



NOTA TÉCNICA

ASSESSORIA ESPECIAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**ORIENTAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO E MANEJO DA
TRANSMISSÃO E INFECÇÃO PELO NOVO
CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) E ORGANIZAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

(ATUALIZADA EM 02/04/2020)

(ATUALIZADA EM 02/04/2020)

ÍNDICE

1 - Introdução e Escopo do Documento	3
2 – Definições atualizadas	3
2.1 – Tipo de Transmissão	3
2.2 – Casos	3
3 – Epidemiologia	3
4 – Quadro clínico	3
4.1 – Pessoas com sintomas de Resfriado Comum	4
4.2 - Síndrome Gripal	4
4.3- Broncoespasmo ou Dificuldade Respiratória	4
4.4 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	4
5 – Manejo clínico	5
5.1 – Casos leves	5
5.1.1 - Antitérmicos via oral	6
5.1.2 – Oseltamivir	6
5.1.3 – Medidas de Isolamento Domiciliar	7
5.1.4 – Atestados, laudos e declarações	9
5.2 - Broncoespasmo ou Dificuldade Respiratória	10
5.3 - Casos graves – Síndrome Respiratória Aguda Grave	10
6 – Registro clínico, Notificação, Vigilância epidemiológica	11
6.1 – Registro Clínico	11
6.2 – Notificação	12
7 – Monitoramento de casos da unidade	13
8 – Adequações estruturais nas Unidades de Atenção Primária.....	14
8.1 – Alterações Gerais	14
8.2- Material necessário para urgências.....	15
9 – Adequações processuais nas Unidades de Atenção Primária.....	17
9.1 – Recepção e Atuação de Equipe de Resposta Rápida	17
9.2 – Avaliação inicial – Anamnese dirigida	18
9.3 – Atendimento	18
9.4 – Cuidados e proteção dos profissionais	19
9.5 – Papel de cada categoria profissional e acadêmicos na ERR	23
9.6 – Demais Atividades e Fluxos na Unidade	24
10 - Fluxogramas de organização da unidade para atendimento.....	25
10.1 – Fluxograma Geral de Atendimento	25
10.2 – Fluxograma do Manejo do Broncoespasmo na APS	26
10.3 – Fluxograma do Manejo de Oxigenoterapia na APS	27
10.4 – Fluxograma de Intubação Orotraqueal na APS	28
11 – Atuação da gestão local e regional.....	29
12 – Referências.....	29

1 - INTRODUÇÃO E ESCOPO

Este documento visa nortear profissionais e serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro quanto a ações de prevenção, manejo clínico, vigilância e proteção profissional durante a pandemia de síndrome gripal (COVID – 19) associada ao novo coronavírus (SARS – CoV - 2).

Esperamos que o texto contemple as principais dúvidas dos profissionais e seja usado como modelo para a organização dos serviços de saúde, facilitando o trabalho nas unidades e mantendo nossa população e nossos profissionais mais seguros.

2 – DEFINIÇÕES

2.1 – Tipo de transmissão

Atualmente o Rio de Janeiro encontra-se na fase de **transmissão comunitária** do vírus, ou seja, não há mais rastreabilidade da fonte de infecção. Tal definição implica em mudanças no manejo dos casos, em especial da investigação laboratorial e de contatos, descritas adiante.

2.2 - Casos

A fase atual da pandemia no Brasil exige que os serviços de APS/ESF trabalhem com **abordagem sindrômica** do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico (MS - 2020).

Portanto, todo paciente com as síndromes clínicas descritas no item 4 abaixo devem ser manejadas como possível infecção pelo novo coronavírus, de acordo com as orientações deste protocolo.

3 – EPIDEMIOLOGIA

- ✓ A taxa de letalidade está em torno de 3,8% na China, porém o valor varia conforme o país;
- ✓ A maior parte dos casos em que ocorreu óbito foi em pacientes com alguma comorbidade pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer) e/ou idosos.

4 – QUADRO CLÍNICO

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

Existem quatro situações clínicas possíveis para a apresentação clínica:

4.1 – Pessoas com sintomas de Resfriado Comum:

- sintomas respiratórios leves, como tosse, obstrução nasal, dor em orofaringe, sem febre ou demais sinais sistêmicos;

4.2 - Síndrome Gripal:

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

4.3- Broncoespasmo ou Dificuldade Respiratória

- saturação periférica de oxigênio (SpO₂) >94%, sem sintomas gripais, porém com queixa de dispneia ou alterações na ausculta pulmonar: sibilos localizados ou disseminados.

4.4 - Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Síndrome Gripal (conforme definição anterior) que relate dispneia e apresente **algum dos** seguintes sinais de gravidade:

- 1.SpO₂ ≤ 94 %;
- 2.Sinal de esforço respiratório;
- 3.Hipotensão;
- 4.Alteração do nível de Consciência;
- 5.Febre persistente, aumento > 3 dias ou recorrência após 48 h;
- 6.Cianose;
- 7.Crianças: Batimento de asa do nariz, desidratação, inapetência, tiragem subcostal.

Outros sinais que podem indicar má evolução clínica incluem:

- ✓ Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril.

ATENÇÃO

As quatro síndromes clínicas devem ser manejadas de acordo com as orientações deste protocolo, como descrito abaixo.

4.5 – Exames Laboratoriais

4.5.1 – Testagem específica

Na fase atual de mitigação da epidemia, o diagnóstico etiológico só será realizado em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, em serviços hospitalares. Conduta uniforme é sugerida para todos os casos de Síndrome Gripal no contexto da APS/ESF, não sendo mais indicada a testagem de casos suspeitos.

4.5.2 – Outros exames

As alterações mais frequentes encontradas são infiltrados bilaterais nos exames de imagem de tórax e linfopenia no hemograma.

Importante: tais exames laboratoriais não são necessários para a confirmação da Síndrome Gripal. O diagnóstico pode ser feito com precisão através da anamnese e exame físico.

5 – MANEJO CLÍNICO

Os casos de síndrome gripal devem ser classificados em casos leves ou casos graves. Os casos leves devem ser manejados na APS, segundo o protocolo descrito adiante. Os casos graves devem ser encaminhados pelo sistema de regulação de urgências (Vaga Zero).

5.1 - Casos leves – Pessoas sintomas respiratórios ou com Síndrome Gripal sem complicações ou sinais de gravidade

Devem ser realizadas:

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

5.1.1 - Antitérmicos via oral:

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

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

ATENÇÃO

Evitar a prescrição de antigripais não disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), quando esta puder onerar o paciente com maior vulnerabilidade social;

Evitar a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais e corticosteróides (salvo em pacientes com uso crônico, por exemplo, com hiper-reatividade brônquica que façam uso inalatório);

5.1.2 – Oseltamivir

- ✓ Prescrever Oseltamivir nos casos de síndrome gripal e os fatores de risco para complicações abaixo listados (independe da situação vacinal para influenza):
- ✓ Grávidas e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- ✓ Idade < 5 ou ≥ 60 anos; especialmente as menores de 6 meses;
- ✓ População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- ✓ Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico;
- ✓ Doenças crônicas **avançadas ou mal controladas** (pneumopatias, tuberculose, cardiopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus), transtornos neurológicos e do desenvolvimento, imunossupressão associada a medicamentos (corticoide ≥ 20 mg/dia por mais de duas semanas, quimioterápicos, inibidores de TNF-alfa) neoplasias, HIV/AIDS ou outros;

Dose

Adultos: 75mg de 12 em 12 horas por 5 dias.

Criança maior de 1 ano:

≤ 15 kg 30 mg, 12/12h, 5 dias

> 15 kg a 23 kg 45 mg, 12/12h, 5 dias

- > 23 kg a 40 kg 60 mg, 12/12h, 5 dias
- > 40 kg 75 mg, 12/12h, 5 dias

Criança menor de 1 ano de idade:
0 a 8 meses 3 mg/Kg, 12/12h, 5 dias
9 a 11 meses 3,5 mg/kg, 12/12h, 5 dias

5.1.3 – Medidas de Isolamento Domiciliar

5.1.3.1 - Orientações gerais

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

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

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

5.1.3.2 - Orientações para o paciente

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

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

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

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

- ✓ Dormir em cama separada (exceção: **mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos**);
- ✓ Não receber visitas;
- ✓ Só sair de casa em casos de emergência. Se necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé.

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

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

5.1.3.4 - Orientações para cuidadores / moradores da mesma casa

- ✓ Caso não seja possível isolar a pessoa em um quarto único, outras pessoas devem manter pelo menos 1 metro de distância.
- ✓ O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável) apenas quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente.
- ✓ Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos;
- ✓ Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis.

ATENÇÃO

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

evitando atitude autoritária ou recomendações desconectadas da realidade das pessoas.

5.1.4 – Atestados, laudos e declarações

5.1.4.1 – Atestado para o paciente e familiares

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

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

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

No caso de atendimento não presencial, os atestados podem ser retirados na unidade por familiar ou pessoa responsável, que deverá trazer a declaração assinada pelo paciente para afastamento de outros habitantes do domicílio.

Não há necessidade de atestado para o retorno às atividades.

5.1.4.2 – Laudos

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

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

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

5.2- Casos moderados- Broncoespasmo ou Dificuldade Respiratória

- ✓ Realizar *puff* com dosador milimetrado com Salbutamol (3 séries de 4 puffs com 20min de intervalo por uma hora).

- ✓ Reservar local (sala de *puff*), se possível, destinado a este manejo e observação.
- ✓ Caso o paciente melhore, pode ser liberado ao isolamento domiciliar após avaliação médica, com orientação detalhada sobre sinais de alerta e piora, e com organização de monitoramento telefônico ou presencial.
- ✓ Iniciar Beclometasona 200 mcg/puff, 2 puffs de 12/12 h em adultos e 50 mcg/puff, 12/12h em crianças, em caso de uso prévio, pacientes sabidamente asmáticos, portadores de DPOC ou outras doenças crônicas com hiper-reatividade brônquica.

ATENÇÃO: Não fazer nebulização, por gerar aerossol

5.3 - Casos graves – Síndrome Respiratória Aguda Grave

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

5.3.1 – Intervenções Gerais

- ✓ Obtenção de acesso venoso periférico de calibre adequado (mínimo 20G em adultos e 22G em crianças);
- ✓ Hidratação venosa com soro fisiológico ou solução de Ringer lactato (cautela em pacientes com disfunção miocárdica ou renal) se necessário;
- ✓ Oxigenoterapia com O₂ sob máscara de oxigênio com reservatório ou cateter nasal;
- ✓ Tratamento sintomático para febre e dor com medicação parenteral (dipirona 1 g IV diluído em 20 ml de AD ou SF). Evitar anti-inflamatórios não esteroides (diclofenaco, cetoprofeno);

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

5.3.2 – Intubação Orotraqueal (IOT)

- ✓ Alguns casos de Covid – 19 evoluem rapidamente para Insuficiência Respiratória Aguda (IRA).

- ✓ **Este protocolo recomenda o acionamento imediato do Sistema de Regulação, via Vaga Zero, para casos de pacientes com critérios de SRAG.**
- ✓ No entanto, pode ser necessária a obtenção de acesso invasivo às vias aéreas por IOT, se houver **evidência de deterioração do quadro que não permita aguardar o tempo estimado da chegada da ambulância** (franca IRA não responsiva a O2 e demais medidas, com avaliação de iminência de falência respiratória).
- ✓ Neste caso, o protocolo prevê a realização de IOT na Unidade de APS (ver fluxograma no item 11).
- ✓ Deve-se atentar para o uso de todas as precauções de proteção profissional (touca, máscara N95, luvas, capote, óculos de proteção ou faceshield) e a permanência do mínimo possível de pessoas na sala.
- ✓ Para a solicitação da remoção, é essencial a descrição detalhada do caso, indicando a presença de SRAG ou outra condição que tenha definido a necessidade de encaminhamento e o estado clínico do paciente, o estado clínico, a oxigenação (spO2) e o tipo de ventilação utilizado no momento.

6 – REGISTRO CLÍNICO, NOTIFICAÇÃO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1 – Registro Clínico

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

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

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

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

Para SRAG, utilizar **U04.9** (Síndrome respiratória aguda grave, não especificada).

Em casos de **diagnóstico etiológico confirmado** de COVID – 19, deve-se, além do CIAP – 2, inserir o CID B34.2 (infecção por coronavírus de localização não especificada).

Para o registro necessário à emissão do atestado do contato domiciliar, iniciar um contato no Prontuário Eletrônico, inserir no campo “Avaliação” o código CID-10

Z20.9 - Contato com e exposição a doença transmissível não especificada. Não é necessária a inserção do código **no atestado**.

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

6.2 – Notificação

Os casos de Síndrome Gripal devem ser notificados diretamente no link:

<https://notifica.saude.gov.br>

que dá acesso ao ambiente e-SUS VE, e não mais no ambiente REDCAP.

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

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

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

7 – MONITORAMENTO DE CASOS DA UNIDADE

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

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

- ✓ Diabetes
- ✓ Gestantes
- ✓ Pessoas com vulnerabilidade social importante
- ✓ Pessoas com capacidade autocuidado comprometida

Deve haver contato (preferencialmente telefônico, presencial por Agente Comunitário de Saúde na impossibilidade de contato ou dificuldade de extração de informações por telefone), a cada 48 horas, com o paciente com caso suspeito **e um dos fatores de risco acima**, que deve permanecer **em domicílio**, exceto em caso de piora clínica, quando deve ser avaliado por profissional de saúde de nível superior (médico ou enfermeiro), em domicílio ou na unidade de atenção primária;

Não há necessidade de gravar o contato; deve-se registrar em prontuário eletrônico as informações referidas e o plano de cuidado decorrente delas, utilizando-se a ferramenta de “registro tardio” no PEC e-SUS AB ou abrindo novo contato em outros sistemas de prontuário eletrônico utilizados no município;

Após avaliação, se identificada necessidade de internação hospitalar, deve ser acionado o sistema de regulação, **via Vaga Zero**, para a remoção do paciente **de onde ele estiver**, seja em sua casa durante visita domiciliar do profissional de saúde de nível superior ou na unidade de saúde;

O monitoramento deve terminar após 14 dias a partir da data do início dos sintomas.

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

8 – ADEQUAÇÕES ESTRUTURAIS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

Tais medidas incluem:

8.1 – Alterações Gerais

- ✓ Criação de uma escala de profissionais de saúde para ocupar o papel de “Posso Ajudar”, identificando nas pessoas que procuram a unidade os casos de Síndrome Gripal. Devem ser profissionais de **nível superior** (incluindo cirurgiões-dentistas, profissionais dos NASF), ou acadêmicos supervisionados por profissional de sua categoria. O número de profissionais

nesta função deve ser determinado de acordo com a demanda, pelo gestor local da unidade;

- ✓ Formação de equipe de resposta rápida (ERR) à chegada de casos de Síndrome Gripal, formada por agentes administrativos, recepcionistas ou agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos, em número proporcional à demanda por estes atendimentos, sendo o dimensionamento de responsabilidade do gestor local da unidade, apoiado pelos responsáveis técnicos de medicina e enfermagem;
- ✓ Tais equipes devem se revezar na escala da ERR durante a semana e deve-se **evitar a composição desta por profissionais com 60 anos ou mais e portadores de fatores de risco descritos no item 7;**
- ✓ Definição de uma área para recepção e avaliação inicial de pacientes com sintomas respiratórios, com ACS ou recepcionista, enfermeiro e médico; o ponto deve ser preferencialmente externo;
- ✓ Definição de local de espera de pessoas com quadro clínico de Síndrome Gripal para avaliação por profissional de nível superior (médico ou enfermeiro); este local deve, se possível, ser aberto e ventilado e próximo à área da unidade onde ocorrerem os atendimentos;
- ✓ Definição de setor, ala ou salas na unidade para a acomodação e atuação das ERR, evitando a circulação de pessoas com suspeita de SG ou profissionais que estejam escalados na ERR em outros espaços da unidade; As salas devem ser exclusivas para atendimento de casos de SG, e próximas, se possível, à sala de observação clínica;
- ✓ Definição de uma sala ou área para realização de *puff* em pacientes com broncoespasmo; o profissional que entrar na sala deve usar o EPI completo (gorro, máscara, óculos de proteção, máscara cirúrgica);
- ✓ Provimento pela gestão regional (CAP) e SMS de todo o material definido como Equipamento de Proteção Individual (EPI) necessário, a saber:

SALAS DE ATENDIMENTO
Máscaras cirúrgicas
Touca
Luvas de procedimento
Álcool gel
Capotes com punho fechado
Óculos de proteção
Estetoscópio (não usar o do profissional)
Esfigmomanômetro (exclusivo)
Abaixador de língua
Papel para impressão
Impressora

SALA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA (ALÉM DO LISTADO ACIMA)
Material de urgência padronizado para as unidades de APS
Máscaras N95 (usada pelo profissional em procedimentos que geram aerossóis)
Medicações de urgência, analgésicos (ampolas)
Cilindro de O2
Catéter nasal de O2 tipo óculos
Máscara de O2 com reservatório
Material de via aérea avançada
Desfibrilador Externo Automático

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

8.2- Material necessário para urgências:

Kit A (abordagem do paciente com broncoespasmo)

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

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

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

Kit C (abordagem do paciente em iminente colapso respiratório)

- Aspirador
- 3 Kits EPI Completos
- AMBU (máscara + bolsa + válvula + reservatório)
- Sonda de aspiração
- Laringoscópio comum com pilhas (Lâminas curvas 0 a 5)
- Tubos oro-traqueais 3,5 a 8,0
- Fio Guia
- Filtro HEPA;
- Seringa de 20 ml;
- 1 Pinça Kelly ou semelhante para ocluir o tubo;
- 1 Estetoscópio
- 1 máscara cirúrgica com orifício feito no meio;
- 2 cateteres intravenosos (tipo Jelco ® calibrosos 16 / 18);
- 3 equipos simples; xviii. 5 seringas de 10 ml;
- 5 agulhas calibrosas (40x12);

Medicação:

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

Materias complementares (indicados, porém não obrigatórios)

- Bougie
- Máscaras Laríngeas 3 / 4 / 5

9 – ADEQUAÇÕES PROCESSUAIS NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

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

9.1 – Recepção e Atuação de Equipe de Resposta Rápida

- ✓ A ERR pré-definida em escala deve chegar na unidade pontualmente, conferir a disponibilidade de insumos de EPI e outros necessários para o atendimento do dia em todas as áreas e salas destinadas ao atendimento e observação clínica;
- ✓ Pessoas que chegarem na unidade devem ser abordadas pela pessoa escalada no “Posso Ajudar”. Em caso de relato de procura por sintomas que se enquadrem na definição de **caso leve** (item 4.1 e 4.2 – Resfriado comum ou Síndrome Gripal), este profissional deve fornecer e orientar a colocação da máscara pelo paciente e o encaminhar ao local de espera da ERR. Caso contrário, devem seguir o fluxo normal da unidade;
- ✓ O “Posso ajudar” deve anotar o nome completo e dados da pessoa e encaminhar ao ACS ou Recepcionista da ERR, para que este recupere o cadastro e insira o paciente na lista de triagem inicial;
- ✓ O “Posso ajudar” deve priorizar a triagem inicial de idosos, pessoas com doenças crônicas e gestantes para organizar a lista;
- ✓ O ACS ou Recepcionista deve levar o paciente ao setor de avaliação inicial.

9.2 – Avaliação inicial – Anamnese dirigida

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

Ao avaliar o paciente inicialmente, o médico deve:

1 – Confirmar a presença e detalhar os sintomas gripais

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

2 – Detectar / excluir outros sintomas

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

3 – Perguntar sobre falta de ar

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

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

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

No caso de não se identificar outras condições que indiquem atendimento do dia ou situação que demande atendimento ao quadro de síndrome gripal (ex: dispneia, spO₂ ≤ 94% ou outro sinal de gravidade), a avaliação inicial deve ser terminal, ou seja, o paciente deve ser conduzido pelo médico avaliador de acordo com os demais itens deste protocolo, considerando o manejo do **caso leve** (ver fluxograma no item 10). O paciente deve receber atestado médico para afastamento por 14 dias a partir da data de início dos sintomas, bem como seus familiares;

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

9.3 – Atendimento

O atendimento de casos suspeitos de infecção pelo coronavírus deve ser feito por médico ou enfermeiro.

Deve-se observar as recomendações de uso de EPI descritas no item 9.4.

Após o atendimento, o paciente deve ser orientado a ir para casa com instruções para isolamento domiciliar (caso leve), levado à sala de *puff* se caso moderado ou sala de observação clínica -isolamento (caso grave), onde receberá os cuidados iniciais descritos no item 5.2;

Após cada atendimento, deve ser descartado o material de EPI (com exceção dos óculos de proteção), o profissional deve higienizar as mãos com álcool gel ou lavar com água e sabão e limpar os objetos com os quais teve contato (computador, celular, carimbo) com álcool 70%;

As salas e a área de atendimento utilizadas pelas ERR devem receber limpeza terminal após cada atendimento por pessoal dedicado a este setor.

9.4 – Cuidados e proteção dos profissionais

- ✓ Os profissionais devem lavar com água e sabão ou higienizar as mãos com álcool gel com frequência, após tocar objetos, outras pessoas ou usar o banheiro;

- ✓ Os profissionais diretamente envolvidos no atendimento clínico de pessoas com Síndrome Gripal, que permanecerão com estas em local fechado (consultório), tocando-o e examinando-o, devem usar EPI (máscara cirúrgica, capote, luvas, óculos de proteção). O capote e as luvas devem ser trocados a cada contato;
- ✓ Se a pessoa tiver acompanhante, este deve ser orientado a não entrar na unidade de saúde, salvo em situações de necessidade.

9.4.1 - Orientações de uso de equipamento de proteção individual (EPI) em unidades de atenção primária à saúde

O uso de EPI nas unidades de atenção primária tem especificidades dependentes do tipo e duração de contato do profissional com o paciente suspeito de infecção pelo novo coronavírus. A tabela 1 mostra a indicação de EPI conforme o local, o profissional e a atividade realizada, bem como sua frequência de troca, de acordo com as recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA).

Tabela 1 - Recomendações de Uso de EPI segundo local, profissional e atividade

Local	Público (pacientes ou funcionários)	Atividade	Tipo de EPI indicado	Frequência de Troca
Área Externa / Triagem / Recepção	Profissionais de Saúde	Avaliação inicial sem contato físico direto	Máscara cirúrgica. Manter distância de ao menos um metro	4h
Área Externa / Triagem / Recepção	Pacientes	Qualquer	Máscara cirúrgica. Manter distância de pelo menos um metro.	4h
Sala / Área de Espera	Pacientes	Espera	Máscara cirúrgica; Se possível área separada. Manter distância de ao menos um metro entre pessoas	4h
Salas de atendimento Covid-19	Profissionais de Saúde	Exame Físico	Máscara cirúrgica Capote Luvas Óculos de Proteção	A cada atendimento, trocar capote, luvas. Óculos de proteção devem ser desinfetados com álcool 70%. Trocar a máscara a cada 4h
Salas de atendimento Covid-19	Pessoal da limpeza	Limpeza entre consultas	Máscara cirúrgica Capote Luvas de limpeza Óculos de proteção Botas / sapatos fechados	Limpeza a cada atendimento. Colocar o EPI para adentrar a sala de atendimento e retirar ao sair

Área de Isolamento – Observação Clínica	Profissionais de saúde	Atendimento e Procedimentos com possível geração de aerossóis	Máscara N95 ou FFP2; Capote Luvas Óculos de Proteção Gorro Faceshield para IOT	A cada atendimento, trocar capote, luvas, máscara, gorro. Óculos de proteção devem ser desinfetados com álcool 70%.
Área de Isolamento – Observação Clínica	Profissionais de limpeza	Limpeza terminal	Máscara cirúrgica Capote Luvas de limpeza Óculos de proteção Botas / sapatos fechados	A cada atendimento, trocar capote, máscara. Óculos de proteção e sapatos devem ser desinfetados
Área administrativa	Todos os funcionários, incluindo profissionais de saúde	Atividades administrativas	Não requer EPI	-

9.4.2 – Tipos de EPI

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

CAPOTE DESCARTÁVEL, LUVAS – devem ser utilizados nos atendimentos a pessoas com Síndrome Gripal, dentro do consultório, e descartados após cada atendimento em lixeira de conteúdo infectante. Devem ser usados durante todo o atendimento o contato direto com o paciente (exame físico), e retirados no momento administrativo da consulta (escrita, digitação em computador, por exemplo).

TOUCA, RESPIRADOR FACIAL (N95) – deve ser usado por profissionais envolvidos em procedimentos nos pacientes com suspeita de síndrome gripal que gerem aerossóis (manipulação de vias aéreas, exames invasivos), podendo ser armazenada em saco de papel e reaproveitada por 15 dias, se utilizado faceshield ou máscara cirúrgica por cima.

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

FACESHIELD – protetor feito de acetato para a realização de procedimentos com manipulação direta de vias aéreas (aspiração, intubação orotraqueal). Deve ser usado apenas na sala de observação clínica.

9.4.3- Técnica de paramentação dos profissionais

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

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

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

- ✓ Retirar a máscara N95 (procedimentos com aerossóis) pelas cordas sem tocar na parte frontal da máscara e colocá-la dentro de um envelope de PAPEL devidamente identificado com seu nome e fechá-lo
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta
- ✓ Guardar os óculos de proteção dentro do saco plástico
- ✓ Lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool gel da forma correta.

OBS1: A máscara N95 e os óculos de proteção são de uso individual e intransferíveis.

OBS2: Caso utilize FACE SHIELD, não é necessário o uso de máscara cirúrgica por cima da máscara N95. Ele deve ser colocado por cima da touca e desinfetado da mesma forma que os óculos de proteção.

9.5 – Papel de cada categoria profissional e acadêmicos na ERR

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

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

OBS1: as práticas de enfermagem descritas acima regulamentam-se pela A Lei do Exercício Profissional, Lei 7.498/86 (LEPE) e seu Decreto Regulamentador 94.406/87, e a Portaria N° 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (PNAB).

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

Técnico de Enfermagem: organização dos setores dedicados ao atendimento de SG, reposição do material e insumos necessários, apoio na classificação de risco,

realização de procedimentos de enfermagem (aferição de sinais vitais, coleta de material biológico e outros necessários dentro de suas competências);

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

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

Acadêmicos: Devem acompanhar seus preceptores e demais profissionais na execução das atribuições de sua categoria, desenvolvendo habilidades e executando ações conforme a avaliação dos preceptores;

Profissionais da limpeza: Qualquer profissional que adentre no ambiente em uso ou após uso por paciente com suspeita ou confirmação de CoVID-19 deve estar completamente paramentado com Kit de EPI Covid-19, incluindo os profissionais da limpeza. Todos os materiais, objetos e equipamentos da sala deverão ser devidamente limpos.

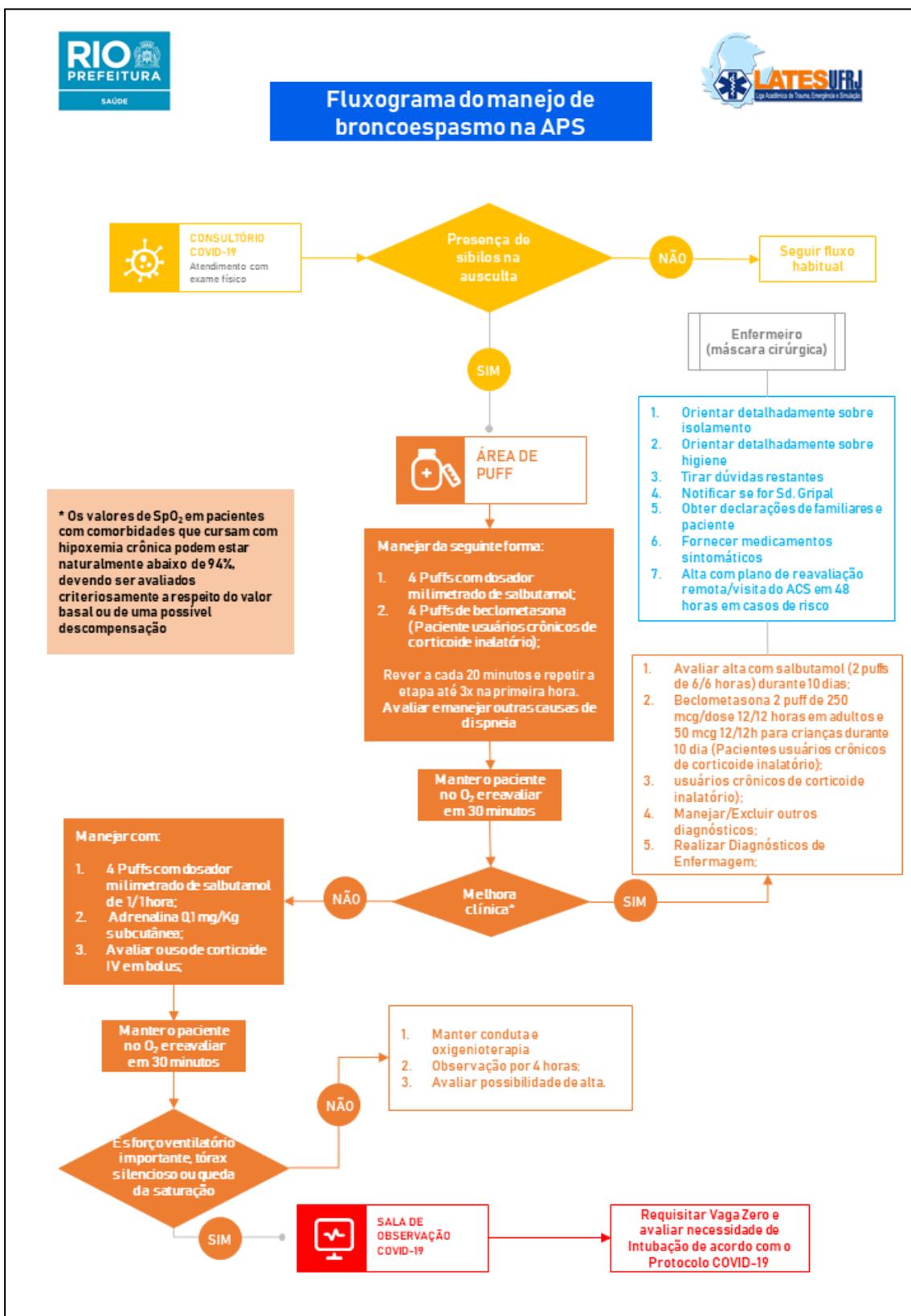
9.6 – Demais Atividades e Fluxos na Unidade

- ✓ Todas as atividades coletivas programadas ou que aglomerem pessoas de alguma forma (atividades em salas de espera, grupos, ações na comunidade) devem ser suspensas para diminuir a frequência à unidade de saúde e o contato entre muitas pessoas;
- ✓ A vacinação deve ser mantida;
- ✓ As visitas domiciliares de agentes comunitários devem ter foco principal no monitoramento de famílias com pessoas com Síndrome Gripal, especialmente com fatores de risco, e casos de alto risco clínico ou social conhecidos pela equipe, caso não seja possível o monitoramento remoto por telefone;
- ✓ O atendimento domiciliar por profissionais de saúde deve priorizar pessoas identificadas pelo monitoramento por telefone ou por visita domiciliar do agente comunitário como apresentando piora clínica, e que por alguma circunstância não possam procurar uma unidade de saúde;
- ✓ A vacinação para proteção contra Influenza em idosos em domicílio deve ser operacionalizada, se possível;
- ✓ As atividades de rotina da unidade (**consultas, vistas domiciliares de Agentes Comunitários, Atendimento Domiciliar e Procedimentos de Enfermagem**) devem ser mantidas para gestantes em cuidado pré-natal,

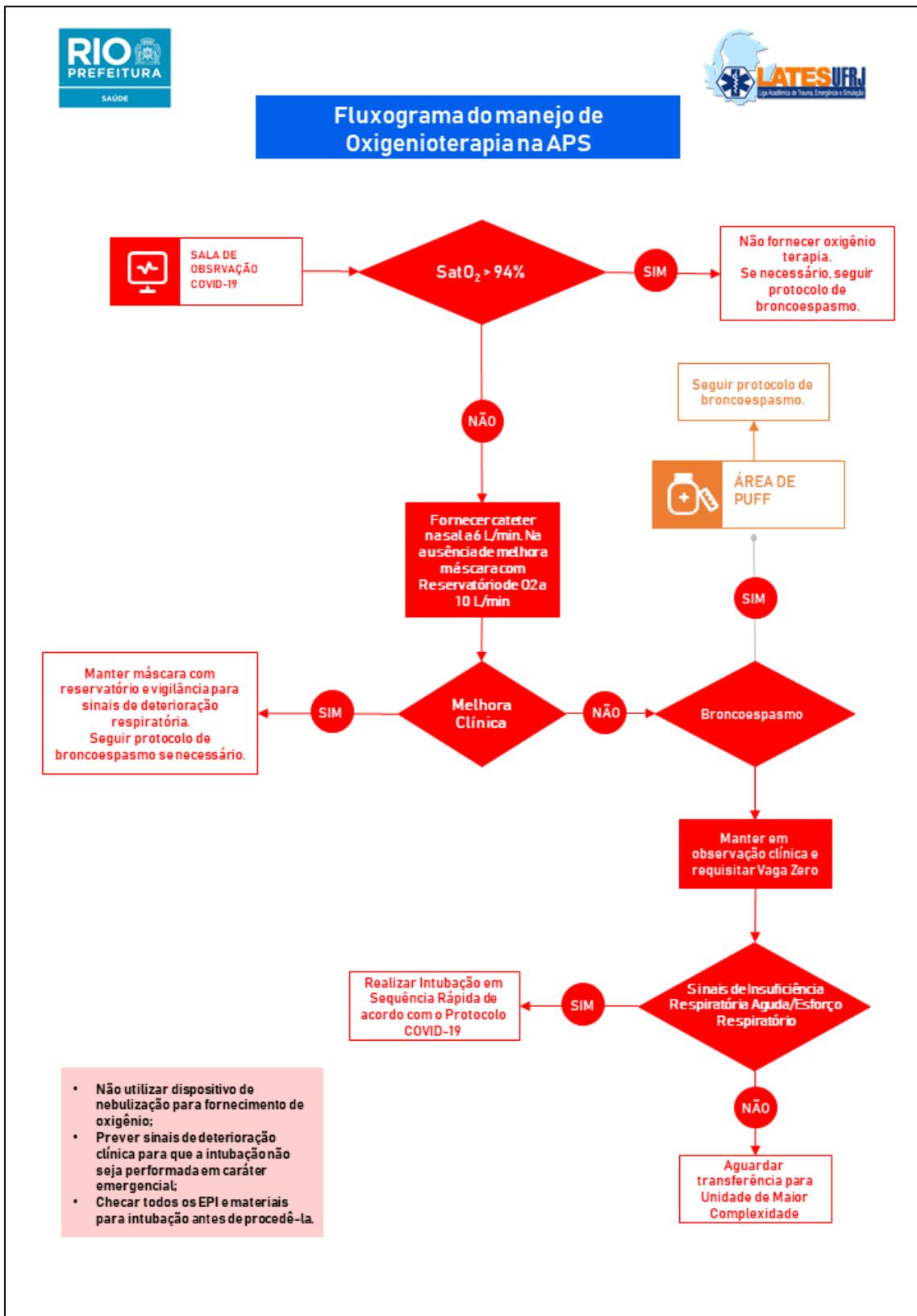
peças vivendo com HIV / AIDS, Tuberculose, Neoplasias e outras condições crônicas onde seja percebido alto risco clínico. As demais atividades desta natureza, voltadas a condições e pessoas de menor risco, devem ser suspensas para diminuir a circulação de profissionais e usuários na unidade e no território. A avaliação dessa medida deve ser criteriosa e decidida pela equipe de saúde, que tem a responsabilidade pela gestão das condições supracitadas;

- ✓ Otimizar a emissão de prescrições de medicamentos de uso contínuo e a dispensação da medicação para os pacientes, seus familiares ou responsáveis; as receitas de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas devem ser emitidas com validade de no mínimo três meses, e medicamentos controlados dois meses; em caso de disponibilidade de estoque, dispensar a medicação de uso crônico e medicamentos controlados para 60 dias. Deve-se avaliar a realização de TDO para tuberculose a cada 7 dias.
- ✓ Comunicar claramente à população os motivos de cancelamento das consultas e visitas domiciliares eletivas, informando o procedimento que será adotado para remarcação.

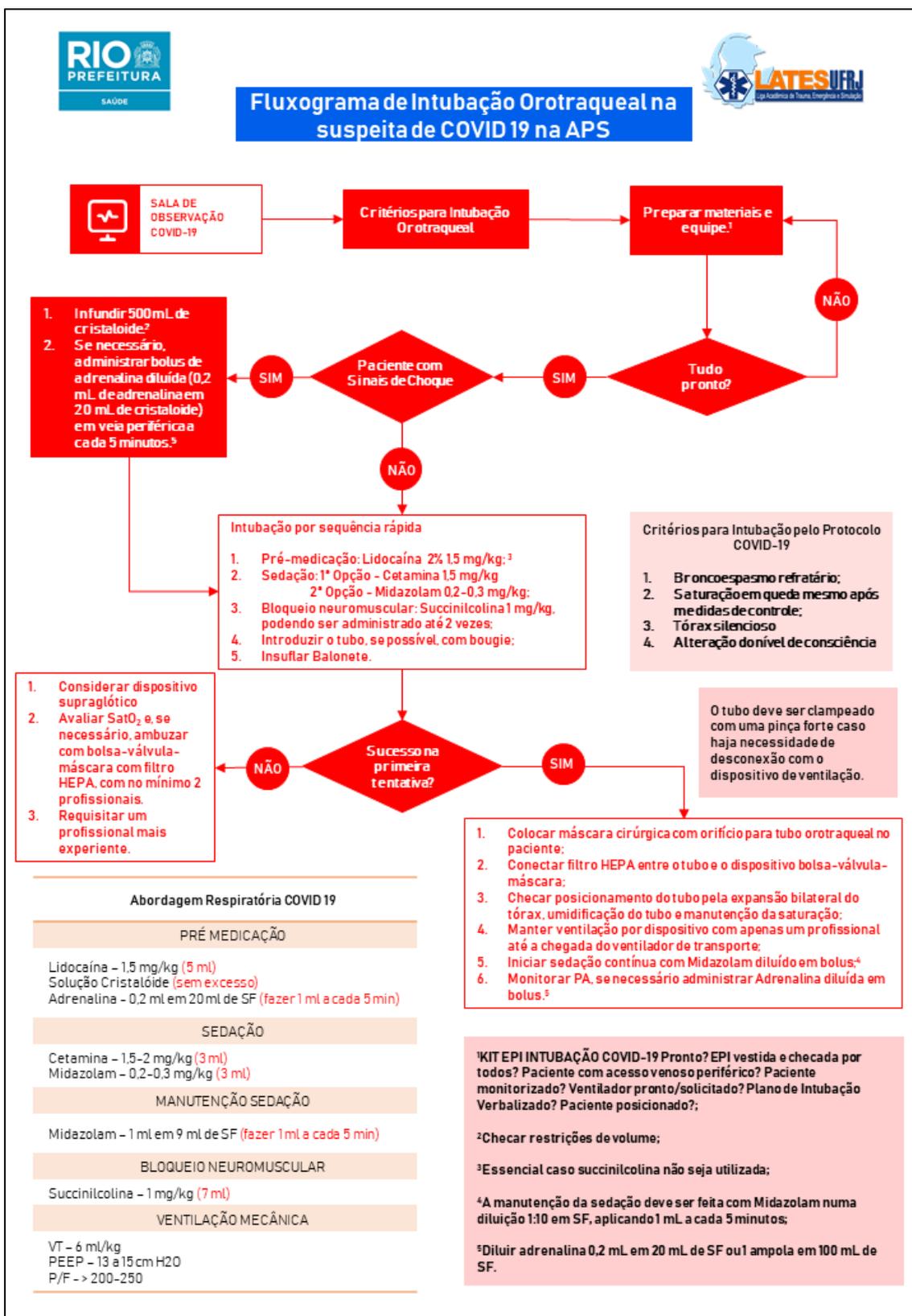
10.2 – Fluxograma do Manejo do Broncoespasmo na APS



10.3 – Fluxograma do Manejo de Oxigenoterapia na APS



10.4 – Fluxograma de Intubação Orotraqueal na APS



11 – Atuação da gestão local e regional

11.1 – Coordenações Regionais (CAP):

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

11.2 – Gestão local

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

12 - Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Acesso em 20/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Acesso em 20/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Dez passos para gestores municipais e estaduais da Atenção Primária à Saúde (APS) em resposta ao novo coronavírus. Acesso em 20/03/2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Guia de orientações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Orientações voltadas à rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis/SC. Versão 15 de março de 2020. Acesso em 20/03/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Acesso em 20/03/2020.

CDC. Center for Disease Control. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Frequently Asked Questions about Personal Protective Equipment. Acesso em 20/03/2020.

Yonghong Xiao, Mili Estee Torok. Taking the right measures to control COVID-19. Lancet Infect Dis 2020. Acesso em 20/03/2020.

Department of Health and Social Care (DHSC), Public Health Wales (PHW), Public Health Agency (PHA) Northern Ireland, Health Protection Scotland (HPS) and Public Health England. Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Acesso em 20/03/2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

COLABORADORES

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

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

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

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

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

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

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

Matheus dos Santos Mantuano - Acadêmico UFRJ/Diretor LATES

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

Paula Ferreira Brasil- Acadêmica UFRJ/diretora da LATES

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

Romina Carvalho Ferreira - Acadêmica UFRJ/Presidente LATES



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