



NOTA TÉCNICA Nº 015 SMS-POSSE/GO

CONSIDERANDO Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19);

CONSIDERANDO a Portaria n.º 188/GM/MS, de 03 de fevereiro de 2020, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19);

CONSIDERANDO a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus responsável pelo surto de 2019;

CONSIDERANDO o acionamento de novo nível (nível 1) do Plano de Contingência para o Novo Coronavírus da Secretaria de Estado da Saúde, conforme recomendação do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 378, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre a decretação de Situação de Emergência em Saúde Pública no Município de Posse-GO e dispõe sobre medidas de enfrentamento da pandemia provocada pelo Coronavírus (COVID-19);

CONSIDERANDO o Decreto nº 379, de 17 de março de 2020, que dispõe sobre nomeação de membros do Comitê de Gestão de Crise do Coronavírus (COVID-19), no âmbito da Administração Pública do Município de Posse-GO;

CONSIDERANDO o Decreto Legislativo nº 06, de 20 de março de 2020, que dispõe sobre decretação de estado de Calamidade Pública em todo Território Nacional;

CONSIDERANDO o Decreto Legislativo nº 501, de 25 de março de 2020, que dispõe sobre a declaração do estado de Calamidade Pública do Estado de Goiás;

CONSIDERANDO o Decreto nº 389, de 20 de abril de 2020, que dispõe sobre a Declaração excepcional de situação de Calamidade Pública do Município de Posse, Estado de Goiás;

CONSIDERANDO o Decreto nº 390, de 21 de abril de 2020, que dispõe sobre a situação de emergência em Saúde Pública no município;

CONSIDERANDO o Decreto nº 391, de 05 de maio de 2020, que dispõe sobre a revogação do inciso XXXIV do § 1º do Artigo 2º do Decreto n.º 390, de 21 de abril de 2020, em atendimento à determinação judicial exarada nos autos de Ação Civil Pública de processo nº 5198231.53.2020.8.09.0132, em trâmite na Vara de Fazendas Públicas da Comarca de Posse/GO, e dá outras providências;

CONSIDERANDO que a situação demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, a fim de evitar a disseminação da doença no Estado de Goiás;

CONSIDERANDO pedido da Organização Mundial de Saúde para que os países redobrem o comprometimento contra a pandemia;

CONSIDERANDO os boletins epidemiológicos n.º 01, 02 ,03 e 04, publicados semanalmente, a fim de emitir a Análise da Situação Epidemiológica;

CONSIDERANDO que há a estruturação para a confecção de Boletim quinzenal para a Fiscalização Covid-19;

DECRETA:

FUNCIONAMENTO DA ESTRUTURA DE SAÚDE MUNICIPAL

Todo paciente atendido nas Unidades de Saúde que apresentar Sintomas Gripais será considerado suspeito e deverá ser notificado e obrigatoriamente terá que sair com o Termo de Declaração de Isolamento (ANEXO 01A) feito em duas vias, pois uma via será passada para a vigilância sanitária fiscalizar o cumprimento do termo; rede privada que também for unidade notificadora deve utilizar o Termo de Isolamento (ANEXO 01 B) com os pacientes de acordo com os critérios de isolamento definidos;

A Estratégia Saúde da Família Dom Prudêncio (antigo ambulatório - abaixo do hospital) passará receber presencialmente as demandas relacionadas à Síndrome Gripal, com horário de funcionamento de segunda-feira a sexta-feira das 07:00 às 11:00 e 13:00 às 22:00, e aos sábados das 08: às 17:00; o médico desta Unidade ficará responsável pelo teleatendimento das áreas descobertas e será referência para atendimento aos profissionais de saúde que forem notificados no sistema E-SUS Notifica;

As demais equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF deverão retornar gradativamente o atendimento aos Programas da Atenção Primária e funcionar com sua capacidade máxima, além de realizar o monitoramento por teleatendimento dos pacientes confirmados e suspeitos de COVID-19 da sua área;

Toda Síndrome Gripal deverá ser encaminhada para a Unidade Dom Prudêncio ou Pronto Socorro gripal, por meio do encaminhamento intermunicipal, e ser atendida pelo médico disponível na unidade, ser classificado de acordo com os critérios para definição de caso suspeito e já sair com a prescrição conforme esquema previsto na Abordagem Terapêutica por Fases (ANEXO 02) devidamente incluída no Plano de Contingência Municipal e a partir daí ser devidamente monitorada por alguma equipe, seja ela por área coberta por um ESF ou pela Central Municipal de Monitoramento, caso seja de área descoberta, através de teleatendimento a cada 48 horas no mínimo e preenchido o Mapa de Monitoramento de Pacientes Isolados (ANEXO 03), este documento dará respaldo caso algum paciente descumpra o isolamento em caso de abertura de TCO (Termo circunstanciado de Ocorrência);

Quando algum monitorado não atender as ligações passar imediatamente para a equipe de fiscalização dos monitorados ir até o endereço;

Fica estabelecido no município que de acordo com a disponibilidade de testes rápidos, os pacientes deverão ser testados somente no 9º dia de sintomas, via preenchimento de formulário próprio e retirado na farmácia do Hospital Municipal, para uma margem melhor de segurança com relação ao resultado e utilizar o PCR pelo Dados do Bem para realizar teste nos pacientes que se enquadram no critério para o mesmo.

Profissionais de Saúde que apresentar sintomas gripais, deve ser avaliado pelo médico do trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, no qual caso seja considerado CASO SUSPEITO ficar isolado por 7 dias e no 8º dia caso esteja 24 horas sem apresentar sintomas, pode retornar, com uso de EPI e orientações devidas, e seguir obrigatoriamente o fluxograma de Testagem (ANEXO 04);

Fica estabelecido no âmbito do município a Testagem em Massa por RT-PCR COVID-19, utilizando o aplicativo “Dados do Bem”, disponível nas plataformas de informatização que são utilizadas em dispositivos móveis, que é uma ferramenta de inteligência artificial desenvolvida por pesquisadores e infectologistas da Fiocruz, que cruza milhares de informações, com a finalidade de otimizar e realizar uma testagem por amostragem de acordo com uma prioridade técnica, cadastrada na própria triagem do aplicativo, a finalidade é compreender o comportamento do vírus e diminuir o contágio, serão testados semanalmente cerca de 400 pessoas nas seguintes unidades:

- 1- Pronto Socorro Gripal – Unidade Hospitalar Arquimedes Vieira de Brito;
- 2- Estratégia Saúde da Família Central;
- 3- Estratégia Saúde da Família Mãe Bela;
- 4- Estratégia Saúde da Família Santa Luzia;
- 5- Estratégia Saúde da Família Aurelina Alves Pereira das Neves;
- 6- Estratégia Saúde da Família Clarismundo Ribeiro Gouveia – Sr. Doca;

Fica criado o NUCLEO DE MONITORAMENTO COVID-19 DO MUNICÍPIO DE POSSE-GO, que terá o seguinte protocolo:

TRIAGEM: Recebe a notificação, realiza a triagem e direciona para o monitoramento

1º Contato:

- Orientar sobre o isolamento, destacar a importância e adesão;
- Avaliar contatos diretos de acordo com a ficha de triagem para contato direto (ANEXO 05);

Profissional de Saúde

Quando for profissional de saúde:
direcionar para equipe avaliar.

Monitoramento por teleatendimento

1º. a) Enfermeira: recebe a notificação da equipe de triagem, realiza primeiro atendimento onde será feito o acolhimento + avaliar a classificação de risco (se é paciente com comorbidade) + orientação e informar sobre transmissão + classificar data de possível alta + levantar informações sobre os contatos diretos;

b) Atualizar planilha diariamente com critérios para encerramento de pacientes positivos e/ou suspeitos no e-SUS VE, juntamente com o médico

2º. a) Avaliação médica:

- Explicar critérios de teste e re-teste em casos de positivos;
- Realiza teleatendimento e orientações;
- Esclarece medidas para precaução de transmissão e;
- Prescrição de medicamentos conforme protocolo.

Observação

Contato direto que apresentar sintomas com critério para SG, notificar.

b) Enfermeira e médico: Classifica provável alta e isolamento do contato para ampliar rastreio de acordo com a **PORTARIA Nº 2.358 – MINISTERIO DA SAÚDE**

5º. Monitoramento por equipe de apoio: Separar um tempo para discutir com a equipe os casos.

4º. Manter registo no e-SUS AB.

5º. Paciente positivo para COVID: Equipe de monitoramento atuar junto com a vigilância sanitária:

- Avaliar se o local de trabalho (empresa) tem plano de contenção;
- Avaliar afastamento do paciente positivo;
- Avaliar exposição do paciente positivo no local de trabalho.
- Avaliar a conduta a ser seguida com a empresa

{ DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO }

Apresentar dois dos seguintes sintomas:



- Febre;
- Calafrios;
- Dor de garganta;
- Dor de cabeça;
- Tosse;
- Coriza;
- Perda do Olfato;
- Perda do Paladar;
- Diarreia.

CRIANÇA: Item anterior + obstrução nasal, no auxílio de outro diagnóstico específico.

IDOSOS: Considerar critérios de agravamento (sincope, confusão mental, irritabilidade, sonolência excessiva, inapetência).

DEFINIÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE CASO

1. SINTOMÁTICO – CLÍNICO: SG e SRAG + disfunção olfativa ou gustativa sem outra causa pregressa.

- **CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICO:** SG ou SRAG + contato próximo ou domiciliar mais 14 dias anterior ao aparecimento dos sinais e sintomas dos casos positivos.
- **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:
 - a) **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO:** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU;
 - b) **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO:** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis (“pavimentação”), OU;
 - c) **SINAL DE HALO REVERSO:** OU outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

2º- ASSINTOMÁTICO LABORATORIAL: Biologia molecular ou antígeno reagente;

3º- Caso SG ou SRAG não específico:

- Não houver ou agente etiológico não foi possível coletar/processar amostra laboratorial.
- Não entra nos anterior clínico/clínico imagem ou clínico epidemiológico.

SG DESCARTADO

Quando houver identificação de outro fator etiológico confirmado laboratorial e excluído a probabilidade de coinfeção ou quando confirmação por causa não infeccioso – atestado pelo médico.

EXAME

Não é suficiente para descartar

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo com SG que apresente:

- dispneia/desconforto respiratório;
- OU pressão persistente no tórax;
- OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente;
- OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

OBSERVAÇÕES

- Casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.
- Crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;

CRITERIOS PARA SWAB RÁPIDO

- Profissional de saúde com 2 ou + sintomas
- Paciente internado com SRAG;
- Paciente com comorbidade / Patologias associadas.

COMORBIDADE X PREVENÇÃO COVID

- Realizar junto com os ACS levantamento de paciente com comorbidades;
- Realizar com o ACS monitoramento por teleatendimento do paciente para prevenir e conter contaminação – apoio para prevenção.

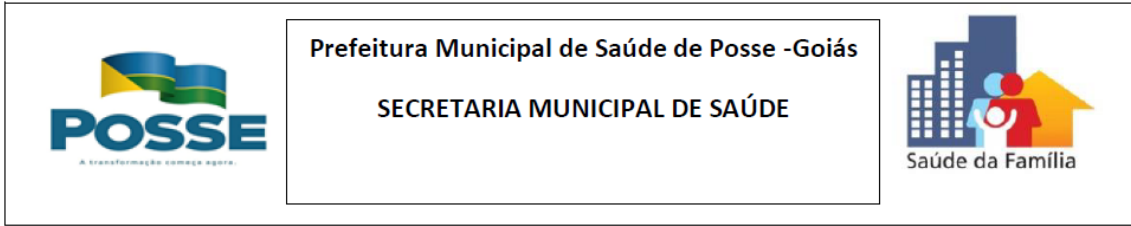
O QUE NOTIFICO?

- CASOS DE SG
- CASOS DE SRAG
- ÓBITO POR SRAG, INDEPENDENTE DA HOSPITALIZAÇÃO
- INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL POR BIOLOGIA MOLECULAR OU IMUNOLÓGICO DE INFECÇÃO RECENTE

EXAMES	SINTOMÁTICO (SG E SRAG)	ASSINTOMÁTICO
Sem resultado de exame	NOTIFICA e ISOLAMENTO. Suspender após 10 dias do início dos sintomas e 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	Contato com caso confirmado- Monitoramento e 14 dias de isolamento ou até o resultado do teste
RT-PCR + OU Teste de Antígeno SARS-CoV-2 +	NOTIFICA e ISOLAMENTO. Suspender após 10 dias do início dos sintomas e 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	NOTIFICA e ISOLAMENTO por pelo menos 10 dias após a coleta do teste se não desenvolver sintomas.
RT-PCR - OU Teste de Antígeno SARS-CoV-2 -	Se coleta oportuna e NÃO confirmado por critério clínico, clínico-imagem ou clínico-epidemiológico, NOTIFICA (SG não especificada) e suspender isolamento se estiver 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	Se coleta oportuna, NÃO NOTIFICA e NÃO indicado isolamento
IgM+/IgG+ OU IgM+/IgG- OU TR Anticorpo não discriminatório +	NOTIFICA e ISOLAMENTO. Suspender após 10 dias do início dos sintomas e 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	NOTIFICA e NÃO indicado isolamento
IgM-/ IgG+	NOTIFICA e ISOLAMENTO. Suspender após 10 dias do início dos sintomas e 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	NÃO NOTIFICA e NÃO indicado isolamento.
IgM-/IgG- OU TR Anticorpo não discriminatório -	Se coleta oportuna e NÃO confirmado por critério clínico, clínico-imagem ou clínico-epidemiológico, NOTIFICA (SG não especificada) e suspender isolamento se estiver 24hs sem febre e remissão dos sintomas respiratórios.	NÃO NOTIFICA e NÃO indicado isolamento.

ULISSES OLIVEIRA GUIMARÃES
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 01 A



TERMO DE DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO

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

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar: Fica ciente que o descumprimento do isolamento e até mesmo o não atendimento da equipe de monitoração haverá aplicação de multa E será lavrado um termo circunstanciado de ocorrência, pois o cidadão estará Enquadrado no art. 268 , do código penal. E também em descumprimento com a lei estadual 16.140 Art. 68.

1. _____
2. _____
3. _____



Assinatura da pessoa **sintomática** _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____ POSSE – GO

Assinatura e carimbo do Profissional



ANEXO 01 B

	<p>Prefeitura Municipal de Saúde de Posse - Goiás</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	
---	--	---

TERMO DE ISOLAMENTO

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

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar: Fica ciente que o descumprimento do isolamento e até mesmo o não atendimento da equipe de monitoração haverá aplicação de multa E será lavrado um termo circunstanciado de ocorrência, pois o cidadão estará Enquadrado no art. 268 , do código penal. E também em descumprimento com a lei estadual 16.140 Art. 68.

Contato Residencial:

1° _____
2° _____
3° _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

SINTOMAS: _____

DATA DO 1° SINTOMA: _____

RESULTADO: _____

CONTATO: _____

Assinatura da pessoa _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____ POSSE – GO

Assinatura e carimbo do Profissional

- Declaro que as informações fornecidas acima são verdadeiras, e caso seja constatado a omissão ou alguma divergência posso ser responsabilizado civil, administrativo e criminalmente pela as mesmas.

<p>DISQUE DENÚNCIA 062 9 98201111 34812264</p>		<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE</p>	
---	---	----------------------------	---

ANEXO 02

ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR FASES

FASE I

LEVE

Azitromicina
500mg 1 x ao dia
por 5 dias
+
Sinvastatina
20 mg a noite (15
dias)
+
Decadron
4 mg 1 comprimido
e meio 1 x ao dia
(10 dias)
+
AAS
100mg 1 x ao dia
após almoço por 15
dias
**(Obs: descartar
dengue)**
+
Aerolin
(spray) Aspirar 3
jatos de 04 em 04
horas por 07 dias
+
Dipirona ou
Paracetamol
500 mg de 06 em 06
horas
**(Obs: Se apresentar
dor ou febre)**

FASE II

MODERADO

Azitromicina
500mg 2 x ao dia
por 5 dias
+
Dexametasona
6mg ev 1 x ao dia
por 10 dias
+
Sinvastatina
20mg 1 x a noite por
30 dias
+
AAS
100mg 1 x ao dia
por 30 dias
+
Enoxaparina
(clexane)
40ui 1 x ao dia por
10 dias
+
Ceftriaxona
1g 2 x ao dia por 10
dias
+
O2 em Cateter nasal
com 5l por minutos

FASE III

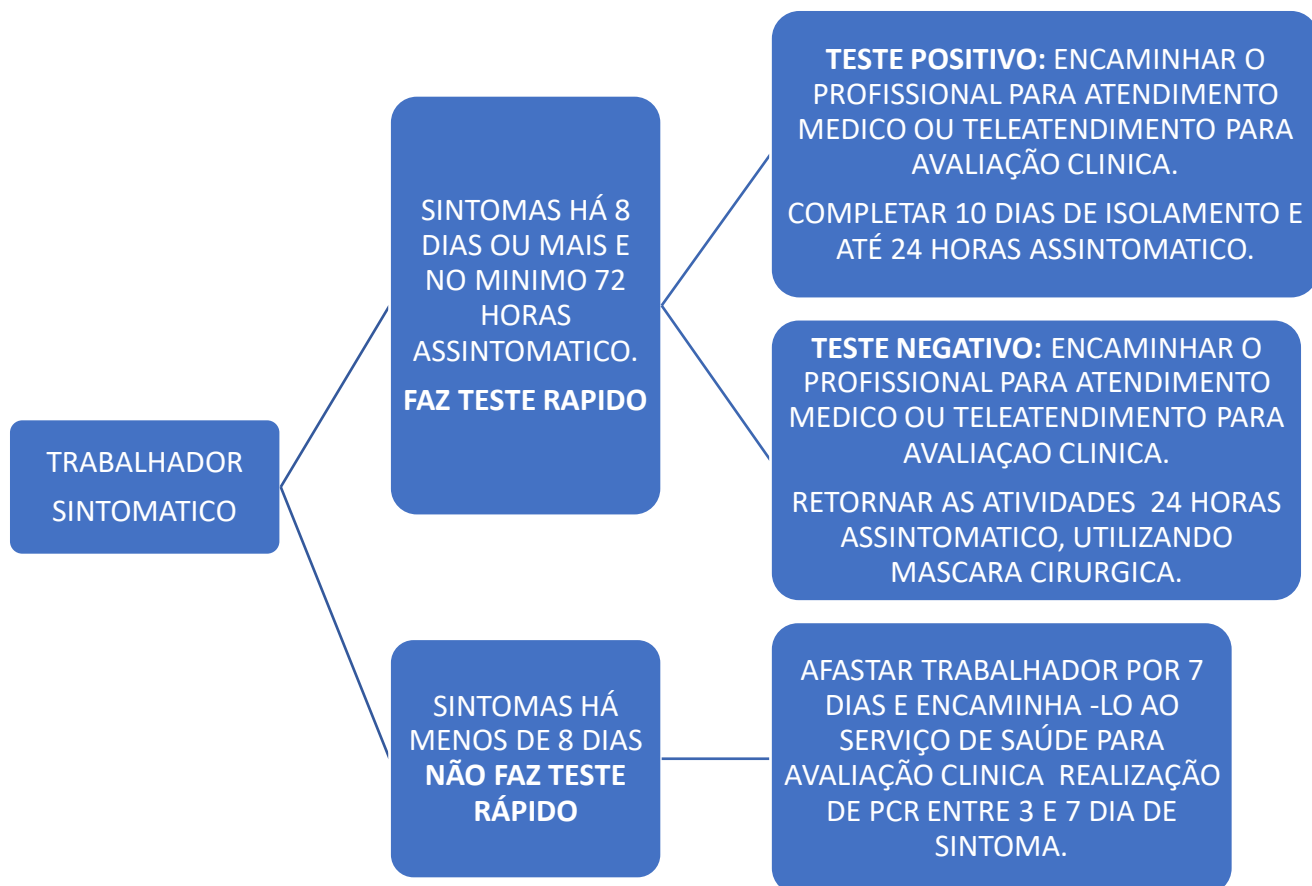
GRAVE

Esquema
anterior
MODERADO
+
Intubação
Orotraquial
Midazolam 15mg
02 ampolas
Fentanil 200 mg
01 ampola
+
Regulação
SERVIR

**OBSERVAÇÃO: FAZER O CONTROLE RIGOROSO DO NÍVEL GLICÊMICO
E PRESSÓRICO**

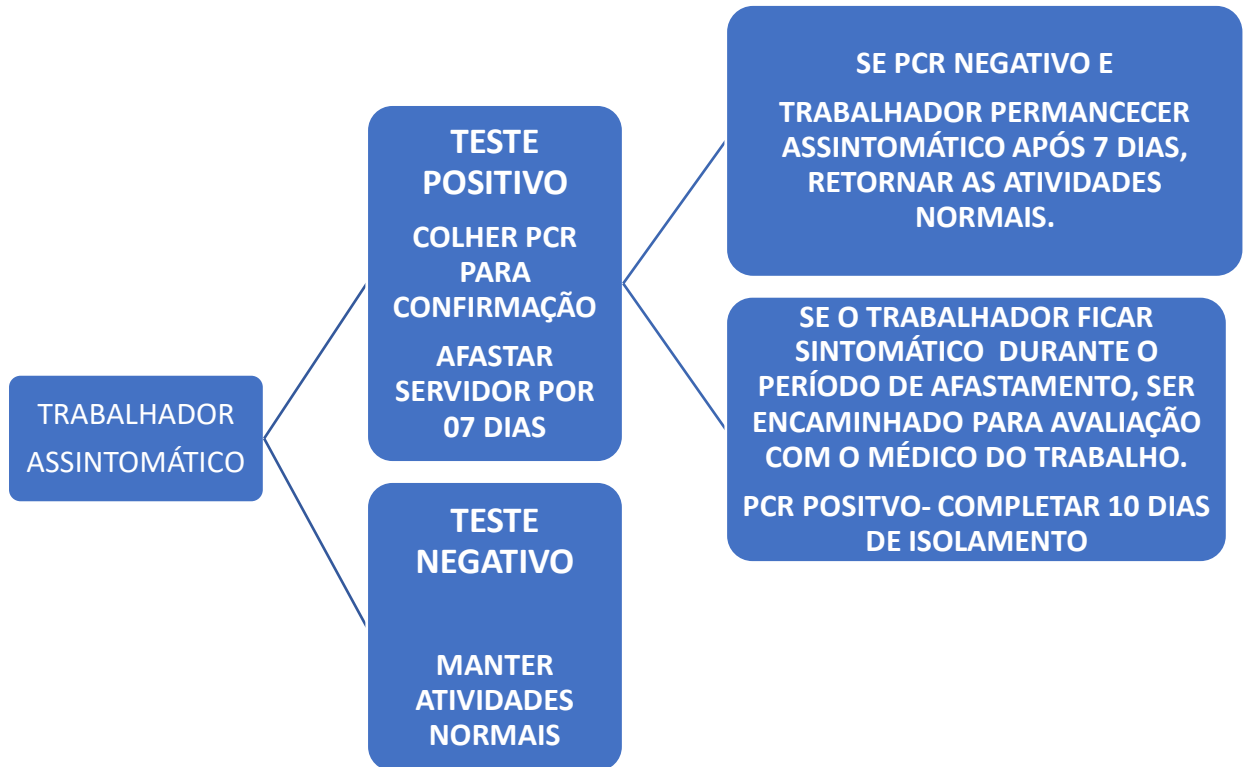
ANEXO 04

FLUXO DE ATENDIMENTO DE TRABALHADORES DA SAÚDE E DA SEGURANÇA PÚBLICA CASOS SINTOMÁTICOS



FLUXO DE ATENDIMENTO DE TRABALHADORES DA SAÚDE

CASOS ASSINTOMÁTICOS



ANEXO 05

Nome:	
Data do Contato:	Contato direto: () Sim () Não
Estava usando máscara: () Sim () Não	Telefone:
Sintomas: () Sim () Não // Em caso de Sim, quais?:	

LOCAL DO CONTATO:		
Grau de Exposição		
() baixo	() médio	() alta
<input type="checkbox"/> Local aberto <input type="checkbox"/> Com ar condicionado <input type="checkbox"/> Sem ar condicionado <input type="checkbox"/> Menos de 2 metros	<input type="checkbox"/> Meio familiar <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Frequente (vários dias) <input type="checkbox"/> Breve/visita.	

<input type="checkbox"/> Esteve em um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado;	CONTATO PROXIMO	presença em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;
<input type="checkbox"/> Teve um contato com um caso confirmado;	EQUIPE DE MONITORAMENTO	e na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso confirmado.
Observações médicas:		

Isolamento: () Sim () Não	Alta: ____/____/____
------------------------------------	-----------------------------