Câmara Municipal de Pato Branco
PROTOCOLO GERAL 904/2021
Data: 14/04/2021 - Horário: 11:40
Legislativo - ORP 136/2021

MUNICÍPIO DE
**PATO BRANCO**
ESTADO DO PARANÁ GABINETE DO PREFEITO

Ofício nº 135/AL Pato Branco, 14 de abril de 2021.

Prezado Vereador,

Vimos através deste encaminhar o ofício 29/2021 recebido da Secretaria de Saúde em resposta do requerimento nº 242/2021, encaminhado ao Executivo Municipal através do ofício nº 58/2021-DL.

Ademais, aproveitamos o ensejo para renovar nossos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

**Neivor Barro**
**Assessor de assuntos legislativos**

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Saúde

Ofício nº 29/2021

Pato Branco, 13 de Abril de 2021

À Vossa Senhoria
Claudemir Zanco - PL
Vereador

Assunto: Resposta ao requerimento nº 242/2021

Vossa Senhoria,

Cumprimentando, viemos através deste em resposta ao requerimento nº 242/2021 elaborado pelo vereador Claudemir Zanco - PL, atender a solicitação que se segue:

1 – Memorando da Assistência Farmacêutica, informando que os medicamentos citados no requerimento supracitado já estão no estoque. (Documento em anexo).

2 – Cópia do Protocolo de Atendimento de Pacientes com Sintomas Respiratórios durante a pandemia causada pelo Novo Coronavírus (Documento em anexo), que visa orientar os profissionais da Saúde à correta identificação, manejo e tratamento dos casos com sintomas respiratórios e tem referência as Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Covid-19 do Ministério da Saúde.

Ademais, cabe ressaltar que a Lei 12.842/2013, a Lei do Ato Médico, que dispõe sobre o exercício da medicina, em seu art. 2º, Parágrafo Único, I e II:[

> ***Art. 2o*** *O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.*
>
> ***Parágrafo único****. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:*
>
> ***I*** *- a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;*
>
> ***II*** *- a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;*

Sendo assim, esta Secretaria em consonância com a lei federal entende que é da competência exclusiva do médico a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a

prevenção, diagnóstico e tratamento do Novo Coronavírus, de modo que, ainda que pese o combate e prevenção da pandemia que assola o mundo, uma lei municipal que dispõe "distribuição gratuita de kits de medicamentos para tratamento precoce aos pacientes com sintomas da Covid-19", ainda que preveja para os paciente que possuam prescrição dos medicamentos, fere a lei federal e adentra em uma seara de competência médica.

Sem mais para o momento, reiteramos nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

**Liliam Brandalise**
Secretária Municipal de Saúde

MUNICÍPIO DE
# PATO BRANCO
## Secretaria de Saúde

MEMO Nº. 0010/2021 - SMS/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Pato Branco, 13 de abril de 2021.

**Da:** Secretaria Municipal de Saúde - Assistência Farmacêutica

**Para:** Secretária da Saúde – Lilian Brandalise

**Assunto: Resposta ao requerimento nº242/2021 da câmara de Vereadores**

Em resposta a solicitação informamos que possuímos em estoque nas farmácias satélites, farmácia Central, UPA 24h e Unidade Sentinela Covid Novo Horizonte, Unidade São Roque do Chopim os medicamentos, ivermectina, azitromicina, bromexina e anti-coagulantes os quais são dispensados através da prescrição médica conforme posologia e dias de uso.

O medicamento hidrocloroquina quando solicitado e preenchido todos os quesitos do protocolo solicitamos a farmácia da 7ª Regional.

Atenciosamente,

Zeliane Lovatel

Coordenadora da Assistência farmacêutica

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS

## SECRETARIA DA SAÚDE DE PATO BRANCO

## UPA 24H E DEMAIS UNIDADES SENTINELAS DE ATENDIMENTO E TRATAMENTO À COVID-19

**VERSÃO 4 - MARÇO/2021**

## INTRODUÇÃO

No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde definiu o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) como uma pandemia e desde o dia 20 de março de 2020, através da Portaria 454 do Ministério da saúde, ficou declarado em todo o território nacional o estado de transmissão comunitária da COVID-19.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências do município.

Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los para os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

O presente protocolo visa orientar os profissionais da UPA 24h do município à correta identificação, manejo e tratamento dos casos com sintomas respiratórios e tem como referência as Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da COVID-19 do Ministério da Saúde (Versão 4 – 07 de Maio de 2020) e as Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido à infecção pelo Coronavírus (SARS-CoV-2) da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Versão n.06/2020 de 08 de Junho de 2020).

## APRESENTAÇÃO CLINICA:

A infecção pelo vírus SARS-CoV-2 causa a COVID-19 (do inglês, Coronavirus Disease 2019), cujos principais sintomas são febre, fadiga e tosse seca, podendo evoluir para dispneia ou, em casos mais graves, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

A apresentação clínica se assemelha a sintomas leves de pneumonia viral e a gravidade da doença varia de leve a grave. Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam doença leve, 14% apresentam doença grave e 5% apresentam doença crítica. Relatórios iniciais sugerem que a gravidade da doença está associada à idade avançada e à presença de condições de saúde subjacentes. Alguns pacientes podem ser minimamente sintomáticos ou assintomáticos.

Aproximadamente 90% dos pacientes apresentam mais de um sintoma, sendo que 15% dos pacientes apresentam febre, tosse e dispneia. Alguns pacientes podem apresentar náusea ou diarréia 1 a 2 dias antes do início da febre e dificuldadesrespiratória.

À ausculta pulmonar pode revelar estertores e/ou respiração brônquica em pacientes com pneumonia ou dificuldade respiratória. Pacientes com dificuldade respiratória podem apresentar taquicardia, taquipneia ou cianose acompanhada de hipóxia.

**DIAGNÓSTICO**

O reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido são essenciais para interromper a cadeia de transmissão e fornecer os cuidados de suporte em tempo hábil.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal (SG), durante a qual o paciente pode apresentar febre e/ou sintomas respiratórios.

O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. A avaliação deve ser realizada de acordo com os índices de gravidade da pneumonia e as diretrizes de sepse (se houver suspeita de sepse) em todos os pacientes com doença crítica.

Há informações limitadas disponíveis para caracterizar o espectro da doença clínica. Muitas das informações são baseadas em evidências precoces, na análise de séries de casos e relatórios e em dados de infecções anteriores por coronavírus, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, as definições de caso suspeito são apresentadas abaixo:

CASOS SUSPEITOS

DEFINIÇÃO 1 - SÍNDROME GRIPAL (SG): Índivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS: Considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS: A febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente.

DEFINIÇÃO 2 - SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal 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.

EM CRIANÇAS: Além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: Caso suspeito de SG ou SRAG com: Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19.

**ABORDAGEM INICIAL**

Todo paciente ao chegar na UPA 24h ou outra unidade sentinela, passará por uma pré-triagem onde se constatado sintomas respiratórios como tosse, coriza, dispnéia, odinofagia, congestão conjuntival (acompanhados ou não de febre) será encaminhado ao setor de "Atendimento Sintomático Respiratório" após higiene adequada de mãos e colocação de máscara.

No acolhimento, após ser verificados os sinais vitais e coletada a história clínica, poderá o enfermeiro direcionar o paciente para:

1. Aguardar consulta médica em sala de espera de sintomáticos respiratórios.
2. Aguardar consulta médica em sala de espera de atendimento geral.
3. Sala de emergência, se necessário. São sinais de gravidade que devem ser considerados:

- Dispnéia importante ou desconforto respiratório visível;
- Taquipnéia (FR > 30);
- Saturação de O2 menor do que 90% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.
- Rebaixamento de nível de consciência.
- Hipotensão (pele fria, sudorese, pulso fino, lentidão de enchimento capilar).

- EM CRIANÇAS: Além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal e desidratação.

Recomenda-se solicitar radiografia de tórax em todos os pacientes com suspeita de pneumonia. A dependender da avaliação clínica, tomografia de tórax poderá ser solicitada.

**ESTRATIFICAÇÃO**

Inicialmente, é imprescindível elencar as características clínicas dos pacientes que procuram os serviços de saúde. É necessário estabelecer grupos de gravidade, com critérios que permitam direcionar adequadamente o paciente, otimizando a utilização de leitos e evitando a superlotação hospitalar e o aumento da propagação da infecção. Os paciente que necessitam de internação devem ser direcionados para hospitais designados com condições efetivas de isolamento e proteção.

No atendimento inicial, os pacientes devem ser estratificados de acordo com sintomas respiratórios relacionados ao trato respiratório superior ou inferior e fatores de risco para a COVID-19. Estratificar todo paciente no primeiro atendimento de acordo com:

1) Sintomas Respiratórios de trato respiratório superior -> Tosse, coriza, dor de garganta com ou sem febre.

2) Sintomas Respiratórios de trato respiratório inferior -> Dispnéia com SatO2 < 95% e/ou FR > 22.

3) Fatores de risco para complicações clínicas -> Idade ≥ 65 anos, Presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular,

doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer) e uso de corticoide ou imunossupressores.

Considerando-se os tópicos citados acima, dividimos os pacientes em 4 grupos:

**Grupo A:** Paciente sem fatores de risco e com sintomas de trato respiratório superior.
**Grupo B:** Paciente com fatores de risco e sintomas de trato respiratório superior.
**Grupo C:** Paciente sem fatores de risco com sintomas de trato respiratório inferior.
**Grupo D:** Paciente com fatores de risco e sintomas de trato respiratório inferior.

Pacientes do grupo **C** e **D** devem ser atendidos na sala de emergência se sinais de instabilidade (Dispnéia importante ou desconforto respiratório visível, Taquipnéia (FR > 30), Saturação de O2 menor do que 90% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto, Rebaixamento de nível de consciência, Hipotensão)

Recomenda-se também a realização de radiografia de tórax em todos os pacientes dos grupos **C** e **D.**

**CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA:**

- Dispnéia.
- Sat O2 entre 90% e 94%_em ar ambiente.
- Presença de Freqüência respiratória entre 22 e 28.
- Desidratação
- Alteração do nível de consciência.
- Acometimento pulmonar extenso no exame de imagem.

**CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO EM UTI:**

- Rebaixamento do nível de consciência.
- Frequência respiratória acima de 28 persistente (mesmo com suporte vintilatório).
- Dispnéia com esforço respiratório (Cianose, tiragem intercostal/subcostal, retração de furcula esternal, batimento de asa do nariz.)
- Hipotensão - PAM < 65 mmhg ou PAS < 90mmhg - (pele fria, sudorese, pulso fino, lentidão de enchimento capilar).
- Sat O2 entre abaixo de 90%_em ar ambiente.
- Necessidade de oxigênio suplementar acima de 5L/min para saturação acima de 94%.

• Insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânicainvasiva.

**TRATAMENTO:**

Até o mes de janeiro de 2021, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) portou-se como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária com propósito de identificação de casos suspeitos, tratamento sintomático de pacientes leves e estabilização e transferência de pacientes moderados / graves.

Com o agravamento da pandemia e a escacez de leitos hospitalares, principalmente leitos de UTI, vivenciados a partir de fevereiro de 2021, a UPA 24h e demais unidades sentinelas passaram a portar-se como unidades de atendimento, estabilização e tratamento de pacientes leves, moderados e graves, tendo que ser montada uma UTI dentro da UPA 24h.

**Suporte Ventilatório:**

Pacientes com aumento da frequência respiratória (>22 incursões respiratórias por minuto), hipoxemia, saturação de oxigênio $\leq$ 95% em ar ambiente, devem receber oxigênio nasal de baixo fluxo (cateter nasal até no máximo 6 litros/minuto – com máscara cirurgica sobreposta ao cateter).

Se esses pacientes evoluírem com necessidade de O2 via cateter nasal maior que 6 litros/minuto para manter SatO2 $\geq$ 95% e/ou apresentarem freqüência respiratória > 28 incursões respiratórias por minuto, deverão ser preferencialmente intubados e ventilados mecanicamente.

A depender dos recursos disponíveis (quantidade de pacientes graves, leitos e respiradores disponíveis) poderá ser usado máscara com reservatório, desde que o paciente esteja isolado ou em local que contenham apenas pacintes confirmados para COVID-19, tendo a equipe especial atenção em cuidados para evitar contaminação por aerosois.

Pacientes que necessitem de máscara com reservatório a mais de 8l/min de O2 e apresentem frequencia respiratóra acima de 25 devem utilizar o capacete tipo ELMO ou BRIC. Caso gasometria esteja disponível, também é indicação para uso dos capacetes: PaCO2 entre 30 e 45mmHg e PaO2/FiO2 abaixo de 250 e acima de 120.

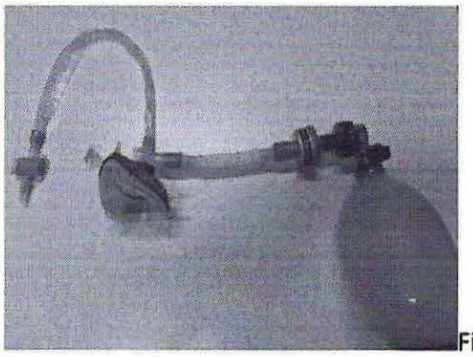
Máscara com reservatório de oxigênio deve ser usadas para se obter a melhor oxigenação antes da intubação. O paciente deverá ser mantido com fluxo de oxigênio o mais baixo possível para manter SpO2 maior que 93% e a intubação deverá ser realizada com seqüência rápida de intubação.

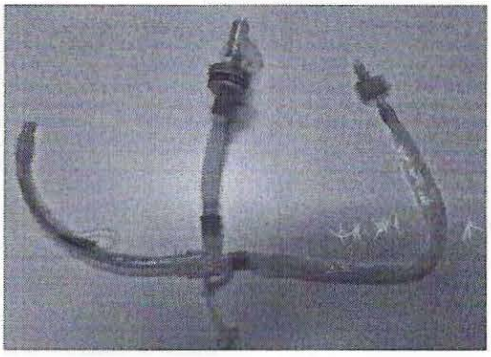
Deve-se evitar ventilação assistida com o dispositivo de Bolsa-Válvula-Máscara (AMBU) ou o uso de dispositivos supraglóticos (mascara laríngea), pelo potencial de aerossolização e contaminação dos profissionais.

O dispositivo de Bolsa-Válvula-Máscara (AMBU) poderá ser usado para fornecimento de fluxo de oxigênio pré-intubação (Manter apenas fluxo – não "ambuzar"). Nesse caso, deve- se manter o AMBU ligado a rede de oxigênio de 5 a 7L/min, com Filtro HME conectado no dispositivo, com espaçador conectado no filtro, com sistema fechado de aspiação conectado ao

espaçador e por fim, com o sistema fechado de aspiração conectado a máscara. (imagem 1)

Após a intubação, o filtro HME será desconectado do AMBU e deverá ser conectado à peça Y do circuito do ventilador mecânico e a máscara deverá ser desconectada, devendo-se conectador o sistema fechado de aspiração ao tubo do paciente. (imagem 2)


Fig 1


Fig 2

**Intubação:**

1) Todos os profissionais da sala devem estar usando EPI adequado (máscaras N95/PFF2, luvas, proteção ocular e avental impermeável ou capote)

2) O procedimento deve usar uma técnica de intubação de sequência rápida para otimizar o sucesso da primeira tentativa.

3)Todo o equipamento e medicamentos necessários devem estar disponíveis na sala no momento da tentativa de intubação.

4)O número de pessoas na sala no momento da intubação deve ser minimizado apenas para membros essenciais da equipe.

5) Uma vez feita a intubação, é obigatório o uso do filtro HME e do sistema fechado de aspiração entre o tubo orotraqueal e o ventilador .

6) Os médicos devem considerar fortemente o pneumotórax em qualquer paciente ventilado com deterioração respiratória súbita.

7) Uso de pinças retas fortes é importante para clampear o tubo quando houver necessidade de mudança de circuitos/ventiladores, com o objetivo de minimizar a aerossolização. Pelo mesmo motivo, deve-se considerar a conexão direta ao ventilador de transporte.

8) A preferência pelo uso de materiais de transporte é para sempre lembrar a necessidade do transporte rápido ao destino definitivo do caso, além de evitar a contaminação de outros materiais, deixando o setor pronto para receber outros pacientes.

**Seqüência rápida de intubação:**

- Preconiza-se a Seqüência rápida de intubação com garantia do bloqueio neuromuscular com succinilcolina 1mg/kg para facilitar a intubação e evitar tosse do paciente durante o procedimento.
- Fentanil 50-100 mcg endovenoso.
- Etomidato 0,3 mg/kg em 30 –60 segundos e 3 minutos após infusão dofentanil.
- Disponibilizar vasopressores e cristaloides pelo risco de hipotensão após a intubação, além de questões logísticas de impossibilidade de busca rápida de material, tendo em vista as precauções de contaminação. A epinefrina e a norepinefrina podem ser utilizadas com segurança em veias periféricas quando diluídas, por um período limitado detempo. Esquema de diluição sugerido: Noradrenalina: – 4 ampolas (16ml) em 234 ml de SG 5% = 64mcg/ml. Iniciar a 10ml/h e controlar conforme necessário.
- Fentanil e Midazolam podem ser utilizados para a sedação e analgesia imediatas após intubação traqueal, porém é importante lembrar do seu potencial de bradicardia e hipotensão.
- O paciente deve ser conectado ao ventilador com uso do filtro HME e do sistema fechado de aspiração entre o tubo orotraqueal e o ventilador.

**Parâmetros da Ventilação Mecânica Protetora:**

A ventilação mecânica invasiva protetora poderá ser iniciada no modo volume ou pressão controlada (VCV ou PCV) com volume corrente entre 4 e 6 ml/kg de peso predito. A Pressão de Pico não deve ultrapassar 40cmH2O e pressão de platô deve ser preferencialmente menor que 30 cmH2O, com pressão de distensão ou driving pressure (= Pressão de platô menos a PEEP) menor que 15 cmH2O.

O ajuste da PEEP ideal permanece ainda não totalmente elucidado. Ajustar a menor PEEP suficiente para manter SpO2 entre 90-95%, com FiO2 < 60%

Em casos de necessidade de FIO2 acima de 60%, utilizar tabela PEEP/FIO2 da ARDSNet para PEEP baixa ("SARA LEVE").

**Tabela 1** - PEEP versus $FiO_2$ para encontro da melhor PEEP, em situações de SDRA leve

| $FiO_2$ | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 1.0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PEEP | 5 | 5 | 8 | 8 | 10 | 10 | 10 | 12 | 14 | 14 | 14 | 16 | 18 | 18↔24 |

Adaptado de: Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. N Engl J Med. 2000;342(18):1301-8.
$FiO_2$ - fração inspirada de oxigênio; PEEP - pressão expiratória final positiva.

**Fig 1 - Tabela do ARDSnet proposta para usar nos pacientes com COVID19**

A frequência respiratória deverá ser estabelecida entre 20 e 35 respirações por minuto. Após ajustados os parametros iniciais citados acima, manter um Volume/minuto entre 7 e 10 litros por minuto.

Após a intubação e o manejo inicial do ventilador mecânico, deve-se solicitar gasometria arterial. Deve-se estabelecer uma FR para manter PaCO2 entre 35 e 50 mmHg. Nos casos de

PaO2/FIO2 menores que 150, já com PEEP adequada pela tabela PEEP/FIO2, sugere-se utilizar ventilação protetora colocando o paciente em posição prona por no mínimo 16 horas.

**Tratamento Medicamentoso:**

O tratamento medicamentoso para a COVID-19 segue sendo motivo de discussões entre o meio médico. Apesar de não haver consenso ou tratamento específico para a doença, alguns medicamentos vem mostrando resultados positivos em estudos, mesmo que fracos, como adjuvantes no tratamento da doença. Dentre os medicamentos que podem ser utilizados, temos as seguintes opções disponível na famácia municipal:

1. Azitromicina 500mg – Utilizada na dose de 1 comprimido VO 1x/dia por 5 dias.
2. Ivermectina 6mg – Utilizada na dose de 1 comprimido a cada 30kg por 3 dias.
3. Colchicina 0,5 mg – Utilizado na dose de 1 cp VO de 12/12 horas por 3 dias e depois 1 cp vo 1x/dia por mais 7 dias.
4. Bromexina Xarope – Utilizada na dose de 5ml VO 6/6 horas.
5. Prednisona 20mg – Utilizada na dose de 1 cp VO 12/12 horas por 5 dias. Não deve ser iniciada antes do 5º dia de doença (Usada na fase inflamatória).
6. Dexametasona – Disponível na forma de comprimidos e endovenosa. Utilizado usualmente na dose de 6 a 10mg/dia endovenoso nos pacientes com indicação de internação.
7. Clexane 40mg – Utilizada para pacientes com critérios de internação, na dose de 40mg SC 1x/dia. Dose poderá ser ajustada conforme critérios clinicos e laboratoriais.

A prescrição dos medicamentos respeita a autonomia dos profissionais, devendo-se sempre discutir sobre os possíveis riscos e benfícios do tratamento com o paciente.

**TRANSFERÊNCIA:**

As disposições sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes são normatizadas pela resolução CFM nº 1.672/2003, devendo seus artigos serem cumpridos por todos os médicos da unidade. Vale ressaltar, que a responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. Quando a transferência for realizada por ambulância avançada do SAMU, a responsabilidade é do médico da ambulância, desde o inicio do deslocamento até a chegada ao destino e recepção por outro médico.

É de fundamental importância que o médico emergencista da UPA realize a estabilização do paciente antes do início do transporte, incluindo avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

Cumpre ao médico emergencista avaliar o risco do paciente e a necessidade de acompanhamento médico e de equipe de enfermagem ou da solicitação de suporte do SAMU para casos graves que não sejam possíveis as transferências com ambulância da UPA.

Deve haver comunicação com a referência de TODO paciente com quadro respiratório e indicação de internação hospitalar. Casos graves, com critérios de internação em UTI, devem ser sempre transportados via SAMU, após regulação da central de leitos.

Todo paciente transportado da UPA para os hospitais com equipe e ambulância própria, deve ser transportado coberto com lençol (cobrindo principalmente mãos) e usando máscara cirúrgica, mesmo se sobreposta ao cateter nasal.

**Felipe Balem Borges da Silva**
**CRM 31992**

Diretor Técnico UPA 24H
Município de Pato Branco