

NOTA TÉCNICA Nº 01/2021

1. ASSUNTO:

Orientar a Rede de Atenção à Saúde do Município de Palmas para atuação na identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos e confirmados de Coronavírus (COVID-19).

2. ANÁLISE:

Diante do estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do novo coronavírus (COVID-19). Considerando a publicação da Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020, a qual declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do “novo coronavírus” (COVID-19); Considerando o Decreto Municipal nº1.856, de 14 de março de 2020, que Declara situação de emergência em saúde pública no município de Palmas e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo coronavírus (COVID-19); o Decreto Municipal nº1.862, de 22 de março de 2020, que declara estado de calamidade pública no município de Palmas em razão da pandemia decorrente do coronavírus (COVID-19) e prorrogado conforme Diário da Assembleia Legislativa nº 3117 de 25 de fevereiro de 2021.

A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas recomenda que todos os serviços de saúde que realizarem o primeiro atendimento ao paciente com suspeita de COVID-19 deverão realizar a notificação, orientar isolamento de 10 dias a partir do início dos sintomas, preencher o termo de isolamento, disponibilizar o atestado médico e orientar sobre os sinais de gravidade.

2.1 SÍNDROME GRIPAL (SG)

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos, manifestações clínicas leves como um simples resfriado, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora clínica exigindo a hospitalização do paciente. Também é crucial que se considere histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos 10 dias antes do aparecimento dos sintomas com pessoas já confirmadas para COVID-19 (Brasil, 2020), especialmente em lugares onde já foi diagnosticada a nova variante do covid-19.

Indivíduos com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de

cabeça, tosse, coriza, sintomas gastrointestinais, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos, são definidos como caso suspeito de COVID.

Indivíduos com SG que apresentem: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto, são definidos como caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

2.2 DIAGNÓSTICO

A) DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa progressa.

B) DIAGNÓSTICO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 10 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

C) POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”) Ou

OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”) Ou

SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

D) POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM PACIENTES SINTOMÁTICOS

Caso de SG ou SRAG com teste de:



BIOLOGIA MOLECULAR: resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-qPCR em tempo real.

PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno

E) POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

BIOLOGIA MOLECULAR: resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-qPCR em tempo real.

PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

QUEM DEVE NOTIFICAR?

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente. Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes de diagnóstico para detecção da covid-19 (Portaria GM/MS nº 1.792 de 21/7/2020).

Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito.

2.3 CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19. O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

OBSERVAÇÃO: Para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação.

2.4 SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade é geral, por ser um novo vírus e de potencial pandêmico. Ainda não se sabe por quanto tempo a infecção em humanos irá gerar imunidade contra novas infecções

e se essa imunidade pode durar por toda a vida. Evidências atuais sugerem que há possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto, as reinfecções são incomuns no período de 90 dias após a primo-infecção.

2.5 REINFECÇÃO

Embora avanços tecnológicos e científicos notáveis tenham sido obtidos em tão pouco tempo em relação a Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (covid-19), há ainda muitas incertezas a respeito de diversos aspectos essenciais para compreensão da dinâmica de transmissão e, conseqüentemente, das mais adequadas estratégias de vigilância e controle da doença. Um ponto sensível diz respeito à imunidade adquirida e sua persistência, pois recentes estudos publicados admitem a possibilidade de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 em um curto período de tempo.

Algumas situações devem ser amplamente discutidas antes de ser considerada a suspeita de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2, como: erros na coleta do material para testagem diagnóstica, uso de testes com baixa sensibilidade e especificidade (testes Sorológicos), 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.

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.

Nesse sendo, identifica-se a necessidade de sistematizar as informações relativas aos possíveis casos de reinfecção que vem sendo detectados no município e harmonizar as definições pertinentes, a fim de obter dados para compreensão do fenômeno e, se necessário, adequar os processos de vigilância, medidas de prevenção, controle e atenção aos pacientes.

Para confirmação de reinfecção faz-se necessário determinar critérios, como sequenciamento genômico, para comprovação de que se tratam de infecções em episódios diversos, por cepas virais diferentes em um intervalo maior ou igual a três meses entre as duas amostras.

A) 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.

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. Neste caso, realizar nova notificação e proceder com a investigação de caso suspeito.

B) Orientações quanto ao fluxo dos casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2

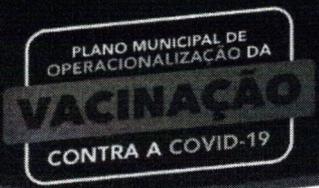
Um relatório de investigação do caso, deve ser encaminhado para o e-mail cievspalmas@gmail.com e o plantonista da URR deve ser informado através de contato telefônico nos seguintes números 3218-5210 ou 99219-3517. Ressalta-se que somente serão investigados os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 que possuírem as respectivas amostras biológicas (RT-PCR) para os devidos encaminhamentos aos laboratórios de referência.

3. ACOLHIMENTO, MANEJO CLÍNICO E TERAPÊUTICO

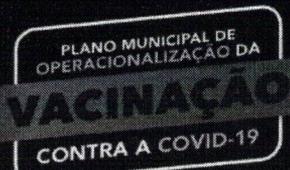
O manejo diagnóstico e terapêutica de pessoas com suspeita de infecção respiratória caracterizada como Síndrome Gripal, causada ou não por COVID-19, no contexto da **APS/ESF inclui os passos:**

1º passo: Identificação e medidas para evitar contágio no USF:

- O paciente com sintomas respiratórios será recebido na porta de entrada da Unidade de Saúde da Família (USF) pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) que possibilitará a higienização das mãos do paciente com álcool 70% e oferecerá máscara cirúrgica ao paciente, caso este não esteja de máscara.
- O profissional da recepção deve estar a uma distância de 2 metros dos usuários.
- Nos consultórios reservados para atendimento e coleta de exames, devem-se deixar



disponíveis lenços de papel para a higiene nasal e álcool a 70%, além de dispor de lixeira específica para descarte do lixo contaminado.



- Os profissionais de saúde devem usar no mínimo os seguintes EPIs nos atendimentos: avental, luva e máscara cirúrgica ou N95/PFF2 (durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis)
- O profissional técnico de enfermagem junto ao enfermeiro, quando possível, fará a triagem e estará atento (a) aos sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma agravante, e acionará imediatamente enfermeiro (a) e/ou médica (o) para este atendimento.
- Proceder à desinfecção dos consultórios em cada período ou sempre que for observada a necessidade.

2° Passo: Investigação clínico-epidemiológica e o exame físico para estratificação de risco, seguindo a tabela 1 (Tabela de Estratificação de risco)

3° Passo: **Notificação Imediata**, que poderá ser realizada por qualquer profissional de saúde, por meio do site: <http://agravos.saude.palmas.to.gov.br/auth/entrar> e Orientação de Isolamento Domiciliar (Anexo 01) com preenchimento da **Ficha de Notificação de Isolamento**, assinada pelo profissional de saúde (Enfermeiro ou médico) e o paciente (Anexo 2);

4° Passo: Disponibilizar Atestado Médico, se necessário, por 10 dias, a partir do início dos sintomas;

5° Passo: Orientar o paciente a comunicação com a USF e equipe de monitoramento se piora clínica.

6° Passo: **Realizar o exame**, considerando os seguintes critérios:

- SWAB para pacientes **sintomáticos** preferencialmente do 3° ao 8° dia do início dos sintomas, podendo ser realizado a partir do 1° dia, a depender do critério médico. Caso de SRAG, pode ter a coleta realizada entre o 1° e o 14° dia do início dos sintomas através da secreção de nasofaringe. Nos casos graves também podem ser coletadas amostras do trato respiratório inferior como escarro, aspirado traqueal e lavado broncoalveolar.
- Quimiluminescência (IGM) para pacientes preferencialmente sintomáticos a partir do 8° dia do início dos sintomas;
- Teste rápido (TR) - para investigações epidemiológicas

O paciente deverá ser esclarecido quanto a data, horário e local de coleta do exame e o tipo de exame que será realizado, caso não realize o exame no momento da consulta.

3.1 COMPLICAÇÕES

Embora a maioria das pessoas com covid-19 desenvolvam sintomas leves (40%) ou moderados (40%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e, cerca de 5% podem apresentar a forma crítica da doença, com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda e requerem cuidados intensivos .

A covid-19 pode estar frequentemente associada a manifestações mentais e neurológicas, incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, olfato ou paladar prejudicados, ansiedade, depressão e distúrbios de sono.

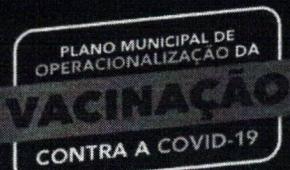
Em muitos casos, manifestações neurológicas foram relatadas mesmo em pacientes sem sintomas respiratórios . As manifestações clínicas da covid-19 são geralmente mais leves em crianças do que em adultos, no entanto, em 26 de abril de 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS) lançou um alerta relatando uma nova apresentação clínica em crianças, caracterizada como uma síndrome hiperinflamatória que pode levar a um quadro de falência de múltiplos órgãos e choque, denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente associada à covid-19.

3.2 ABORDAGEM INICIAL

A abordagem inicial de indivíduos com suspeita de COVID-19 deve consistir em anamnese e exame físico direcionados e cuidadosos, buscando identificar as informações mais decisivas para a definição da conduta mais adequada. Todos os indivíduos devem ser monitorados longitudinalmente, de forma presencial ou remota, até a estabilização do seu quadro clínico.

3.2.1 Roteiro de Abordagem:

- Determinar se o quadro clínico se encaixa na definição de caso suspeito de COVID-19;
- Caracterizar a cronologia da doença, identificando o dia do início dos sintomas (DIS), o tempo de doença (dias contados incluindo o DIS e o dia do atendimento) e quando será o período crítico (D7-10);
- Realizar a estratificação de risco, considerando as seguintes variáveis:
 - Identificar a presença de fatores de risco (Importante realizar a antropometria, para avaliar IMC);
 - Identificar a presença de sinais de alarme;



- Determinar o estadiamento clínico;
- Identificar presença de vulnerabilidade social;
- Considerar marcadores prognósticos (quando disponíveis);
- Considerar a solicitação de exames complementares;
 - Solicitar exame para o diagnóstico específico;
 - Solicitar exames marcadores de prognóstico;
- Determinar a forma de monitoramento (mínimo 14 dias de doença);
 - Determinar necessidade de observação ou internação hospitalar;
 - Determinar forma de monitoramento;
 - Monitoramento presencial;
 - Monitoramento remoto;
 - Determinar o período e periodicidade do monitoramento;
 - A estratificação de risco é dinâmica e deverá ser realizada a cada visita, com especial atenção durante o período crítico;
- Determinar a indicação de tratamento;
- Orientações para o paciente;
 - Orientar o automonitoramento;
 - Orientar medidas para prevenção de infecção.

3.2.2 Definição de caso suspeito

As manifestações clínicas da COVID-19 podem ser bastante variadas em suas características e intensidade. Por este motivo, a existência de critérios mais objetivos pode ser útil na organização dos serviços. Entretanto, tal definição deve ser utilizada com cuidado e atenção, sempre respeitando a lógica do raciocínio clínico.

O quadro abaixo apresenta uma versão adaptada dos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2020b):

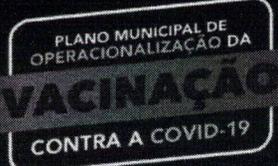
Critérios de definição de caso suspeito de COVID-19*

*Indivíduo com epidemiologia favorável (risco de exposição nos últimos 14 dias), com início agudo dos sintomas (< 7 dias) e presença de um dos critérios abaixo, na ausência de melhor explicação. Alternativamente, indivíduo com doença respiratória aguda grave, com febre e tosse nos últimos 10 dias, que requer hospitalização.

| Critério 1 | Critério 2 | Critério 3 |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Presença dos sintomas: | Presença de 3 ou mais: | Presença de 1 dos sintomas: |
| Febre + Tosse | Febre (ou sensação) | Perda do olfato |
| | Tosse | Perda do paladar |
| | Dispneia | |
| | Dor de garganta | |
| | Coriza/Rinorreia | |
| | Fadiga/adinamia | |
| | Cefaleia | |
| | Mialgia | |
| | Anorexia | |
| | Náuseas/vômitos | |
| | Diarreia | |
| | Confusão mental | |

3.2.3 Cronologia

A COVID-19 costuma apresentar evolução clínica mais arrastada que a maioria das doenças respiratórias agudas, com curso clínico em geral benigno na primeira semana. Muitas vezes apresenta curso bifásico, em que a febre e demais sintomas apresentam melhora temporária no final da primeira semana, com recrudescimento dos sintomas após o 7º dia, por este motivo, é muito importante dedicar atenção na determinação cuidadosa da cronologia da doença.



Inicialmente buscar identificar o dia inicial dos sintomas (DIS), auxiliando o paciente a identificar a sintomatologia inicial, mesmo que esta seja branda, depois disso devemos procurar identificar o tempo de doença, incluindo neste cálculo o dia do atendimento e o DIS.

Por exemplo: se os sintomas tiverem iniciado no dia 20 e a avaliação for realizada no dia 23, o nosso paciente estará no 4º dia de doença (20, 21, 22 e 23). A partir disso poderemos determinar quando será o período crítico da doença, quando costumam se tornar detectáveis as manifestações clínicas e laboratoriais de gravidade. **A identificação precoce dos casos mais graves é fundamental na abordagem desses pacientes, pois permite oferecer a intervenção em tempo oportuno, buscando evitar ou minimizar as complicações** O período crítico da doença parece ocorrer durante a segunda semana, especialmente entre o 7º e 10º dia após o início dos sintomas.

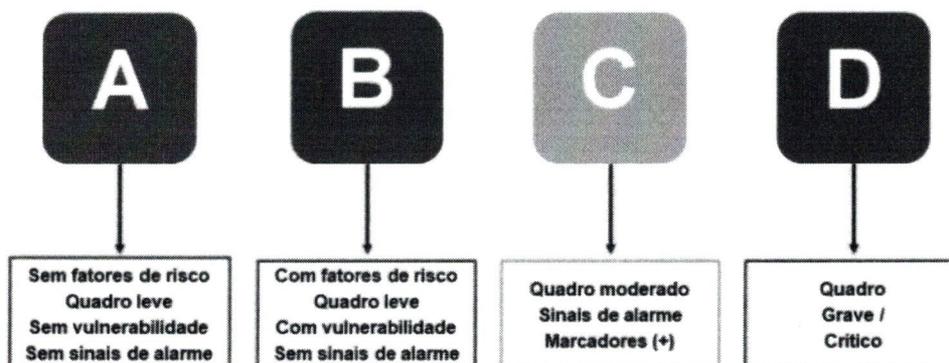
3.2.4 Estratificação de risco

Em seguida, devemos nos dedicar na realização da estratificação de risco dos indivíduos, buscando agrupá-los de acordo com a proposta apresentada abaixo.

Para isto, será necessário identificar a presença de fatores de risco e de sinais de alarme, realizar o estadiamento clínico, além de identificar a presença de vulnerabilidade social. Durante este processo alguns exames laboratoriais podem ser úteis como marcadores prognósticos, devendo sempre ser levados em consideração de forma integrada, dentro do contexto epidemiológico e clínico de cada paciente.

A estratificação de risco possui caráter dinâmico, devendo ser revisada a cada avaliação do paciente, seja mediante interação presencial ou remota. A estratificação de risco deverá sempre ser realizada com maior atenção durante o período crítico da doença.

| | A | B | C | D |
|-------------------|---------|-------------|-------------|-----------------|
| Risco | Não | Sim | Não/Sim | Não/Sim |
| Clínico | Leve | Leve | Moderado | Grave / Crítico |
| Alarme | Não | Não | Sim | - |
| Marcadores | Normais | ↓ alterados | ↑ alterados | ↑↑ alterados |
| Contexto | Não | Sim | - | - |



OBS₁: A COVID-19 é doença dinâmica e a estratificação deverá ser realizada de forma longitudinal, mediante reavaliação clínica e/ou laboratorial.

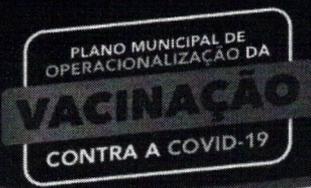
OBS₂: O momento mais oportuno para a realização da estratificação costuma ser durante o período crítico (D7 a D10), ou logo antes do mesmo.

Tabela 1 - Estratificação de risco - Ceará, 2020

3.2.5 Fatores de risco

A presença de um ou mais fatores de risco listados abaixo deve sinalizar a necessidade de avaliação mais cuidadosa. Tais indivíduos devem, sempre que possível, ser avaliados de forma presencial, com intervalo máximo de 48 horas, devendo os mesmos serem priorizados na realização dos exames laboratoriais de monitoramento ([Brasil, 2020](#); [WHO, 2020a](#)).

- Idade \geq 60 anos;
- Diabetes mellitus;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Doença cardiovascular;
- Pneumopatia grave ou descompensada;
- Doença cerebrovascular;
- Doença renal avançada (graus 3, 4 e 5);
- Imunossupressão;
- Neoplasia maligna;
- Tabagismo;



- Obesidade graus II e III;
- Gestação;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia).

3.2.6 Sinais de alarme

A definição de sinais de alarme tem sido amplamente utilizada na abordagem de agravos que acometem grandes populações e que apresentam espectro amplo de gravidade, podendo ser crucial na organização dos serviços assistenciais. Tal conceito tem sido bastante útil em nossa rede no monitoramento dos casos de dengue.

Entretanto, os sinais de alarme para as complicações da COVID-19 ainda não estão completamente caracterizados e padronizados, ainda assim, sugerimos que os critérios abaixo sejam utilizados na abordagem assistencial, visto que podem identificar alterações mais precoces, além de levar em consideração parâmetros que vão além do sistema respiratório, não previstos no estadiamento clínico.

A observação dos sinais de alarme é especialmente importante durante o período crítico da doença e é importante que eles sejam informados para os pacientes e familiares, para que melhor possam realizar o automonitoramento.

A presença de um ou mais sinais de alarme listados abaixo deve sinalizar a necessidade de avaliação mais cuidadosa e consideração quanto à indicação de internação hospitalar, tais indivíduos devem ser avaliados de forma presencial e imediata, quando não internados precisam ser reavaliados no intervalo máximo de 24 horas, devendo os mesmos ser priorizados na realização dos exames laboratoriais de monitoramento (WHO, 2020a).

Principais sinais de alarme

- Dispneia (esforços);
- Taquipneia (FR \geq 25 irpm);
- Desconforto torácico importante;
- Hipoxemia (SatO2 < 95%);

- Incapacidade de hidratar/alimentar;
- Desidratação e/ou Oligúria;
- Tonturas ou dificuldade de caminhar;
- Hipotensão ortostática;
- Sonolência e/ou confusão mental.

3.2.7 Estadiamento clínico

Na abordagem clínica realizada durante a consulta inicial, assim como durante todo o processo de monitoramento, é importante que seja realizado o estadiamento clínico adequado da COVID-19. Como destacado anteriormente, o estadiamento deve ser considerado um parâmetro dinâmico, devendo ser atualizado durante todo o período de monitoramento, especialmente durante o período crítico (National Institutes of Health, 2020).

| | Leve | Moderado | Grave | Crítico* |
|---------------------------------------|--------|------------|------------|----------|
| Sintomas | SG | ↑ Tosse | Dispneia | - |
| Semiologia | Normal | Alterada | Alterada | - |
| Dispneia | Não | ↑ Esforços | ↓ Esforços | - |
| F. Resp | Normal | 20-29 | ≥ 30 | - |
| Sat. O₂ | ≥ 96% | 94-95 | < 94% | - |
| pO₂/FiO₂ | - | ≥ 300 | < 300 | - |
| Imagem | Normal | Inf < 50% | Inf > 50% | - |

Ceará, 2020

- ◆ Infecção assintomática/pré-sintomática
- ◆ Teste virológico para SARS-CoV-2 (RT-PCR);
- ◆ Ausência de sintomas.

→ Caso leve

- ◆ Sintomas sistêmicos;

- ◆ Sintomas respiratórios leves (coriza, dor de garganta, tosse leve);
- ◆ Ausência de alterações pulmonares (semiologia);
- ◆ Ausência de dispneia ou hipoxemia;
- ◆ Ausência de alterações radiológicas.

→ **Caso moderado (Pneumonia)**

- ◆ Sintomas respiratórios importantes (tosse persistente, dispneia leve aos esforços);
- ◆ Alterações pulmonares (semiologia);
- ◆ Infiltrado pulmonar ($\leq 50\%$);
- ◆ Saturação de O₂ $\geq 94\%$ em ar ambiente;
- ◆ Relação pO₂/FiO₂ ≥ 300 ;
- ◆ Taquipneia leve/moderada (FR < 30 irpm).

→ **Caso grave (Pneumonia grave)**

- ◆ Dispneia em repouso ou pequenos esforços;
- ◆ Infiltrado pulmonar ($> 50\%$);
- ◆ Saturação de O₂ < 94% em ar ambiente;
- ◆ Relação pO₂/FiO₂ < 300;
- ◆ Taquipnéia severa (FR ≥ 30 irpm).

→ **Caso crítico**

- ◆ Insuficiência respiratória grave;
- ◆ Choque séptico;
- ◆ Disfunção múltipla de órgãos.

- **Vulnerabilidade social**



Na estratificação de risco devem ser consideradas as características individuais, familiares e sociais, que possam limitar a possibilidade de autocuidado, automonitoramento, isolamento ou acesso à rede de saúde.

Assim, indivíduos que moram sozinhos, que não tenham suporte familiar ou social, que tenham dificuldades de realizar o autocuidado e automonitoramento, que não tenham a possibilidade para a realização de monitoramento remoto (telefone) ou isolamento, possuem maior probabilidade para desenvolver complicações, mesmo que inicialmente não apresentem manifestações clínicas de gravidade.

Pessoas que tiverem dificuldade de acesso à rede de saúde, por residir em área distante ou não ter facilidade de transporte, podem exigir o internamento hospitalar ou realização de visita domiciliar.

3.2.8 Marcadores prognósticos

A abordagem inicial de casos suspeitos é baseada fundamentalmente em achados clínicos, com dados obtidos pela anamnese cuidadosa, focada nas principais manifestações clínicas e nos sinais de alerta, além do exame físico objetivo, centrado no estado geral e avaliação do sistema respiratório e circulatório.

Entretanto, alguns métodos complementares, laboratoriais e radiológicos, podem possuir grande valor prognóstico, devendo sempre ser interpretados em conjunto com os dados epidemiológicos e clínicos.

Os marcadores prognósticos devem ser solicitados preferencialmente a partir do sétimo dia, a critério clínico, sendo sugerido os seguintes marcadores: Hemograma completo, gasometria arterial, coagulograma (TP, TTPA, fibrinogênio, D-dímero), proteína C-reativa sérica (de preferência ultra sensível); perfil metabólico completo (AST, TGO, ALT (TGP), Gama-GT, creatinina, ureia, albumina), glicemia, ferritina, desidrogenase lática, biomarcadores cardíacos (troponina, CK-MB, Pró-BNP), íons (Na/K/Ca/Mg), hemoculturas e culturas de escarro, RT-PCR para SARS-CoV-2.

Os exames de análises clínicas para pacientes com fatores de risco, deverão ser solicitados, de acordo com a necessidade de cada caso, conforme a estratificação de risco, através do ESUS, impressos, assinados, carimbados e entregues ao paciente.

3.3 TRATAMENTO

- A abordagem terapêutica poderá ser melhor compreendida e executada quando são conhecidos alguns conceitos básicos da patogênese e história natural da doença;
- Os princípios da abordagem, em especial a estratificação de risco, são fundamentais para determinar a abordagem terapêutica mais adequada;
- Não há indicação para utilização de medicamentos com finalidade profilática;
- Não há recomendação para a utilização de medicamentos com finalidade antiviral específica;
- Deve ser considerada a indicação para o tratamento de influenza, especialmente para indivíduos com até 48 horas de sintomas, doença grave e/ou fatores de risco;
- Desaconselhamos o uso profilático de antimicrobianos em casos de baixa gravidade, sem sinais clínicos evidentes de infecção bacteriana;
- A utilização de corticosteroides está indicada para indivíduos com diagnóstico confirmado de COVID-19, mais de 7 dias do início dos sintomas, que apresentam comprometimento pulmonar e/ou com necessidade de suplementação de O₂;
- A anticoagulação profilática usualmente está indicada apenas para indivíduos com doença moderada a grave, no contexto de internação hospitalar e/ou ambulatorialmente em casos moderado a grave com fatores de risco;
- Oxigenoterapia deve ser iniciada precocemente para indivíduos com dispneia importante (mínimos esforços ou repouso) ou hipoxemia importante (SatO₂ < 95%);
- A resposta terapêutica deve ser cuidadosamente monitorada, devendo ser avaliada a necessidade de realização de exames e ajuste do tratamento.
- Não são recomendadas tratamento farmacológico precoce com nenhum medicamento (Cloroquina, Hidroxicloroquina, Azitromicina, Nitazoxanida, Corticóide, Zinco, Vitaminas, Anticoagulante, Ozônio por via retal, dióxido de Cloro) Muitos medicamentos já utilizados na prática médica estão sendo estudados mas, infelizmente, até agora nenhum se provou eficaz, sendo alguns, inclusive, relacionados a potenciais danos e efeitos adversos

3.3.1 Modalidades Terapêuticas

As decisões relacionadas ao tratamento pressupõem a compreensão de alguns pressupostos teóricos relacionados à patogênese e à história natural da doença. Baseados nesta compreensão procuramos organizar as diferentes intervenções terapêuticas agrupadas nas seguintes categorias: terapia antiviral, antimicrobiana, imunomoduladora (anti-inflamatória), anticoagulante e suporte ventilatório.

A) Terapia antiviral

Compreendendo a patogênese da doença é fácil perceber que provavelmente a ação mais efetiva para o seu controle seria a intervenção medicamentosa precoce, procurando inibir a replicação viral, visto que este se constitui no fenômeno deflagrador de toda a cascata de eventos observados na fase mais avançada da doença.

Infelizmente, apesar de inúmeros estudos nesta área, ainda não dispomos de medicamentos antivirais efetivos contra o SARS-CoV-2, além disso, o curso benigno observado na maioria absoluta dos indivíduos acometidos nos leva a questionar o custo-benefício desta intervenção, especialmente quando as evidências científicas são tão limitadas.

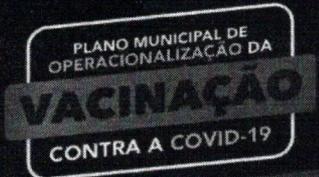
Por este motivo este protocolo não recomenda a utilização de medicamentos com finalidade antiviral específica. Eles não têm sido recomendados na maioria dos guias terapêuticos, devendo por enquanto a sua prescrição estar restrita aos participantes de ensaios clínicos.

B) Influenza

O tratamento específico para influenza em indivíduos com síndrome gripal precisa ser considerado, especialmente em indivíduos com fatores de risco ou manifestações graves (SRAG).

As manifestações clínicas da influenza podem apresentar muitos aspectos comuns em relação à COVID-19, sendo na maioria das vezes de difícil diferenciação sem o uso de testes virológicos específicos.

Existe ainda a possibilidade de coinfeção, sendo impossível descartar a infecção por influenza mesmo naqueles indivíduos com detecção do SARS-CoV-2, o tratamento empírico com oseltamivir deve ser considerado naqueles indivíduos que se apresentem ao serviço de saúde com menos de 48 horas do início dos sintomas, especialmente se possuírem fatores de risco para influenza grave.



Também está indicado o início do tratamento em indivíduos com quadro de SRAG, além de pacientes que necessitem de hospitalização, em tais casos a utilização da medicação pode ser útil em pacientes com maior tempo de doença (4 a 5 dias).

O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, devendo ser considerada a descontinuação no caso de negatividade dos testes virológicos, especialmente nos casos em que outro agente etiológico for detectado. A prescrição do tratamento para influenza poderá também ser influenciada por informações sobre a circulação dos vírus respiratórios em determinada região geográfica (Brasil, 2020).

Em maio deste ano o Ministério da Saúde publicou nota técnica restringindo excepcionalmente a indicação da medicação durante o período da pandemia da COVID-19 (Brasil, 2018). Tal documento orienta a priorização do uso de oseltamivir nas primeiras 48 horas do início dos sintomas nas situações resumidas abaixo:

- Todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Todos os casos de Síndrome gripal (SG) envolvendo os seguintes grupos com condições ou fatores de risco (Grávidas em qualquer idade gestacional, pacientes com doença renal crônica, hepatopatia, imunossupressão e obesidade mórbida (IMC>40);
- Todos os casos de SG envolvendo adultos ≥ 60 anos, conforme avaliação da disponibilidade de tratamento ao nível de estado e município.

C) Terapia antimicrobiana

Pode haver semelhança importante entre a SRAG causada por influenza ou COVID-19 e a pneumonia comunitária. Neste sentido, o início de terapia antimicrobiana deve ser considerado em pacientes com manifestações clínicas de gravidade, especialmente quando o diagnóstico etiológico não está definido.

A infecção bacteriana secundária é considerada uma complicação comum das infecções respiratórias de etiologia viral, devendo ser considerada especialmente nos casos mais graves,

porém, os poucos estudos disponíveis sugerem que a prevalência de superinfecção bacteriana, em casos de COVID-19, tem se mostrado bastante reduzida.

Assim, **a maioria dos guias terapêuticos não tem recomendado o uso rotineiro de terapia antimicrobiana empírica em pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19.** Assim, desaconselhamos o uso profilático de antimicrobianos (ex. azitromicina) em casos de baixa gravidade, sem sinais clínicos evidentes de infecção bacteriana.

Podem ser critérios para a indicação de terapia antimicrobiana o retorno da febre após período de defervescência, o surgimento de consolidação pulmonar, especialmente de forma assimétrica, o volume ou aspecto da secreção respiratória ou piora persistente dos parâmetros clínicos e laboratoriais.

D) Terapia imunomoduladora

Nos últimos meses vários estudos importantes têm demonstrado benefício da utilização de corticoides, que tem se mostrado associada à redução do risco de complicações e óbito. Porém, a indicação destas medicações deve ser feita cuidadosamente, identificando aquele paciente com maior probabilidade de se beneficiar e escolhendo o momento mais adequado para a sua utilização.

Assim, recomendamos a utilização de corticosteroides para indivíduos com diagnóstico confirmado de COVID-19, preferencialmente com mais de 7 dias do início dos sintomas, que apresentam comprometimento pulmonar e/ou com necessidade de suplementação de O₂ ou suporte ventilatório.

Reconhecida a indicação, o uso deve ser realizado o mais prontamente possível, sendo a droga mais recomendada, dexametasona, que deve ser utilizada na posologia de 6 mg ao dia (VO ou EV), durante 7 a 10 dias.

A medicação poderá ser substituída por outras drogas em doses equivalentes, como hidrocortisona (150 mg/d), metilprednisolona (32 mg/d) ou prednisona (40 mg/d), doses mais elevadas podem ser necessárias, especialmente naqueles pacientes que evoluem com piora significativa dos parâmetros clínicos e laboratoriais após 24 a 48 do início das medidas terapêuticas padronizadas (Lamontagne, 2020; WHO, 2020b).

A utilização de corticosteroides não é indicada com finalidade preventiva ou em indivíduos com doença leve ou moderada, também pode ter efeito nocivo se utilizada na primeira semana da doença, marcada por replicação viral ativa.

O uso da medicação deve ser monitorado em relação a possíveis efeitos adversos e a ocorrência de hiperglicemia poderá ser observada, devendo haver monitoramento cuidadoso da glicemia, além da ocorrência de infecções secundárias (bacteriana ou fúngica) também se tornar mais provável.

A hiperinfestação pelo *Strongyloides stercoralis* pode ser outra complicação, devendo-se considerar o tratamento preventivo nos indivíduos considerados de alto risco para a infestação parasitária.

E) Terapia anticoagulante

Vários estudos recentes demonstraram risco elevado de complicações tromboembólicas em pacientes com COVID-19, os mecanismos envolvidos neste fenômeno não estão completamente claros, mas parecem estar relacionados ao estado de hipercoagulação associado à inflamação sistêmica, a disfunção dos receptores de ACE2, infecção e dano endotelial, imobilidade, procedimentos intravasculares, dentre outros.

Assim, é importante que haja suspeita clínica diante de casos refratários às medidas terapêuticas iniciais, especialmente quando houver piora progressiva dos marcadores laboratoriais de inflamação ou dano/disfunção orgânica sem que haja explicação óbvia. Neste sentido, a observação complementar da curva de marcadores de lesão ou função de órgãos podem consistir em ferramentas valiosas.

A avaliação laboratorial da coagulação deve ser considerada prioritariamente para os pacientes com fatores de risco para complicações da COVID-19, com risco aumentado para a ocorrência de eventos tromboembólicos ou com manifestações clínicas mais graves, especialmente nos casos hospitalizados e/ou ambulatorial de maior gravidade.

O uso de terapia anticoagulante se tornou ferramenta valiosa na abordagem dos casos mais graves de COVID, apesar desta constatação, ainda existem muitas dúvidas relacionadas à sua indicação, o regime mais adequado e a melhor forma de fazer a sua retirada.

É importante lembrar que a anticoagulação não é desprovida de riscos de complicação, além de representar ônus significativo para os indivíduos e para o sistema de saúde, assim, **consideramos que a indicação de anticoagulação profilática deve ser realizada de forma individualizada, após avaliação cuidadosa dos fatores de risco do indivíduo e o estadiamento clínico do caso.**



É importante salientar que os métodos laboratoriais, incluindo os marcadores da coagulação, possuem importância complementar, não sendo recomendado início de qualquer tipo de anticoagulação baseada apenas em marcadores laboratoriais.

As principais recomendações profiláticas e terapêuticas, em diversas situações clínicas, estão listadas abaixo:

- **Uso prévio de anticoagulantes**

Indivíduos que já faziam uso prévio de terapia anticoagulante devem ser orientados a continuar o tratamento, especialmente em casos ambulatoriais (leves e moderados), a menos que haja alguma contraindicação. A substituição por agente parenteral de curta ação pode ser indicada em pacientes com sintomas mais intensos, especialmente quando estiver indicada internação hospitalar.

- **Casos ambulatoriais**

Em casos de indivíduos com quadro clínico de intensidade leve ou moderada usualmente não está indicada trombopprofilaxia, entretanto, seu uso poderá ser considerado em indivíduos que possuam alto risco para este tipo de complicação, como portadores de trombofilia, histórico de evento tromboembólico prévio, cirurgia ou trauma recente, imobilização ou obesidade.

- **Casos hospitalizados**

Para indivíduos com quadro clínico ou fatores de risco que motivem o internamento hospitalar costuma ser indicada a anticoagulação em dose profilática, por período mínimo de 7 a 14 dias, idealmente até a alta hospitalar.

São consideradas como contra-indicação a presença de sangramento importante ativo ou recente (24 a 48 hs), coagulopatia hereditária ou adquirida, uso concomitante de anticoagulantes orais, trombocitopenia importante ($< 25.000/mm^3$), procedimento invasivo (eg. punção lombar) recente (4h) ou previsto (12h), AVC agudo, hipertensão arterial sistólica descompensada, além de história de trombocitopenia importante induzida por heparina (Orsi, 2020).

Usualmente, recomenda-se o uso de heparina de baixo peso molecular, a heparina não fracionada também pode ser utilizada em casos selecionados, como insuficiência renal (CICr < 15 ml/min) ou terapia renal substitutiva.

Pacientes com quadro clínico mais grave, em geral internados em unidade de terapia intensiva, podem necessitar de heparinização em dose intermediária ou terapêutica, embora não exista consenso nesta indicação.

Recomendamos que seja considerada em indivíduos com doença grave, que não apresentarem melhora ou estabilidade clínica significativa após 24 ou 48 horas de hospitalização, mesmo com otimização terapêutica (terapia imunomoduladora, antimicrobiana e suporte ventilatório).

A ocorrência repetida de coagulação em dispositivos vasculares deve ser considerada uma alerta para doença tromboembólica microvascular ou silenciosa, em tais casos, elevação progressiva e persistente da curva de D-dímero ($>2 \times$ LSN), além dos marcadores de lesão/disfunção tecidual podem ser valiosos na tomada de decisão, sempre que possível deve ser realizada investigação de tromboembolismo por exames de imagem e também pode ser interessante a interconsulta com profissional experimentado em terapia anticoagulante.

- **Suspeita de eventos tromboembólicos**

Em indivíduos com forte suspeita ou diagnóstico definido de complicação tromboembólica a utilização de heparinização plena está indicada.

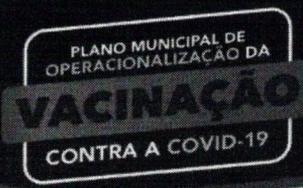
Em casos associados a evento tromboembólico grave, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico agudo, embolia pulmonar maciça e trombose venosa ou arterial com isquemia severa deve ser considerada a terapia trombolítica.

Nestes casos é recomendável a consulta a protocolos institucionais ou interconsulta com especialistas das áreas de cardiologia, neurologia, terapia intensiva ou hematologia.

- **Manutenção domiciliar da trombopprofilaxia**

De forma geral, a terapia anticoagulante profilática costuma ser mantida até a alta do paciente, em indivíduos com evento tromboembólico documentado a anticoagulação extra-hospitalar costuma ser recomendada pelo período mínimo de 3 meses, devendo ser adaptada a cada situação clínica.

A manutenção domiciliar de anticoagulantes não tem sido recomendada rotineiramente, na maioria dos guias terapêuticos, embora não existam evidências conclusivas neste assunto.



O risco de complicação tromboembólica pós-alta hospitalar parece ser baixo e equivalente a outras situações clínicas e a utilização de trombopprofilaxia domiciliar pode ser considerada em situações de risco aumentado, como indivíduos com histórico de evento tromboembólico prévio, cirurgia ou trauma recente, imobilidade importante, nestes casos deve ser considerado o risco de sangramentos e a capacidade do serviço para a realização de monitoramento ambulatorial de anticoagulação.

F) Oxigenoterapia e suporte ventilatório

Pacientes com doença grave e crítica costumam se beneficiar de suplementação de oxigênio e suporte ventilatório, essas medidas devem trazer mais conforto ao paciente, evitar a fadiga e o dano pulmonar auto-infligido, garantindo a oxigenação adequada de órgãos e tecidos. A descrição detalhada de tais medidas está além do escopo desta recomendação, mas listamos abaixo alguns princípios importantes.

- Oxigenioterapia de baixo fluxo

Deve ser considerada para todos os pacientes que apresentarem dispneia importante (mínimos esforços ou repouso) ou hipoxemia importante ($SatO_2 < 95\%$).

A terapia por catéter nasal (3 até 6L/min) costuma ser a modalidade inicial na maioria dos casos. Terapia de maior fluxo poderá ser oferecida utilizando máscara facial simples, máscara venturi ou com reservatório (até 10 a 20 L/min).

A OMS recomenda que na fase de estabilização o fluxo deve ser regulado para manter a $SatO_2$ mínima de 94% e reavaliar após 30 minutos.

Após a estabilização recomenda-se tolerar a $SatO_2$ mínima de 90%, desde que o indivíduo permaneça confortável, deve-se buscar o fluxo de O_2 mínimo que garanta a manutenção da saturação entre 90 e 96%.

Indivíduos que falham na obtenção desta meta devem ser reavaliados, devendo ser considerada a indicação de modalidades mais avançadas de cuidado.

A oxigenoterapia com baixo fluxo de O_2 é considerada como procedimento de baixo risco para a formação de aerossóis e para a transmissão viral. Porém, as modalidades de maior fluxo



possuem maior risco de contaminação, exigindo a observação de cuidados especiais (WHO, 2020a)

G) Autopronamento

Embora não existam evidências definitivas, costuma ser observado benefício da orientação aos pacientes internados para que permaneçam pronados (decúbito ventral) o máximo de tempo possível, quando estiverem fazendo uso de oxigenoterapia ou suporte ventilatório não invasivo.

Tal orientação poderá ser estendida a pacientes com doença menos grave que apresentarem algum sinal de desconforto respiratório.

3.3.2 Casos leves sem fatores de risco - A

- Antitérmicos e analgésicos se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Para sintomas respiratórios altos (coriza, espirros, rinorreia, tosse seca): anti-tusígenos, anti-alérgicos e toaletes nasal se necessário;
- Repouso relativo e bom aporte nutricional e hídrico;
- Evitar iniciar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (nesse caso, evitar nebulização e optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores);
- Garantir o manejo adequado de comorbidades;
- Exame específico para COVID-19 conforme data de início dos sintomas;
- Isolamento domiciliar e acompanhamento pela APS por 10 dias após o início dos sintomas e alta, desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios nas últimas 24h. Na persistência dos sintomas além de 10 dias, manter isolamento e acompanhamento até 24h afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas respiratórios;
- Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre > 72h ou febre > 39°C, tosse persistente, dispnéia, taquicardia, alteração do nível de consciência);



-Na presença de dispneia ou alteração de nível de consciência, o paciente deve ser encaminhado para atendimento na Rede de Urgência e Emergência. Caso o paciente apresente algum dos demais sinais e sintomas de alarme deverão ser reavaliados na UBS;

-Telemonitoramento pela APS (equipe de monitoramento), preferencialmente a cada 48h e, para pacientes com condições de risco, a cada 24h. Instruir os pacientes que entrem em contato com a equipe de referência com qualquer sinal ou sintoma de alarme.

3.3.3 Casos leves com fatores de risco e vulnerabilidade - B

-Antitérmicos e analgésicos conforme a necessidade (preferencialmente dipirona ou paracetamol) e anti-tusígenos, mucolíticos, anti-alérgicos, além de toaleta nasal se necessário;

-Repouso relativo e bom aporte nutricional e hídrico;

-Evitar iniciar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (nesse caso, evitar uso nebulização e optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores;

-Avaliação na UBS e encaminhamento a UPA em caso de agravamento do quadro, avaliação clínico-laboratorial e radiológica, encaminhar para isolamento domiciliar e acompanhamento pela APS por 10 dias após o início dos sintomas e alta desde que afebril (sem o uso de antitérmicos) e com melhora dos sintomas nas últimas 24h.

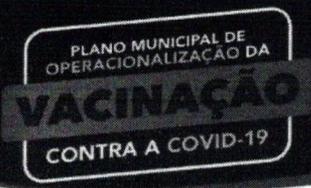
-Exames laboratoriais: RT-PCR ou exame sorológico para COVID-19 (de acordo com início dos sintomas);

-Exames laboratoriais: hemograma, função renal e hepática, transaminases, ferritina, PCR, DHL, D-Dímero; preferencialmente após 7º dia dos sintomas.

-TC de tórax (preferencialmente) que poderá ser solicitada via sisreg, no código de covid de segunda a sexta.

- ou Radiografia de tórax para ser realizada nas UPAS Norte ou Sul, de segunda a segunda, observando os horários disponíveis;

-O médico poderá avaliar a necessidade do uso de antibioticoterapia na vigência de infecção bacteriana secundária (improvável antes do sétimo dia);



- Na vigência de comprometimento pulmonar, sinais de comprometimento respiratório na fase 2 da doença, avaliar necessidade do uso de corticóide.
- O médico poderá avaliar necessidade de profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) em domicílio ou na UBS, caso o paciente não seja internado e possua fatores de risco também para TEV.
- Reforçar medidas de higiene de mãos, cuidados com contactantes domiciliares e orientar sinais e sintomas de alarme (persistência de febre ou febre > 39°C, tosse persistente, dispnéia, taquicardia, alteração do nível de consciência);
- Na presença de dispneia ou alteração de nível de consciência, o paciente deve retornar para reavaliação na USF e encaminhado a UPA pós cuidado prévio da equipe;
- Telemonitoramento pela APS, preferencialmente a cada 24h para pacientes com condições de risco. Instruir os pacientes que entrem em contato com a equipe de referência com qualquer sinal ou sintoma de alarme;
- Caso haja necessidade de internação, o médico da USF deverá encaminhar via Ambulância Sentinela ou SAMU para uma das UPAS, após regulação do leito.

3.3.4 Casos moderados - C

- Internação em enfermaria, quando indicado, para adequada compensação de patologias de base e observação clínica.
- Hidratação parcimoniosa;
- Antitérmicos e analgésicos conforme a necessidade (preferencialmente dipirona ou paracetamol);
- Evitar corticoides, exceto em caso concomitante de broncoespasmo (neste caso, evitar nebulização e optar por broncodilatadores inalatórios com espaçadores)
- Exames específicos: RT-PCR ou exame sorológico para COVID-19 de acordo com início dos sintomas;
- Exames laboratoriais (UPA): Hemograma, função renal e hepática, transaminases, ferritina, PCR, DHL, glicemia, lactato arterial, gasometria arterial (conforme disponibilidade);



- TC de tórax (preferencialmente) ou radiografia; monitorar oximetria e sinais vitais;
- Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana (critérios clínicos e radiológicos);
- Sintomas respiratórios altos (coriza, espirros, rinorreia, tosse): e considerar início tratamento antiviral para Influenza/H1N1.
- Iniciar profilaxia para tromboembolismo venoso

3.3.5 Casos Graves - D (Sat. O2 < 94% em ar ambiente):

- Cateter nasal (fluxo ajustado conforme saturação);
- Oxigenioterapia sob CN 3 a 6L/min para manter Sat.O2 \geq 94%, solicitar remoção para UPA, manter monitoramento da oxigenoterapia a cada 30 minutos, diminuindo o Lt/m caso a Sat.O2 esteja maior que 95%. Em caso de resposta insatisfatória colocar em máscara com reservatório de O2, se disponível, enquanto aguarda remoção.
- Anti-térmicos e analgésico, se necessário (preferencialmente dipirona ou paracetamol); Hidratação parcimoniosa;
- Exames específicos: RT-PCR ou exame sorológico para SARS-CoV-2 (conforme início dos sintomas);
- Exames laboratoriais: hemograma, função renal, transaminases, bilirrubinas, ferritina, PCR, DHL, glicemia, troponina, dímero-D;
- TC de tórax;
- Monitorar oximetria e sinais vitais;
- Avaliar início de antimicrobiano se indícios de pneumonia bacteriana (critérios clínicos e radiológicos);
- Sintomas respiratórios altos (coriza, espirros, rinorreia, tosse) considerar início de tratamento antiviral para Influenza/H1N1;
- Profilaxia para tromboembolismo venosa

Importante lembrar que a mudança da fase grave para a crítica frequentemente é rápida (em torno do 8° ao 10° dia) e pode ser caracterizada por:

- Piora súbita do quadro respiratório;
- Queda na SatO2 apesar da oferta adequada de O2 suplementar;
- Sinais e sintomas de esforço respiratório.
- Linfopenia, intensa elevação de Ferritina, D-dímero e PCR

3.4 TRANSPORTE DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO

Os pacientes que apresentam quadros clínicos que caracterizam atendimento de urgência e emergência devem ser encaminhados às UPAS, respeitando o seguinte fluxo:

- Avaliação e classificação de risco médica ou de enfermagem;
- Estabilização do paciente com as medicações e/ou oxigenoterapia outras e intervenções necessárias e cabíveis;
- Informação do caso clínico para a equipe da Ambulância Sentinela após estabilização do paciente e monitorização do paciente até o transporte

O Transporte de pacientes moderados sem estabilização ou graves deverão ser realizados pela equipe do SAMU

Os pacientes deverão portar encaminhamento médico (ou enfermagem, na ausência do médico) e resultado de exame PCR ou teste rápido.

Casos suspeitos sem tempo hábil para coleta e resultado de exames apenas o encaminhamento médico (ou enfermagem na ausência do profissional médico)

Os pacientes confirmados deverão portar encaminhamento e resultado de exame PCR em mãos, os pacientes suspeitos, apenas o encaminhamento.

3.5 MONITORAMENTO CLÍNICO

Após a avaliação inicial algumas decisões importantes devem ser tomadas, como a eventual indicação de internamento hospitalar, a escolha entre monitoramento remoto e presencial, além de sua periodicidade. Em qualquer circunstância o paciente e seus familiares devem ser orientados quanto aos sinais de alarme da doença, além da necessidade de atenção redobrada

60430-AL
Fis. 287
0



no período crítico da doença (7º ao 10º dia do início dos sintomas), devendo procurar imediatamente à unidade básica de saúde no caso de agravamento do quadro.

3.5.1 ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO

- Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) – leve a moderado – para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico epidemiológico ou clínico imagem, e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável para covid-19 pelo método molecular (RT-qPCR ou RT-LAMP) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneça afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios e que os exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo
- Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) – leve a moderado – com confirmação por qualquer um dos critérios para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas em que não apresente febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.
- Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com confirmação por qualquer um dos critérios para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.
- Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR ou teste para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

OBSERVAÇÕES: Testes sorológicos (teste rápido, ELISA, ECLIA, CLIA) para COVID-19 não deverão ser utilizados, de forma isolada, para estabelecer a presença ou ausência da infecção pelo SARSCoV-2, nem como critério para isolamento ou sua suspensão, independentemente do tipo de imunoglobulina (IgA, IgM ou IgG) identificada. Para casos confirmados de COVID-19 em indivíduos severamente imunocomprometidos, a estratégia baseada em testagem laboratorial (RT-qPCR) deve ser considerada, a critério médico, para descontinuidade do isolamento.



Os casos encaminhados para isolamento deverão continuar usando máscara e manter a etiqueta respiratória, sempre que for manter contato com outros moradores da residência, mesmo adotando o distanciamento social recomendado de pelo menos um metro. Neste período, também é importante orientar ao caso em isolamento, a limpeza e desinfecção das superfícies, conforme as recomendações da Anvisa. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/5923491/NT+47-2020+-GHCOS/2a2e1688-76f2-4de4-a4c8-c050d780b9d7>

3.5.2 Rastreamento de contatos de casos de covid-19

- DEFINIÇÃO DE CONTATO

É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 02 dias antes e 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado.

Para fins de vigilância, rastreamento e monitoramento de contatos, deve-se considerar contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado;
- Teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.

O exame do contato deve ser agendado no 6º dias após o primeiro contato com o caso positivo, devendo ser agendado pela equipe de monitoramento evitando assim que este paciente compareça na USF de maneira desnecessária.

Caso o paciente contato apresente sintomas, proceder seguindo o fluxo do paciente sintomático.

3.5.3 Monitoramento dos casos positivos.



O monitoramento deverá ocorrer pelos profissionais de saúde do USF, especialmente, dentistas, equipe multiprofissional e agentes comunitários de saúde, com apoio dos enfermeiros e médicos para tomada de decisões e orientações mais específicas. A primeira comunicação é a mais importante e devem ser dadas todas as orientações de como e porque deve ser feito o isolamento e o monitoramento dos contatos e esclarecer todas as dúvidas, a fim de aumentar a adesão às estratégias.

O monitoramento segue a cada 24 horas para os casos confirmados com comorbidades e/ou aqueles que apresentem sinais de alarme, e a cada 48 horas para aqueles sem comorbidades e sem sinais de alarme.

Após os 10 dias (casos leves) ou 20 dias (casos graves) de evolução da doença e no mínimo 24 ou 72 horas assintomático, respectivamente, (sem sintomas respiratórios e febre) o paciente deverá receber alta do isolamento, devendo ser encaminhado para atendimento médico caso prossiga com sintomas respiratórios e febre.

A alta pode ser presencial ou através de teleatendimento, o profissional deve emitir atestado de alta (modelo já enviado no email do USF) e encaminhar cópia para o COE no email monitoramentocoepalmas@gmail.com.

A alta médica poderá ser emitida por qualquer centro de saúde de forma presencial ou pelo teleatendimento, utilizando as informações do prontuário eletrônico e dados clínicos da planilha compartilhada no drive.

- TELEATENDIMENTO

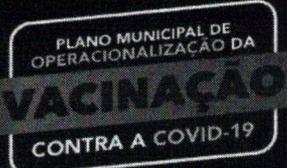
O MS instituiu, em caráter excepcional e temporário, a portaria de N°467 de 20 de Maio que regula e operacionaliza, as ações dos atendimentos clínicos na modalidade "Teleatendimento". O teleatendimento poderá englobar os seguintes tipos de assistência:

- Pré-clínico e suporte assistencial;
- Consultas;
- Monitoramento e diagnóstico, e;
- Comunicação no âmbito do SUS.

A teleconsulta poderá ser realizada no canal que o profissional de saúde e paciente se sintam mais confortáveis como ligação ou videoconferência. Vale ressaltar que por vezes o teleatendimento poderá ser a porta de entrada do usuário ao serviço, pois, dependendo da sua situação de saúde poderá ser demandado avaliação física na unidade de saúde. Esta modalidade de atendimento poderá ser incluída na agenda do profissional de modo que o mesmo tenha espaço reservado para realizá-la.

Registro:

Os atendimentos realizados ao paciente por meio de tecnologia da informação e comunicação deverão ser registrados em prontuário eletrônico clínico contido no E-SUS, na modalidade de



“Registro Tardio” contendo as seguintes informações:

I - dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em cada contato com o paciente;

II - Informar a data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e

III - Registrar com os códigos referentes a casos suspeitos e confirmados para Covid-19*.

* CID-10: J11- síndrome gripal inespecífica; B-34- Infecção por coronavírus de localização não especificada, e os novos códigos U07.1 - COVID-19, vírus identificado e U07.2 - COVID-19, vírus não identificado.

*CIAP-2: R74 (infecção aguda de aparelho respiratório superior).

O teleatendimento poderá ser utilizado e acionado pela equipe de monitoramento do Centro de Saúde e Equipe de Saúde da Família quando necessário, observando que esta modalidade de atendimento vem com o objetivo de reduzir a propagação do COVID-19 e proteger as pessoas. No caso de atestado e receitas disponibilizadas em meio eletrônico, serão validadas de acordo com os seguintes critérios contidos no artigo 6º que trata da emissão de atestados e receita:

I - uso de assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil;

II - o uso de dados associados à assinatura do médico de tal modo que qualquer modificação posterior possa ser detectável; ou

III - atendimento dos seguintes requisitos:

a) identificação do médico;

b) associação ou anexo de dados em formato eletrônico pelo médico; e

c) ser admitida pelas partes como válida ou aceita pela pessoa a quem for oposto o documento.

§ 1º O atestado médico de que trata o caput deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:



- I - identificação do médico, incluindo nome e CRM;
- II - identificação e dados do paciente;
- III - registro de data e hora; e
- IV - duração do atestado." (Portaria nº467)

PLANO MUNICIPAL DE
OPERACIONALIZAÇÃO DA
VACINAÇÃO
CONTRA A COVID-19



PREFEITURA
PALMAS
A CAPITAL DO CALOR HUMANO

ANEXOS

PLANO MUNICIPAL DE
OPERACIONALIZAÇÃO DA
VACINAÇÃO
CONTRA A COVID-19



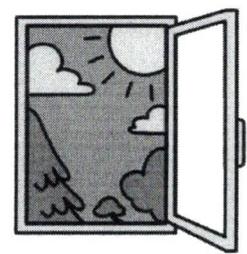
ANEXO 1 - ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE CUMPRINDO ISOLAMENTO DOMICILIAR

1 - USAR MÁSCARA EM AMBIENTES COMPARTILHADOS, NÃO DIVIDIR ITENS PESSOAIS E DESINFETAR ÁREAS COMUNS SÃO OS PASSOS MAIS IMPORTANTES NO ISOLAMENTO.



2- RECOMENDA-SE QUE O CÔMODO COM O PACIENTE ISOLADO DEVA FICAR COM A PORTA FECHADA E JANELA ABERTA PARA TER VENTILAÇÃO E ENTRADA DE LUZ SOLAR.



3 - A PESSOA INFECTADA OU COM SUSPEITA DE INFECÇÃO TEM DE TROCAR A PRÓPRIA ROUPA DE CAMA. SE HOVER SECREÇÕES NA ROUPA DE CAMA, ELA DEVE EMBALAR EM UM SACO PLÁSTICO ANTES DE LEVAR À MÁQUINA DE LAVAR OU AO TANQUE.



4 - COZINHA

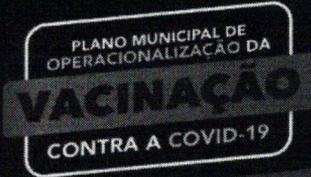
SE CONTAMINADO, COZINHE SEMPRE DE MÁSCARA. NÃO COMPARTILHE COPOS, TALHERES E PRATOS.

6-TODAS AS SUPERFÍCIES DE CONTATOS CONSTANTES DEVEM SER LIMPAS:

PIA, MAÇANETAS, MESAS, INTERRUPTORES, ASSENTOS DE SOFÁ, CADEIRAS E VASO SANITÁRIO, TORNEIRAS, ETC;



5 -NOS CASOS DE SALAS COMPARTILHADAS OU CASAS COM APENAS UM CÔMODO, PESSOAS INFECTADAS E PESSOAS SEM A DOENÇA NÃO PODEM COMPARTILHAR O MESMO SOFÁ, CADEIRA OU COLCHÃO. A RECOMENDAÇÃO É MANTER 2 METROS DE DISTÂNCIA DA PESSOA INFECTADA OU SUSPEITA.



| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Assinatura da pessoa notificada ou responsável legal:

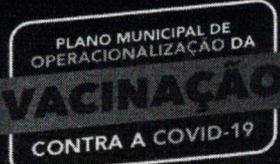
Palmas-TO, ___ de _____ de 2021.

Assinatura do profissional

ANEXO 3 - TERMO DE ALTA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE _____, PORTADOR DO CADASTRO DE PESSOA FÍSICA Nº _____ CUMPRIU AS CONDIÇÕES DE ISOLAMENTO DOMICILIAR. RECEBE ALTA HOJE ASSINTOMÁTICO E APTO A RETORNAR ÀS ATIVIDADES ROTINEIRAS.

Assinatura do profissional
Conselho de registro



REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Versão 03. Ministério da Saúde, 2021.

Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para manejos de pacientes com covid-19. Disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-Orientac--o--esManejoPacientes.pdf>

OMS, Gerenciamento clínico do COVID-19: orientação provisória, 27 de maio de 2020. Organização Mundial de Saúde, 2021.1

Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de tratamento de Influenza: 2017. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf

Ceará. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. Manejo clínico de pacientes com covid. Dezembro de 2020.

Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/profissional/manejoclinico/abordagem-clinica/>



Cynthia Alves Caetano Ribeiro
Prefeita Municipal de Palmas

Thiago de Paulo Marconi
Secretário Municipal da Saúde

Daniel Borini Zemuner
Secretário Executivo de Saúde

Gilian Cristina Barbosa
Superintendente de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Terezinha Ferreira Teles
Diretoria de Atenção Primária em Saúde

Marêssa Ribeiro de Castro
Diretoria de Vigilância em Saúde

Marttha de Aguiar Franco
Presidente da Fundação Escola de Saúde Pública

Equipe Técnica:

- Ana Paula Pedreira Rocha Lima
- Andreia Zanon Lopes Ribeiro
- Anne Leites Flãmia
- Elenilda Vieira de Almeida
- Fernanda Rosa Luiz
- Gecilda Regia Ramalho Vale Cavalcante
- Iury Gabriela Terreço de Sousa
- Ihago Parente Lacerda Araujo
- Ilton Batista Salgado Júnior
- Marêssa Ribeiro de Castro
- Mariana Freitas Sandoval
- Mariana Antunes Fiorotto de Abreu
- Katarina Fonseca Ferreira



Patrícia Castro dos Santos Póvoa
Priscilla Coelho Pereira Mendes
Raiane Silva Mocelai
Rosane Pereira Medeiros