

Nota Técnica

COVID-19

Revisão

13

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

13/07/2020

► Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1. Definições | 3 |
| 1.1. Síndrome Gripal (SG) | 3 |
| 1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) | 3 |
| 1.3. Caso Confirmado de Doença por COVID-19 - Critério laboratorial | 3 |
| 1.4. Caso Confirmado de Doença por COVID-19 - Critério clínico-epidemiológico | 4 |
| 1.5. Caso Descartado de Doença por COVID-19 | 4 |
| 1.6. Contato Próximo de Caso Confirmado | 4 |
| 1.7. Contato domiciliar de caso confirmado | 5 |
| 1.8. Transmissão comunitária | 5 |
| 1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada | 5 |
| 1.10. Surto em ambiente hospitalar | 5 |
| 2. Grupos Prioritários para Testagem | 6 |
| 3. Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19 | 8 |
| 4. Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 | 9 |
| 4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade | 10 |
| 4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública | 10 |
| 5. Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19 | 11 |
| 6. Isolamento | 11 |
| 6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19) | 11 |
| 7. Viajantes | 12 |
| 8. Onde Notificar | 12 |
| 8.1. Notificações no e-SUS VE | 12 |
| 9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado | 13 |

| | |
|---|-----------|
| 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados | 14 |
| 11. Atestados Médicos | 14 |
| 12. Óbitos por SRAG | 14 |
| 13. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no contexto da pandemia da COVID-19 | 15 |
| 13.1. Caso confirmado de COVID-19 | 15 |
| 13.2. Caso suspeito de COVID-19 | 15 |
| 13.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte | 15 |
| 14. Medidas Importantes | 16 |
| 15. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul | 17 |

A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, seguindo as novas recomendações do Ministério da Saúde publicadas no dia 24/06/2020, preconiza:

► 1. Definições

1.1. Síndrome Gripal (SG)

Indivíduo 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.

***Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente.**

- 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 síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

1.2. 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.

1.3. Caso Confirmado de Doença por COVID-19 - Critério laboratorial

Caso suspeito de SG ou SRAG com teste de:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV-2):
 - Doença pelo Coronavírus 2019: com resultado detectável para SARS-CoV-2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.

- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV-2): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada após o sétimo dia de início dos sintomas.

1.4. Caso Confirmado de Doença por COVID-19 - 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 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

1.5. Caso Descartado de Doença por COVID-19

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-COV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real, considerando a oportunidade da coleta OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico).

1.6. Contato Próximo de Caso Confirmado

- Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos com caso confirmado);
- Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI.

NOTA: A realização de testagem de contatos laborais com casos confirmados de covid-19 só será indicada para aqueles indivíduos que se enquadrem em algum dos itens acima e **apresentem Síndrome Gripal**, a fim de evitar transtornos administrativos e operacionais para realização da testagem, afastamentos laborais desnecessários, desperdícios com a utilização de testes sem critérios mínimos para sua aplicação, os quais poderiam ser empregados em situações apropriadas, bem como, impedir a geração de uma falsa sensação de segurança nos testados, os quais seriam submetidos a um procedimento sem qualquer indicação técnica.

1.7. Contato domiciliar de caso confirmado

Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

1.8. Transmissão comunitária

Define-se como TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA a ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado que pertença a uma cadeia de transmissão conhecida.

1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada

Surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou óbitos confirmados para COVID-19, observando-se as datas de início dos sintomas.(ALDEIAS, EMPRESAS, ORGANIZAÇÕES, PRESÍDIOS, INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA OU CONVIVÊNCIA, ETC).

1.10. Surto em ambiente hospitalar

Ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos confirmados para COVID-19 vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão. (Fonte: TEXTO ADAPTADO DO GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19”. (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.
- Contatos assintomáticos próximos e/ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 7 dias, realizar Teste Rápido (a partir do 8º dia de exposição ao caso confirmado).

► 2. Grupos Prioritários para Testagem

Os testes rápidos do Ministério da Saúde distribuídos aos Estados e disponibilizados aos municípios, recomenda-se uso nos seguintes grupos prioritários:

- Profissionais de saúde em atividade;
- Profissionais de segurança pública em atividade;
- Pessoa com diagnóstico de Síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou Segurança em atividade;
- Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- Portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartos, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão por qualquer causa; doença renal crônica em estágio avançado (grau 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico, gestação de alto risco.
- Grupos de interesse para saúde pública: crianças menores de 2 anos, indígenas, gestantes e puérperas.
- Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- População privada de liberdade;
- Contatos de casos confirmados de COVID-19;

- Casos que após triagem via disque-covid sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU Covid (em CAMPO GRANDE, DOURADOS, TRÊS LAGOAS E CORUMBÁ) para realização de coleta de amostra.
- E demais casos de SG suspeitos de COVID-19, submetidos a testagem rápida ou outras metodologias por serviços públicos ou privados.

PRIORIZAÇÃO DE COLETAS: Recomendamos que priorizem coletas de **GESTANTES e PUÉRPERAS – contatos de casos confirmados.**

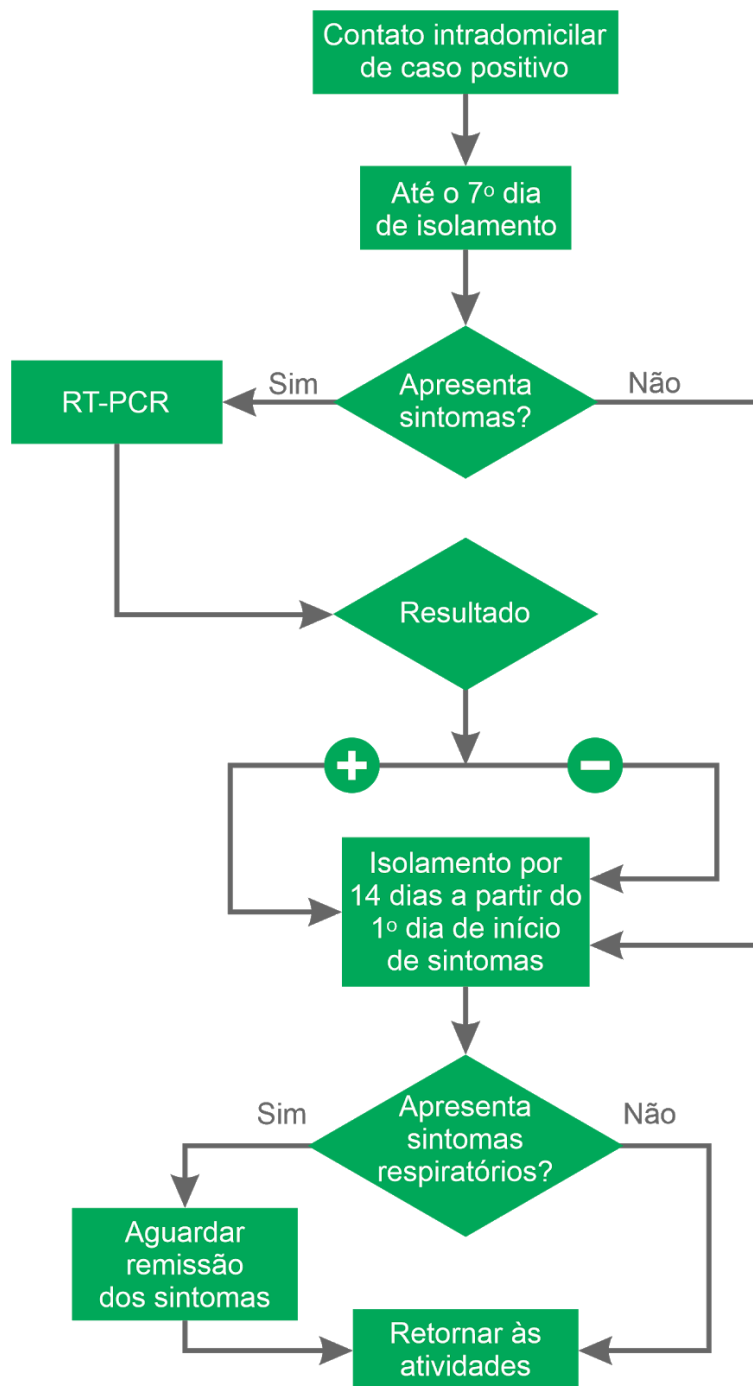
Estes, Síndrome Gripal que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 7 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19”. (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 7 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.

► 3. Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19

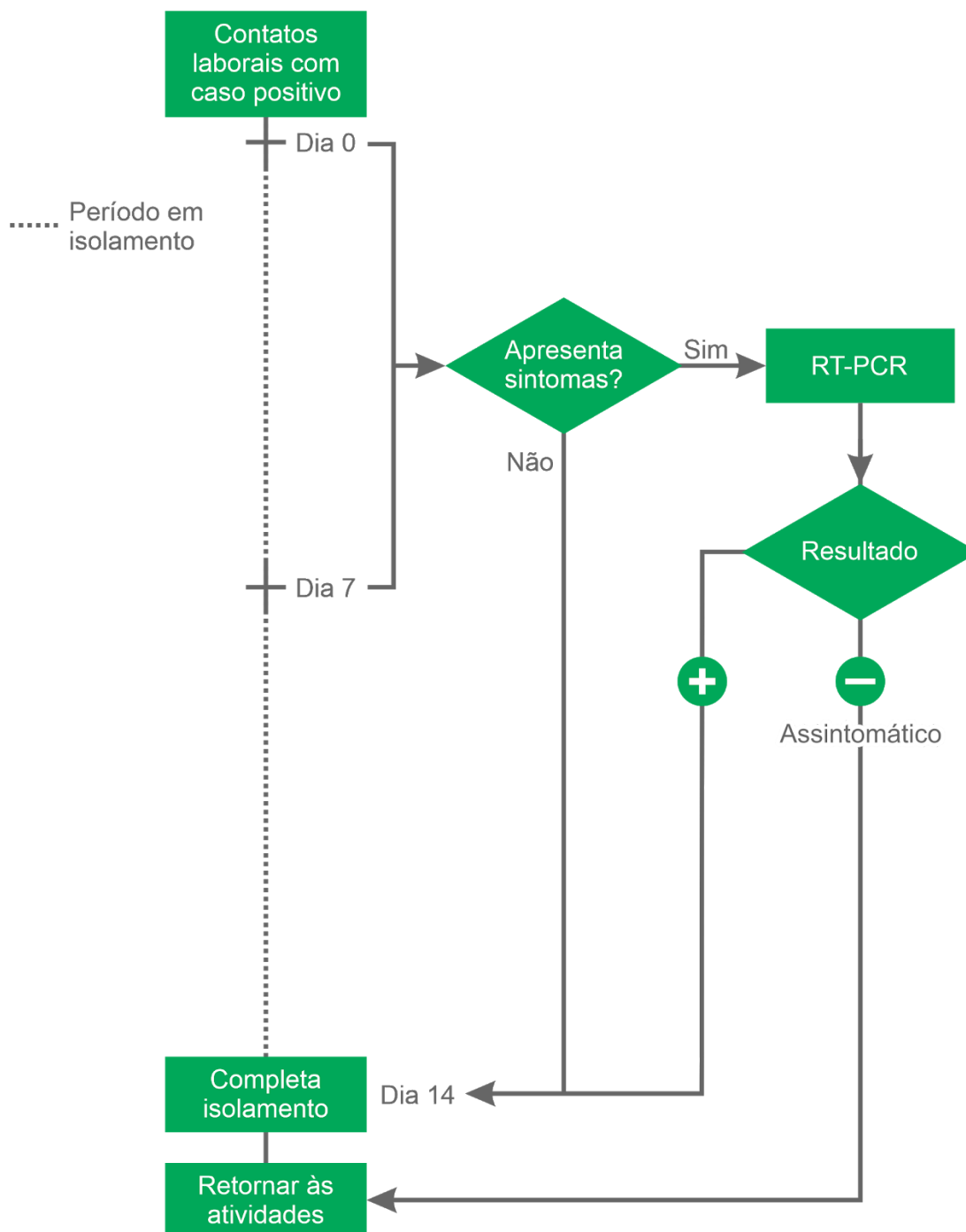
Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.

► 4. Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Está indicada testagem de contatos laborais de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.

4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade

- Profissionais de saúde e segurança pública: mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal;
- Pessoa com diagnóstico de Síndrome Gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança em atividade: mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal.

4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública

Caso o resultado do teste seja negativo, os profissionais de saúde e segurança ficam aptos a retornar imediatamente ao trabalho, **se estiverem assintomáticos**. Um resultado positivo determina afastamento de 14 dias, após o início dos sintomas. A mesma recomendação vale para o teste da pessoa com síndrome gripal que reside no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança. Se o teste for positivo, o profissional contato deverá realizar 14 dias de isolamento domiciliar. Se for negativo e assintomático, poderá retornar ao trabalho.

Sobre os Fluxos de Testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19

Em caso de impossibilidade de afastamento dos contatos próximos laborais de casos confirmados nos serviços de saúde e segurança pública, a fim de evitar a interrupção de serviços essenciais, isola-se apenas o caso confirmado e seus contatos sintomáticos.

Os demais funcionários assintomáticos, passarão a ser monitorados pela sua chefia imediata, pelo período de 7 dias e apresentando sintomas dentro deste período, também deverão ser afastados.

Em ambos os casos o uso de máscara, álcool gel e demais recomendações do Ministério da Saúde devem ser intensificados em seu ambiente laboral e domiciliar.

► 5. Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19

Está indicada 2ª coleta para PCR – Biologia Molecular, de pacientes confirmados para COVID-19, hospitalizados, com internação prolongada por outras comorbidades, para liberação do isolamento. (Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – pág. 13).

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>

Já os pacientes imunocomprometidos, só será recomendada 2ª coleta na impossibilidade de mantê-lo em leito de isolamento no serviço de saúde. (Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – pág. 13).

Deve ser ponderado também, o número restrito de testes disponíveis e ainda, a possibilidade de manutenção do isolamento para que não haja falta de kits em um futuro próximo.

► 6. Isolamento

Para contenção da transmissibilidade do COVID-19, deverá ser adotada como medida não farmacológica, o isolamento domiciliar da pessoa com sintomas respiratórios e das pessoas que residam no mesmo endereço, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período mínimo de 14 (quatorze) dias.

- 14 dias para sintomáticos e assintomáticos.
- Contatos domiciliares de casos confirmados, **mesmo que negativos**, manter isolamento domiciliar pelo mesmo período do caso confirmado.

6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)

- Ter cumprido o período de isolamento por pelo menos 14 dias;
- Estar sem sintomas respiratórios (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado);
- Profissionais de saúde e segurança pública: vide item 4.2.

► 7. Viajantes

Pessoas provenientes de locais de transmissão comunitária, devem permanecer em isolamento domiciliar por 7 dias, pelo risco de desenvolvimento de sintomas, assim como transmissão do vírus a demais pessoas da família e comunidade.

Apresentando sintomas durante monitoramento de 7 dias: realizar coleta de Swab para RT-PCR para envio ao LACEN e notificar o caso no E-SUS VE.

Destacamos neste grupo os profissionais caminhoneiros.

► 8. Onde Notificar

- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Nos hospitais: casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Óbitos por SRAG independente de internação: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Testes Rápidos e outras metodologias em serviços privados: notificar no e-SUS VE.

8.1. Notificações no e-SUS VE

Conforme orientação constante na NOTA TÉCNICA Nº 20/2020-SAPS/GAB/SAPS/MS, 17/04/2020, o Ministério da Saúde reforça a importância da realização da NOTIFICAÇÃO IMEDIATA dos casos de Síndrome Gripal (SG) leve no e-SUS VE, link (<https://nofica.saude.gov.br>).

NÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE COLETA PARA PCR – BIOLOGIA MOLECULAR EM ASSINTOMÁTICOS

- Casos de Síndrome Gripal **NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA** via CIEVS. **Apenas deverão ser inseridos no sistema e-SUS VE.**
- Os municípios deverão informar à SES via e-mail (gtnfluenzams@outlook.com e cgaf@saude.ms.gov.br) semanalmente, às terças-feiras até as 16hs, com envio de *Planilha de Controle de Uso dos Testes Rápidos para detecção de anticorpos SARS-CoV-2* **Ministério da Saúde**, todos os casos testados – positivos e negativos.

► 9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado

- Notificação imediata de todo caso de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, devendo ser realizada por meio dos telefones: 3318-1831 – Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias (durante horário de expediente da SES) ou PLANTÃO 24HS CIEVS: 98477-3435 (ligação e WhatsApp). (FLUXO JÁ ESTABELECIDO PARA VIGILÂNCIA DA INFLUENZA).

O envio das notificações dos casos de SRAG ao CIEVS não garante a publicação dos dados no Boletim epidemiológico, já que os dados destes, serão retirados dos sistemas de informações oficiais - SIVEP GRIPE e E-SUS VE.

- Registro de SRAG e SG DE UNIDADES SENTINELAS (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Três Lagoas, Ponta Porã, Naviraí, Paranaíba, São Gabriel do Oeste, Caarapó, Costa Rica, Sidrolândia, Jardim e Sonora) deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE, demais municípios deverão encaminhar as fichas devidamente preenchidas a área técnica da SES ou plantão do CIEVS: gtnfluenzams@outlook.com ou cievs.ms@hotmail.com ou 67 98477-3435.
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (anexo) OU Ficha do E-SUS VE (anexo) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.

► 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

- Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no E-SUS VE apenas pacientes testados com testes registrados pela ANVISA, conforme resolução específica publicada em diário oficial - Resolução N°36/SES/MS de 25/05/2020.
- A responsabilidade de encerramento e acompanhamento destes casos no sistema E-SUS VE é dos responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, estes, cadastrados no sistema como Gestores Municipais.

► 11. Atestados Médicos

Para emissão dos atestados médicos é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas. Para as pessoas assintomáticas que residam no mesmo endereço que a pessoa sintomáticas, será possível emissão de novo atestado de isolamento caso a pessoa em isolamento venha a manifestar sintomas respiratórios.

► 12. Óbitos por SRAG

- Todo óbito por SRAG deverá ter amostra de swab encaminhada ao LACEN para testagem de Influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios (cadastro GAL).
- Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG, porém considerar para encerramento do caso: história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste, assim como resultado do RT-PCR.

► 13. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no contexto da pandemia da COVID-19

13.1. Caso confirmado de COVID-19

Preenchimento da D.O cujo resultado laboratorial para COVID-19 tenha sido confirmado e este tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

13.2. Caso suspeito de COVID-19

Preenchimento da D.O de caso suspeito, ainda em investigação para COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando “Suspeito de COVID-19” na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como COVID-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

13.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- Na Parte II informar a COVID-19 e outras comorbidades, caso existam.

Nota:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- O campo “CID” do atestado é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade;
- As recomendações referentes ao preenchimento da D.O em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.

Orientações para preenchimento da D.O em anexo.

Tendo em vista as orientações oficiais do Ministério da Saúde, esta Secretaria de Estado de Saúde solicita a colaboração de todas as Secretarias Municipais de Saúde no sentido de inserir com a maior brevidade possível as ocorrências de óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), devendo a mesma ser digitada no prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da data de sua ocorrência.

► **14. Medidas Importantes**

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante para as mãos à base de álcool 70% e evitar tocar os olhos, o nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Praticar etiqueta respiratória (ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso em uma lixeira fechada e higienizar as mãos em seguida);
- Recomenda-se o uso de máscaras a toda população. É importante lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70% antes de colocar a máscara facial. Além disso, deve-se substituir a máscara por uma nova limpa e seca, assim que ela se tornar úmida.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre.
- As pessoas devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.

► 15. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul

Após novas recomendações do Ministério da Saúde, os dados contabilizados no **Boletim Epidemiológico de COVID-19 de Mato Grosso do Sul**, divulgados diariamente no site da SES, terão como fonte os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde - **SIVEP Gripe** e **e-SUS VE**;

Encerramento oportuno dos casos

Assim que tiverem conhecimento dos resultados, garanta a publicação de dados epidemiológicos fidedignos e atualizados dos municípios no boletim estadual.

PARA INFORMAÇÕES SOBRE OS MICRODADOS - PAINEL INTERATIVO

<http://mais.saude.ms.gov.br/>

QUEM DEVE NOTIFICAR

A notificação é **OBRIGATÓRIA** para profissionais de saúde de instituições do setor público ou privado, em todo o território nacional.

NOTIFICAÇÃO IMEDIATA: Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do preenchimento da ficha de **SRAG HOSPITALIZADO – SIVEP GRIPE**, dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.

PLANTÃO CIEVS 24HS – 98477-3435

cievs.ms@hotmail.com

Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul
Avenida do Poeta, Bloco 7 - CEP: 79.031-902 - Campo Grande/MS
(67) 3318-1770 - coems2020@gmail.com



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

(Contatos, casos suspeitos e/ou confirmados de Covid -19)

Eu, _____ (nome do paciente ou responsável legal), RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____ Bairro _____, CEP _____, na cidade de _____, Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo profissional de saúde _____ (nome do profissional, profissão e nº do Conselho de classe).

DECLARO que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, necessário diante da suspeita ou confirmação do NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização. Me comprometo a seguir as orientações que me foram mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais previstas no Código Penal Brasileiro em seu artigo 267 para tais atos.

O isolamento tem data de início em _____, término previsto para _____, no seguinte local de cumprimento da medida: _____ (endereço).

Assinatura do Cientificado : _____

Data:

Hora:

| | | | | | | |
|----------------------|--|--|----|--|---|--|
| Dados de Atendimento | 39 | Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 40 | Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____ | 41 | Data início do tratamento ____/____/____ |
| | 42 | Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 43 | Data da internação por SRAG: ____/____/____ | 44 | UF de internação: ____ |
| | 45 | Município de internação: _____ | | | Código (IBGE): ____/____/____ | |
| | 46 | Unidade de Saúde de internação: _____ | | | Código (CNES): ____/____/____ | |
| | 47 | Internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 48 | Data da entrada na UTI: ____/____/____ | 49 | Data da saída da UTI: ____/____/____ |
| | 50 | Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado | 51 | Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado | 52 | Data do Raio X: ____/____/____ |
| | 53 | Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | 54 | Data da coleta: ____/____/____ | 55 | Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado |
| Dados Laboratoriais | 56 | Nº Requisição do GAL: _____ | | | | |
| | 57 | Resultado da IF/outra método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado | | 58 | Data do resultado da IF/outra método que não seja Biologia Molecular: ____/____/____ | |
| | 59 | Agente Etiológico – IF/outra método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____ | | | | |
| | 60 | Laboratório que realizou IF/outra método que não seja Biologia Molecular: _____ | | Código (CNES): ____/____/____ | | |
| | 61 | Resultado da RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado | | 62 | Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: ____/____/____ | |
| | 63 | Agente Etiológico – RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____ | | | | |
| | 64 | Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____ | | Código (CNES): ____/____/____ | | |
| Conclusão | 65 | Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5- COVID-19 | | 66 | Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico | |
| | 67 | Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado | 68 | Data da alta ou óbito: ____/____/____ | 69 | Data do Encerramento: ____/____/____ |
| 70 | OBSERVAÇÕES: | | | | | |
| 71 | Profissional de Saúde Responsável: _____ | | | 72 | Registro Conselho/Matrícula: ____/____/____ | |

| Uso de testes rápidos para detecção de anticorpos SARS-COV-2 aos serviços de saúde | | | | | | | | | | | | |
|--|------|----------------------|-----------------------------------|-------|----------------------------|--------------|------------|-----------|------------------|-----------|---|------------------|
| TESTES RÁPIDOS DISTRIBUIDOS PELO ESTADO | | | | | | | | | | | | |
| RECOMENDAÇÃO DE USO: | | | | | | | | | | | | |
| Recomendação nº 02/2020-DGAS/DGVS/SES | | | | | | | | | | | | |
| Nota Informativa Covid-19 - Revisão nº 13 | | | | | | | | | | | | |
| | NOME | MUNICÍPIO RESIDÊNCIA | MUNICÍPIO QUE REALIZOU A TESTAGEM | IDADE | DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS | HOUE VIAGEM? | | PROFISSÃO | LOCAL DE ATUAÇÃO | RESULTADO | | HOUE INTERNAÇÃO? |
| | | | | | | NÃO | SIM, ONDE? | | | + | - | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |

Nome completo e cargo do responsável pelo preenchimento:

E-mail:

Telefone:

ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

O Coronavírus causa uma doença chamada COVID-19. Como nunca tivemos contato com o vírus antes, não temos imunidade e **todos estamos expostos a contrair**. Por isso saiba, a doença se transmite por :



Aperto de mãos
(principal forma de contágio)



Gotículas de saliva



Espirro



Tosse



Catarro



Objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, brinquedos, teclados de computador etc.

Se na sua casa tem alguém contaminado, a pessoa precisa ficar em isolamento domiciliar, para se proteger, proteger as demais pessoas da família e a comunidade onde reside.

Cuidados no isolamento domiciliar

Não basta só ficar em casa: para combater o coronavírus no isolamento, é preciso seguir algumas orientações:

| | |
|--|---|
| Não receber visitas e limitar o número de pessoas com acesso ao paciente em isolamento; Use máscara o tempo todo e mantenha a distância mínima de 2 metros do paciente isolado; | O cômodo com o paciente isolado deve ficar todo o tempo com a porta fechada. Mas é necessário manter a janela aberta para que haja uma fonte de ventilação e entrada de luz solar. |
| Nos casos de salas compartilhadas ou casas com apenas um cômodo, pessoas infectadas e pessoas sem a doença não podem compartilhar o mesmo sofá ou colchão . A recomendação é manter 2 metros de distância da pessoa infectada ou suspeita”; | A pessoa infectada ou com suspeita de infecção deve de trocar a própria roupa de cama , colocar em saco plástico antes de levar à máquina de lavar ou ao tanque. Manter uma lixeira ao lado da cama , com saco plástico. Evitar agitar a roupa suja. |
| Se o banheiro é compartilhado, o paciente infectado ou com suspeita precisa desinfetar todas as superfícies usadas por ele: vaso sanitário, interruptores, maçaneta, descarga, pia, torneiras, etc; | Separe toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos apenas para uso do paciente em isolamento; O lixo produzido precisa ser separado e descartado; |
| Para limpar a casa, a pessoa precisa estar com máscara, luva, óculos e avental; todas as superfícies de contatos constantes devem ser limpas: pia, maçanetas, mesas, interruptores, assentos de sofá, cadeiras e vaso sanitário, torneiras, etc; usar sabão, álcool 70% e desinfetantes são eficientes para a limpeza; | Não compartilhar objetos e itens de uso pessoal como pasta de dente, sabonete, toalhas de banho e de rosto, etc; Também é necessário tirar a escova de dente da pessoa infectada ou com suspeita do mesmo recipiente das demais. Não se recomenda uso partilhado de tererê ou chimarrão. |
| Lave as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Isso é especialmente importante depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar, idas ao banheiro e antes de comer ou preparar a comida; | A alimentação deverá ser deixada na porta do quarto e se possível em material descartável. Senão, lavar separadamente dos demais utensílios da casa; O lixo proveniente do quarto do paciente em isolamento deve ser muito bem fechado antes do descarte; |
| Monitore seus sintomas – preocupe-se se apresentar febre e dificuldade respiratória – Nessa situação, o paciente ou outro membro da família em isolamento deverá procurar o serviço de saúde imediatamente; | Não deve haver contato direto com secreções orais, respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar luvas descartáveis sempre que houver possibilidade de entrar em contato com esses fluidos; higiene das mãos antes e depois de retirar as luvas e a máscara; |
| Durante este período de isolamento, descanse e mantenha-se hidratado (tomando água); Atenda o telefone, responda as mensagens por Whats ou receba o profissional de saúde quando for procurado – Ele quer proteger você, sua família e a comunidade. | O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena previstas em Lei (Código Penal Brasileiro – art. 267, 268, 131 e 132) acarretará a responsabilização do paciente nos termos previstos. |

[illegible]

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) no contexto da pandemia da COVID-19

CASO CONFIRMADO DE COVID-19

Preenchimento da D.O. cujo resultado laboratorial para Covid-19 tenha sido confirmado e este tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Covid-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

Exemplo:

PARTE I

- Insuf. Respiratória Aguda
- Pneumonia
- Covid-19
-

PARTE II

Obesidade
HAS

CASO SUSPEITO DE COVID-19

Preenchimento da D.O. de caso suspeito, ainda em investigação para Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando "Suspeito de Covid-19" na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

Exemplo:

PARTE I

- Insuf. Respiratória Aguda
- Pneumonia
- DPOC exacerbada
- Suspeito de Covid-19

PARTE II

DM tipo 2

*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como Covid-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

CASO CONFIRMADO DE COVID-19, Porém não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O. por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- A Parte II informar a Covid-19 e outras comorbidades, caso existam.

Exemplo:

PARTE I

- Choque Hipovolêmico
- Aneurisma do tronco torácico rotto
-
-

PARTE II

Covid-19
HAS, Tabagismo

NOTA:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na Parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- O campo 'CID' do atestado é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade.

As recomendações referentes ao preenchimento do D.O. em casos suspeitos ou confirmados por Covid-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.

Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19
- World Health Organization, COVID-19 coding in ICD
- CEVITAL/SESAU Campo Grande



**#TODOSCONTRA
OCORONAVIRUS**



CIEVS-MS

SES
Secretaria de Estado
de Saúde



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul