

Protocolo de Regulação do Acesso		Protocolo de Regulação de Internação e de Urgência e Emergência - COVID-19
Elaborado por: SCRS	Data da Criação: 19/03/2020	Versão: 02
Revisado por: SAIS	Data de Revisão: 08/03/2021	
Aprovado por: SES-GO		
<p>Agentes: Secretarias Municipais de Saúde, Portas de Entrada de Urgência e Emergência da RUE e Unidades Hospitalares Municipais, Centrais de Regulação de Urgência e Emergência (SAMU192), Centrais de Regulação de Internação Municipais, Complexo Regulador Estadual, Hospitais Executantes Referência para COVID-19.</p>		<p>Setores responsáveis: Gerência de Regulação de Internação e Gerência de Regulação e Urgência e Emergência</p>

SUMÁRIO

- 1 – Introdução
- 2 – Objetivos
- 3 – Manifestações Clínicas
- 4 – Definição de Caso
- 5 – Critérios de Encaminhamento
 - 5.1 – Casos Leves
 - 5.2 – Casos Moderados
 - 5.3 – Casos Graves
- 6 – Critérios de Priorização do Acesso
 - 6.1 – Leitos de Enfermaria
 - 6.2 – Leitos de UTI
- 7 – Fluxos de Encaminhamento
 - 7.1 – Fluxo de encaminhamento para CASOS LEVES
 - 7.2 – Fluxo de encaminhamento para CASOS MODERADOS e GRAVES
- Referências



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás

LISTA DE ABREVIações

COVID-19 – Novo Coronavírus

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCRS – Superintendência do Complexo Regulador de Goiás

SAIS – Superintendência de Atenção Integral à Saúde

GERINT – Gerência de Regulação de Internação

GERUE – Gerência de Regulação de Urgência e Emergência

CRE – Complexo Regulador Estadual

APS/ESF – Atenção Primária a Saúde/Estratégia de Saúde da Família

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

EPI – Equipamento de Proteção Individual

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192

LACEN-GO – Laboratório Central de Saúde Pública

SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência

UPA 24H – Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

MR – Médico Regulador

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

1 – Introdução

Devido a declaração, pela OMS, da pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19), a GERINT da Superintendência do Complexo Regulador de Goiás sistematiza as ações e os procedimentos sob sua responsabilidade, de modo a apoiar em caráter complementar os demais órgãos envolvidos na Rede de Atenção à Saúde, para o enfrentamento de Emergências de Saúde Pública.

O COVID-19 faz parte de uma ampla família de RNA vírus que em humanos podem causar síndromes respiratórias e gastrointestinais, podendo se manifestar nos pacientes infectados de maneiras amplas, com quadros clínicos variando de leve – cerca de 80%, a casos gravíssimos com insuficiência respiratória – entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária (Quadro 1) e condições clínicas associadas.

Quadro 1 – Letalidade provocada pela COVID-19 por faixa etária na China, Ministério da Saúde, 2020.

Taxa de letalidade por idade:

- 0,2% em pacientes entre 10 e 19 anos
- 0,2% em pacientes entre 20 e 29 anos
- 0,2% em pacientes entre 30 e 39 anos
- 0,4% em pacientes entre 40 e 49 anos
- 1,3% em paciente entre 50 e 59 anos
- 3,6% em paciente entre 60 e 69 anos
- 8,0% em pacientes entre 70 e 79 anos
- 14,8% em pacientes acima ou igual a 80 anos

Fonte: CDC China Weekly. Accessed Feb 20, 2020.

A APS/ESF é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, tendo papel fundamental na resposta global à doença, durante casos de surtos e epidemias. A APS/ESF oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados.

A definição do papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção COVID-19 pode ser consultado por meio do link: <file:///C:/Users/Interior/Downloads/ProtocoloManejo.pdf>

2 – Objetivos

Este protocolo tem como objetivo regulamentar critérios de encaminhamento, fluxos e priorização de regulação do acesso nos casos suspeitos ou confirmados do Novo Coronavírus (COVID-19) e orientar os gestores e profissionais de saúde, municipais e estaduais, envolvidos no processo de regulação, inclusive definindo atribuições.

3 – Manifestações Clínicas

A maioria das infecções por Coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças.

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa.

Os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar.

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, lesão cardíaca aguda e infecção secundária.

4 – Definição de caso

De acordo com Ministério da Saúde (<https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>), descreve-se abaixo a definição de caso:

4.1 CASOS SUSPEITOS

DEFINIÇÃO 1: SÍNDROME GRIPAL (SG):

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor

de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

DEFINIÇÃO 2: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Observações:

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

4.2 CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19

POR CRITÉRIO CLÍNICO

Caso de SG ou SRAG com confirmação clínica associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

- Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM

- Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), , se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

POR CRITÉRIO LABORATORIAL

- Caso de SG ou SRAG com teste de:
- BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
- Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA),
- PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

Observação: *Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

POR CRITÉRIO LABORATORIAL EM INDIVÍDUO ASSINTOMÁTICO

- Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:
- BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM e/ou IgA realizado pelos seguintes métodos:
- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.

4.3 CASO DE SG OU SRAG NÃO ESPECIFICADA

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

4.4 CASO DE SG DESCARTADO PARA COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Observações:

- Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19.
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

5 – Critérios de encaminhamento

A indicação de encaminhamentos varia conforme o quadro clínico conforme definido no Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf) a partir da avaliação médica, sendo:

- **Casos leves:** indicado isolamento domiciliar e tratamento sintomático (não necessita internação hospitalar).
- **Casos moderados:** indicado internação hospitalar em leito de enfermaria em isolamento.
- **Casos graves:** indicado internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

5.1-Casos leves:

Quadro 02 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19

Doença não complicada	Quadro compatível com infecção de vias aéreas superiores, sem sinais de desidratação, dispneia, sepse ou disfunção de órgãos. Os sinais e os sintomas mais comuns são: febre, tosse, dificuldade para respirar, dor na garganta, congestão nasal, cefaleia, mal-estar e mialgia. Imunossuprimidos, idosos e crianças podem apresentar quadro atípico e não apresentar sinais de desidratação, febre ou dificuldade para respirar. Em gestantes, devido adaptações fisiológicas ou eventos adversos na gravidez, dispneia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga podem se sobrepor aos sintomas da Covid-19.
-----------------------	---

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. mar.2020

5.2-Casos moderados:

Quadro 03 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19

Pneumonia sem complicações	Infecção adulto do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Criança sem sinais de pneumonia grave com tosse ou dificuldade para respirar + respiração rápida. Observação: Segue os valores de referência de frequência respiratória de
----------------------------	--

	acordo com a faixa etária para avaliação: • 1 a 12 meses: 30 a 53 irpm • 1 a 2 anos: 22 a 37 irpm • 3 a 5 anos: 20 a 28 irpm • Escolar: 18 a 25 irpm • Adolescente: 12 a 20 irpm.
Pneumonia grave	Adolescente ou adulto: infecção do trato respiratório inferior com algum dos seguintes sinais de gravidade descrito a seguir: frequência respiratória > 30 incursões por minuto; esforço respiratório severo; SpO2 < 93% em ar ambiente; cianose; disfunção orgânica. Crianças com tosse ou dificuldade para respirar mais pelo menos um dos critérios seguintes: • cianose central ou spO2<90%; • esforço respiratório severo; • sinais de PNM com aspectos de gravidade (uso de musculatura acessória para respiração; incapacidade ou recusa de se amamentar ou ingerir líquidos; sibilância ou estridor em repouso; vômitos incoercíveis; alteração do sensorio: irritabilidade ou sonolência; convulsões). A frequência respiratória que denota gravidade em crianças dependerá da idade, a saber: • <2meses: ≥60irpm • 2 a 11 meses: ≥50irpm • 1 a 5 anos: ≥40 irpm O diagnóstico é clínico. Imagens torácicas podem indentificar ou excluir complicações.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. mar.2020

5.3-Casos graves:

Quadro 04 – Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19

Síndrome da Angústia Respiratória Aguda	nício ou agravamento dos sintomas respiratórios, até uma semana do aparecimento da doença. Pode ainda apresentar: alterações radiológicas (infiltrados, opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos); edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação. Comprometimento da oxigenação em adultos e crianças: Adultos: • Sara leve: 200 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg (com Peep ou Cpap ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). • Sara moderada: 100 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 200 mmHg (com PEEP ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). • Sara grave: PaO2/FiO2 ≤ 100 mmHg (com PEEP ≥ 5 cm H2O, ou não ventilado). • Quando a
Elaborado por: SCRS	Aprovado por: SAIS

	<p>PaO₂ não está disponível, a SpO₂/FiO₂ ≤ 315 sugere Sara (inclusive em pacientes não ventilados). Crianças: OI = Índice de Oxigenação e OSI = Índice de Oxigenação utilizando SpO₂. Use a métrica baseada no PaO₂, quando disponível. Caso o PaO₂ não esteja disponível, desmame a FiO₂ para manter a SpO₂ ≤ 97% para calcular o OSI ou a relação SpO₂/FiO₂:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilação não invasiva ou Cpap bi nível ≥ 5 cm H₂O através de máscara facial completa: PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg ou SpO₂/FiO₂ ≤ 264. • Sara leve (com ventilação invasiva): 4 ≤ OI < 8 ou 5 ≤ OSI < 7,5. • Sara moderada (com ventilação invasiva): 8 ≤ OI < 16 ou 7,5 ≤ OSI < 12,3. • Sara grave (com ventilação invasiva): OI ≥ 16 ou OSI ≥ 12,3.
<p>Sepse</p>	<p>Síndrome da resposta inflamatória sistêmica com disfunção orgânica na presença de infecção presumida ou confirmada. São sinais frequentes de disfunção orgânica: alteração do nível de consciência, oligúria, taqui e/ou dispneia, baixa saturação de oxigênio, taquicardia, pulso débil, extremidades frias, coagulopatia, trombocitopenia, acidose, elevação do lactato sérico ou da bilirrubina.</p>
<p>Choque Séptico</p>	<p>Sepse acompanhada de hipotensão [pressão arterial média (PAM) < 65 mmHg] a despeito de ressuscitação volêmica adequada e requerendo o uso de vasopressores para manter PAM ≥ 65 mmHg. Crianças: qualquer tipo de hipotensão (SBP < 5º percentil ou > 2 DP abaixo do normal para a idade) ou dois ou três dos seguintes: estado mental alterado; taquicardia ou bradicardia (FC < 90 bpm ou > 160 bpm em menores de 12 meses e FC < 70 bpm ou > 150 bpm em crianças); preenchimento capilar prolongado (> 2 seg) ou pulso fraco; taquipneia; pele manchada ou fria ou erupção petequeal ou purpúrica; aumento do lactato; oligúria; hipertermia ou hipotermia.</p>

Fonte: World Health Organization, mar.2020, adaptado. Abreviaturas: IRA, infecção respiratória aguda; PA, pressão arterial; bpm, batimentos/minuto; Cpap, pressão positiva contínua das vias aéreas; FiO₂, fração inspirada de oxigênio; PAM, pressão arterial média; VNI, ventilação não invasiva; OI, índice de oxigenação; OSI, índice de oxigenação utilizando SpO₂; PaO₂, pressão parcial de oxigênio;

Peep, pressão positiva expiratória final; SBP, pressão arterial sistólica; DP, desvio-padrão; SIRS, síndrome de resposta inflamatória sistêmica; SOFA, avaliação sequencial de falência orgânica; SpO₂, saturação de oxigênio.

6 – Critérios de Priorização do Acesso

6.1 – Leitos de Enfermaria

Pacientes com pneumonia sem complicações ou pneumonia grave tem indicação de hospitalização imediata após medidas iniciais de isolamento e avaliação clínica, de acordo com a evolução respiratória e/ou hemodinâmica (primeiras 4 horas) após oxigenioterapia e hidratação.

Os critérios de indicação e estratificação de risco para priorização na Regulação Médica das solicitações de internação em leitos de enfermaria devem seguir os níveis de agravamento do estado clínico do usuário.

6.2 – Leitos de UTI

A avaliação da necessidade de terapia intensiva devem seguir as indicações para internação em UTI, descritas no protocolo de influenza, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf, a saber:

Instabilidade hemodinâmica persistente (pressão arterial que não respondeu à reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas), indicando uso de amina vasoativa (exemplo: noradrenalina, dopamina, adrenalina). Sinais e sintomas de insuficiência respiratória, incluindo hipoxemia (PaO₂ abaixo de 60 mmHg) com necessidade de suplementação de oxigênio para manter saturação arterial de oxigênio acima de 90%. Evolução para outras disfunções orgânicas, como insuficiência renal aguda e disfunção neurológica.

Os critérios de estratificação de risco para priorização na Regulação Médica das solicitações de internação em UTI obedecem a escala de 1 a 4, da seguinte maneira:

PRIORIDADE 1 – Pacientes criticamente enfermos e instáveis que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora de ambiente de UTI. Usualmente esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc.. Nesses pacientes não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos desses doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade

hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando suporte ventilatório.

PRIORIDADE 2 – Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Geralmente não existe terapêutica estipulada para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições comórbidas crônicas que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas.

PRIORIDADE 3 – Pacientes criticamente doentes, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza da sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites dos esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardiopulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea.

PRIORIDADE 4 – Pacientes que geralmente não são apropriados para admissão à UTI. A admissão desses pacientes deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do Diretor Clínico da UTI. Esses pacientes podem ser colocados em duas categorias:

4.1 Benefício mínimo, se algum, de cuidados intensivos devido ao baixo risco de intervenção ativa que não possa ser realizada em ambiente fora da UTI. (Pacientes com estado muito bom para se beneficiar de UTI).

4.2 Pacientes com doenças terminais ou irreversíveis, com probabilidade de morte iminente (pacientes com estado muito ruim para se beneficiar de UTI). Por exemplo: dano cerebral grave irreversível, disfunção de múltiplos órgãos irreversível, câncer metastático irresponsivo a quimio/radioterapia, pacientes com capacidade de tomar decisões que declinam de cuidados de terapia intensiva e/ou monitoração intensiva e que recebem apenas cuidados paliativos (de conforto apenas), morte encefálica de não doadores ou pacientes em estado vegetativo persistente.

7 – Fluxos de encaminhamento

O atendimento e tratamento devem ser realizados conforme o quadro clínico apresentado pelo paciente, sendo que os casos de sintomas mais leves podem ser acompanhados pela equipe da Atenção Primária em Saúde, por meio de isolamento domiciliar, e conforme o agravamento do quadro clínico, o paciente deverá ser referenciado e regulado para serviço de saúde de maior complexidade.

Diante da necessidade de encaminhamento para serviços de referência deve-se atentar para a necessidade de leitos de isolamento, sendo que a regulação do paciente deve, obrigatoriamente, acontecer via Complexos Reguladores, exceto quando o quadro clínico enquadrar-se na definição de VAGA ZERO.

Na situação de VAGA ZERO o usuário deve ser encaminhado imediatamente para a Porta de Entrada de Urgência 24H mais próxima para primeiro atendimento e estabilização.

VAGA ZERO: A Resolução do CFM 2.110/2014 determina que a chamada “vaga zero” seja prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências. É um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, mas deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

7.1 – Fluxo de encaminhamento para CASOS LEVES

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 (conforme quadro 02), o usuário deverá solicitar coleta de amostra domiciliar, se houver em seu município, ou procurar atendimento na Atenção Primária ou na Unidade de Pronto Atendimento mais próxima de sua residência.

2º Passo: No atendimento, caso usuário seja reconhecido como caso suspeito ou caso provável, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnóstico.

3º Passo: O usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações.

4º Passo: Após o resultado do exame o paciente receberá informações a cerca do período recomendado do isolamento domiciliar ou da descontinuidade do mesmo.

5º Passo: A equipe da Atenção Primária manterá monitoramento dos casos suspeitos e confirmados em isolamento domiciliar do município.

6º Passo: Em caso de agravamento do quadro clínico, o usuário deverá procurar atendimento imediato em Unidade de Pronto Atendimento.

7.2 – Fluxo de encaminhamento para CASOS MODERADOS e GRAVES

- **Via SAMU 192**

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 (conforme quadro 03 ou 04), o usuário deverá ligar no telefone 192 para solicitar atendimento do SAMU 192.

2º Passo: SAMU 192 abrirá ocorrência e o Médico Regulador após analisar o relato com o quadro clínico detalhado do usuário definirá se encaminhará o paciente para atendimento em Unidade de Pronto Socorro por meios próprios ou enviará a USB ou USA.

3º Passo: A equipe da USB ou USA realizará o primeiro atendimento e atualizará o quadro clínico para o Médico Regulador, o qual definirá a necessidade de encaminhamento do usuário para uma Porta de Entrada de Urgência.

4º Passo: A equipe da USB ou USA transportará o usuário até a Porta de Entrada de Urgência mais adequada ao quadro clínico (UPA 24 ou Porta de Entrada de Urgência Hospitalar)

- **Via de entrada na UPA 24H**

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 (conforme quadro 03 ou 04), o usuário deverá procurar atendimento na UPA 24H.

2º Passo: A UPA 24H deverá acolher o usuário, classificar o risco e realizar o primeiro atendimento.

3º Passo: Caso usuário seja reconhecido como caso suspeito ou caso provável, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnóstico.

4º Passo: A depender do quadro clínico, o usuário poderá permanecer em observação por até 24 horas, sendo reavaliado periodicamente para definição de conduta.

5º Passo: Conforme a evolução clínica o médico assistente poderá dar alta ao usuário ou solicitar internação hospitalar.

6º Passo: Em caso de alta, o usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações e será contra-referenciado para acompanhamento na Atenção Primária ou, em caso de necessidade de internação, a vaga será solicitada via sistema de regulação (SERVIR) para o Complexo Regulador Estadual.

7º Passo: O Médico Regulador do Complexo Regulador Estadual fará a avaliação da solicitação e direcionará o caso para a vaga mais adequada ao quadro clínico, conforme critérios definidos neste Protocolo.

8º Passo: O Médico Regulador fará busca da vaga mais adequada na rede. Podendo referenciar para uma unidade sob sua regulação ou encaminhar a solicitação para outra Central de Regulação de Internação que tenha sob sua responsabilidade uma carteira de leitos compatíveis com a necessidade do usuário.

9º Passo: Ao encontrar uma vaga disponível, regular ou receber liberação de regulação para a vaga.

10º Passo: O Complexo Regulador Estadual informa a unidade solicitante para providência do transporte do usuário e monitora até a admissão na unidade de internação.

- **Via entrada na Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H**

1º Passo: Ao apresentar sintomas, conforme as Síndromes Clínicas associadas à infecção por COVID-19 (conforme tabela 02 ou 03), o usuário deverá procurar atendimento na Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H mais próxima de sua residência.

2º Passo: A Unidade de Pronto Socorro Hospitalar 24H deverá acolher o usuário, classificar o risco e realizar o primeiro atendimento.

3º Passo: Caso usuário seja reconhecido como caso suspeito ou caso provável, deverá ser realizada notificação imediata e coleta de material de amostra para realização de exames diagnóstico.

4º Passo: A depender do quadro clínico, o usuário poderá permanecer em observação, sendo reavaliado periodicamente, para definição de conduta.

5º Passo: Conforme a evolução clínica o médico assistente poderá dar alta ao usuário ou solicitar internação hospitalar.

6º Passo: Em caso de alta, o usuário receberá as orientações sobre isolamento domiciliar para controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e ainda informações sobre sinais de alerta para possíveis complicações e será contra-referenciado para acompanhamento na Atenção Primária ou, em caso de necessidade de internação, será avaliada a disponibilidade de vaga de enfermagem ou UTI em isolamento na própria unidade ou necessidade de solicitar vaga na rede, que será solicitada via sistema de regulação (SERVIR) para o Complexo Regulador Estadual.

7º Passo: O Médico Regulador fará busca da vaga mais adequada na rede. Podendo referenciar para uma unidade sob sua regulação ou encaminhar a solicitação para outra Central de Regulação de Internação que tenha sob sua responsabilidade uma carteira de leitos compatíveis com a necessidade do usuário.

8º Passo: Ao encontrar uma vaga disponível, regular ou receber liberação de regulação para a vaga.

9º Passo: O Complexo Regulador Estadual informa a unidade solicitante para providência do transporte do usuário e monitora até a admissão na unidade de internação.

Referências

1. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV), Ministério da Saúde, 1ª edição revisada – 2020. (https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf)
2. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, COE-COVID-19, Ministério da Saúde, 2020. (<https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>)
3. PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (2019- nCoV), Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública do Estado de Goiás, COE-COVID-19, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2020. (<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-GOIAS-EM-REVIS--O.pdf>)
4. "Caderno Azul" das Providências do Governo do Estado do Ceará para as Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, 2003. (<http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/protocolos-de-regulacao/diretrizes-em-uti?showall=1&limitstart=>)