



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Anexo Único – PORTARIA SEMUS Nº 001/2020, DE 10 DE JULHO DE 2020**

## **FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO**

### **COVID-19**

**CARLOS ALBERTO JARKE**

Secretário Municipal de Saúde

**RAPHAEL ROCHA FERREIRA**

Diretor Clínico da US3 Mista “São João Batista”

**ISABELA SCHUNK SOUZA BULLERJHANN**

Médica da eSF

**DALCIANIA VERVLOET**

Gerente de Enfermagem

**FARMACEUTICOS**

**MEDICOS**

**VIGILANCIA EM SAÚDE**

**EQUIPE TECNICA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **ATENDIMENTO SÍNDROME GRIPAL**

### **RECEPÇÃO/TRIAGEM**

---

**Profissionais para o cargo:** técnico (a) de enfermagem, enfermeiro (a).

#### **Objetivos:**

- ✓ Admissão dos pacientes de forma ordenada, a fim de evitar aglomerações;
- ✓ Orientações iniciais aos pacientes;
- ✓ Colher as informações para o preenchimento do formulário de admissão na unidade, que inclui a aferição dos sinais vitais (págs. 3 e 4);
- ✓ Passar o caso para médico (a).

#### **Orientar ao paciente:**

- Higienizar as mãos antes de entrar na unidade.
- Colocar a máscara da forma correta, caso apresente sintomas respiratórios como tosse, coriza nasal ou espirros.
- Evitar tocar em máscara e em qualquer outro objeto dentro da unidade, a não ser que solicitado.
- Manter distância de 2 metros dos demais e dos profissionais de saúde, a não ser quando a aproximação seja necessária para avaliação do mesmo.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 1. Orientações para uso correto de máscaras cirúrgicas para evitar contágio por vírus de Síndromes Gripais.

<b>ORIENTAÇÕES PARA USO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Coloque a máscara com cuidado para cobrir a boca e o nariz e amarre com segurança para minimizar as lacunas entre o rosto e a máscara;</li><li>• Enquanto estiver utilizando a máscara, evite tocá-la;</li><li>• Remova a máscara usando técnica apropriada (ou seja, não toque na frente, mas remova o laço ou nó da parte posterior);</li><li>• Após a remoção, ou sempre que tocar em uma máscara usada, higienize as mãos com água e sabão ou álcool gel, se visivelmente suja;</li><li>• Substitua a máscara por uma nova máscara limpa e seca assim que estiver úmida ou danificada;</li><li>• Não reutilize máscaras descartáveis;</li><li>• Descarte em local apropriado as máscaras após cada uso;</li><li>• Troque de máscara após atender novos pacientes.</li></ul>

Tabela 2. Medidas para evitar contágio por vírus causadores de Síndrome Gripal.

<b>MEDIDAS DE CONTROLE PRECOCE</b>	
<b>PROFISSIONAIS DA SAÚDE</b>	<b>Pacientes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contenção respiratória</li><li>• Máscara cirúrgica*;</li><li>• Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis**;</li><li>• Lavar as mãos com frequência;</li><li>• Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornecer máscara cirúrgica;</li><li>• Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada</li></ul>

\*Somente para procedimentos produtores de aerossóis usar máscara N95/PPF2.

\*\*Uso destes EPIs durante atendimento do paciente em consultório. Não é necessário o uso na recepção/triagem, desde que mantida distância de 1 metro.

**Observação** → permitido 1 (um) acompanhante somente em caso de:

- Menores de 18 anos;
- Maiores de 60 anos;
- Pessoas com deficiência física ou mental.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FORMULÁRIO ADMISSINAL PARA ATENDIMENTO EM UNIDADE DE  
REFERÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL**

**IDENTIFICAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ TEL/CEL: ( ) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA CONSULTA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APRESENTA OU APRESENTOU FEBRE? \_\_\_\_\_

APRESENTA OU APRESENTOU SINTOMAS RESPIRATÓRIOS (TOSSE, CORIZA, DOR DE GARGANTA, FALTA DE AR, ESFORÇO OU DESCONFORTO RESPIRATÓRIO)?

\_\_\_\_\_

APRESENTA OUTRAS COMORBIDADES? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, DESCREVA: \_\_\_\_\_

FAZ USO DE MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, DESCREVA: \_\_\_\_\_

ALERGIA A MEDICAMENTOS? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, DESCREVA: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA DE CIRURGIAS PRÉVIAS OU INTERNAÇÕES RECENTES? ( )SIM ( )NÃO

SE SIM, DESCREVA: \_\_\_\_\_

Av. Germano Stabenow s/nº, Centro – Laranja da Terra - ES – CEP 29.615-000.

Telefone (27) 3736-1323 – e-mail: [saude@laranjadaterra.es.gov.br](mailto:saude@laranjadaterra.es.gov.br)

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 [www.laranjadaterra.es.gov.br](http://www.laranjadaterra.es.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**SINAIS VITAIS**

TEMPERATURA AXILAR/TESTA (TAX): \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC): \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR): \_\_\_\_\_

SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (SAT): \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO 1: CASO A PESSOA APRESENTE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS GRAVES OU OUTRO SINAL E SINTOMA PREOCUPANTE, ACIONE IMEDIATAMENTE ENFERMEIRO (A) E/OU MÉDICO (A). CASO CONTRÁRIO, MANTENHA A PESSOA COM MÁSCARA E SOLICITE QUE AGUARDE A VEZ.

OBSERVAÇÃO 2: TODOS OS PACIENTES DEVEM ENTRAR DE MÁSCARA. SOLICITE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL ANTES DE ENTRAR NA UNIDADE E QUE EVITE TOCAR NO ROSTO E EM SUPERFÍCIES.

Av. Germano Stabenow s/nº, Centro – Laranja da Terra - ES – CEP 29.615-000.

Telefone (27) 3736-1323 – e-mail: [saude@laranjadaterra.es.gov.br](mailto:saude@laranjadaterra.es.gov.br)

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 [www.laranjadaterra.es.gov.br](http://www.laranjadaterra.es.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **CONSULTÓRIO MÉDICO**

---

### **Objetivos:**

- 1) Avaliação do estado de saúde do paciente.
- 2) Identificar fatores de risco e doenças de base.

Tabela 3. Comorbidades que contraindicam acompanhamento ambulatorial da Síndrome Gripal.

- Doenças cardíacas crônicas
- Doença cardíaca congênita
- Insuficiência cardíaca mal controlada
- Doença cardíaca isquêmica descompensada
- Doenças respiratórias crônicas
- DPOC e asma mal controlados
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações
- Fibrose cística com infecções recorrentes
- Displasia broncopulmonar com complicações
- Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade
- Doenças renais crônicas
- Em estágio avançado (graus 3,4 e 5)
- Pacientes em diálise
- Imunossupressos
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos)
- Portadores de doenças cromossômicas e com estados de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down)
- Diabetes



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 4. Cuidado na avaliação de gestantes e orientações para puérperas.

<p><b>Gestantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de síndrome gripal;</li><li>• Em pacientes com sinais de agravamento, incluindo SpO<sub>2</sub>&lt;95%, considerar o início imediato de oxigenioterapia, monitorização contínua e encaminhamento hospitalar;</li><li>• Gestantes e puérperas, mesmo vacinadas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir (Tamiflu), na dose habitual para adultos, indicado na síndrome gripal independentemente de sinais de agravamento, visando à redução da morbimortalidade materna</li><li>• Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia.</li><li>• A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico uma vez que a hipertermia materna determina lesões no feto. A melhor opção é o paracetamol.</li></ul> <p><b>Puérperas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Manter a amamentação</li><li>• Manter, preferencialmente, o binômio em quarto separad</li><li>• Manter distância mínima do berço do RN e mãe de 1 metro.</li><li>• Orientar a realizar etiqueta respiratória.</li><li>• Orientar a higienização das mãos imediatamente após tocar nariz, boca e sempre antes do cuidado com o RN.</li><li>• Orientar o uso de máscara cirúrgica durante o cuidado e a amamentação do RN.</li><li>• Profissional de saúde ao atender a puérpera e RN deve seguir as orientações de precaução padrão e gotículas.</li><li>• Caso a puérpera precise circular em áreas comuns da casa, utilizar máscara cirúrgica.</li></ul>
--

3) Classificação do caso como leve/moderado/grave.

- I. **Caso leve:** manejo terapêutico e isolamento domiciliar
- II. **Caso moderado/grave:** estabilização e encaminhamento à serviços de urgência/emergência hospitalares.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TABELA 5. CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM PACIENTE ADULTO**

<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b>	<b>SINAIS E SINTOMAS MODERADOS</b>	<b>SINAIS DE GRAVIDADE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anosmia</li><li>• Ageusia</li><li>• Coriza</li><li>• Diarreia</li><li>• Dor abdominal<ul style="list-style-type: none"><li>• Febre</li><li>• Mialgia</li><li>• Tosse</li><li>• Fadiga</li><li>• Cefaleia</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tosse persistente + febre persistente diária ou</li><li>• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à <b>COVID-19</b> (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou</li><li>• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome respiratória aguda grave – síndrome gripal que apresente:</li><li>• Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto</li></ul>





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TABELA 6. CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM PACIENTE PEDIÁTRICO**

<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b>	<b>SINAIS E SINTOMAS MODERADOS</b>	<b>SINAIS DE GRAVIDADE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anosmia</li><li>• Ageusia</li><li>• Coriza</li><li>• Diarreia</li><li>• Dor abdominal</li><li>• Febre</li><li>• Mialgia</li><li>• Tosse</li><li>• Fadiga</li><li>• Cefaleia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tosse persistente + febre persistente diária ou</li><li>• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à <b>COVID-19</b> (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou</li><li>• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taquipneia: <math>\geq 70</math> rpm para menores do que 1 ano; <math>\geq 50</math> rpm para crianças maiores de 1 ano;</li><li>• hipoxemia;</li><li>• desconforto respiratório;</li><li>• alteração da consciência;</li><li>• desidratação;</li><li>• dificuldade para alimentação;</li><li>• lesão miocárdica;</li><li>• elevação de enzimas hepáticas;</li><li>• disfunção da coagulação;</li><li>• rabdomiólise;</li><li>• qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais</li></ul>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TABELA 7. CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS EM GESTANTES**

<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b>	<b>SINAIS E SINTOMAS MODERADOS</b>	<b>SINAIS DE GRAVIDADE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Anosmia</li><li>• Ageusia</li><li>• Coriza</li><li>• Diarreia</li><li>• Dor abdominal</li><li>• Febre</li><li>• Mialgia</li><li>• Tosse</li><li>• Fadiga</li><li>• Cefaleia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tosse persistente + febre persistente diária ou</li><li>• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à <b>COVID-19</b> (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou</li><li>• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome respiratória aguda grave – síndrome gripal que apresente:</li><li>• Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto</li><li>• Hipotensão</li></ul>

4) Orientações quanto à doença:

a) Prescrição das medicações:

- SINTOMÁTICOS
- ESPECÍFICOS (pág. 17 a 21)

b) Solicitar Eletrocardiograma antes do início do uso da Hidroxicloroquina ou da Cloroquina, avaliando suas contraindicações ao uso. Contraindicações relativas:

- QTc > 500 ms de base (ou > 530-550 ms em pacientes com QRS >120 ms);
- História de síndrome do QT longo.

c) Indicação de retorno para atendimento médico em caso de: (1) falta de ar, (2) febre contínua, (3) piora da tosse, (4) confusão mental, (5) hipotensão Arterial.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

5) Notificação de Isolamento (pág. 12);

6) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pág. 13);

7) Atestado médico (pág. 14);

- **CID 10 U07.1:** diagnóstico de COVID-19 confirmado por exames laboratoriais.

- **CID 10 U07.2:** diagnóstico clínico ou epidemiológico de COVID-19, quando a confirmação laboratorial é inconclusiva ou não está disponível.

8) Precauções do cuidador/moradores da mesma casa e precauções gerais (pág. 15 a 17);

9) Notificação imediata do caso suspeito/confirmado de COVID-19 no site <https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar>;

10) Termo de Ciência e Consentimento para uso da Hidroxicloroquina/Cloroquina em associação com a Azitromicina (pág. 22 a 24);

11) Monitoramento clínico com a ajuda da equipe de Atenção Primária, a cada 24 horas (pacientes com fatores de risco) ou a cada 48 horas (pacientes sem fatores de risco).



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Previsão de término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Fundamentação: \_\_\_\_\_

Local de cumprimento da medida (domicílio):

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Hora: \_\_\_\_h: \_\_\_\_min.

Nome do profissional da vigilância epidemiológica:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa notificada  
ou

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

Av. Germano Stabenow s/nº, Centro – Laranja da Terra - ES – CEP 29.615-000.

Telefone (27) 3736-1323 – e-mail: [saude@laranjadaterra.es.gov.br](mailto:saude@laranjadaterra.es.gov.br)

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 [www.laranjadaterra.es.gov.br](http://www.laranjadaterra.es.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_  
declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, com data de início \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020, previsão de término \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020, local de cumprimento da medida \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Paciente ( )                      Responsável ( )

Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Hora: \_\_\_\_h: \_\_\_\_min.

*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(a) médico(a): \_\_\_\_\_

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

Av. Germano Stabenow s/nº, Centro – Laranja da Terra - ES – CEP 29.615-000.

Telefone (27) 3736-1323 – e-mail: [saude@laranjadaterra.es.gov.br](mailto:saude@laranjadaterra.es.gov.br)

CNPJ nº 14.790.251/0001-21 [www.laranjadaterra.es.gov.br](http://www.laranjadaterra.es.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ATESTADO MÉDICO AO PACIENTE**

ATESTO PARA FINS LABORAIS QUE O PACIENTE  
\_\_\_\_\_ APRESENTA  
SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL CID 10 \_\_\_\_\_ E CONFORME  
RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, VISTO A PANDEMIA DE CORONAVIRUS  
(COVID-19), POSSUI INDICAÇÃO MÉDICA PARA AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
LABORIAS POR \_\_\_\_\_ DIAS ENTRE OS DIAS  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DE CID E DIAGNÓSTICO NESTE ATESTADO:**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Carimbo e Assinatura do Médico)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

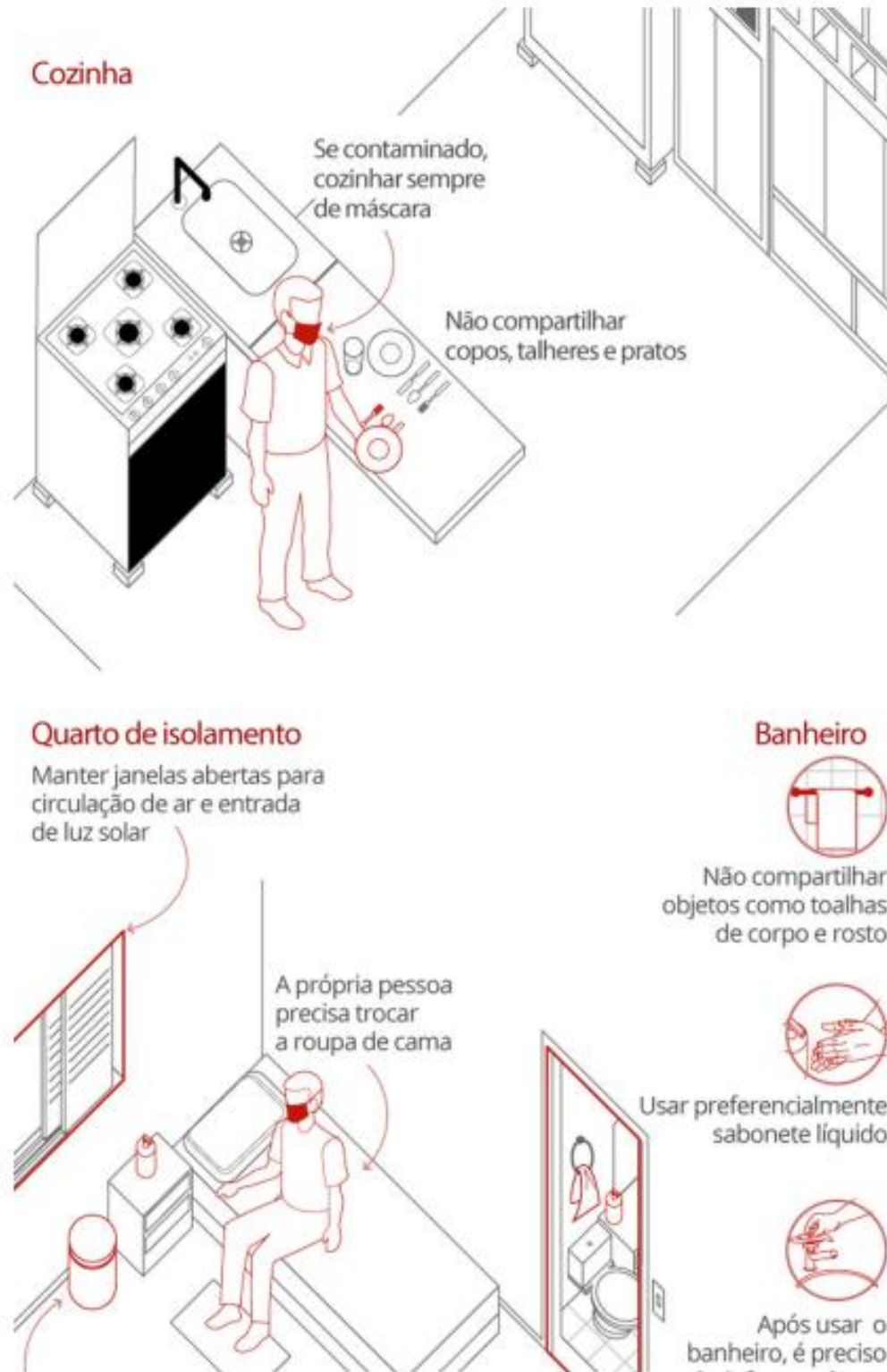
Tabela 8. Cuidados domésticos do paciente em isolamento domiciliar.

Sempre reportar à equipe de saúde que acompanha o caso o surgimento de algum novo sintoma ou piora dos sintomas já presentes.		
<b>Isolamento do paciente</b>	<b>Precauções do cuidador</b>	<b>Precauções gerais</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Permanecer em quarto isolado e bem ventilado;</li><li>• Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos);</li><li>• Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados;</li><li>• Utilização de máscara cirúrgica todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara cirúrgica sempre que esta estiver úmida ou danificada;</li><li>• Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara;</li><li>• Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro;</li><li>• Sem visitas ao doente;</li><li>• O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável) quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos;</li><li>• Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas;</li><li>• Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida;</li><li>• Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua UBS. Realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida;</li><li>• Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso;</li><li>• Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis;</li><li>• Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes;</li><li>• Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C, deixe secar.</li></ul>

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



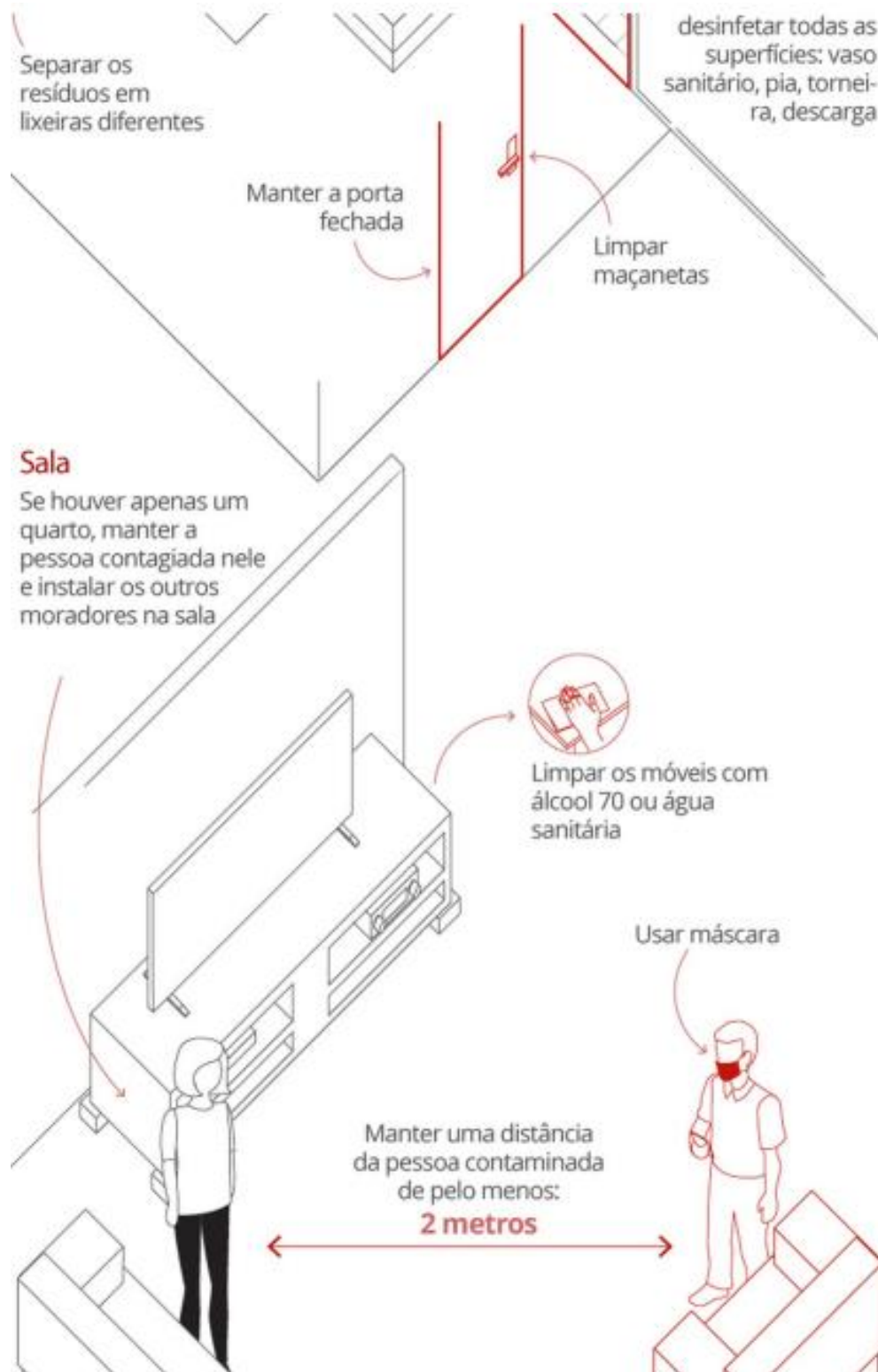
**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**







**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROTOCOLO TRATAMENTO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19**

**A) CASOS CLASSIFICADOS COMO LEVE**

**TRATAMENTO AMBULATORIAL**

Tabela 9. Prescrição para pacientes adultos.

<b>Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS</b>	<b>FASE 1 1º AO 5º DIA</b>	<b>FASE 2 6º AO 14º DIA</b>	<b>FASE 3 APÓS O 14º DIA</b>
<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b>	<b>Difosfato de cloroquina</b> =D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base) =D2 ao D5: 500mg 24/24h (300 mg de cloroquina base) + <b>Azitromicina</b> =500mg 1x ao dia, durante 5 dias  Ou  <b>Sulfato de hidroxicloroquina</b> =D1: 400mg 12/12h =D2 ao D5: 400mg 24/24h + <b>Azitromicina</b> =500mg 1x ao dia, durante 5 dias		<b>Prescrever medicamento sintomático</b>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 10. Prescrição para pacientes pediátricos.

<b>Orientação para prescrição em PACIENTES PEDIÁTRICOS</b>	<b>FASE 1 1º AO 5º DIA</b>	<b>FASE 2 6º AO 14º DIA</b>	<b>FASE 3 APÓS O 14º DIA</b>
<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b> <i>Somente prescrever se estiverem presentes fatores de risco como: diabetes, hipertensão arterial, obesidade, asma grave, disfunções orgânicas crônicas, cardiopatias congênitas ou adquiridas, pneumopatia crônica, doença neurológica crônica e imunodeficiência.</i>	<b>Cloroquina base</b> <i>6mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)</i> + <b>Azitromicina</b> <i>10mg/kg no 1º dia, seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia</i>  <i>Ou</i> <b>Sulfato de hidroxicloquina</b> <i>6mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 400 mg/dia)</i> + <b>Azitromicina</b> <i>10mg/kg no 1º dia, seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia</i>  <i>Oseltamivir por até 5 dias até exclusão de influenza</i>	<b>Cloroquina base</b> <i>6mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 300 mg cloroquina base)</i> + <b>Azitromicina</b> <i>10mg/kg no 1º dia, seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia</i>  <i>Ou</i> <b>Sulfato de hidroxicloquina</b> <i>6mg/kg/dia por 5 dias, 1 vez ao dia (máximo de 400 mg/dia)</i> + <b>Azitromicina</b> <i>10mg/kg no 1º dia, seguida de 5mg/kg/ dia por 4 dias, limite de 500mg/dia</i>	<b>Prescrever medicamento sintomático</b>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Tabela 11. Prescrição para Gestantes.

<b>Orientação para prescrição em GESTANTES</b>	<b>FASE 1 1º AO 5º DIA</b>	<b>FASE 2 6º AO 14º DIA</b>	<b>FASE 3 APÓS O 14º DIA</b>
<b>SINAIS E SINTOMAS LEVES</b>	<b>Difosfato de cloroquina</b> =D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base) =D2 ao D5: 500mg 24/24h (300 mg de cloroquina base) + <b>Azitromicina</b> =500mg 1x ao dia, durante 5 dias		<b>Prescrever medicamento sintomático</b>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**B) CASOS MODERADOS E GRAVES**

**INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

- 1- PRONAR: sempre que possível orientar a Prona ativa do paciente.
- 2- TESTE RÁPIDO: todo paciente que internar com dependência de oxigênio deverá realizar o teste rápido, desde que já não o tenha realizado, mesmo que fora do tempo de sintomas.
- 3- EXAMES: Hemograma Completo, PCR, TGO, TGP, Ureia, Creatinina, TAP, PTTK, Sódio, Potássio, Glicemia, RX Tórax, Eletrocardiograma.  
- Os exames devem ser repetidos a cada 48 horas.
- 4- SOBRE SUPLEMENTAÇÃO DE O<sub>2</sub>: recomenda-se iniciar a suplementação de O<sub>2</sub> para todo paciente com SATO<sub>2</sub> em ar ambiente menor ou igual a 94%.
- 5- TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
  - a. Ceftriaxone 1g – 12/12h EV + Azitromicina 500mg VO 1x/dia, durante 5 dias  
ou  
Levofloxacino 500mg EV – 1x/dia, durante 5 dias
  - b. Oseltamivir 75mg VO – 12/12h, durante 5 dias  
\* Deverá ser usado somente nos casos suspeitos, para os confirmados não está indicado.
  - c. Enoxaparina 40mg SC – 12/12h, uso contínuo  
\* Observar plaquetopenia ou distúrbios de coagulação.  
\* Para pacientes obesos (peso acima de 100kg), a dose deverá ser aumentada para 2 seringas (80mg) 12/12h.
  - d. Dexametasona 4mg/ml EV – 1x/dia (diluir 1 amp p/ 10ml e aplicar 6 ml)  
ou  
Dexametasona 4mg VO, fazer 1,5 cp 1x/dia
  - e. Ivermectina 6mg – 1 cp a cada 30 kg, durante 2 dias (dose máx. de 4 cp)  
ou  
Albendazol 400mg – 1x/dia, por 05 dias  
\* Este tratamento está preconizado para prevenção de estrogiloidíase, não havendo ação direta comprovadamente contra o covid-19.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO I – MODELO DE TERMO DE CIENCIA E CONCENTIEN TO**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

Hidroxiclороquina/Clороquina em associação com Azitromicina para COVID 19

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico:

**COVID-19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2**

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento/procedimento:

Clороquina ou Hidroxiclороquina em associação com Azitromicina

**OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS**

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A clороquina e a hidroxiclороquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de hidroxiclороquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com clороquina ou hidroxiclороquina;
2. A Clороquina e a hidroxiclороquina podem causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que os medicamentos sejam utilizados da forma como foi exposto no presente termo;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

---

Assinatura do Paciente ou Responsável:

( ) Paciente    ( ) Responsável



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

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

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020. \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hh:min)

Nome do(a) médico(a): \_\_\_\_\_

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REFERÊNCIA:**

---

Protocolo de Manejo Clínico do Corona vírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília – DF. Março de 2020. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020, 36 p