



GOVERNO MUNICIPAL DE PORTEIRAS - CE
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE E SANEAMENTO
PORTEIRAS - CE



COMISSÃO MUNICIPAL DE CONTROLE E MONITORAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)



COMISSÃO MUNICIPAL DE CONTROLE E MONITORAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)

Elaboração

Dayane Monteiro de Sousa
Coordeadora da Vigilância Epidemiológica

Nadinny Rosendo Vidal
Coordenadora Enfermagem do HMMTR

Maria Lêda Clementino de Almeida
Secretária Municipal de Saúde e Saneamento

Porteiras – CE, Março de 2020

1. APRESENTAÇÃO

A criação desta comissão tem como objetivo de acompanhar as ações e estratégias de trabalho para o Novo Coronavírus a nível municipal, a fim de otimizar as informações, notificações e prestação de assistência dos possíveis casos suspeitos e confirmados. Define ainda grupos estratégicos bem específicos para se desenvolver os trabalhos que serão mencionados em seguida.

A comissão trabalhará de forma articulada com todos os equipamentos de saúde e serviços do município, para assim se obter uma boa comunicação para se nortear na implementação das ações.

O município de Porteiras categorizado como um município de pequeno porte está entre os municípios da macroregião do Cariri em que já se encontram casos suspeitos e confirmados para o Covid-19. Diante disto, a secretaria municipal de saúde identificou a importância de um trabalho desenvolvido por meio de uma equipe específica para ações de monitoramento e acompanhamento ao Novo Coronavírus, com o intuito de diminuir a cadeia de transmissão com uma rigorosa e constante supervisão dos trabalhos implementados.

2. INTRODUÇÃO

O Novo Coronavírus foi identificado como a causa do surto de doença respiratória detectado pela primeira vez em Wuhan, China. No início, muitos dos pacientes do surto na China, teriam algum vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes não teve exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa.

O 2019-nCoV se dissemina através de gotículas respiratórias quando os pacientes tosse, falam alto ou espirram. O contato próximo também é uma fonte de transmissão (por exemplo, contato com a conjuntiva da boca, nariz ou olhos através da mão contaminada). Ainda não foi estabelecido se a transmissão pode ocorrer através da mãe-bebê verticalmente ou através do leite materno.

As medidas de prevenção e controle de infecção pelo 2019-nCoV devem ser

implementadas pelos profissionais que irão atuar nesta comissão específica com o objetivo de reduzir, assitir, monitorar e avaliar casos suspeitos, confirmados e seus respectivos contatos, e ainda fiscalizar estabelecimentos e realizar orientações mais precisas à comunidade a fim de se evitar ou reduzir ao máximo a disseminação do vírus no município de Porteiras.

3. OBJETIVO GERAL

Desenvolver atividades de prevenção, controle e monitoramento do coronavírus (2019-nCoV) diante dos casos suspeitos e confirmados através de comissão.

4. INSUMOS ESTRATÉGICOS

- 4.1. Roteiro para investigação e acompanhamento dos pacientes e contatos suspeitos de Covid-19;
- 4.2. Planilha de controle para a coleta de SWAB;
- 4.3. Planilha de controle para a coleta de testes rápidos;
- 4.4. Termos de notificação e orientação para quarentena;
- 4.5. Fichas específicas para notificação de casos;
- Material de expediente;
- Computadores disponíveis para atualização e monitoramento dos casos;
- Equipamentos de proteção individual EPI's:
- Máscaras cirúrgicas e N95;
- Capotes impermeáveis e descartáveis;
- Luvas;
- Botas;
- Óculos de proteção;
- viseira
- Gorros
- Propés
- Caixas térmicas para transporte de material coletado;
- Geladeira específica para armazenamento de material de coleta;
- Materiais para coleta de exames:

- Lancetas;
- Algodão;
- Teste rápido;
- SWAB;
- Meio para armazenamento;
- Transporte para deslocamento de profissionais quando necessário.

5. DIVISÃO DO GRUPO ESTRATÉGICO POR AÇÃO

AÇÃO	SETOR	QUEM?	FINALIDADE	QUANDO?
Orientação e entrega de notificação de isolamento aos cidadãos advindos de outros municípios	-Gerentes de Unidades; -Agentes Comunitários de Saúde.	- Ana Paula; - Priscila; - Tisbe.	Repassar as informações acerca do cumprimento do isolamento social (quarentena de 14 dias), a fim de se evitar a disseminação e propagação do vírus no município.	Conforme surgimento de casos
Coleta de exames	Unidade Hospitalar	- Nadinny Rosendo	Coletar SWAB e realizar testes rápidos em casos que se enquadrem conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Conforme necessidade, de acordo com o protocolo.
Fiscalização em farmácias e laboratórios que	Vigilância Sanitária	- Wérgyla Bezerra	Realizar rastreamento das pessoas que	Diário

<p>ofertem a realização de exames ou testes para COVID-19; Fiscalização de estabelecimentos não essencial conforme decreto estadual.</p>			<p>realizarem testes para Covid-19 em estabelecimentos particulares e repassar para Vigilância Epidemiológica; Fiscalizar estabelecimentos que não estejam cumprindo os decretos específicos para estabelecimentos não essenciais.</p>	
<p>Barreiras Sanitárias</p>	<p>Vigilância Sanitária e DEMUTRAN, NASF.</p>	<p>- Antônio Cleudo da Silva; - Wérgila e Fernando.</p>	<p>Fiscalizar as estradas que são interligadas ao município para abordagem de veículos que adentram a localidade, a fim de notificá-los quanto ao período de quarentena.</p>	<p>Sempre que necessário</p>
<p>Disponibilização de EPI's</p>	<p>-Unidade Hospitalar; -Atenção Básica.</p>	<p>- Solange Rangel; - Eliane Gomes; - Cleide Fernandes</p>	<p>Disponibilização de Equipamentos de proteção individual para os profissionais que trabalham no atendimento e ações de</p>	<p>Sempre que necessário</p>

			prevenção e combate ao Coronavírus.	
Capacitações e treinamentos	Gestão	- Anyslaine; - Ana Paula Nascimento de Santana	Realizar treinamento com profissionais que atuam direta ou indiretamente com casos confirmados e suspeitos de Coronavírus.	Sempre que necessário
Rastreamento e monitorização de contatos	Atenção Básica	- Eliane Gomes Figueiredo	Listar e monitorar contatos de casos suspeitos e confirmados, verificando estado do paciente, até sua alta da quarentena.	Diário
Alimentação de sistemas, atualização de boletins.	Vigilância Epidemiológica	- Dayane Monteiro de Sousa - Clewlle de Otildes.	Atualizar nos sistemas de informações os casos confirmados e encerramento destes de acordo com os resultados; Lançar boletins epidemiológicos com a finalidade de informar a situação referente aos	Diário

			casos.	
Orientação sobre o cumprimento de isolamento	Atenção Básica	- Agentes comunitários de Saúde	Repassar as informações acerca do cumprimento do isolamento social (quarentena de 14 dias), a fim de se evitar a disseminação e propagação do vírus no município.	Diário
Sistematização de ações e emissões de relatórios.	Gestão	- Bianca e Jaqueline	Elaboração de relatórios com as ações desenvolvidas.	Semanalmente.

6. REFERÊNCIA

1. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília;2020.
2. Plano de Contingência Estadual para as respostas as emergencias em saude pública para o Novo Coronavirus(019n-CoV) . Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
3. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Contingência para o novo Coronavírus. Brasília, Fevereiro, 2020.



GOVERNO MUNICIPAL DE PORTEIRAS - CE
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE E SANEAMENTO
PORTEIRAS - CE



ANEXOS

ANEXO I

FICHA DE INVESTIGAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES E CONTATOS SUSPEITOS DE COVID- 19

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
 SUS: _____ Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Sexo: Masculino Feminino Profissão: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

DADOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

NOTIFICAÇÃO	
DATA:	
REALIZADO COLETA DO SWAB	() SIM () NÃO DATA DA COLETA: / /
NUMERO DO GAL	
INICIO DOS SINTOMAS	
SINTOMAS	
UNIDADE DE INTERNAÇÃO	HOUVE INTERNAMENTO () SIM () NÃO NOME DO HOSPITAL: DATA DA INTERNAÇÃO:
USO DO TAMIFLUR	() SIM () NÃO
HISTÓRICO DE VIAGEM	() SIM () NÃO
EVENTO EM MASSA	() SIM () NÃO
RECEBEU VISITA DE ALGUEM ADVINDO DE OUTRO TERRITÓRIO	() SIM () NÃO

CONTATOS	SINTOMAS	PACIENTES					
		SINTOMAS					
		DIAS	Febre	Tosse	Dispneia	Dor de Garganta	Outros
		1°					
		2°					
		3°					
		4°					
		5°					
		6°					
		7°					
		8°					
		9°					
		10°					
		11°					
		12°					
		13°					
		14°					

ANEXO III

PLANILHA PARA CONTROLE DE TESTE RÁPIDO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

TESTE RÁPIDO PARA COVID- 19

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO DO TESTE: () POSITIVO () NEGATIVO

REFERÊNCIA: _____

LOTE: _____ EXPIRAÇÃO: _____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

TESTE RÁPIDO PARA COVID- 19

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO DO TESTE: () POSITIVO () NEGATIVO

REFERÊNCIA: _____

LOTE: _____ EXPIRAÇÃO: _____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

TESTE RÁPIDO PARA COVID- 19

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO DO TESTE: () POSITIVO () NEGATIVO

REFERÊNCIA: _____

LOTE: _____ EXPIRAÇÃO: _____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

ANEXO IV

PLANILHA PARA CONTROLE DE COLETA SWAB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

SWAB COLETADO

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO: () POSITIVO () NEGATIVO () AGUARDANDO RESULTADO

DATA DE ENVIO: ____ / ____ / ____

DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

SWAB COLETADO

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO: () POSITIVO () NEGATIVO () AGUARDANDO RESULTADO

DATA DE ENVIO: ____ / ____ / ____

DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ESF: _____

SWAB COLETADO

DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____ RESULTADO: () POSITIVO () NEGATIVO () AGUARDANDO RESULTADO

DATA DE ENVIO: ____ / ____ / ____

DATA DO RECEBIMENTO DO RESULTADO: ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____