



INSTRUTIVO DE ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO CLÍNICO DA SÍNDROME GRIPAL/COVID-19 NOS IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.

12/08/2020

Considerando a epidemia da COVID-19 e a alta vulnerabilidade dos idosos institucionalizados, com maior risco de complicações e óbito pela infecção pelo SARS-CoV2, foi elaborado este instrutivo para o manejo clínico dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e estabelecimento de critérios para isolamento e avaliação criteriosa para internação hospitalar.

Os profissionais de saúde devem seguir o documento '**INSTRUTIVO DE ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL/ COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE' (SMS Contagem-2020)** adotando as particularidades em relação ao idoso residente em Instituições de Longa Permanência (ILPI's) de acordo com a **Nota Informativa 001/20 "ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DURANTE O ESTADO DE EMERGÊNCIA – COVID 19.**

Faz-se importante, além da prevenção, formas de Manejo Clínico da COVID-19 nessas instituições. Neste instrutivo buscamos ampliar o que temos encontrado nos materiais disponíveis, trazendo recomendações práticas para o manejo clínico da COVID-19 em ILPI que incluem:

- 1- Identificação de casos suspeitos de COVID-19 e Particularidades da avaliação nos idosos;**
- 2- Sinais e Sintomas de gravidade no idoso;**
- 3- Manejo Clínico dos idosos residentes em ILPIs suspeitos de COVID-19;**
- 4- Orientação para realização de Testagem nas ILPIs;**
- 5- Orientações para monitoramento e acompanhamento dos idosos nas ILPIs;**

1. IDENTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 E PARTICULARIDADES NOS IDOSOS

A COVID-19 apresenta um espectro clínico variando de: infecções assintomáticas; Síndrome Gripal (SG) com apresentação leve (febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos), sendo que em alguns casos a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes; formas graves da doença como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que pode evoluir para doença crítica com falência respiratória, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos.

ATENÇÃO: FEBRE - Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada. Alerta-se que a febre pode não estar presente em pacientes idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

- **Taquipneia:** é sinal precoce de infecção respiratória em idosos (FR > 24 rpm);
- **Febre:** pode estar ausente ou presença de hipotermia.
- **Sintomas gastrointestinais:** vômitos e diarreia podem estar presentes.
- **Anosmia:** atenção a possível ocorrência de anosmia considerando a maior propensão a déficit sensorial em idosos;
- **Delirium ou confusão mental:** em vigência de infecções é um sintoma frequente que muitas vezes é confundido como senilidade.
- **Crises epilépticas:** em pessoas com menor reserva cerebral como idosos com atrofia cerebral importante.
- **Mudança repentina no estado clínico funcional:** muitos idosos de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) têm demência, histórico de AVC ou outros problemas de saúde que podem mascarar as manifestações da infecção por COVID-19. Assim, qualquer mudança significativa no estado clínico-funcional em relação à linha de base desses idosos sem explicações imediatas deve ser considerada como alerta.
- **Descompensação de doenças de base:** idosos com doenças crônicas devem ser monitorados para que permaneçam compensados, devendo ser considerados prioritários para avaliação clínica imediata;
- **SINAIS DE ALERTA (AGRAVAMENTO) no idoso:** síncope, confusão mental aguda, presença de delirium hipo ou hiperativo, agitação, sonolência excessiva, irritabilidade, prostração, desconforto respiratório, deterioração da marcha (dificuldade em deambular), quedas, ingestão alimentar diminuída, disfagia, incontinência.

É fundamental a avaliação do grau de fragilidade para reconhecimento do grupo de idosos com maior risco de complicação da COVID-19 na ILPI.

A equipe deve verificar se cada idoso residente foi classificado em relação à vulnerabilidade clínica funcional. (ANEXO 2- AVALIAÇÃO DO GRAU DE FRAGILIDADE DO IDOSO).

2- SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE PARA SÍNDROME GRIPAL NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Dada a letalidade mais elevada da COVID-19 entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais), deve-se priorizá-los para atendimento, considerando além dos sintomas respiratórios, os sinais e sintomas de gravidade.

SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE NO IDOSO	
SINTOMA	DESCRIPTIVO
Déficit no sistema respiratório (a presença de um descritivo é indicativo de déficit)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de ar ou dificuldade para respirar; • Ronco, retração sub/intercostal severa; • Cianose central; • Saturação por oximetria de pulso <93% em ar ambiente (ou, em pacientes com hipóxia crônica uma redução >de 3% do nível basal de saturação); • Taquipneia ≥ 30irpm (Em idosos ficar alerta para FR > 24);

Déficit no sistema cardiovascular (a presença de um descritivo é indicativo de déficit)	<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); • Diminuição do pulso periférico.
Alerta adicionais (a presença de um descritivo é indicativo de déficit)	<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.

Fonte: (ADAPTADO DE Ministério da Saúde, 2020 (7); ILPI- Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI(6); ANVISA Nº 07/2020 (12).

ATENÇÃO: verificar registros de medidas prévias dos níveis basais de saturação por oximetria de pulso do idoso residente na ILPI, para uma análise mais adequada da saturação aferida na avaliação, já que alguns idosos têm parâmetros basais mais baixos, sem, contudo, indicar piora do quadro.

IMPORTANTE: na presença de suspeita da infecção pelo coronavírus sem sinais de alerta ou sinais e sintomas de gravidade, deve-se **EVITAR** encaminhar o idoso para atendimento de urgência (pronto socorro, UPAs, etc), onde o risco de contaminação é elevado e o acolhimento do paciente será conturbado neste momento.

3- MANEJO CLÍNICO DOS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI SUSPEITOS DE COVID-19

Seguir: “ *INSTRUTIVO DE ORIENTAÇÕES SOBRE MANEJO DA SÍNDROME GRIPAL/ COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*” (SMS Contagem- 2020)

O Manejo Clínico dos idosos nas ILPIs deve seguir as seguintes etapas:

1. Escuta ativa e acolhimento do paciente, cuidador e/ou familiar.
2. Anamnese e exame físico completo.
3. Estratificar gravidade da doença;
4. Avaliação clínico-funcional do idoso até 2 semanas antes do início dos sintomas (a idade não deve ser utilizada como parâmetro principal para a decisão clínica).

TABELA 1 - Estratificação da gravidade e conduta em idosos residentes em ILPI

QUADRO CLÍNICO	CASOS LEVES	CASOS MODERADOS/ GRAVES
	<p>SÍNDROME GRIPAL (SG) COM SINTOMAS LEVES (SEM SINAIS DE ALERTA) E AUSÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE E AUSÊNCIA DE COMORBIDADES DESCOMPENSADAS</p>	<p>SÍNDROME GRIPAL (SG) COM SINAIS DE ALERTA OU SINAIS DE ALERTA (MESMO NA AUSÊNCIA DE CRITÉRIOS PARA SG) OU SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDADE OU PRESENÇA DE COMORBIDADES DESCOMPENSADAS</p>
	<p>*Ver o item: ORIENTAÇÃO PARA MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS NAS ILPIs -Isolamento social do idoso suspeito ou confirmado para</p>	<p>- Medidas iniciais de suporte para estabilização clínica com estabilização ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo O2 com cateter nasal e administração de solução fisiológica endovenosa. Encaminhamento a URGÊNCIA via SAMU. Preencher FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA-ANEXO 1.</p>

<p>MANEJO CLÍNICO</p>	<p>COVID-19(14 dias e 72 horas assintomático) e seus contactantes por 14 dias.</p> <p>-Notificar em formulário on-line do MS: https://notifica.saude.gov.br/</p> <p>- Acionar o SAD para coleta de RT-PCR para SARS-CoV-2 no Telefone: 31981535 ou através do site tanto do idoso sintomático quanto nos contactantes (idosos residentes no mesmo quarto e cuidadores deste caso).</p> <p>-Monitoramento intensivo dos contactantes do caso fonte.</p> <p>- Inserir idoso no FORMULÁRIO DE ACESSO (unidade: ILPI) para TELEMONITORAMENTO</p> <p><u>IDOSO FRÁGIL</u></p> <p>- O monitoramento deve ser intensificado pela ESF e pela ILPI para a identificação precoce de deterioração clínica e funcional. A família e/ou responsável pelo idoso devem estar cientes de todo o quadro do mesmo.</p>	<p>-Isolamento social dos idosos contactantes do caso fonte, por 14 dias.</p> <p>-No retorno do Idoso da Urgência /Internação orientar o isolamento até completar 14 dias da data de início dos sintomas e 72 horas assintomático.</p> <p>-Pacientes com COVID-19 confirmada que tenham tido quadro grave/crítico, egressos de internação OU gravemente imunossuprimidos**<i>orientar isolamento de pelo menos 20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos)</i> E melhora dos sintomas.</p> <p>- Inserir idoso no FORMULÁRIO DE ACESSO (unidade: ILPI) para TELEMONITORAMENTO</p> <p>-Monitoramento intensivo dos contactantes do caso fonte.</p> <p><u>IDOSO FRÁGIL</u></p> <p>- O monitoramento deve ser intensificado pela equipe de saúde para a identificação precoce de deterioração clínica e funcional.</p> <p>-Após o retorno do idoso encaminhado à urgência/internação caso seja de alto grau de fragilidade, com baixo potencial de reversibilidade clínica e sem indicação de tratamentos invasivos, considerar a hipótese de tratamento paliativo na ILPI (caso a mesma tenha condições para tal) com o apoio 'SAD Cuidado Paliativo'. A família e/ou responsável pelo idoso devem estar cientes de todo o quadro do mesmo.</p>
------------------------------	---	--

****IMUNOSSUPRESSÃO SEVERA:** pacientes oncológicos em quimioterapia; pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ <200; Imunodeficiência primária; uso de corticoides por mais de 14 dias em dose superior a 20mg de prednisona ou equivalente; outras situações clínicas, a critério da CCIH do serviço de saúde.

4- ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA TESTAGEM NAS ILPIs

O rastreamento laboratorial nas ILPI permitirá a adoção de medidas restritivas para quebrar o ciclo de transmissão local do SARS-CoV-2, como o afastamento de trabalhadores e o isolamento rigoroso dos residentes. Nas ILPIs devem ser testados com RT-PCR para SARS-CoV-2:

- Idosos sintomáticos (considerar sintomas típicos da COVID-19 e atípicos no idoso).
- Idosos contactantes (residentes no mesmo quarto ou que tenham contato direto por mais de 15 minutos do caso fonte).
- Colaboradores da ILPI responsáveis pelo cuidado do caso fonte.
- Óbitos suspeitos ocorridos na ILPI.

Idosos submetidos à realização de Teste Rápido para detecção de anticorpos, com Resultado 'Positivo' devem ser testados com RT-PCR (ser conduzidos como caso positivo para COVID-19).

As solicitações para a coleta de swab devem ser realizadas pelo médico da equipe e informado ao Distrito Sanitário para que se faça o cadastro no SAD para que se proceda a coleta.

Colaboradores com RT-PCR positivo para o novo coronavírus devem ser comunicados do resultado do exame, ficando o Distrito Sanitário responsável por articular atendimento médico caso eles sejam residentes em Contagem.

5- ORIENTAÇÃO PARA MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS IDOSOS NAS ILPI

A. ACOMPANHAMENTO PELA ILPI

As ILPI devem realizar o acompanhamento diário dos idosos institucionalizados para que, em caso de qualquer manifestação de alteração, seja possível abordagem rápida e segura:

- I. Idosos residentes na ILPI devem ser monitorados quanto a presença de sinais e sintomas da infecção por COVID-19 por tempo integral (pelo menos 3 vezes ao dia) e se identificado algum caso suspeito, a ILPI deve realizar o isolamento do idoso (de preferência manter o idoso suspeito/confirmado no mesmo quarto, transferindo os contactantes para outro quarto) e monitoramento dos contactantes (residentes do mesmo quarto do caso fonte). O período de início e término do isolamento de cada idoso deverá ser entregue por escrito ao dirigente da instituição para melhor controle deste;
- II. acionar imediatamente a equipe da UBS de referência e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) se após as 17:00, finais de semana e feriados).
- III. A ILPI deve manter disponíveis e organizados os registros (prontuários, exames, etc) de cada idoso residente);
- IV. O dirigente da ILPI deverá manter os familiares informados sobre a condição clínica do idoso.
- V. Para identificação rápida da deterioração clínica dos idosos residentes com sintomas da infecção por COVID-19 ou diagnosticados com a doença, instituir rotina de monitoramento dos sintomas, sinais vitais e níveis de saturação de oxigênio (via oxímetria de pulso) por no mínimo, 3 vezes ao dia.
- VI. Fazer contato com o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) para encaminhamento do idoso ao serviço de urgência e realizar comunicação imediata com a Unidade Básica de Saúde de Referência ou SAD (se após as 17:00, finais de semana e feriados) em caso de:
 - pelo menos 1 sinal ou sintoma de gravidade para síndrome gripal;
 - em caso de óbito de idoso na ILPI independente da causa.

OBS: Em caso do idoso ter recebido atendimento de urgência por modalidade de assistência domiciliar vinculada à saúde suplementar (Planos de Saúde Privados) realizar contato com a UBS de referência imediatamente para comunicar o ocorrido.

ATENÇÃO: demais orientações às ILPI estão disponíveis no site da SMS no documento 'CARTILHA DE ORIENTAÇÃO ÀS ILPI DURANTE A COVID-19' e Nota Informativa 001/20 "ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DURANTE O ESTADO DE EMERGÊNCIA – COVID 19".

- **Condutas sobre isolamento de idosos com suspeita de COVID-19**

- I. Manter um trabalhador exclusivo para o atendimento dos residentes com suspeita/confirmação de COVID-19. Neste caso, o trabalhador deve usar máscara cirúrgica durante todo o tempo de serviço. Contudo, para o uso de máscara pelo idoso, deve ser avaliado se o risco supera os benefícios, pois em tempo integral pode ocasionar a não identificação precoce pelo cuidador de comprometimento respiratório em idosos frágeis ou com alguma perda de mobilidade.
- I. Manter em isolamento, por 14 dias em quarto individual de preferência com banheiro os residentes que apresentarem as seguintes situações:
 - a) Residentes recém-admitidos na ILPI;
 - b) Residentes que retornaram de consulta em hospital ou após internação hospitalar, por diagnóstico diferente de COVID-19;
 - c) Idosos que necessitem sair da ILPI por qualquer motivo;
 - d) Residentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 (isolamento de 14 dias a partir do início dos sintomas e 72 horas assintomático). Em caso de residentes assintomáticos com confirmação de COVID-19, isolamento a partir de 14 dias desde a data do primeiro teste RT-PCR positivo;
 - e) Residente com alta hospitalar, por diagnóstico confirmado de COVID-19, quando houver indicação médica (isolamento de 14 dias a partir do início dos sintomas e 72 horas assintomático);
 - f) Contactantes do caso suspeito ou confirmado de COVID-19 (isolamento de 14 dias a partir do início dos sintomas do caso fonte ou 14 dias a partir da data do primeiro teste RT-PCR positivo no caso de caso fonte assintomático).
- II. Manter em isolamento, por 20 dias, (quarto individual, com porta fechada, ventilado e banheiro anexo) os residentes que apresentarem as seguintes situações:
 - a) Residentes com COVID-19 confirmada com alta hospitalar por quadro grave/crítico OU gravemente imunossuprimidos orientar isolamento de pelo menos 20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas.
 - b) Pacientes assintomáticos com COVID-19 confirmada e gravemente suprimidos orientar isolamento por 20 dias desde o primeiro teste RT-PCR em tempo real positivo;
- III. Pacientes que realizam procedimentos de saúde continuamente (hemodiálise, tratamento oncológico, etc.) devem permanecer em quarto isolado;

IMPORTANTE:

Na impossibilidade de isolamento de idosos na própria ILPI deve-se acionar imediatamente o diretor de Distrito Sanitário para a transferência do idoso ao local destinado pelo município. Casos de urgência acionar o SAMU.

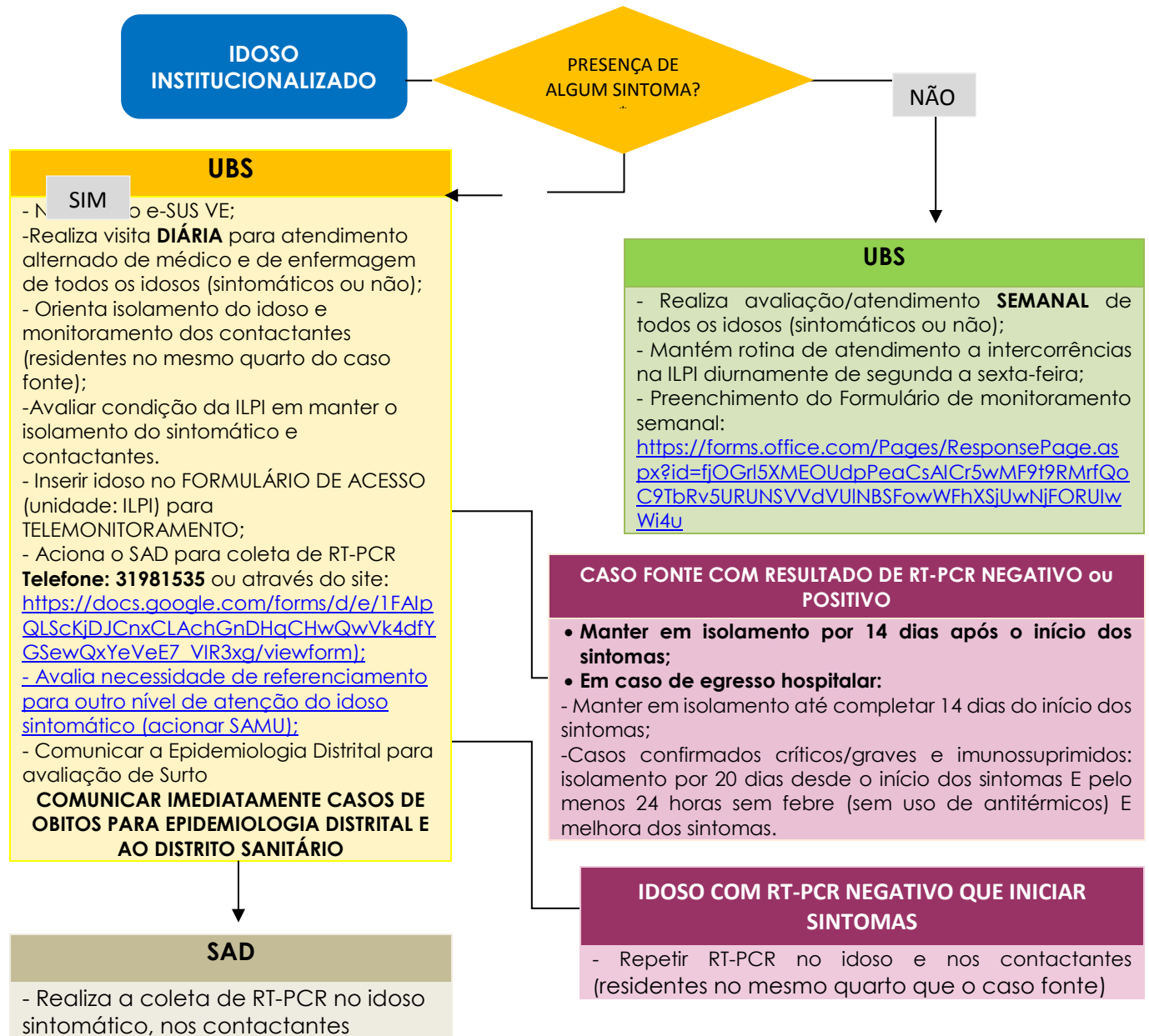
ROTINA DE ACOMPANHAMENTO	AÇÃO
Rotina UBS de referência (se AUSÊNCIA de casos suspeitos ou confirmados COVID-19):	<ul style="list-style-type: none"> Realiza avaliação/atendimento SEMANAL de todos os idosos da ILPI. Mantém rotina de atendimento às intercorrências na ILPI diurnamente de segunda à sexta-feira. Realiza preenchimento do formulário de monitoramento semanal. <p>As orientações às equipes de saúde podem ser consultadas no site da SMS na <i>NOTA INFORMATIVA: ORIENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO DAS ILPIs DURANTE O ESTADO DE EMERGÊNCIA - COVID 19</i></p>
Rotina UBS de referência (na PRESEÇA de casos suspeitos ou confirmados com COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visita DIÁRIA para atendimento de todos os idosos (sintomáticos ou não) alternando visita médica e de enfermagem. Em todas as visitas os profissionais devem se apresentar ao idoso antes de avaliá-lo (muitos idosos apresentam déficit cognitivo), buscando o estabelecimento de uma comunicação efetiva e respeitosa. <u>A avaliação clínica dos idosos, na chegada da equipe à ILPI, deverá ser realizada obedecendo a seguinte ordem como forma de reduzir a disseminação da infecção na ILPI:</u> <ol style="list-style-type: none"> Iniciar pelos idosos mais frágeis e sem suspeita da doença; Avaliar os outros idosos sem suspeita da doença; Avaliar os contactantes do caso fonte; Avaliar os idosos sintomáticos suspeitos; Finalizar com a avaliação dos casos confirmados para COVID-19 <p>OBS: A ordem acima pode ser alterada conforme necessidade clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Caso no dia da visita a equipe de saúde esteja com maior número de profissionais, designar um profissional exclusivo para a avaliação dos casos suspeitos, confirmados e contatos de caso fonte.
<p>O Profissionais que prestam atendimento direto aos idosos devem usar os EPI padronizados, conforme documento 'INSTRUTIVO DE ORIENTAÇÕES E PARAMENTAÇÃO DAS EQUIPES QUE REALIZAREM VISITAS TÉCNICAS ÀS ILPIs', disponível no site da SMS.</p> <p>Os profissionais deverão ter o cuidado de lavar as mãos e trocar as luvas entre as avaliações dos idosos.</p>	

• Avaliação Médica:

- 1- Proceder à anamnese e exame físico completos em cada idoso. (Realizar avaliação de: temperatura, PA, FC, FR, Saturimetria, Ausculta respiratória/Questionar o cuidador quanto o estado clínico-funcional referente a duas semanas anterior à infecção);
- 2- Exames complementares devem ser solicitados a critério clínico (conforme disponibilidade). O RT-PCR para SARS-COV2 deve ser solicitado nos casos suspeitos (assim como para os idosos contactantes residentes no mesmo quarto e colaboradores envolvidos no cuidado do idoso).
- 3- Deve-se evitar propedêutica e terapêutica sem indicação clínica, que possam ter potencial iatrogênico, sempre considerando a avaliação do grau de fragilidade do idoso.
- 4- Uso de sintomáticos quando indicado, para dor e febre: dipirona ou paracetamol. Evitar uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)
- 5- Prescrição de Oseltamivir (influenza), conforme protocolo.
- 6- Na suspeita de infecção bacteriana associada, o uso de antibioticoterapia deve ser considerado.
- 7- Orientação para hidratação oral frequente.

- 8- Avaliar a necessidade de referenciamento para outro nível de atenção do idoso sintomático conforme critérios de gravidade via SAMU.
 - 9- No atendimento a casos moderados a graves deve-se garantir estabilidade ventilatória e hemodinâmica, se necessário fornecendo O2 com cateter nasal e administração de solução fisiológica endovenosa até a chegada do SAMU (**caso disponível no local do atendimento**) e transferência do Idoso para o serviço de urgência.
 - 10- Preencher Formulário de Transferência do idoso para Unidade de Urgência antes de encaminhá-lo (ANEXO 1-FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O IDOSO PRECISAR SER TRANSFERIDO PARA UM SERVIÇO DE URGÊNCIA)
- **Outras orientações importantes:**
- VII. Após a avaliação de cada idoso os equipamentos e utensílios deverão ser desinfetados com álcool a 70% e sempre que possível deverá ser providenciado material exclusivo para os casos suspeitos;
 - VIII. Os profissionais de saúde deverão orientar o dirigente da ILPI sobre a disposição mais adequada dos idosos nos quartos, com base na avaliação clínica, em se tratando de casos suspeitos, confirmados de COVID-19 e contactantes;
 - IX. Orientar o isolamento do idoso (de preferência manter o idoso suspeito/confirmado no mesmo quarto, transferindo os contactantes para outro quarto) e monitoramento dos contactantes (residentes do mesmo quarto do caso fonte). O período de início e término do isolamento de cada idoso deverá ser entregue por escrito ao dirigente da instituição para melhor controle deste;
 - X. Todos os procedimentos e condutas deverão estar registrados em prontuário da pessoa idosa, sendo que 1 cópia deverá ficar arquivada na UBS de referência e outra cópia na ILPI para consulta por outros serviços e profissionais. Caso esteja disponível, o prontuário do idoso na ILPI deverá ser consultado para a avaliação da história clínica pregressa;
 - XI. Em caso de realização de exame de RT-PCR para COVID-19 uma cópia do resultado do exame deve ser anexada ao prontuário do paciente na ILPI e outra arquivada na UBS;
 - XII. Todos os procedimentos realizados no idoso precisam ser discutidos com o mesmo e na incapacidade desta, sua família deverá ser acionada para a tomada de decisão;
 - XIII. Comunicar à Epidemiologia Distrital: casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, casos de SRAG, óbitos em ILPI por qualquer causa;
 - XIV. Fornecer relatório diário das atividades realizadas na instituição para a SMS, assim como da evolução dos idosos e resultados das testagens realizadas.

FLUXOGRAMA DE MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS (ILPI)



OBSERVAÇÃO:

Idoso que necessitar sair da instituição por qualquer motivo: manter o idoso em isolamento até completar 14 dias desde a data de saída.

Mantém a orientação para não admitir novos idosos nas ILPI

Caso a instituição opte por receber novos idosos, os mesmos devem permanecer em isolamento por 14 dias. Separar copos, pratos, talheres e outros itens de uso pessoal para uso exclusivo, lavar roupas de uso pessoal e de cama deste idoso separada dos demais. Manter um cuidador específico para o cuidado exclusivo do novo admitido. Resultado negativo para COVID apresentado no ato da admissão à ILPI não desobriga da necessidade de isolamento por 14 dias.

* **SINTOMAS:** prostração/ sonolência/ irritabilidade/ inapetência/ confusão mental/ perda do olfato/ perda do paladar/ coriza / diarreia/ fadiga/ dor muscular/ alteração da marcha.

ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM
SECRETARIA DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO O IDOSO PRECISAR SER TRANFERIDO PARA UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

NOME DA ILPI: _____

Endereço da ILPI: _____

Telefone e profissional responsável pela ILPI: _____

Nome do familiar e Contato: _____

Há pessoas idosas positivas para COVID-19 na ILPI? SIM ____ Não ____

Houve óbito por COVID-19 na ILPI? SIM ____ Não ____

Tem algum caso suspeito para COVID-19 na ILPI: SIM ____ Não ____

NOME DA PESSOA IDOSA: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Tem doença de base? SIM ____ Não ____

Quais: _____

Quais sintomas apresentados? _____

Quando os sintomas iniciaram? __/__/____ RT-PCR realizado? ____SIM ____Não

DATA DO EXAME: __/__/____ Exame positivo para COVID-19? ____SIM ____Não

Medicação em uso:

Profissional Responsável pelo preenchimento e data: _____

Observação: O resultado do exame RT-PCR deverá acompanhar a pessoa idosa



Secretaria de
Saúde

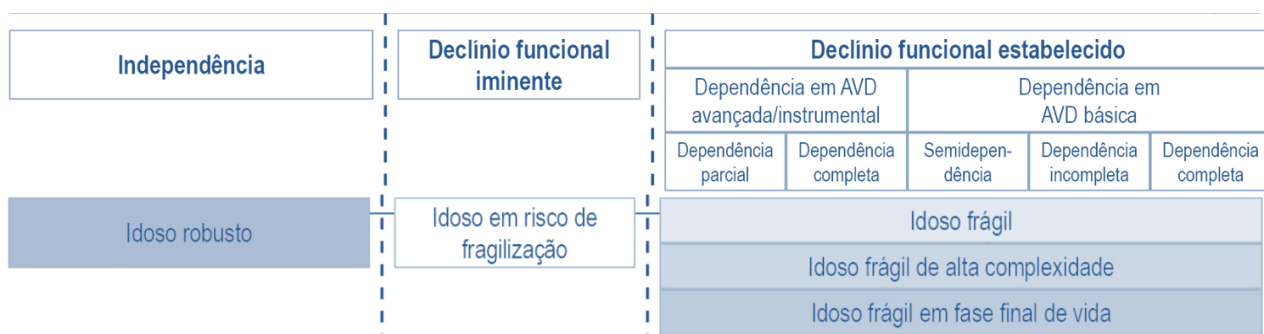
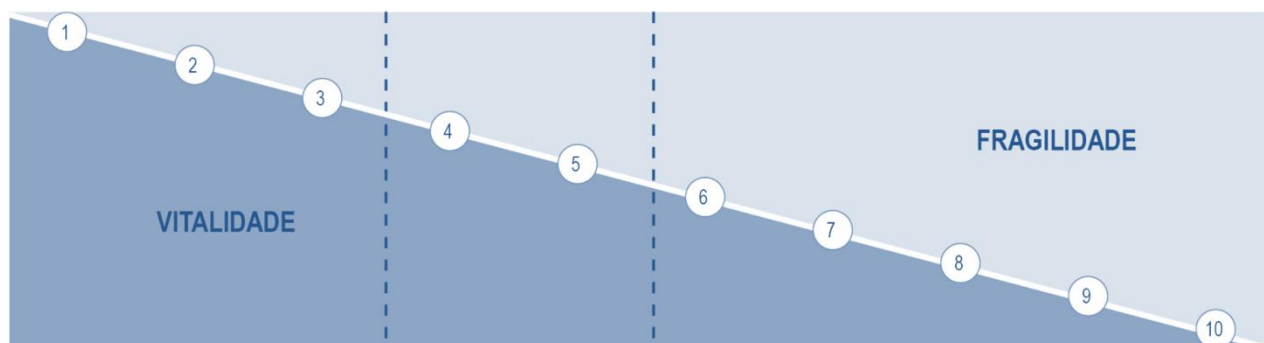


ANEXO 2- AVALIAÇÃO DO GRAU DE FRAGILIDADE DO IDOSO

A infecção pelo coronavírus é um evento agudo que exige uma resposta adequada do organismo, diretamente relacionada à sua reserva homeostática ou capacidade intrínseca. Deve-se considerar a capacidade funcional como principal parâmetro de vitalidade do idoso e a avaliação do grau de fragilidade, pois quanto maior for a presença de condições crônicas de saúde, representadas pelas comorbidades múltiplas, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional, maior é a fragilidade do idoso e maior a chance de desfechos adversos, particularmente, quando acometido condições agudas, como ocorre com a infecção pelo coronavírus.

A definição da classificação clínico funcional é fundamental para a definição das metas terapêuticas e das prioridades. Recomenda-se utilizar a Escala Analógica de Fragilidade (Figura 1), que facilita a estratificação de risco e o prognóstico do paciente. Esta escala se baseia na funcionalidade e complexidade clínica dos idosos e apresenta extremos opostos, que representam o grau máximo e mínimo de vitalidade (capacidade homeostática) e fragilidade (vulnerabilidade). Estes extremos estão ligados por uma linha reta contínua, mas declinante, dividida em 10 estratos clínico funcionais, que variam continuamente, dentro de uma faixa de valores estabelecidos e onde pode ser marcado o ponto em que o idoso se encontra.

Figura 1 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE FRAGILIDADE



COGNIÇÃO			HUMOR/COMPORTAMENTO			MOBILIDADE				COMUNICAÇÃO			
L	M	G	L	M	G	Alcance, preensão e pinça		Marcha, postura e transferência	Capacidade aeróbica e muscular	Continência esficcional anal	Visão	Audição	Fala, voz e deglutição
						Leve		Moderado	Grave		Leve	Moderado	Grave

Os dez estratos ou categorias clínico-funcionais são agrupados em três grandes grupos de idosos:

IDOSO ROBUSTO (1 A 3) - AUSÊNCIA DE DECLÍNIO FUNCIONAL: São idosos que apresentam boa reserva homeostática e, portanto, são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresentam nenhuma incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. **Foco das intervenções:** manutenção da autonomia e independência do indivíduo, através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças, conforme estabelecido em "guidelines" de doenças específicas.

IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO (4 A 5) -DECLÍNIO FUNCIONAL IMINENTE: São idosos capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontram-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de comorbidades múltiplas. **Foco das intervenções:** prevenir o declínio funcional, através da abordagem adequada da polipatologia e polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária.

IDOSO FRÁGIL (6 A 10)-DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO: idoso com declínio funcional estabelecido e algum grau de dependência para gerenciar sua vida, em virtude de incapacidades únicas ou múltiplas, como incapacidade cognitiva (demência, depressão, delirium e doença mental), instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos 6 meses e/ ou dificuldades da marcha caracterizadas por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir sua participação social), imobilidade parcial ou completa, incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo ou incapacidade comunicativa (distúrbios da comunicação oral/ escrita, da audição e da visão, capazes de restringir a participação social do indivíduo).**Foco das intervenções:** manutenção e/ou na recuperação da autonomia e independência do indivíduo, com o estabelecimento de metas terapêuticas individualizadas.

Quadro 3: Subgrupos da Categoria idoso frágil

BAIXA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	EM FASE FINAL DA VIDA
Idoso com alto potencial de melhora funcional: são idosos com maior probabilidade de ganho funcional e/ ou qualidade de vida, beneficiando-se do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado integrado com a APS.	Idoso com baixo potencial de melhora funcional: são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. Este subgrupo deve ser manejado na APS, com apoio da Atenção Especializada Ambulatorial (AAE) em saúde do idoso quando necessário, com o objetivo de evitar a piora funcional	Idoso que apresenta grande dependência funcional e sobrevida estimada menor que 6 meses . Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. Este subgrupo também deve ser manejado na APS, com apoio da AAE em saúde do idoso quando necessário, tendo como foco das intervenções o cuidado paliativo, baseado no conforto do usuário e de seus familiares.

Fonte: Moraes 2020.

Quadro 4: Estratificação Clínico Funcional do Idoso

Grupo	Estrato	Classificação Clínico-Funcional
IDOSO ROBUSTO	Estrato 1	Encontram-se no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as atividades de vida diária avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade
	Estrato 2	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como hipertensão arterial não complicada ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.
	Estrato 3	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes melito, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, osteoporose, fibrilação atrial, depressão, dentre outras.
IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	Estrato 4	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições preditoras de desfechos adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou óbito: presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente).
	Estrato 5	Apresentam condições preditoras de desfechos adversos (como no estrato 4), mas já apresentam declínio funcional em atividades de vida diária avançadas, associadas ao lazer, trabalho ou interação social. Estes idosos ainda são independentes para as atividades de vida diária instrumentais e básicas.
IDOSO FRÁGIL	Estrato 6	Apresentam declínio funcional parcial nas atividades de vida diária instrumentais e são independentes para as atividades de vida diária básicas.
	Estrato 7	Apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
	Estrato 8	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à semi-dependência nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado banhar-se, vestir-se e uso do banheiro.
	Estrato 9	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à dependência incompleta nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada.
	Estrato 10	Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.

Fonte: Moraes 2020.

ANEXO 3 - MEDIDAS DE MINIMIZAÇÃO DO IMPACTO NEGATIVO DO DISTANCIAMENTO SOCIAL SEGUNDO GRAU DE FUNCIONALIDADE DA PESSOA IDOSA

GRAU DE FUNCIONALIDADE	DESCRIÇÃO	ATIVIDADES PROPOSTAS
Grau I (independente)	Idosos que deambulam e/ou com a cognição preservada	- Incentivar um estilo de vida saudável evitando o comportamento sedentário. Incentivar a fazer atividades físicas, como por exemplo: levantar da cadeira/sofá a cada 2 ou 3 horas, Fazer uma caminhada após as refeições (15 minutos) etc. - Fazer alongamento em grupos pequenos no máximo de 4 pessoas mantendo a distância de segurança de pelo menos 1,5m entre os residentes; - Colocar música que tenha alguma identificação com as pessoas idosas institucionalizadas (por exemplo, boleros, músicas de novelas,- Exporsição ao sol por um período mínimo de 1 hora antes das 10h da manhã ou após as 16h; - Estimular a marcha e equilíbrio com pequenas caminhadas dentro da Instituição, fazendo uso de máscaras; - Ler livros; - Garantir rotina e atividades de lazer; - Promover atividades intergeracionais e sociofamiliares mediadas por dispositivos digitais.
Grau II (semidependente)	Cadeirantes e com a cognição preservada	- Grupos de até 4 idosos, mantendo a distância recomendada, com exercícios de forma ativa (auto execução); - Intervenções com estímulos por meio de músicas, cheiros e paladar; - Conversas sobre temas que estimulem memória e cognição; - Leitura de poemas/histórias; - Atividades intergeracionais e sócio-familiares mediadas por dispositivos digitais; - Exercícios respiratórios; - Ludoterapia.
Grau III (dependente)	Restritos ao leito (acamados) e sem a cognição preservada	- Estímulos musicais e olfativos; - simples (eficazes e focados no aumento ventilatório); - Posicionamento no leito que favoreça o trabalho pulmonar com a mudança de decúbito e mobilização dos MMII; quando possível, assentar e levar ao sol. - Protocolo de difusão pulmonar com posicionamento em leito (otimização da respiração).

Fonte: FN-ILPI 2020.

BIBLIOGRAFIA

1. MORAES, E.N.A PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO.Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Serviço de Geriatria do HC-UFMG. Instituto Jenny de Andrade Faria. Março/2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 96 p. : il.
3. Min, L. The Vulnerable Elders-13 Survey Predicts 5-year Functional Decline and Mortality Outcomes Among Older Ambulatory Care Patients. J AmGeriatr Soc. 2009 November ; 57(11): 2070–2076.
4. FRENTE NACIONAL DE FORTALECIMENTO ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS FN-ILPI, uma ação urgente!Brasília, abril de 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 48 p. : il.
6. Cartilha Dia a Dia dos Casos Suspeitos e Confirmados - Manejo Clínico e Controle da COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos é uma publicação digital da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI. Junho/2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 9. Brasília – DF, Maio de 2020.
8. GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE – COES MINAS COVID-19. ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 Nº 06/2020 – 20/07/2020
9. BRASIL. Ministério da Saúde.Orientações para Manejo de Pacientes com COVID 19.Disponível on-line em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/17/Covid19-OrientacoesManejoPacientes.pdf>
10. Moraes, EN.Avaliação Multidimensional do Idoso. 5.ed.Belo Horizonte: Follium, 2016.248 p.il. (Coleção Guia de bolso em Geriatria e Gerontologia,1).
11. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA IDOSA. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.
12. ANVISA- NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020 ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES POR SARS-CoV-2 (COVID-19) DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - 05/08/2020.