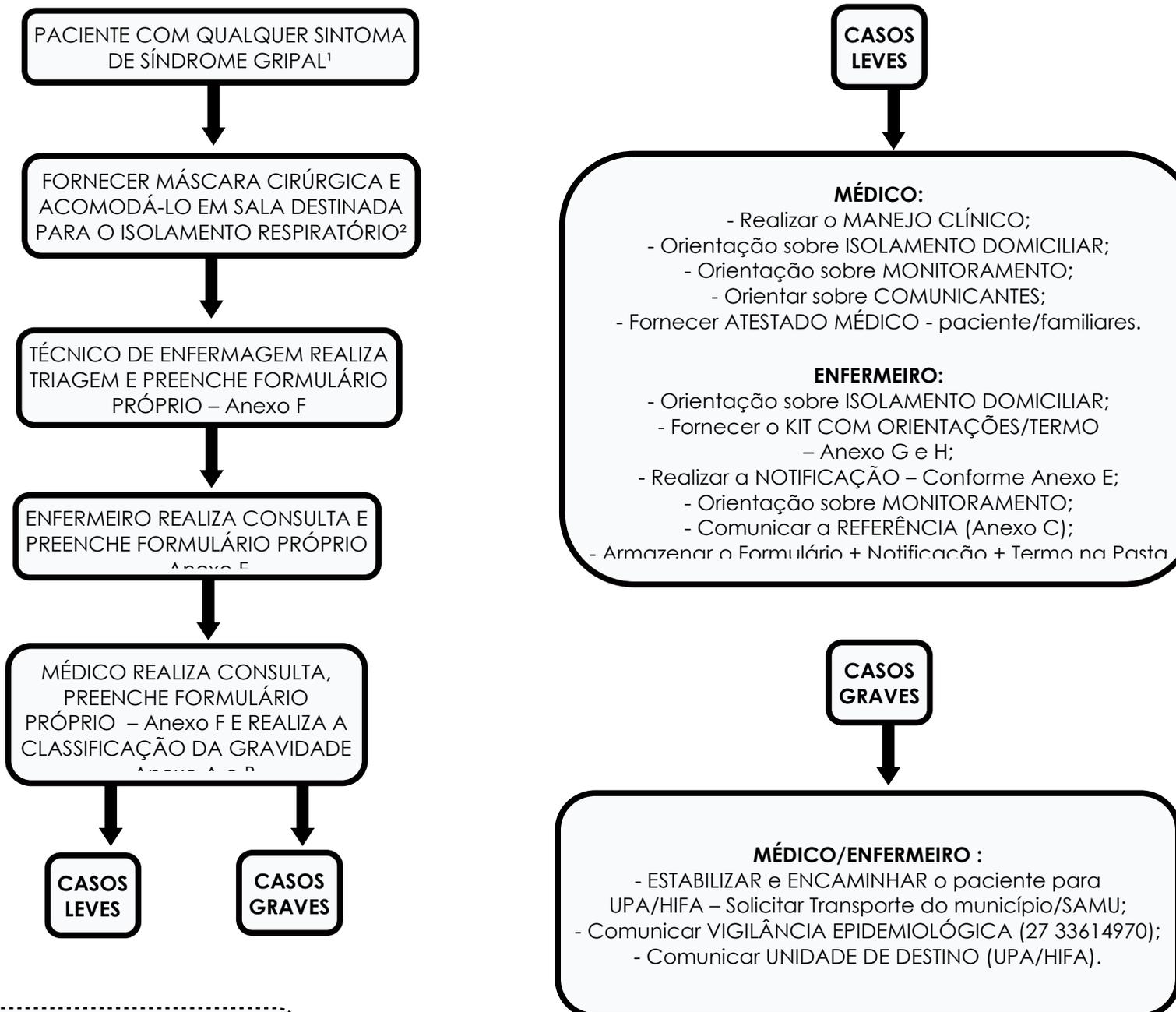




ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE SÍNDROME GRIPAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE



1. SÍNDROME GRIPAL

Febre = ou > 37.8°C (Aferida ou Referida)
Tosse
Dor de Garganta
Dificuldade Respiratória
Coriza

2. ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

Sala de Isolamento Respiratório deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar condicionado desligado.

OBSERVAÇÃO

Caso o paciente procure a unidade e não tenha médico, A equipe deverá acolher o paciente e encaminhar para a unidade de referência conforme Anexo D.



**ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA**

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO A

TABELA 1 – Estratificação da gravidade dos casos de Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

ESTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DE CASO	
CASOS LEVES	CASOS GRAVES
APS/ESF	CENTRO DE REFERÊNCIA/ ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Síndrome gripal com sintomas leves (sem sinais e sintomas de gravidade) [ver tabela 4] E Ausência de comorbidades que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]	Síndrome gripal que apresente sinais e sintomas de gravidade [ver Tabela 4] OU Comorbidades que indicam avaliação em centro de referência/atenção especializada [ver Tabela 5]

Fonte:

Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.

Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010.



ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO B

TABELA 2 – Sinais e Sintomas de gravidade para Síndrome Gripal, Ministério da Saúde, 2020.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE	
ADULTOS	CRIANÇAS
<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none">Falta de ar ou dificuldade para respirar; ouRonco, retração sub/intercostal severa; ouCianose central; ouSaturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente; ouTaquipneia (>30 mpm); <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none">Sinais e sintomas de hipotensão (hipotensão arterial com sistólica abaixo de 90 mmHg e/ou diastólica abaixo de 60mmHg); ouDiminuição do pulso periférico. <p>Sinais e sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none">Piora nas condições clínicas de doenças de base;Alteração do estado mental, como confusão e letargia;Persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias ou retorno após 48 horas de período afebril.	<p>Déficit no sistema respiratório:</p> <ul style="list-style-type: none">Falta de ar ou dificuldade para respirar;Ronco, retração sub/intercostal severa;Cianose central;Batimento da asa de nariz;Movimento paradoxal do abdome;Bradipneia e ritmo respiratório irregular;Saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente;Taquipneia (Tabela 6). <p>Déficit no sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none">Sinais e sintomas de hipotensão ou;Diminuição do pulso periférico. <p>Sinais e Sintomas de alerta adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none">Inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos;Piora nas condições clínicas de doenças de base;Alteração do estado mentalConfusão e letargia;Convulsão.

Fonte:

- WHO technical guidance - patient management - Coronavirus disease 2019
- Kenneth McIntosh, MD. Severe acute respiratory syndrome (SARS).UpToDate Jan 2020.
- Protocolo de Tratamento da Influenza. Ministério da Saúde 2017.
- Protocolo de Manejo Clínico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Ministério da Saúde 2010.
- American Heart Association, 2015



ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO 3

**TABELA 3 – REFERÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARAPARI
PARA A COMUNICAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE**

UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA
RECANTO DA SEREIA VILLAGE DO SOL SETIBA	MARIANA ENDLICH Responsável Técnica da Enfermagem da Atenção Primária à Saúde (27) 98813 4504
KUBITSCHK MEAÍPE	LENICE GOMES Gerente de Saúde Bucal (27) 99709 2515
ADALBERTO CAMURUGI	EUDRIANA FERREIRA Subgerente de Educação em Saúde (27) 99825 1627
ROBERTO CALMON IPIRANGA	WESLEY VIANA Enfermeiro do Trabalho (27) 98834 4448
PEDRO MACHADO	CARMEM MARQUES Coordenadora Administrativa da Atenção Primária à Saúde (27) 99981 9174
CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE ITAPEBUSSU SUL E NORTE	YASMIN ROSA Subgerente de Programas em Saúde (27) 98849 6384
INTERIOR	GABRIELA VIZZONI MEZADRI Supervisora Técnica de Atenção à Saúde (27) 99256 1059
ARNALDO MAGALHÃES MUQUIÇABA	FILIPE COSTA VIEIRA Subgerente de Saúde Mental (27) 98144 5474
SANTA MÔNICA PEROCÃO	MARA LUCIA PERINE Responsável Técnica de Odontologia (27) 99849 5690
JABARAÍ	LASIMARA SILVA Gerente da Rede de Atenção Primária (27) 99929 1085
CAIC	IDAYANA MARCELINO Coordenadora Administrativa CAPS II (27) 99570 2384



**ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA**

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO D

TABELA 4 – REFERÊNCIA DAS UNIDADES CASO AUSÊNCIA DO MÉDICO NA UNIDADE QUE O PACIENTE PERTENCE

UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA
RECANTO DA SEREIA VILLAGE DO SOL	UNIDADE DE SAÚDE NARBAL DE PAULA COUTINHO (SETIBA)
PEROCÃO SANTA MÔNICA JABARAÍ INTERIOR RETA GRANDE ADALBERTO	CENTRO DE SAÚDE DOUTOR ARNALDO MAGALHÃES NETO
IPIRANGA KUBITSCHER	CENTRO DE SAÚDE DOUTOR ROBERTO CALMON



ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO E – Ficha de Investigação de SG suspeito de Doença pelo CORONAVÍRUS
2019 – COVID – 19 (B34.2)

DOENÇA PELO CORONAVÍRUS (COVID-19)

e-SUS/VS Nº

CID-B34.2

Estabelece novos critérios para definição de casos em período de transmissão comunitária. Considerando que em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia. Considerando a Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020 que declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Considerando o reconhecimento do estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) no Espírito Santo a partir de 30 de março. A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo vem por meio desta Nota Técnica, apresentar os novos critérios para definição de caso.

1. DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS:

1.1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)
Considerando a transmissão comunitária do SARS-CoV-2 no Brasil, todos os pacientes portadores de síndromes gripais são suspeitos para COVID-19, independentemente de viagens.

1.2. CONSIDERA-SE CASOS PASSÍVEIS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATORIA:

a) O paciente portador de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); febre + sintomas respiratórios + dificuldade para respirar (dispneia ou saturação O₂ < 95% ou desconforto respiratório);
b) Pessoas com Sinais/Sintomas Respiratórios com OU sem febre, nas seguintes situações:

I. Pacientes hospitalizados;
II. Gestantes;
III. Profissionais de saúde;
IV. Profissionais das forças de segurança;
V. População privada de liberdade;
VI. Portadores de comorbidades: diabetes, doença cardiovascular incluindo hipertensão, doença hepática, doença neurológica crônica ou neuromuscular, imunodeficiência, infecção por HIV, doença renal, doença pulmonar crônica, neoplasias, tuberculose, obesidade e pacientes bariátricos.

2. DEFINIÇÕES E OBSERVAÇÕES

SINAIS/SINTOMAS RESPIRATORIOS:
Tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nartiz, tiragem intercostal e dispneia

DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE, DO INDIVÍDUO E DE SUA RESIDÊNCIA

1. Data do preenchimento	4. UF	3. Município de registro do caso	Código (IBGE)
4. Unidade de Saúde de identificação do caso (hospital, PS, UPA, policlínica)	Código (CNES)	5. Data dos Primeiros Sinais	
6. nome	7. número do Cartão SUS		
8. Data de Nascimento	9. (ou) Idade	10. Sexo	11. Gestante
12. Raça/Cor	13. Escolaridade	14. Nome da Mãe	
15. UF	16. Município de Residência	Código (IBGE)	17. Distrito
18. Bairro	19. Logradouro (rua, avenida,...)		
20. Número	21. Complemento (edifício, apartamento, casa, ...)		
22. Ponto de Referência	23. CEP		
24. (DDD) Telefone	25. Zona	26. País (se residente fora do Brasil)	
27. Profissional de Saúde	28. Ocupação		

NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS

29. Principais sinais e sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Conjuntivite	<input type="checkbox"/> Exsudato faríngeo	<input type="checkbox"/> Batimento de asa de nariz	
<input type="checkbox"/> Cetose	<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> produção de escarro	<input type="checkbox"/> Irritabilidade/Confusão	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Dificuldade em respirar
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Tiragem intercostal	<input type="checkbox"/> Coriza			
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Dor de Garganta	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Saturação de O ₂ < 95%
<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> Outros sinais e sintomas importantes: _____				

30. Nos últimos 14 dias, manteve contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19? SIM NÃO
Reside ou trabalha no domicílio/ambiente de pessoa que seja caso suspeito ou confirmado para COVID-19? SIM NÃO

31. Ocorreu internação? 32. Data da internação: ____/____/____ 33. UF: ____ 34. Município da unidade de internação: _____ Código (IBGE): _____
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

35. Nome da unidade de saúde da internação (hospital, Pronto-Socorro, UPA, Policlínica) _____ Código (CNES): _____

36. Razo X de Tórax 37. Data do Razo X: ____/____/____
1. Normal 2. Infiltrado intersticial 3. Consolidação 4. Mito 5. Outro 6. Não realizado 9. Ignorado

38. Fez uso de suporte ventilatório?
1. Não usou 2. Sim, invasivo 3. Sim, não invasivo 9. Ignorado

39. Foi internado em Unidade de Terapia Intensiva? 40. Data de entrada na UTI: ____/____/____ 41. Data de saída na UTI: ____/____/____
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

42. NOS ÚLTIMOS 14 DIAS, VIAJOU PARA MUNICÍPIO DO TERRITÓRIO BRASILEIRO COM TRANSMISSÃO LOCAL DO COVID-19? SIM NÃO
INFORME OS MUNICÍPIOS VISITADOS: _____

43. RETORNOU DE VIAGEM INTERNACIONAL NOS ÚLTIMOS 14 DIAS? SIM NÃO
SE VIAJOU, INFORME O(S) PAÍS(ES) VISITADO(S): _____

44. COMORBIDADES/FATORES DE RISCO

Doença Pulmonar Crônica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Doença Hepática Crônica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Doença Cardiovascular Crônica, incluindo hipertensão	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Doença Renal Crônica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção pelo HIV	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Obesidade	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Imunodeficiência	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Tabagismo	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Neoplasia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Tuberculose	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Doença Neurológica Crônica ou Neuromuscular	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Cirurgia Bariátrica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
				Diabetes Mellitus	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

AMOSTRA PARA RT PCR?

45. Coletou amostra para RT PCR? SIM NÃO Data da Coleta: ____/____/____ Resultado: _____
Teste rápido para COVID-19? SIM NÃO Data da Coleta: ____/____/____ Resultado: _____

INFORME OS MEDICAMENTOS QUE UTILIZOU NOS ÚLTIMOS 14 DIAS

--	--	--	--	--	--

CONCLUSÃO

46. Classificação final
1. caso suspeito
2. caso provável
3. confirmado

47. Critério de Confirmação
1. Laboratorial
2. Clínico-Epidemiológico
3. Descartado

48. Evolução do Caso
1 cura
2 óbito pelo COVID-19
3 óbito por outras causas
9 Ignorado

DATA DO ENCERRAMENTO: ____/____/____

Nome do Notificador: _____ Profissão ou Ocupação: _____
TEL: Notificador () _____ e-mail do notificador: _____



ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO F – FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019

FORMULÁRIO MULTIDISCIPLINAR PARA ATENDIMENTO DE PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL SUSPEITO DE CORONAVÍRUS 2019			
<i>TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM</i>			
NOME:			
NASCIMENTO: __/__/____	IDADE:	SEXO:	TELEFONE:
ENDEREÇO:			
CPF:	CARTÃO SUS:		

MOTIVO DA CONSULTA:	
SINAIS VITAIS:	PA: TAX: FC: FR: SPO2:
QUEIXA DE SINTOMAS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA (FEBRE, TOSSE, DOR DE GARGANTA, CORIZA, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO)? (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:	
<i>ENFERMEIRO</i>	
APRESENTOU FEBRE?	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM
OUTROS SINAIS E SINTOMAS RELEVANTES?	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:
COMORBIDADES:	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:
MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:
ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:
CIRURGIAS/INTERNAÇÕES RECENTES	(<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) SIM DESCREVER:
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	
<i>MÉDICO</i>	
EVOLUÇÃO:	
CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE	(<input type="checkbox"/>) LEVE (<input type="checkbox"/>) GRAVE

ATESTADO MÉDICO

J11 – Síndrome Gripal

B34.2 – Infecção por Conoravírus

U07.1 – COVID – 19

Z20.9 – Contato com exposição a doença transmissível não especificada

CONDUTA FINAL

AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ENFERMEIRO	MÉDICO



**ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA**

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO G – TERMO DE DECLARAÇÃO PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR



MUNICÍPIO DE GUARAPARI
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal da Saúde

TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____
RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na
_____, Bairro
_____, CEP _____, na cidade de Guarapari, no Estado do Espírito Santo,
declaro que fui devidamente informado(a) pelo profissional de saúde
_____ sobre a necessidade de adoção de medidas sanitárias de
isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo
endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial,
com local de cumprimento da medida _____.
Esta medida visa prevenir a dispersão do vírus Covid-19 e estou ciente das possíveis
consequências da sua não realização.

Data de início: ____/____/____ Previsão de término: ____/____/____

Nome e idade das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de
isolamento domiciliar:

1. _____ anos
2. _____ anos
3. _____ anos
4. _____ anos
5. _____ anos
6. _____ anos

Guarapari, Espírito Santo

Data: ____ de _____ de _____

Hora: _____

Assinatura da pessoa sintomática
ou responsável legal

Rua Ademastor Antônio da Silva, s/nº, Muquiçaba, Guarapari, ES
CEP: 29.200-000 - Telefone: (27) 3361-4870



ESTADO DO ESPRITO SANTO
MUNICÍPIO DE GUARAPARI
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/SEMSA

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS

ANEXO H – ORIENTAÇÕES SOBRE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Estou com sintomas de gripe. O que devo fazer?

- Se você está com sintomas de gripe, fique em casa por 14 dias e siga as orientações do Ministério da Saúde para o isolamento domiciliar.
- Só procure um hospital de referência se estiver com falta de ar.

Há um caso de coronavírus confirmado na minha casa. Como fazer o isolamento domiciliar?

Pessoas com diagnóstico confirmado de coronavírus precisam ficar em isolamento domiciliar. Veja como proteger sua família:

- A distância mínima entre o paciente e os demais moradores é de 1 metro.
- No quarto usado para o isolamento, mantenha as janelas abertas para circulação do ar, a porta fechada durante todo o isolamento e limpe a maçaneta frequentemente com álcool 70% ou água sanitária.



Atenção!

Em casas com apenas um quarto, os demais moradores devem dormir na sala, longe do paciente infectado.



Itens que precisam ser separados:

- O lixo produzido pelo paciente contaminado precisa ser separado e descartado.
- Toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos usados pelo paciente.
- Sofás e cadeiras também não podem ser compartilhados.

Os móveis da casa precisam ser limpos frequentemente com água sanitária ou álcool 70%.



Conduas para a pessoa contaminada:

- Utilize máscara o tempo todo.
- Se for preciso cozinhar, use máscara de proteção, cobrindo boca e nariz todo o tempo.
- Depois de usar o banheiro, nunca deixe de lavar as mãos com água e sabão e sempre limpe vaso, pia e demais superfícies com álcool ou água sanitária para desinfecção do ambiente.

Conduas de todos os moradores:

- Se uma pessoa da casa tiver diagnóstico positivo, todos os moradores ficam em isolamento por 14 dias também.
- Caso outro familiar da casa também inicie os sintomas leves, ele deve reiniciar o isolamento de 14 dias. Se os sintomas forem graves, como dificuldade para respirar, ele deve procurar orientação médica.

Anexo 6 -

Isolamento domiciliar: instruções para pacientes com Covid-19 e familiares

O QUE É ISOLAMENTO DOMICILIAR?

É uma forma de permanecer em casa tomando alguns cuidados que diminuem o risco de transmitir infecções respiratórias, como a provocada pelo Coronavírus (Covid-19). Estes cuidados especiais impedem o contato das secreções respiratórias (gotículas expelidas ao espirrar ou tossir) de uma pessoa que pode estar com o Coronavírus (Covid-19) entrem em contato com outras pessoas.

QUEM DEVE FICAR EM ISOLAMENTO DOMICILIAR?

Os casos suspeitos de Covid-19 até receber o resultado negativo dos exames. Se o resultado for positivo o paciente deve ficar em isolamento até o desaparecimento dos sintomas respiratórios. A equipe de saúde orientará os pacientes e seus familiares sobre quando é necessário fazer esse tipo de isolamento, quem deve ficar isolado e por quanto tempo.

ONDE DEVE FICAR A PESSOA QUE PRECISA DE ISOLAMENTO DOMICILIAR?

O ideal é que a pessoa fique sozinha em um quarto, ou em um cômodo da casa adaptado como quarto, se possível com um banheiro privativo. As portas do quarto devem ficar fechadas o tempo todo, mas as janelas devem ficar abertas para que o ambiente fique bem ventilado. O paciente só deve sair deste quarto em caso de necessidade (por exemplo, para ir ao banheiro se este for separado, ou para ir ao médico quando preciso). Se o doente precisa fazer algum tratamento com inalação (ou nebulização), deve fazer sempre dentro do quarto. As refeições também devem ser servidas dentro deste quarto.

E QUEM CUIDA DO DOENTE?

Qualquer familiar ou amigo pode cuidar do paciente, mas é preciso evitar que sejam gestantes, idosos ou pessoas com outros problemas de saúde, como outras doenças respiratórias (bronquite, asma, enfisema, etc). Os cuidadores devem evitar contato com as secreções respiratórias do doente, seguindo as instruções para uso correto de máscaras cirúrgicas, limpeza da casa e dos utensílios usados, além da lavagem das roupas e das mãos.

E AS VISITAS?

As visitas devem ser proibidas. Só as pessoas que precisam cuidar do paciente (dar comida, remédios e etc.) podem entrar no quarto.

O QUE É PRECISO TER EM CASA?

Os cuidados de isolamento domiciliar não exigem nenhum equipamento especial. Além dos produtos de limpeza comuns é necessário ter máscaras cirúrgicas e álcool gel que podem ser adquiridos em farmácias.

QUEM DEVE USAR MÁSCARA? EM QUE MOMENTOS?

Os cuidadores do doente devem colocar a máscara antes de entrar no quarto do doente e ficar com ela, tampando boca e nariz, durante todo o tempo em que ficarem lá.

O doente não precisa ficar de máscara dentro do quarto, mas deve colocar a máscara, tampando boca e nariz sempre que for sair, por qualquer motivo, e permanecer com ela durante todo o tempo em que ficar fora do quarto. Mesmo dentro do quarto, o doente deve cobrir o nariz e a boca com lenços de papel ao tossir ou espirrar.

MÁSCARA PRECISA SER JOGADA FORA A CADA VEZ QUE FOR USADA?

Sim. As máscaras usadas pelo doente e pelo cuidador devem ser descartadas no lixo após cada uso.

OS CUIDADORES DEVEM TOMAR ALGUM CUIDADO ESPECIAL?

É importante lavar as mãos com água e sabão após cada contato com o doente ou com as roupas, toalhas e lençóis que ele tenha usado (após a lavagem das roupas e a troca de roupas, por exemplo), após a lavagem de pratos, copos e talheres do doente, após a limpeza do quarto, do banheiro e dos objetos, e após cada vez que a máscara for retirada. Pode ser usado álcool gel 70% substituindo a lavagem se as mãos não estiverem sujas.

COMO LIMPAR O QUARTO E O BANHEIRO?

O quarto e o banheiro devem ser limpos normalmente todos os dias. As superfícies do banheiro e do quarto devem ser desinfetadas com álcool 70%. O piso do banheiro e o vaso sanitário devem ser desinfetados com hipoclorito (água sanitária), após a limpeza. A tampa do vaso sanitário deve ser mantida fechada durante o acionamento da descarga. Os pisos de limpeza devem ser lavados após cada uso e desinfetados com hipoclorito (água sanitária). Antes de usar o álcool ou o hipoclorito certifique-se que essas substâncias não danificarão os objetos. O lixo do quarto e do banheiro do doente deve ser descartado em sacos fechados, normalmente, junto com o lixo da casa.

COMO LAVAR ROUPAS, TOALHAS E LENÇÓIS USADOS PELO DOENTE?

Não é necessário lavar as roupas do paciente em separado, mas outras pessoas só podem usar qualquer peça que teve contato com o doente depois da lavagem. Na hora de recolher e de lavar as roupas elas não devem ser sacudidas.

QUE FAZER COM PRATOS, COPOS, TALHERES E OUTROS OBJETOS USADOS PELO DOENTE?

A louça utilizada pelo paciente não precisa ser lavada em separado, mas assim como as roupas os copos, pratos e talheres só podem ser usados por outras pessoas depois de lavados. Qualquer outro objeto que o doente usar, como por exemplo aparelho de telefone, livros, computador, jornais e revistas, deve ser limpo e desinfetado com álcool a 70% antes de ser usado por outra pessoa. Antes de usar o álcool certifique-se que essa substância não danificará os objetos.

QUAIS CUIDADOS O DOENTE PRECISA RECEBER?

O doente deve ficar em repouso, tomar bastante líquido e receber alimentação leve e balanceada. Podem ser usados analgésicos e anti-térmicos comuns para os sintomas.

QUANDO LEVAR O DOENTE PARA O HOSPITAL?

O doente deve ser levado para atendimento médico se apresentar piora. Em caso de dor no peito, falta de ar, extremidades azuladas (unhas e pontas dos dedos), desidratação, vômitos incontroláveis, diminuição da quantidade de urina, vertigens e confusão mental o paciente deve ser conduzido a um hospital imediatamente.

O QUE FAZER SE ALGUÉM DA MESMA CASA TIVER ALGUM SINTOMA DE CORONAVÍRUS?

Deve procurar atendimento médico em unidade de saúde. Na consulta deve informar que teve contato com caso suspeito e fazer a coleta para exame para diagnóstico.