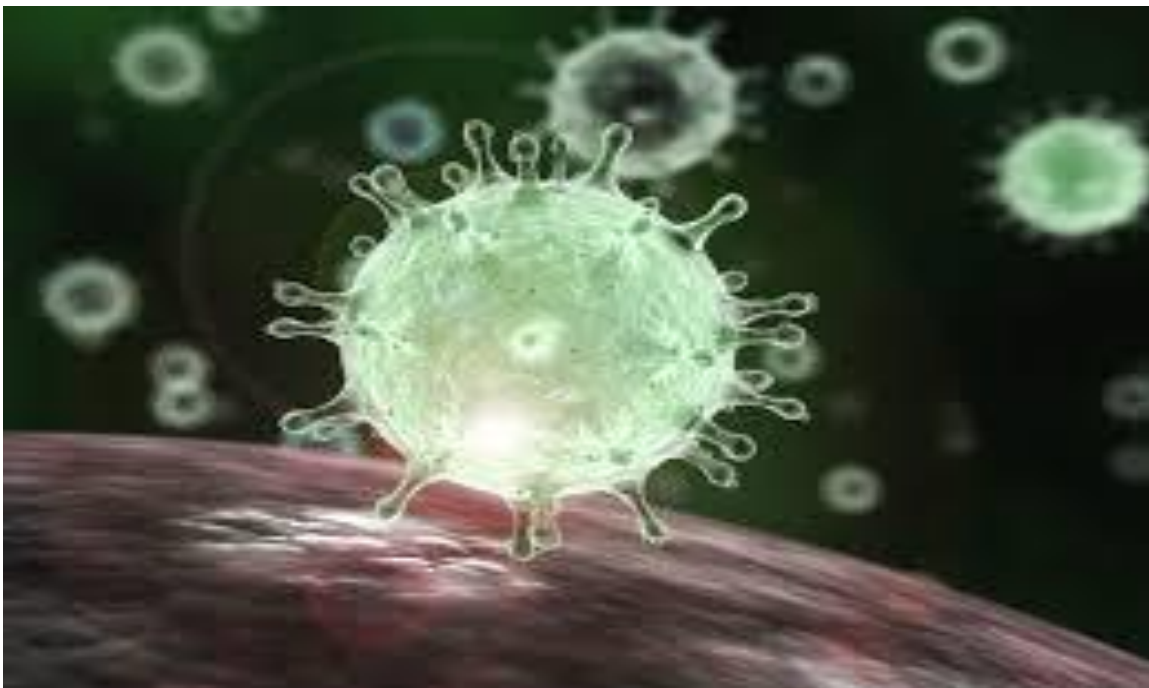




ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PLANO DE CONTINGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

## INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19



**Março 2020**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Prefeito Municipal de Porto Amazonas**  
**Antonio Altair Polato**

**Diretora Municipal de Saúde**  
**Thais Hornung Sedlak**



**ESTADO DO PARANÁ**  
**MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS**  
**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Objetivo:**

**Este plano tem como objetivo nortear as ações do serviço de saúde no município de Porto Amazonas nas unidades abaixo contra o coronavírus.**



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (nCov) – Covid - 19**

### **Introdução**

O Plano de Contingência é um documento elaborado com o intuito de auxiliar o Município de Porto Amazonas na resposta ao enfrentamento de um possível surto do novo Coronavírus (COVID-19) originado na cidade de Wuhan, na China. Este vírus, responsável por doença respiratória, pode determinar sérios danos às pessoas e à economia dos entes integrantes do Sistema Único de Saúde. Neste documento serão definidas as responsabilidades do Estado do Paraná e municípios, em parceria com o Ministério da saúde e estabelecida uma organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas à circulação do vírus no Estado do Paraná. Visa à integralidade das ações na prevenção e monitoramento da doença, bem como na assistência à saúde da população. As ações a serem implantadas devem promover a assistência adequada ao paciente, vigilância epidemiológica sensível e oportuna, bem como ações de comunicação. Essas diretrizes têm por objetivo auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e na redução da morbimortalidade por esta doença.

As equipes do Sistema Único de Saúde desenvolvem diversas atividades de rotina, que dão sustentação às ações que serão aplicadas no Plano de Contingência.

### **Agente Etiológico**

Coronavírus (CoV) é uma ampla família de RNA vírus que em humanos podem causar síndromes respiratórias e gastrointestinais. O novo coronavírus SARS-CoV-2 é uma nova cepa que ainda não havia sido previamente identificada em humanos.

### **Período de incubação**

Conforme estudos o período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias.

### **Transmissão**

A disseminação de pessoa para pessoa nos casos do MERS-CoV e SARS-CoV acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham (Brasil,2020).



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

### **Período de transmissibilidade**

O que se sabe é que a transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ocorre entre pessoas em média 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

### **Manifestações clínicas**

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. As manifestações clínicas do novo coronavírus não estão estabelecidas, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Os principais sinais e sintomas referidos são respiratórios, sendo que o paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar.

### **Diagnóstico diferencial**

Doenças causadas por outros vírus respiratórios como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, coqueluche, infecções fúngicas e outros coronavírus.

### **Diagnóstico laboratorial**

Em serviços de saúde PÚBLICOS, é necessária a coleta de 1 (uma) amostra respiratória.

Esta amostra deverá ser encaminhada com urgência para o LACEN. Em serviços de saúde PRIVADOS, que tenham condições de realizar o diagnóstico laboratorial para vírus respiratórios, exceto COVID-19, é necessário realizar a coleta de 1 amostra que será alíquotada em 2 partes (no mínimo de 2 ml) e encaminhar uma delas para o Lacen/PR.

### **Tratamento**

Não há nenhum antiviral específico recomendado para o tratamento de infecções por COVID-19. Pessoas infectadas com este vírus devem receber tratamento para auxiliar no alívio de sintomas. Para casos severos, tratamento deve incluir suporte de terapia intensiva.

### **Recomendações para prevenção e controle**

É prudente adotar os princípios básicos para reduzir o risco geral de infecções respiratórias agudas;

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por pelo menos 20



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

segundos, respeitando os 5 momentos de higienização. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;

- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

### **Definição de caso**

De acordo com o Boletim Informativo do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Ministério da Saúde (MS) | COE-nCoV 01/2020, descreve-se abaixo a definição de caso. As áreas de transmissão local atualizadas podem ser encontradas no link ([saude.gov.br/listacorona](http://saude.gov.br/listacorona)).

Febre<sup>1</sup> **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros<sup>2</sup>)  
**E** histórico de viagem para área com transmissão local\*, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;

**OU**

Febre<sup>1</sup> **E** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros<sup>2</sup>)  
**E** histórico de contato próximo<sup>3</sup> de caso suspeito para o coronavírus (COVID-19), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas;

**OU**

Febre<sup>1</sup> **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, entre outros<sup>2</sup>) **E** contato próximo<sup>3</sup> de caso confirmado de coronavírus (COVID-19) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

1 - Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes menores de 5 anos, idosos, imunossuprimidos, gestantes ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

2 - Dor de garganta, coriza, batimento de asas nasais, cefaléia (dor de cabeça), irritabilidade/confusão, adinamia (fraqueza)

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

\*Até a data 26/02/2020, os casos que ocorrerem entre familiares próximos ou profissionais de saúde de formal limitada não serão considerados transmissão local. Até o momento, as áreas com transmissão local são: Alemanha, Austrália, Camboja, China, Coréia do Norte, Coréia do Sul, Emirados Árabes Unidos, Filipinas, França, Irã, Itália, Japão, Malásia, Singapura, Tailândia e Vietnã.



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

**O presente Plano de Contingência Municipal foi elaborado em consonância com o Plano Estadual e tem como base 2 eixos:**

Eixo I - Vigilância em Saúde

Eixo II - Assistência à Saúde

## **Eixo I - Vigilância em Saúde**

### **a) Vigilância Epidemiológica**

Doença respiratória aguda pelo COVID - 19 – CID 10: B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada

#### **Objetivo Geral**

- Orientar o Sistema de Vigilância em Saúde e a Unidade de Saúde e o Pronto Atendimento do Município para atuação na identificação, notificação e investigação de casos suspeitos de Doença Respiratória Aguda pelo COVID -19, de modo a evitar e/ou mitigar os riscos de transmissão.

#### **Objetivos Específicos**

- Evitar transmissão do vírus para profissionais de saúde, contatos próximos e população em geral;
- Orientar sobre a conduta frente aos contatos próximos;
- Disseminar informações epidemiológicas;

### **Caso suspeito de Doença Respiratória Aguda pelo COVID -19**

Definições de Caso Operacionais: Atualizações

#### **1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Situação 1 – VIAJANTE:** pessoa que apresente febre **E** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) **E** com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias (figura 1);

**OU**

- **Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO:** Pessoa que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) **E** histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias

## **2. CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

- **Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR:**

Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias **E** que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência (figura 1).

## **3. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

- **LABORATORIAL:** Caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité.
- **CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** Caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente por COVID-19, que apresente febre **OU** pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

## **4. OBSERVAÇÕES**





ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

- **FEBRE:** Considera-se febre aquela acima de 37,8°. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

- **CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:**

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, sendo tossida, tocando tecidos de papel usados com a mão nua);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros; Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19 sem equipamento de proteção individual recomendado (EPI) ou com uma possível violação do EPI; Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19, seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

- **CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:**

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



## FLUXO ATENDIMENTO DOENÇA POR NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19 – CID B34.2)

**CASO SUSPEITO: FEBRE + SINTOMAS RESPIRATÓRIOS** (por exemplo, tosse e falta de ar)

**E nos últimos 14 dias história de: viagem para locais com transmissão comunitária OU contato próximo com caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus, durante fase transmissão.**

**Classificação Clínica do Caso:** Caso leve, moderado ou grave

### DOENÇA RESPIRATÓRIA

Sem sinais de Insuf. respiratória Sem

#### CASO LEVE

- Atendimento ambulatorial
- Coletar 1 amostra resp. (swab NF em MTV). Combinar com epidemio.
- Notificar epidemiologia (DS, email)
- Tratamento em domicílio
- Repouso, Isolamento domiciliar, Hidratação oral, Tamiflu (influenza?) e sintomáticos, conforme indicado.
- Orientar sobre sinais de alarme\*
- Avisar sobre o acompanhamento do caso pela epidemiologia
- Retorno imediato se reaparecimento de

### DOENÇA RESPIRATÓRIA com satO<sub>2</sub> ≥ 95% em

**pacientes vulneráveis** como gestantes e puérperas, lactentes, idosos e portadores de doenças crônicas (doença pulmonar,

#### CASO LEVE EM POPULAÇÃO VULNERÁVEL

- Atendimento ambulatorial
- Notificar epidemiologia (DS, email), com todos os dados
- Coletar 1 amostra respiratória (swab NF em MTV). Combinar com epidemio (DS ou plantão). Ver Obs. abaixo
- Manejo e tratamento conforme avaliação clínica
- Repouso, Isolamento domiciliar, Hidratação oral, Sintomáticos, Tamiflu (se suspeita influenza), etc.
- Orientar sobre sinais de alarme\*
- Avisar sobre o acompanhamento do caso pela epidemiologia
- Retorno imediato se reaparecimento de febre ou sinais de

### DOENÇA RESPIRATÓRIA COM SINAIS DE ALARME\*

- ☐ Sat O<sub>2</sub> entre 90 e 95%
- ☐ Sinais de esforço respiratório
- ☐ Dispneia ou “falta de ar”
- ☐ Taquipneia (>22ipm)
- ☐ Vômitos incoercíveis
- ☐ Desidratação ou Hipotensão art.
- ☐ Confusão mental discreta
- ☐ Letargia ou Irritabilidade

#### CASO MODERADO

- Atendimento em PA ou encaminhamento para hospital pelo Central de leitos.
- Notificar epidemiologia imediatamente (com todos dados)
- Raio X de tórax ou Tomografia de tórax, se possível
- Coletar a amostra respiratória e outros exames conforme o quadro clínico (hemograma, função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, coagulação, gasometria arterial, etc.)
- Manejo clínico conforme quadro geral (O<sub>2</sub>, Tamiflu, ATB, etc)
- Internamento em quarto (isolamento) ou conforme indicado

### DOENÇA GRAVE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

- ☐ Sat O<sub>2</sub> <90% ou Cianose
- ☐ Pneumonia c/ sinais de alarme
- ☐ Comprometimento de órgãos vitais

#### CASO GRAVE

- Notificar epidemiologia imediatamente (com todos dados)
- Solicitar Internação em UTI, Assistência ventilatória conforme indicado
- Avaliar indicação antimicrobiana (Tamiflu, ATB, etc.)
- Coletar amostra respiratória e outros exames conforme o quadro clínico (Hemograma, coagulação função renal e hepática, CPK, LDH e eletrólitos, gasometria arterial, etc.)
- Raio X de Tórax (ou Tomografia de tórax, se possível)



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **Notificação e Registro**

A Doença Respiratória Aguda pelo COVID -19 é uma potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Sendo, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata (24h). Os casos suspeitos de infecção por COVID -19 devem ser notificados de forma imediata (até 24 horas) pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento, ao Departamento Municipal de Saúde e ao CIEVS/SES-PR pelo telefone (0800 643 8484) ou e-mail ([urr@sesa.pr.gov.br](mailto:urr@sesa.pr.gov.br)).

As informações devem ser inseridas no formulário [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=5376](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5376).

O fluxo de informação entre os diversos níveis do sistema de vigilância em saúde deve ser ágil de modo a contemplar todos simultaneamente, ou seja, a informação de um caso deve ser passada para todos os níveis ao mesmo tempo: nível central estadual, nível regional estadual e nível municipal. A informação de um caso suspeito ou de vários casos, informações da investigação, resultados laboratoriais e conclusão do caso ou surto devem seguir o mesmo fluxo.

## **Diagnóstico laboratorial**

Realizado no LACEN



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **Prevenção**

### **Medidas de Prevenção e Controle em Serviços de Saúde a serem adotadas na Assistência à Saúde**

O Programa de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde tem como um dos seus objetivos principais prevenir a transmissão de doenças entre os pacientes, profissionais de saúde e visitantes.

Conforme as informações atuais disponíveis sugere-se que a via de transmissão pessoa a pessoa do COVID -19 ocorre por meio de gotículas e contato.

A transmissão por aerossóis limita-se a procedimentos que geram aerossóis, como por exemplo: intubação traqueal, extubação, aspiração aberta das vias aéreas, broncoscopia, fisioterapia, ressuscitação cardiopulmonar respiratória, necropsia envolvendo tecido pulmonar, coleta de espécime clínico para diagnóstico etiológico.

Dessa forma, as medidas de prevenção da transmissão viral nos serviços de saúde incluem:

1. Utilizar os protocolos existentes do Ministério da Saúde e do Estado do Paraná na prestação de serviços de assistência à saúde aos pacientes suspeitos de infecção pelo COVID -19;
2. Organizar o fluxo de atendimento aos pacientes suspeitos, com fornecimento de máscaras cirúrgicas ao paciente sintomático ou identificado como suspeito, desde o momento em que chegam na unidade;
3. Estabelecer medidas administrativas como capacitação dos profissionais de saúde e garantia de suprimentos de equipamentos de proteção individual (EPI)



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

- aos pacientes e profissionais envolvidos no atendimento;
4. Isolamento no Pronto Socorro Geral para aguardar vaga da Central de Regulação de Leitos Estadual com quarto privativo com porta fechada e bem ventilado, com a entrada sinalizada alertando isolamento respiratório para gotículas e contato;
  5. Reforçar as medidas de precaução padrão, principalmente a higienização das mãos e a etiqueta respiratória;
  6. Garantir a ventilação em todas as áreas dos serviços de saúde e higiene ambiental adequada.

### **Medidas de Prevenção para a Comunidade**

No momento não há tratamento e vacina específicos para a infecção humana pelo COVID -19. As principais medidas de prevenção são:

1. Higiene de mãos com água e sabonete ou produto alcoólico;
2. Etiqueta respiratória: quando tossir ou espirrar cobrir nariz e boca com lenço descartável ou utilizar o antebraço. Descartar o lenço no lixo e higienizar as mãos com água e sabonete ou produto alcoólico;
3. Procurar serviço de saúde caso apresente sintomas respiratórios.
4. A OMS não recomenda que indivíduos assintomáticos (ou seja, que não têm sintomas respiratórios) na comunidade usem máscaras cirúrgicas. As máscaras são recomendadas para pessoas sintomáticas na comunidade.

### **Eixo 2 – Assistência à Saúde**

#### **Rede de Assistência**

Organizar a rede de atenção para casos suspeitos e/ou confirmados de doença respiratória pelo COVID -19 é uma das prioridades na elaboração desse Plano.

Considerando que a via de transmissão pessoa a pessoa do COVID -19 ocorre por meio de gotículas e contato, os casos suspeitos com clínica leve e moderada podem ser atendidos na Unidade Básico de Saúde e somente os



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

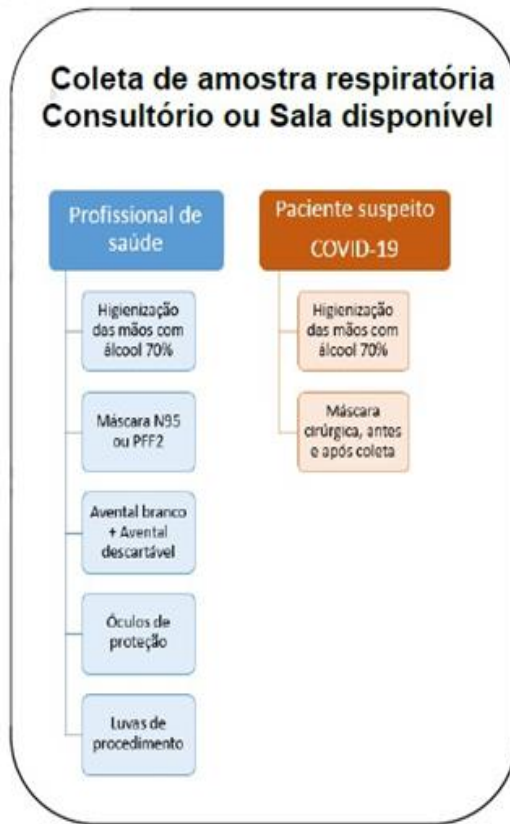
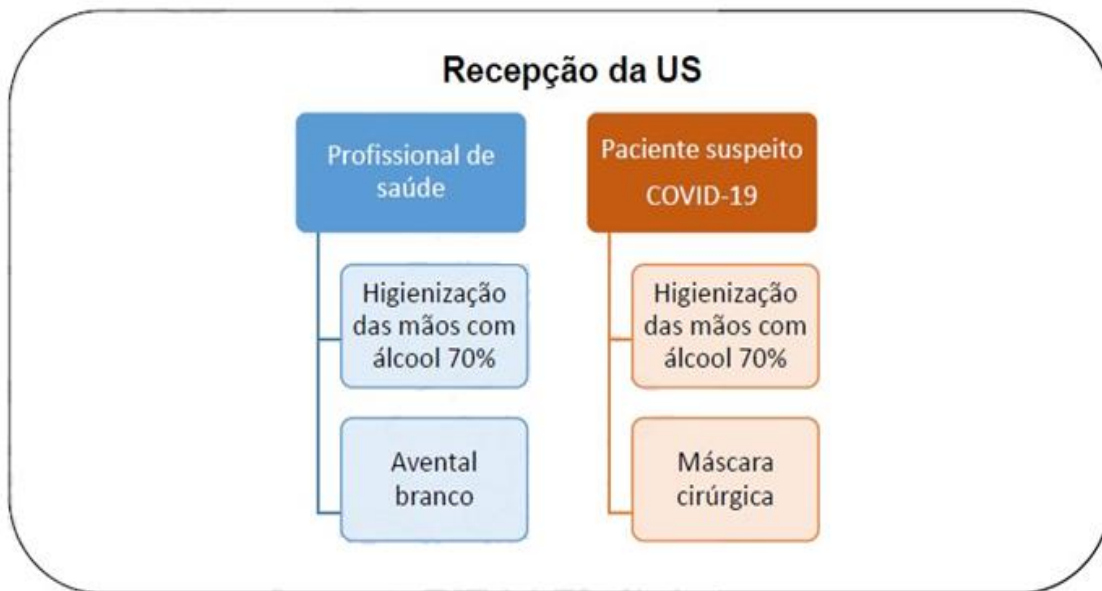
casos com maior gravidade que necessitem de internação hospitalar serão referenciados para estabelecimentos de saúde especializados.

A Unidade Básica do Município e Pronto Atendimento Geral deverão dispor de equipamentos de proteção individual (EPI) para os funcionários e máscara para fornecer aos pacientes suspeitos da doença.

A necessidade de internação hospitalar terá como base a avaliação clínico-epidemiológica levando-se em consideração os fatores que possam representar risco ao paciente e a seus contatos domiciliares.



## HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS E UTILIZAÇÃO DE EPIs PARA CASOS SUSPEITOS COVID-19



**Observação:** Os EPI's descartáveis utilizados devem ser desprezados como resíduo infectante do Grupo A (saco branco leitoso).

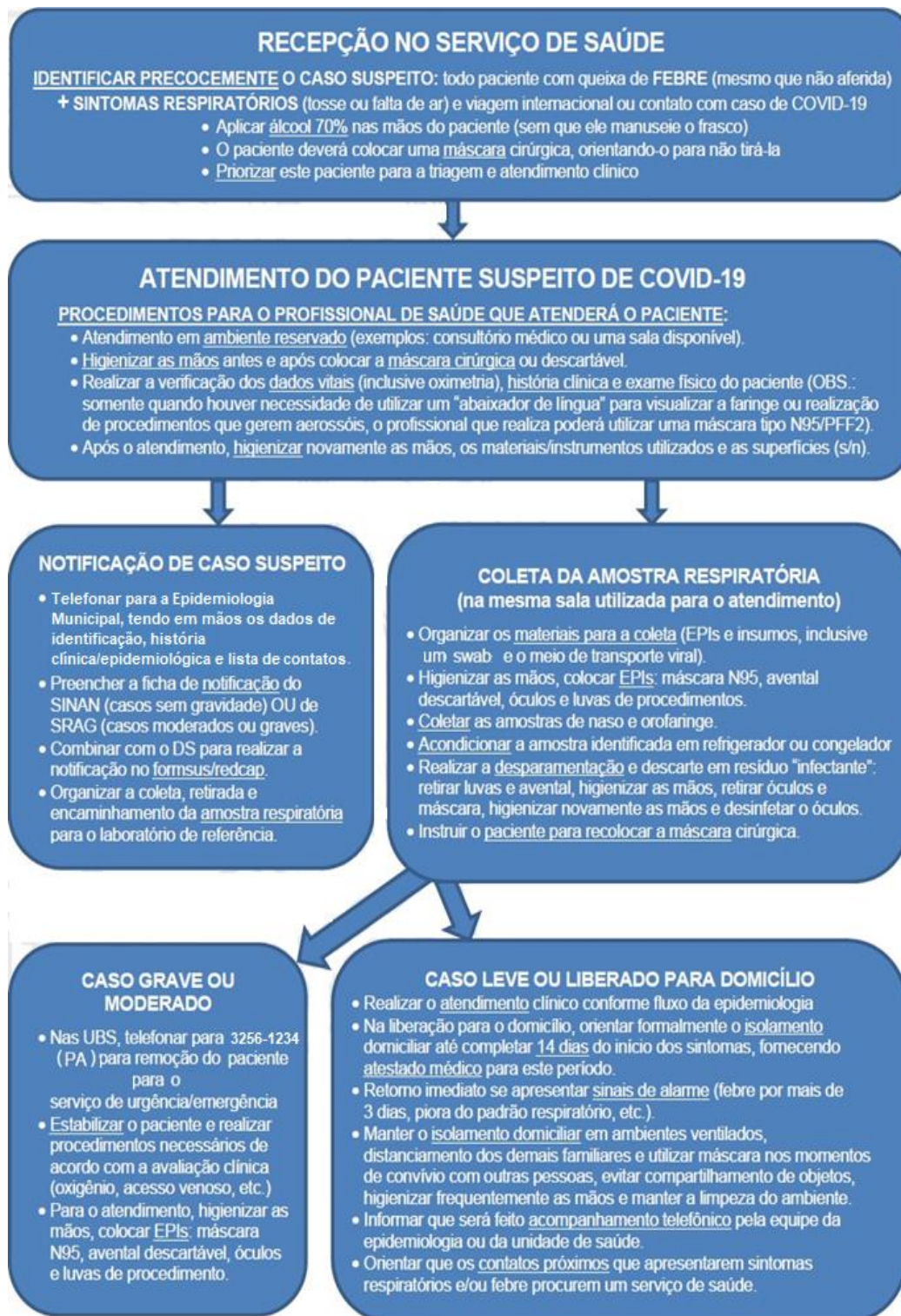


ESTADO DO PARANÁ

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

## ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 (CIDB34.2) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA DMS – PORTO AMAZONAS



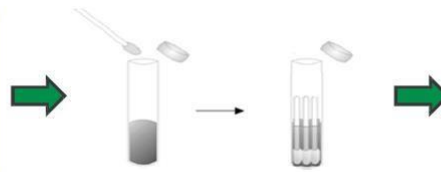
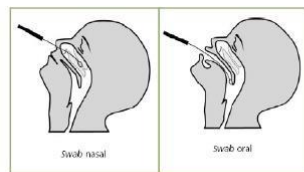




## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

### COLETA DE SECREÇÃO DE NASOFARINGE (1 amostra)

1. A coleta da amostra de secreção respiratória é feita preferencialmente por swab combinado (secreção de naso e orofaringe: coleta com 1 swabs de Rayon acondicionados juntos em 1 frasco com meio de transporte viral).



Cortar (swabs)



Colocar esse pote na caixa de isopor com gelo reciclável



Armazenando dentro pote para evitar vazamento



Tubo identificado (3 swabs)

Etiqueta de identificação da amostra

**NOME DO PACIENTE  
DATA DA COLETA**

2. A amostra coletada deverá ser encaminhada ao LACEN/PR (Setor de Biologia Molecular) para a pesquisa de vírus Influenza e outros vírus respiratórios. A requisição deverá ser feita no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial, sistema eletrônico do LACEN/PR

Campo "FINALIDADE": selecionar "Investigação" Campo "DESCRIÇÃO": COVID-19

Campo "AGRAVO": COVID-19 NOTIFICAÇÃO SINAN: COVID-19

Campo "PESQUISA": Pesquisa de Vírus Respiratório.

Incluir também a indicação da suspeita de COVID-19 (novo coronavírus) no campo "Observações" do GAL, assim como a cronologia das viagens e dos sintomas.

3. A caixa de isopor com a amostra deve ser identificada e a requisição do GAL impressa afixada na parte externa da caixa. No momento do transporte, preparar o isopor com "gelox" congelados, colocar o pote de plástico, que contém o frasco identificado, com o meio de transporte viral e a amostra coletada dentro da caixa de isopor e lacrá-la com fita adesiva.



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



4. Se a amostra não puder ser transportada logo após a coleta, deve-se identificar bem o frasco, guardá-lo dentro do pote de plástico, congelar em freezer até o momento do transporte ou acondicioná-lo na geladeira de amostras, onde não seja manuseado até o transporte ao LACEN/PR.
5. Observações:
- Preferencialmente acondicionar a amostra respiratória do paciente em um pote plástico;
  - Não armazenar estas amostras em geladeira de alimentos, medicamentos ou de vacinas;
  - Não colocar a caixa de isopor dentro da geladeira.



ESTADO DO PARANÁ

MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

# FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA PACIENTE SEM CRITÉRIO DE GRAVIDADE

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença	4 UF   5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Notificação de Surto	17 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1º Caso Suspeito	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____				
	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos					
Dados de Residência	20 UF   21 Município de Residência	Código (IBGE)	22 Distrito			
	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)		27 Geo campo 1		
	28 Geo campo 2		29 Ponto de Referência	30 CEP		
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)		
	Município/Unidade de Saúde					
Notificante	Nome		Função		Assinatura	

Notificação

Sinan NET

SVS

17/07/2006



### DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :				
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>				
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>		
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	10	Resultado da bacterioscopia :					
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	14	Data da hospitalização
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código		
	Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação								
		1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____								
	Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)								
		País: _____				UF	Município: _____			
Distrito: _____				Bairro: _____						



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASO **COM** CRITÉRIO DE **GRAVIDADE / INTERNAMENTO**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

Nº

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):**

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

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



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral?  __  1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento ____ ____ ____
	36	Houve internação?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	38	UF de internação: ____ ____
	39	Município de internação: _____			Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	40	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	41	Internado em UTI?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	43	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	44	Uso de suporte ventilatório:  __  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax:  __  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X: ____ ____ ____
	47	Coletou amostra?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta: ____ ____ ____	49	Tipo de amostra:  __  1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF:  __  1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF: ____ ____ ____		
	53	Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza?  __  1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)  __  Vírus Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Adenovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	54	Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	55	Resultado da RT-PCR:  __  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: ____ ____ ____		
	57	Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza?  __  1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo?  __  1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem?  __  1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)  __  Vírus Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Parainfluenza 4  __  Adenovírus  __  Metapneumovírus  __  Bocavírus  __  Rinovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
58	Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____				
Conclusão	59	Classificação final do caso:  __  1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			60	Critério de Encerramento:  __  1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico
	61	Evolução do Caso:  __  1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	62	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	63	Data do Encerramento: ____ ____ ____
64 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
65 Profissional de Saúde Responsável: _____				66 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____		



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

### PACIENTE /RESPONSÁVEL

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Deve ser preenchido pelo médico

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

\_\_\_\_\_  
Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_



ESTADO DO PARANÁ  
MUNICÍPIO DE PORTO AMAZONAS  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE  
**NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO**

O (A) Senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19.

Data de início:

Previsão de término:

Fundamentação:

Local de cumprimento da medida (domicílio):

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ profissional \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ vigilância  
epidemiológica: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ Matrícula  
: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, documento de  
identidade ou passaporte \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente  
informado(a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre  
a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as  
possíveis conseqüências da sua não realização.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa notificada: \_\_\_\_\_

Ou

Nome \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ responsável \_\_\_\_\_ legal: \_\_\_\_\_