

Para o manejo na APS/ESF, será utilizada abordagem sindrômica de Síndrome Gripal para todo paciente com suspeita de COVID-19

ALVO | Todos os serviços de APS/ESF.

OBJETIVO

Agilizar o atendimento de casos de Síndrome Gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19, **priorizando pacientes em risco de infecção**, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros pacientes.

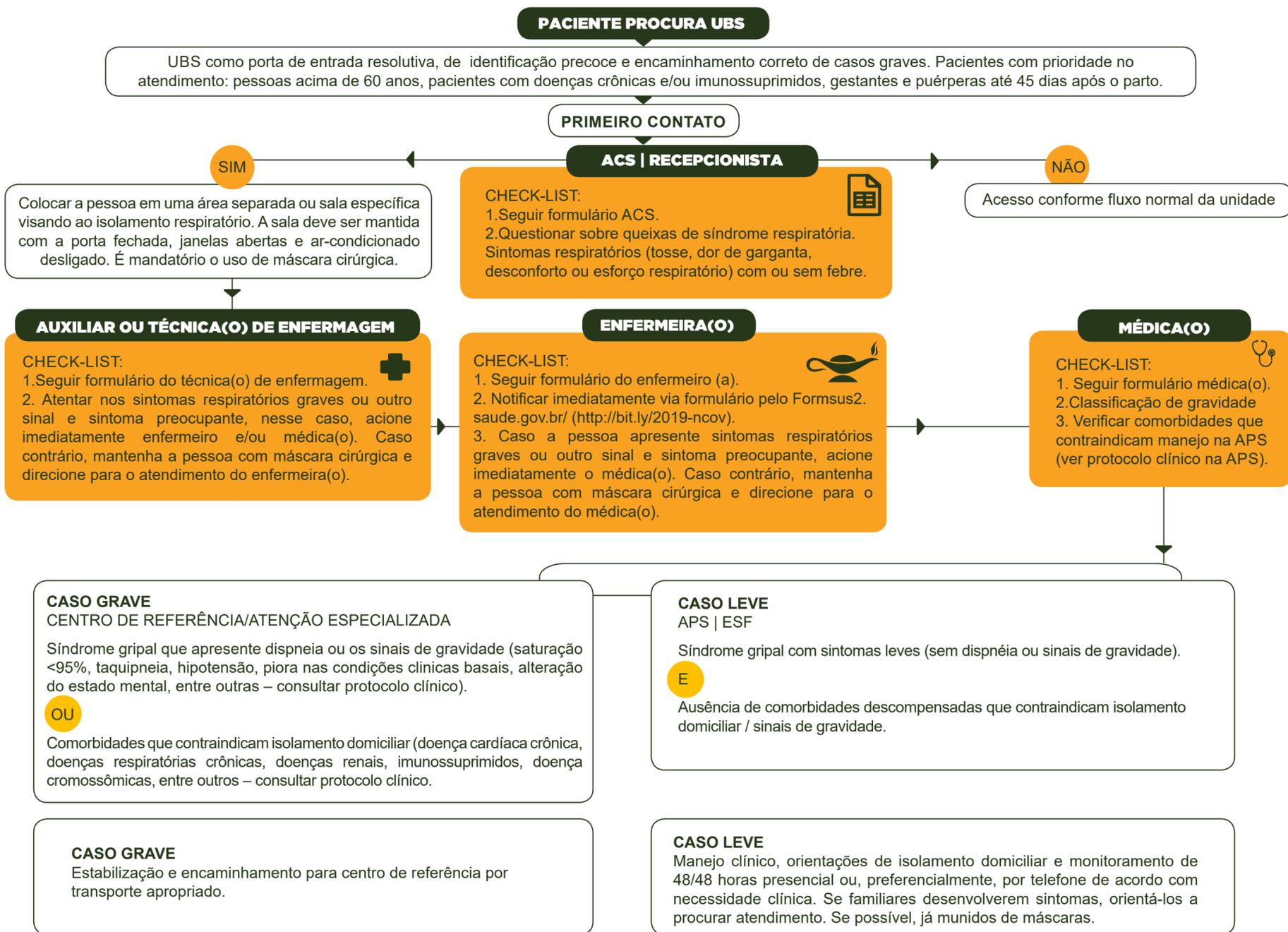
FERRAMENTA | Metodologia FAST-TRACK

Método derivado de protocolos de triagem em emergências, como o protocolo de Manchester. Ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de COVID-19. O trabalho é integrado e regido pelo fluxograma do Fast-Track e deve ser incorporado pelas equipes das UBS.

EQUIPE | Composição da equipe FAST-TRACK COVID-19

- AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)
 - ENFERMEIRA(O)
 - MÉDICA(O)
 - AUXILIAR OU TÉCNICA(O) DE ENFERMAGEM
- * ACS como Primeiro Contato. Quem estiver na recepção também pode ajudar, assim como outro profissional pode assumir o papel de Primeiro Contato, desde que treinado para integrar a equipe de Fast-Track.

O **FLUXO DO FAST-TRACK** deve ser sequencial e prioritário dentro da USF. O paciente deverá, preferencialmente, ser manejado pela próxima esfera da cascata de atendimento, sem aguardar ou circular desnecessariamente por outros ambientes do serviço. Pode-se optar idealmente por utilizar uma sala na qual o paciente fica aguardando pelo profissional responsável por atendê-lo conforme escala definida em serviço **OU** deverá ser encaminhado diretamente para a próxima sala (o serviço deverá determinar espaços estratégicos a fim de diminuir a circulação de doentes e o contato com outras pessoas).



Formulário Agente Comunitário de Saúde/Recepcionista

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Tel/cel: () _____
Endereço: _____
CPF: _____ Cartão Nacional SUS: _____
Motivo de procura da USF: _____
Queixa de sintomas de síndrome respiratória (tosse, dor de garganta, desconforto respiratório com ou sem febre)?
() SIM () NÃO
Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios, forneça uma máscara cirúrgica, oriente higienização imediata das mãos/forneça álcool gel, solicite que evite tocar no rosto e em superfícies e direcione para atendimento do auxiliar ou técnico de Enfermagem/Enfermeiro(a) em uma área separada ou sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado.

Formulário Técnica(o) de Enfermagem

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Motivo da consulta: _____
Sinais vitais: temperatura axilar (Tax): _____
frequência cardíaca (FC): _____
frequência respiratória (FR): _____
saturação de oximetria (Sat): _____
pressão arterial (PA): _____
Anotar informações em prontuário.
Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente enfermeiro ou médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do enfermeiro (a).

Formulário Enfermeira(o)

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Apresenta sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar, esforço ou desconforto respiratório)? () SIM () NÃO
Apresenta ou apresentou febre? () SIM () NÃO
Apresenta outros sinais e sintomas relevantes: () SIM () NÃO
Se sim, descreva: _____
CASO SUSPEITO DE SINDROME GRIPAL? () SIM () NÃO
Avaliação Gerat:
Apresenta outras comorbidades? () SIM () NÃO
Se sim, descreva: _____
Medicamentos de uso contínuo () SIM () NÃO
Se sim, descreva: _____
Apresenta alergias de medicamentos () SIM () NÃO
Se sim, descreva: _____
História de cirurgias prévias ou internações recentes () SIM () NÃO
Se sim, descreva: _____
Anotar informações em prontuário.
Observação: Caso a pessoa apresente sintomas respiratórios graves ou outro sinal e sintoma preocupante, acione imediatamente o médico (a). Caso contrário, mantenha a pessoa com máscara cirúrgica e direcione para o atendimento do médico(a). Notificar imediatamente via formulário pelo Formsus2 http://bit.ly/2019-ncov.

Formulário Médica(o)

Identificação
Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Revisão da história clínica (sintomas de síndrome gripal com ou sem febre). Avaliar outros sinais e sintomas, diagnósticos alternativos, descompensação de comorbidades, etc.
Classificação de gravidade
CASO GRAVE - ESTABILIZAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CENTRO DE REFERÊNCIA
CASO LEVE - avaliar comorbidades que contraindicam isolamento domiciliar (ver protocolo clínico). Se possível acompanhar na APS, realizar manejo clínico apropriado (medicamentos sintomáticos, prescrever oseltamivir para pessoas com condições de risco para complicações, etc.), orientações de isolamento domiciliar e monitoramento de 48/48 horas presencial (conforme necessidade clínica) ou por telefone.
Fornecer atestado médico de 14 dias para propiciar o isolamento domiciliar (CID 10: J11 (Síndrome Gripal) ou B34.2 (COVID-19)).
Anotar informações no prontuário.
Observação: Caso a pessoa apresente sinais ou sintomas de gravidade ou comorbidades que contraindiquem o isolamento domiciliar, entrar em contato com seu centro de referência para promover hospitalização. Fornecer atestado quando necessário comprovar ausência (trabalho, escola) e assim propiciar o isolamento domiciliar. Orientar familiares a buscar atendimento ao início de sintomas nos mesmos. Para mais informações, consultar Protocolo de Manejo Clínico.