica	Profissionais de limpeza	Limpeza terminal	Máscara cirúrgica Capote Luvas de limpeza Óculos de proteção Botas / sapatos fechados impermeáveis	A cada atendimento, trocar capote, máscara. Óculos de proteção e sapatos devem ser desinfetados

10.4.3 – Tipos de EPI

MÁSCARA PESSOAL (PODE SER CASEIRA) - tem seu uso recomendado para a redução da disseminação viral por gotículas de pessoas assintomáticas respiratórias. Deve ser usada em áreas da unidade não dedicadas ao atendimento de suspeita de Covid - 19, por profissionais em atividades administrativas, e por pacientes assintomáticos.

MÁSCARA CIRÚRGICA – deve ser utilizada por todo profissional que se envolver em contato direto com pacientes, a menos de um metro de distância, trocando a cada 3 – 4h ou quando saturar. **É importante que os pacientes sintomáticos respiratórios recebam e coloquem a máscara tão logo identificados.**

RESPIRADOR FACIAL (N95) – deve ser usado por profissionais envolvidos em procedimentos nos pacientes com suspeita de síndrome gripal que gerem aerossóis (manipulação de vias aéreas, exames invasivos). Podem ser reutilizadas enquanto mantiverem sua integridade e capacidade de vedação, sendo sugerida a troca a cada 15 dias.

CAPOTE OU AVENTAL - Deve ter gramatura mínima de 30g/m². Deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. Em caso de maior probabilidade de contato com líquidos corporais, deve-se usar avental impermeável (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m²). O capote

ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior.

LUVAS – podem ser de látex ou nitrílicas. Devem ser utilizadas nos atendimentos a pessoas com Síndrome Gripal, dentro do consultório, e descartados após cada atendimento em lixeira de conteúdo infectante. Devem ser usados durante todo o atendimento com contato direto com o paciente (exame físico).

TOUCA - deve ser usada por profissionais envolvidos em procedimentos nos pacientes com suspeita de Covid - 19 que gerem aerossóis (manipulação de vias aéreas, exames invasivos). Devem ser trocadas após a realização do procedimento.

ÓCULOS - devem ser utilizados nos atendimentos a pessoas com Síndrome Gripal, dentro do consultório. Devem ser usados durante o contato direto com o paciente (exame físico), e retirados no momento administrativo da consulta (escrita, digitação em computador, por exemplo). Podem ser desinfetados após cada consulta e reutilizados.

PROTETOR FACIAL – protetor feito de acetato para a realização de procedimentos com manipulação direta de vias aéreas (aspiração, intubação orotraqueal). Pode ser usado em outros espaços, desde que não comprometa o uso no local onde é de fato indicado (observação clínica para a realização de procedimentos).

10.4.4 - Adaptações no caso de escassez de EPI e materiais

Alguns órgãos de saúde pública, como a OMS, a ANVISA e o Center for Disease Control (CDC) americano têm produzido documentos sobre adaptações no uso de EPIs frente ao estado mundial de escassez que estes materiais se encontram. Baseado nestas recomendações, deve-se considerar:

- ✓ O uso por tempo maior que o previsto pelo fabricante para as máscaras N95, desde que mantenham sua integridade e capacidade de vedação (sugerido 15 dias);
- ✓ Uso de protetor facial dispensando a utilização concomitante de máscara cirúrgica em procedimentos de baixo risco (atendimentos, circulação);
- ✓ O reprocessamento de materiais cuja recomendação do fabricante é o uso único, porém não haja no rótulo a recomendação da ANVISA “Proibido Processar” (RDC N° 156, DE 11 DE AGOSTO DE 2006).

10.4.3- Técnica de paramentação dos profissionais

- ✓ Retirar todos os objetos pessoais do bolso e acessórios, incluindo crachás, estetoscópios
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão da forma correta
- ✓ Colocar a máscara (cirúrgica, N95 apenas para procedimentos com aerossóis) com as cordas na parte de cima da cabeça e ajustar ao nariz para correta vedação
- ✓ Colocar os óculos de proteção
- ✓ Colocar a touca cobrindo todo o cabelo, orelhas e testa (procedimentos com aerossóis)
- ✓ Colocar o capote e amarrar preferencialmente na parte da frente
- ✓ Colocar luvas de procedimento
- ✓ Não levar as mãos em hipótese alguma ao rosto.

10.4.4- Técnica de desparamentação dos profissionais para procedimentos com aerossóis (aspiração de vias aéreas, intubação)

- ✓ Sair do ambiente contaminado
- ✓ Retirar a touca (procedimentos com aerossóis) e descartar no LIXO INFECTANTE.
- ✓ Retirar o avental devagar e retirando junto às mangas o par de luvas de procedimento. Enrolá-lo pela parte de dentro e descartá-lo no LIXO INFECTANTE.
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta.
- ✓ Retirar os óculos de proteção, limpando-os com álcool 70% e deixá-lo sobre um saco plástico na mesa.
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta.
- ✓ Retirar a máscara N95 (procedimentos com aerossóis) pelas cordas sem tocar na parte frontal da máscara e colocá-la dentro de um envelope de PAPEL devidamente identificado com seu nome e fechá-lo
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta
- ✓ Guardar os óculos de proteção dentro do saco plástico
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta.

10.4.6 – Afastamento e Retorno de Profissionais

Para o afastamento e retorno ao trabalho de profissionais de saúde com suspeita de Covid - 19 ou profissionais de saúde contatos domiciliares de casos suspeitos, deve-se utilizar as orientações contidas na tabela 3:

Tabela 3 - Orientação para o afastamento e retorno de profissionais de saúde afastados por suspeita de Covid - 19.

Situação do Profissional	Testagem	Resultado do Teste	Recomendação de Afastamento	Retorno
Profissionais contatos domiciliares assintomáticos de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal	Caso do domicílio realizou teste (RT-PCR do 3o ao 7o dia ou ou sorológico a partir do 8 dia)	Positivo	Afastamento por 14 dias, a contar do início dos sintomas do caso	Após 14 dias, a contar do início dos sintomas do caso
		Negativo		Retorno imediato ao trabalho
	Não testado		Afastamento do profissional por 7 dias, a contar do início dos sintomas do caso	Retorna ao trabalho após 7 dias, se permanecer assintomático
Profissional de saúde com suspeita de Síndrome Gripal (febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória)	Teste (RT-PCR ou sorológico IgM)	Positivo	Afastamento por 14 dias, a contar do início dos sintomas	Após 14 dias, a contar do início dos sintomas
		Negativo	Afastamento por 14 dias, a contar do início dos sintomas	Retorna ao trabalho com 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
	Não testado		Afastamento por 14 dias, a contar do início dos sintomas	Retorna ao trabalho com 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

10.5 – Papel de cada categoria profissional e acadêmicos na ERR

Médico: classificação de risco (casos leves a moderados / graves), atendimento, manejo e exclusão de outros diagnósticos, prescrição de medicamentos previstos no protocolo, emissão de atestado, estabilização inicial de casos graves, solicitação de encaminhamento a serviço de maior complexidade, em casos de óbito, emissão de declaração de óbito.

Enfermeiro: organização dos setores dedicados ao atendimento de SG, monitoramento do material e insumos necessários, classificação de risco, atendimento de casos leves, realização do diagnóstico de enfermagem, orientação e prescrição de medicamentos analgésicos e antitérmicos previstos neste protocolo, estabilização inicial de casos graves junto com equipe, notificação de casos de SRAG e supervisão dos técnicos de enfermagem da ERR;

OBS₁: as práticas de enfermagem descritas acima regulamentam-se pela Lei do Exercício Profissional, Lei 7.498/86 (LEPE) e seu Decreto Regulamentador 94.406/87, e a Portaria Nº 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (PNAB).

OBS₂: os residentes devem acompanhar seus preceptores e demais profissionais na execução das atribuições de sua categoria, desenvolvendo habilidades e executando ações conforme a avaliação dos preceptores dos respectivos programas de residência.

Técnico de Enfermagem: organização dos setores dedicados ao atendimento de SG, reposição do material e insumos necessários, apoio na classificação de risco, realização de procedimentos de enfermagem (aferição de sinais vitais, coleta de material biológico e outros necessários dentro de suas competências);

Agente Comunitário de Saúde: inserção dos dados trazidos pelo “Posso Ajudar” na lista de atendimento do prontuário eletrônico; condução dos pacientes entre os pontos de atendimento, mantendo mais de um metro de distância; atualização de dados do cadastro.

Recepcionista: inserção dos dados trazidos pelo “Posso Ajudar” na lista de atendimento do prontuário eletrônico; atualização de dados do cadastro;

Acadêmicos: Devem acompanhar seus preceptores e demais profissionais na execução das atribuições de sua categoria, desenvolvendo habilidades e executando ações conforme a avaliação dos preceptores, **presencial ou remotamente**, a critério dos alunos, preceptores, gestores locais e instituições de ensino responsáveis.

Profissionais da limpeza: Qualquer profissional que adentre no ambiente em uso ou após uso por paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19 deve estar completamente paramentado com Kit de EPI Covid-19, incluindo os profissionais

da limpeza. Todos os materiais, objetos e equipamentos da sala deverão ser devidamente limpos.

10.6 - Teleatendimento

- ✓ O Art 3º da Resolução CFM 1643/2002 dispõe sobre Telemedicina e a Resolução do COFEN N. 0634/ 2020 autoriza e normatiza a Teleconsulta de Enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus. São ferramentas importantes para oferta de serviços e o cuidado em saúde, especialmente em situações em que a distância pode ser um fator crítico. Conselhos de outras categorias profissionais já produziram documentos semelhantes;
- ✓ Podem ser feitas escalas para realização de contatos remotos com pessoas acompanhadas na unidade, com o objetivo de manejar casos suspeitos de Covid -19 e prover cuidado a outras condições para pessoas que estejam impedidas de vir à unidade, por recomendação de distanciamento social, quarentena, ou porque os serviços que demandam estão suspensos;
- ✓ Os contatos (ligações para monitoramento e orientação ou teleconsultas) podem ser realizados por chamada de voz sem vídeo ou com vídeo. Há evidências de maior satisfação da pessoa contactada, quando utilizado o vídeo para interação;
- ✓ Utilizando o telefone da equipe pode-se utilizar mensagens de textos, de forma síncrona ou não, para a comunicação com os usuários. O uso de ferramentas de comunicação estruturadas para serviços, como o Whatsapp empresarial, oferece vantagens pela possibilidade de configuração de mensagens automáticas e maior controle das informações;
- ✓ As teleconsultas podem ser registradas em prontuário eletrônico (no PEC e-SUS AB, utilizar o ambiente “Registro Tardio”). Outros contatos, como troca de mensagens por whatsapp e ligações telefônicas realizadas pela equipe que não configurem teleconsultas, devem ter seu produto discutido em reunião de equipe (que pode ser virtual);
- ✓ Os atendimentos devem garantir a integridade, segurança e o sigilo das informações.

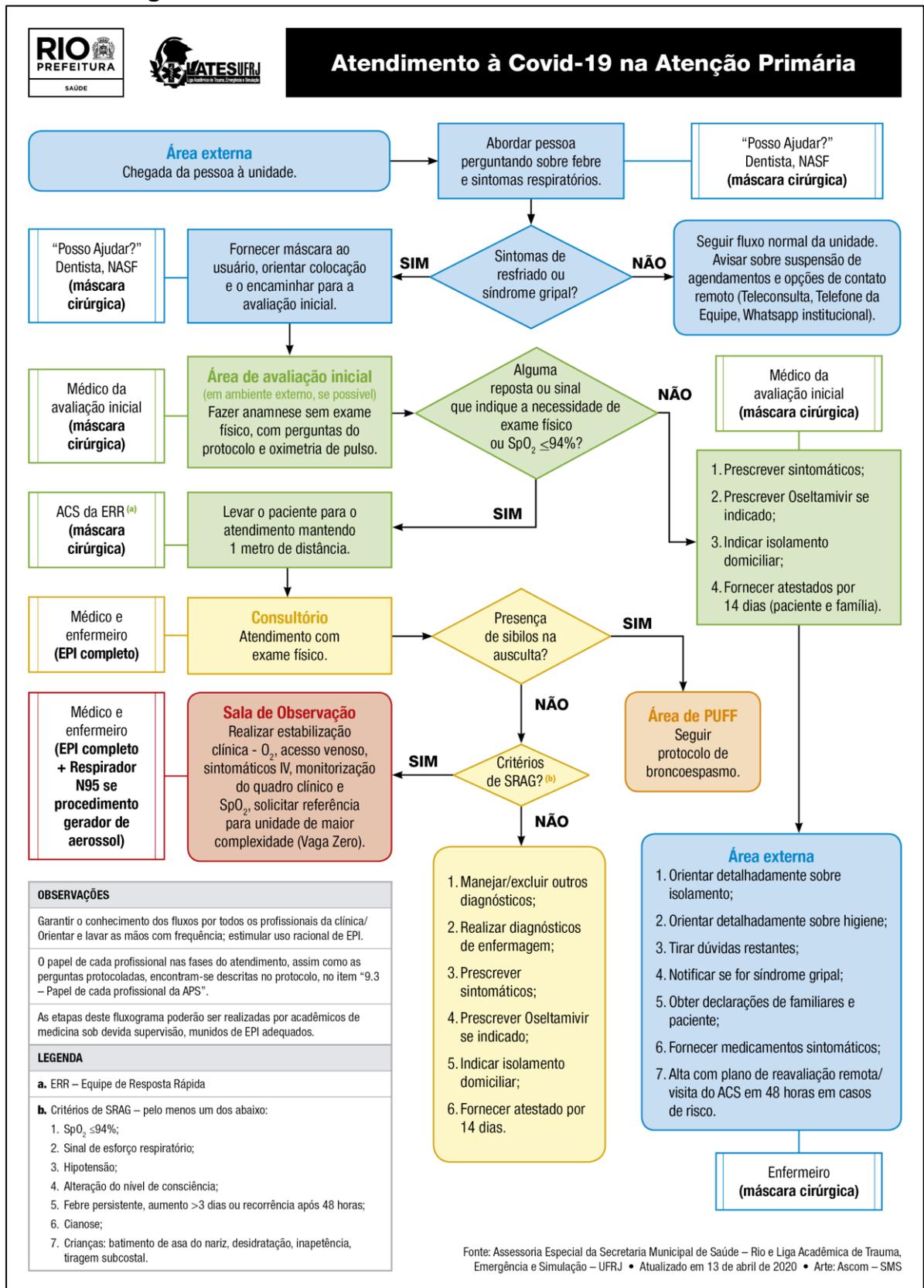
10.7 – Demais Atividades e Fluxos na Unidade

- ✓ Todas as atividades coletivas programadas ou que aglomerem pessoas de alguma forma (atividades em salas de espera, grupos, ações na comunidade) devem ser suspensas para diminuir a frequência à unidade de saúde e o contato entre muitas pessoas;

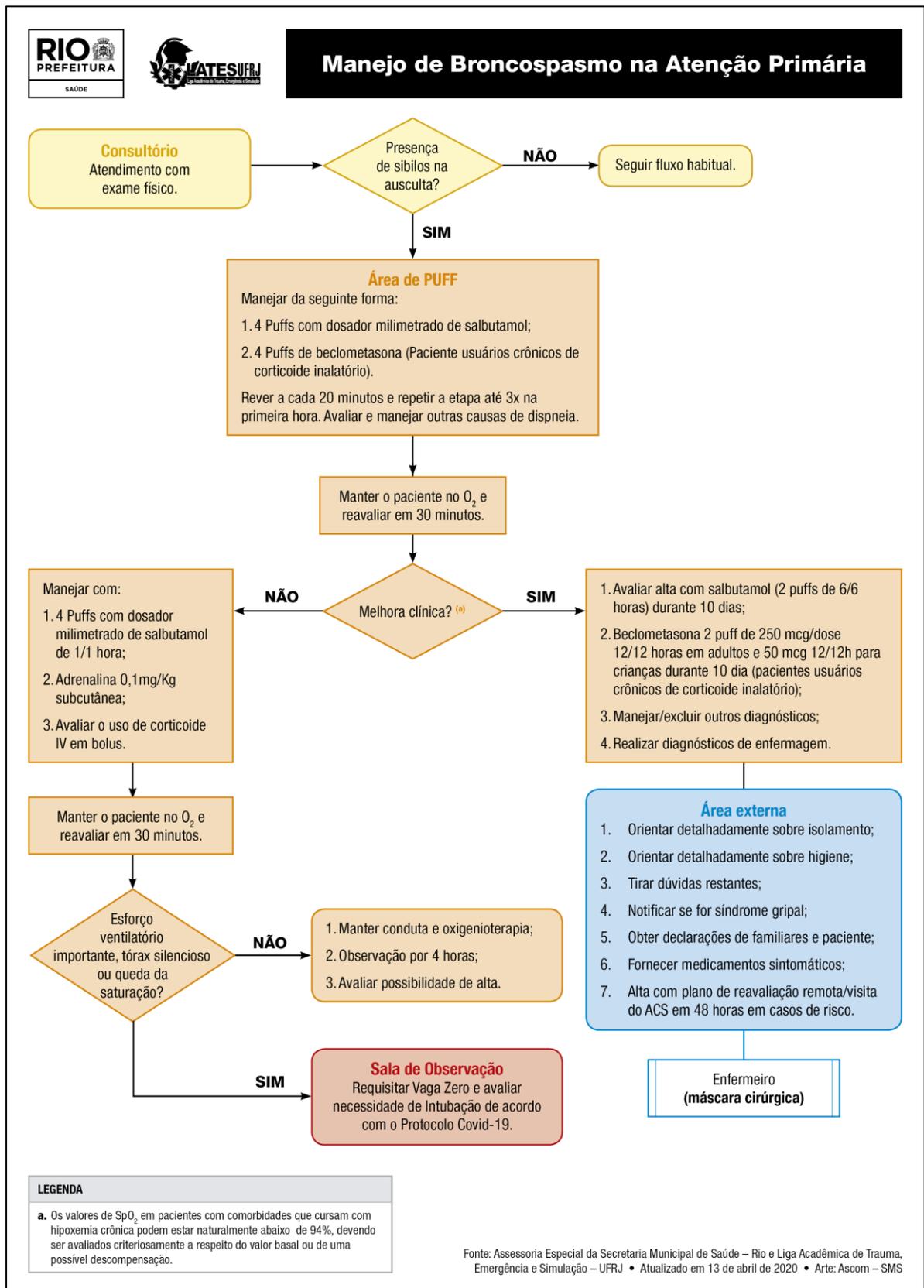
- ✓ A vacinação deve ser mantida;
- ✓ As visitas domiciliares de agentes comunitários devem ter foco principal no monitoramento de famílias com pessoas com Síndrome Gripal, especialmente com fatores de risco, e casos de alto risco clínico ou social conhecidos pela equipe, caso não seja possível o monitoramento remoto por telefone;
- ✓ O atendimento domiciliar por profissionais de saúde deve priorizar pessoas identificadas pelo monitoramento por telefone ou por visita domiciliar do agente comunitário como apresentando piora clínica, e que por alguma circunstância não possam procurar uma unidade de saúde; se identificada necessidade de internação hospitalar, deve ser acionado o sistema de regulação, **via Vaga Zero**, para a remoção do paciente **do domicílio**;
- ✓ A vacinação para proteção contra Influenza em idosos em domicílio deve ser operacionalizada, se possível;
- ✓ As atividades de rotina da unidade (**consultas, visitas domiciliares de Agentes Comunitários, Atendimento Domiciliar e Procedimentos de Enfermagem**) devem ser mantidas para gestantes em cuidado pré-natal, pessoas vivendo com HIV / AIDS, Tuberculose, Neoplasias e outras condições crônicas onde seja percebido alto risco clínico. As demais atividades desta natureza, voltadas a condições e pessoas de menor risco, devem ser suspensas para diminuir a circulação de profissionais e usuários na unidade e no território. A avaliação dessa medida deve ser criteriosa e decidida pela equipe de saúde, que tem a responsabilidade pela gestão das condições supracitadas;
- ✓ Otimizar a emissão de prescrições de medicamentos de uso contínuo e a dispensação da medicação para os pacientes, seus familiares ou responsáveis; as receitas de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas devem ser emitidas com validade de no mínimo três meses, e medicamentos controlados dois meses; em caso de disponibilidade de estoque, dispensar a medicação de uso crônico e medicamentos controlados para 60 dias. Deve-se avaliar a realização de TDO para tuberculose a cada 7 dias.
- ✓ Comunicar claramente à população os motivos de cancelamento das consultas e visitas domiciliares eletivas, informando o procedimento que será adotado para remarcação e as ofertas de cuidado remoto disponíveis em nível federal, estadual e municipal.

11 - Fluxogramas de organização da unidade para atendimento a casos suspeitos de Síndrome Gripal

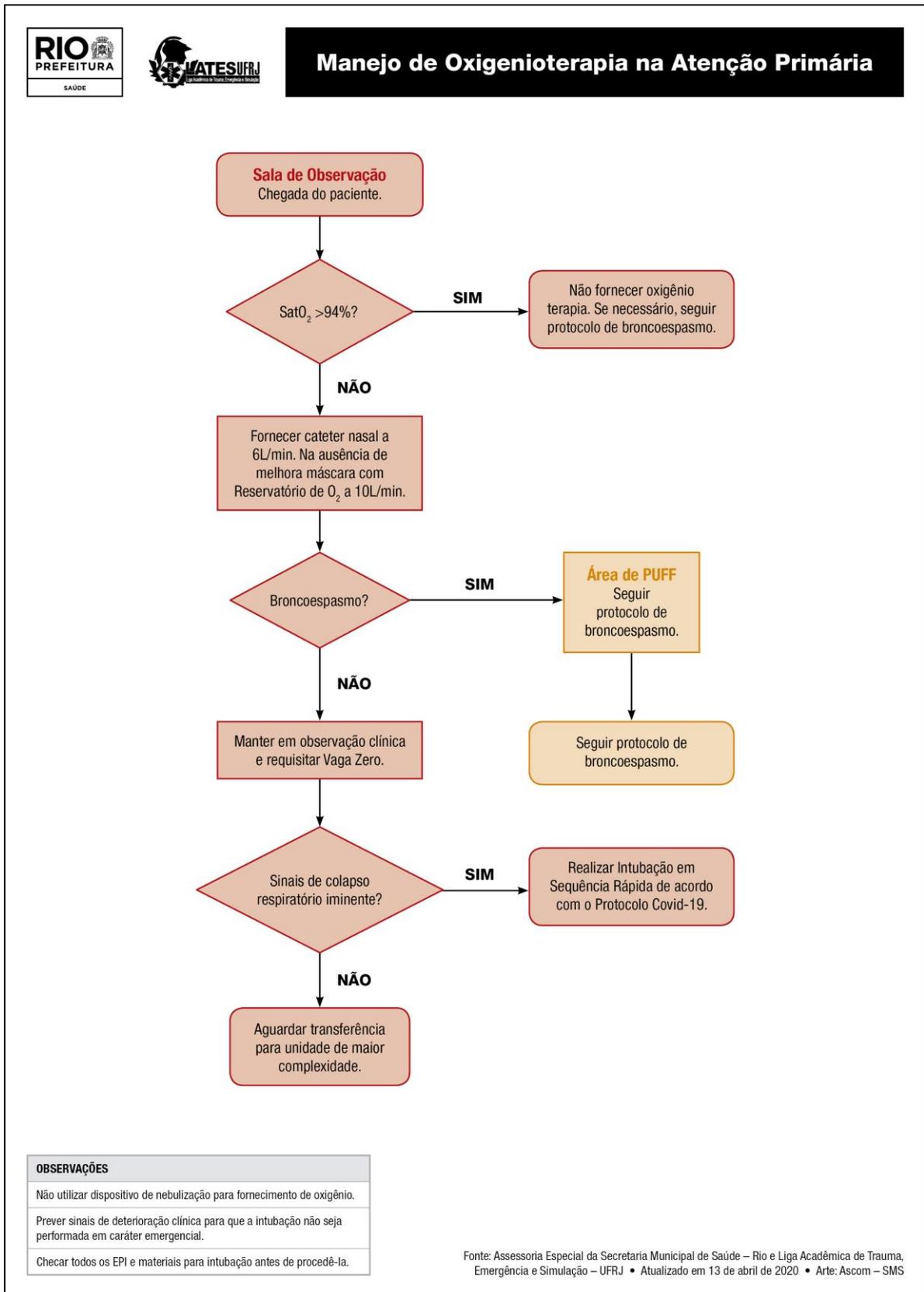
11.1 – Fluxograma Geral de Atendimento



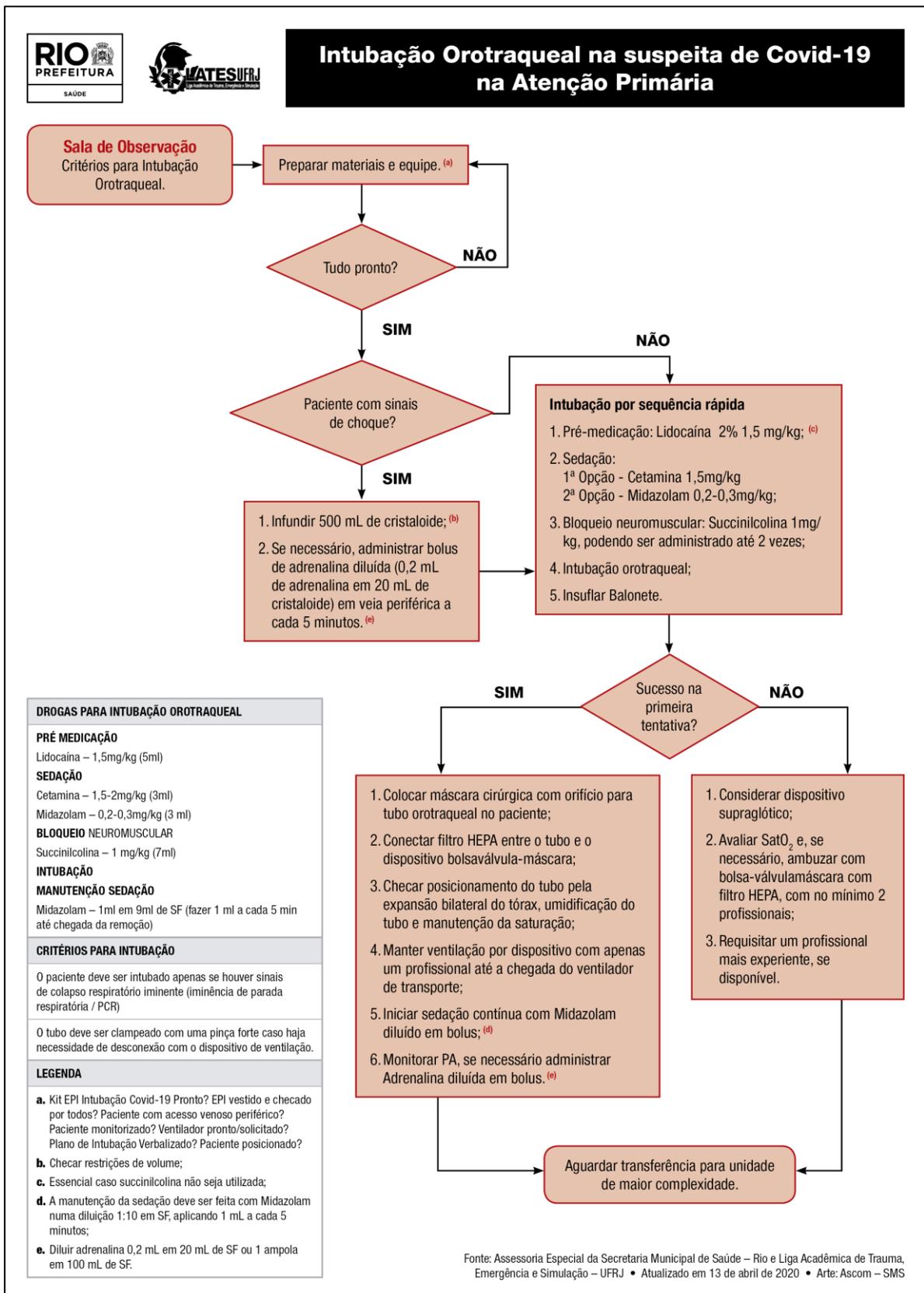
11.2 – Fluxograma do Manejo do Broncoespasmo na APS



11.3 – Fluxograma do Manejo de Oxigenoterapia na APS



11.4 – Fluxograma de Intubação Orotraqueal na APS



12 – Atuação da gestão local e regional

12.1 – Coordenações Regionais (CAP):

- ✓ Garantir a execução das alterações estruturais das unidades, apoiando a gestão local nas mudanças necessárias e monitorando sua execução;
- ✓ Prover as unidades com insumos, material de EPI e demais recursos necessários às ações previstas neste protocolo, de prevenção de infecção, disseminação e manejo;
- ✓ Realizar a gestão da alocação de profissionais nas unidades, podendo deslocá-los para outro setor da unidade ou entre unidades de saúde em caso de necessidade identificada por questão de saúde pública relacionada à pandemia do coronavírus;
- ✓ Apoiar a gestão local na atuação durante a pandemia mediante apoio institucional contínuo, criando clima organizacional favorável para a sua atuação;

12.2 – Gestão local

- ✓ Executar e monitorar as alterações estruturais e processuais das unidades de atenção primária para garantir a implementação dos fluxos definidos neste protocolo;
- ✓ Apoiar as equipes na atuação durante a pandemia, criando clima organizacional favorável para as equipes;
- ✓ Apoiar e realizar ações de Vigilância em Saúde (notificação, articulação para coleta e envio de material quando necessário, fornecimento de informações clínicas e epidemiológicas).

13 – Óbito

13.1 - Recomendações gerais

- ✓ Considerando o potencial de transmissão da Covid – 19 após a morte, recomenda-se que haja precaução na manipulação de corpos oriundos de óbito suspeito, através da utilização de EPI completo (gorro, óculos ou protetor facial, máscara cirúrgica, avental impermeável de manga comprida, luvas e botas impermeáveis) para proteção contra a exposição a sangue,

fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas;

- ✓ Para a realização de coleta de amostra *post mortem* por Swab nasal, retirada de tubo orotraqueal ou outra manipulação de vias aéreas, deve-se utilizar, além do EPI descrito, máscara N95;
- ✓ A família deve ser orientada a não realizar funeral e evitar o contato físico com o corpo;
- ✓ Considerando a possibilidade de monitoramento, recomenda-se que sejam registrados nomes, datas e atividades de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados post-mortem, incluindo a limpeza do quarto/enfermaria.

13.2 – Óbito em domicílio

Diante de um óbito por suspeita de Covid – 19 ocorrido em domicílio, em área de cobertura por Estratégia Saúde da Família, o médico da eSF deve, durante o horário de funcionamento da unidade, realizar atendimento domiciliar para a constatação do óbito e fornecimento do atestado, preenchendo a Declaração de Óbito (DO) como descrito no [item 13.1.4](#).

No caso de óbito em área fora de cobertura da Estratégia Saúde da Família, ausência do médico da equipe na unidade por compensação de horário estendido, falta, vacância na equipe ou outro motivo, o gestor local deve avaliar a possibilidade de outro médico da unidade proceder com a constatação e o fornecimento da DO.

Caso o óbito ocorra fora do horário de funcionamento da unidade, ou não houver disponibilidade de médico para a visita no momento do óbito pelos motivos acima, a família deve ser orientada pelo gestor local a acionar o SAMU para realizar a constatação e fornecer a DO.

Caso a equipe realize o atendimento domiciliar para constatação do óbito, deve colher o Swab para testagem *post mortem* (até 12h após o óbito).

13.3 – Óbito na Unidade de Atenção Primária

Em caso de óbito na Unidade de Atenção Primária, este deve ser constatado por médico presente na unidade, que deve fornecer a DO.

A Equipe da Unidade (que atendeu o caso, para não envolver outros profissionais) deve coletar o material para realização de RT-PCR para coronavírus por Swab nasal e enviar à Divisão de Vigilância em Saúde da CAP. Deve notificar SRAG através do SIVEP – Gripe.

A equipe deve comunicar o óbito à família, evitando o contato do familiar com o corpo. No caso do fechamento da Unidade de Saúde antes da remoção do corpo pelo serviço funerário (ver item 13.1.4), a gerência ou direção da unidade deve solicitar por ofício (digitalizado) a acomodação do corpo na geladeira do Hospital de Referência para este fim na rede municipal, de acordo com a área de planejamento, segundo a tabela 5:

Tabela 5 - Destino temporário de corpos em caso de óbito em unidade de APS e ausência de serviço funerário disponível antes do fechamento da unidade

Área de Planejamento (AP)	Hospital de referência para frigorífico
1.0	Hospital Municipal Souza Aguiar
2.1	Hospital Municipal Miguel Couto
2.2	Hospital Municipal Souza Aguiar
3.1	Hospital Municipal Evandro Freire
3.2	Hospital Municipal Salgado Filho
3.3	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
4.0	Hospital Municipal Lourenço Jorge
5.1	Hospital Municipal Albert Schweitzer
5.2	Hospital Municipal Rocha Faria
5.3	Hospital Municipal Pedro II

Deve ser feita também a solicitação, por ofício, do traslado do corpo para o hospital pelo Corpo de Bombeiros, com contato prévio pelos telefones (21) 2334-7868 / 2334-7930 e 98596-9532.

A Coordenadoria de Área Programática deve apoiar a unidade na articulação destes fluxos.

13.4 – Preenchimento da Declaração de Óbito

Os casos de Covid – 19 devem ter a doença mencionada como causa direta na Parte I da DO, respeitando-se a ordenação da cadeia de causas, com a causa básica na última linha da Parte I. Se o caso for suspeito, deve-se indicar “Covid -19 (suspeito)” na declaração.

Recomenda-se a **não inserção de código CID-10** na DO, para permitir a codificação pelos serviços de vigilância de acordo com as recomendações destes setores.

13.5 – Sepultamento

Após o óbito, a família deve ser orientada a providenciar o sepultamento, acionando serviço funerário se possível, ou recorrendo ao Sepultamento Social, disponível acessando os cemitérios do Caju e de Inhaúma. Neste caso, **estão disponíveis o serviço de transporte do corpo e o sepultamento**. A lista de documentos necessários encontra-se no sítio eletrônico da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, em:

<http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/3cb23b18e2f942d88d9c31aff4d7e58e.pdf>

14 - Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 8). Acesso em 20/04/2020.

van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One. 2008;3(7):e2618. Published 2008 Jul 9. doi:10.1371/journal.pone.0002618

Rio de Janeiro. DECRETO RIO Nº 47375 DE 18 DE ABRIL DE 2020. Altera o Decreto Rio nº 47.282 de 21 de março de 2020, que determina a adoção de medidas adicionais, pelo Município, para enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus - COVID - 19, para tornar obrigatório o uso de máscaras de proteção facial, como medida complementar à redução do contágio pelo Sars-Cov-2, e dá outras providências. Acesso em 24/04/2020. Disponível em <http://doweb.rio.rj.gov.br/>

SBPT. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. Grupo Força Colaborativa Covid-19 Brasil. Acesso em 24/04/2020. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Covid-Recomendac%CC%A7a%CC%83o-Forc%CC%A7a-Tarefa.pdf.pdf>

Guan W et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine, February 28, 2020 DOI: 10.1056/NEJMoa2002032. Acesso em 24/04/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Acesso em 24/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dez passos para gestores municipais e estaduais da Atenção Primária à Saúde (APS) em resposta ao novo coronavírus. Acesso em 24/04/2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Orientações voltadas à rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis/SC. Versão 15 de março de 2020. Acesso em 24/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Acesso em 24/04/2020.

CDC. Center for Disease Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment. Acesso em 24/04/2020.

Yonghong Xiao, Mili Estee Torok. Taking the right measures to control COVID-19. Lancet Infect Dis 2020. Acesso em 24/04/2020.

Department of Health and Social Care (DHSC), Public Health Wales (PHW), Public Health Agency (PHA) Northern Ireland, Health Protection Scotland (HPS) and Public Health England. Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Acesso em 24/04/2020.

ABRAMEDE. Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência– 2020. Acesso em 31/03/2020.

Protocolo de Intubação Orotraqueal Para Caso Suspeito ou Confirmado de COVID-19 – ABRAMEDE 2020. Acesso em 31/03/2020.

ABRAMEDE. Protocolo Suplementação de Oxigênio em Paciente com Suspeita ou Confirmação de Infecção por COVID-19 – 2020. Acesso em 31/03/2020.

ABRAMEDE. Protocolo Manejo Broncoespasmo em Caso Suspeito ou Confirmado COVID-19 – 2020. Acesso em 31/03/2020.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro (2012), aprovados pelo Coren-RJ.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás / organização, Claci Fátima Weirich Rosso (et al) 3ª Edição Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS/SC. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem Volume 4: Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto, 2020.

Ofício COREN-RJ 255/2020. Considerações acerca da Nota Técnica da APS – 17/03/2020. Ref.: Prescrição de Antitêrmicos por Enfermeiros da APS. Conselho Regional de Enfermagem, RJ.. Acesso em 24/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Acesso em 24/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dez passos para gestores municipais e estaduais da Atenção Primária à Saúde (APS) em resposta ao novo coronavírus. Acesso em 24/04/2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Orientações voltadas à rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis/SC. Versão 15 de março de 2020. Acesso em 24/04/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Acesso em 24/04/2020.

CDC. Center for Disease Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment. Acesso em 24/04/2020.

Yonghong Xiao, Mili Estee Torok. Taking the right measures to control COVID-19. Lancet Infect Dis 2020. Acesso em 24/04/2020.

Department of Health and Social Care (DHSC), Public Health Wales (PHW), Public Health Agency (PHA) Northern Ireland, Health Protection Scotland (HPS) and Public Health England. Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Acesso em 24/04/2020.

ABRAMEDE. Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência– 2020. Acesso em 31/03/2020.

Protocolo de Intubação Orotraqueal Para Caso Suspeito ou Confirmado de COVID-19 – ABRAMEDE 2020. Acesso em 31/03/2020.

ABRAMEDE. Protocolo Suplementação de Oxigênio em Paciente com Suspeita ou Confirmação de Infecção por COVID-19 – 2020. Acesso em 31/03/2020.

ABRAMEDE. Protocolo Manejo Broncoespasmo em Caso Suspeito ou Confirmado COVID-19 – 2020. Acesso em 31/03/2020.

Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro (2012), aprovados pelo Coren-RJ.

Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás / organização, Claci Fátima Weirich Rosso (et al) 3ª Edição Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS/SC. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem Volume 4: Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto, 2020.

Ofício COREN-RJ 255/2020. Considerações acerca da Nota Técnica da APS – 17/03/2020. Ref.: Prescrição de Antitérmicos por Enfermeiros da APS. Conselho Regional de Enfermagem, RJ.

Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) nº 516, publicada no dia 23 de março, que autoriza os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais as modalidades de Teleconsultas, Teleconsultoria e Telemonitoramento.

Recomendação do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFF) nº 19 de 19 de março de 2020, que dispõe sobre orientações aos fonoaudiólogos para atuação profissional durante a quarentena em curso.

Resolução do Conselho Federal de Nutrição (CFN) nº 646, de 18 de março de 2020, que autoriza excepcionalmente o atendimento do nutricionista não presencial.

Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 11/2018, que atualiza a Resolução CFP nº 11/2012 sobre atendimento psicológico on-line e demais serviços realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância.

COLABORADORES

Ana Carolina da Cunha Barbosa – Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 5.2

Ana Luiza F. Rodrigues Caldas - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.1

Ariadne de Oliveira e Sá - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.3

Giovani Florencio Scarpelli Junior - Acadêmico UFRJ/Vice-Presidente LATES

Janaina Vianna Balmant – Enfermeira, Gerente da CF Felipe Cardoso – AP 3.1

Julia Radicetti de Siqueira Paiva e Silva - Acadêmica UFRJ/Diretora LATES

Lucélia dos Santos Silva – Enfermeira, Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da SMS Rio

Luiza Lobato Ilarri - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 4.0

Matheus dos Santos Mantuano - Acadêmico UFRJ/Diretor LATES

Mariana Salustiano - Médica de Família e Comunidade e Coordenadora Médica da CAP 3.2

Paula Ferreira Brasil- Acadêmica UFRJ/diretora da LATES

Renato Cony Seródio – Médico de Família e Comunidade, Coordenador do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS Rio

Romina Carvalho Ferreira - Acadêmica UFRJ/Presidente LATES

Leonardo Graever
Matrícula 60/295.208-3
Assessoria Especial – Atenção Primária à Saúde