

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 sincope, 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.

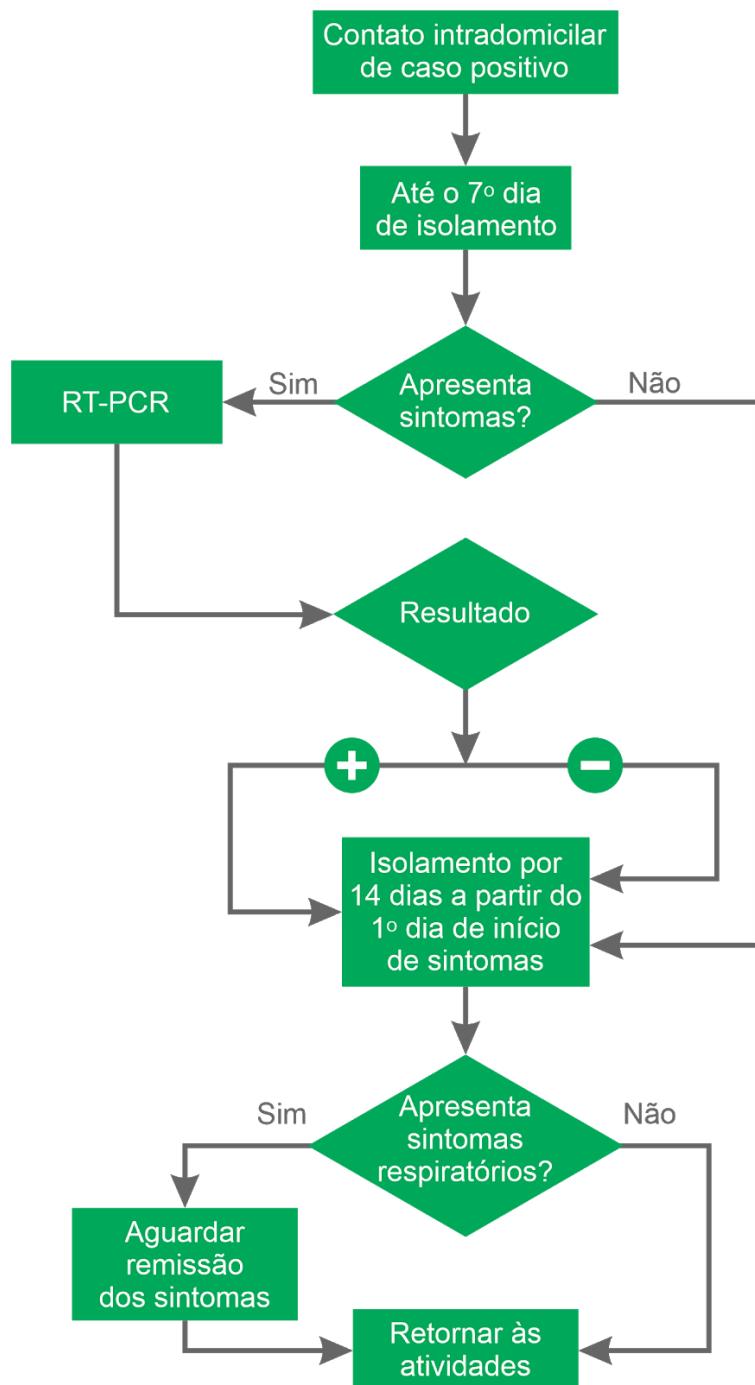
Estes, Síndrome Gripal que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 7 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

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

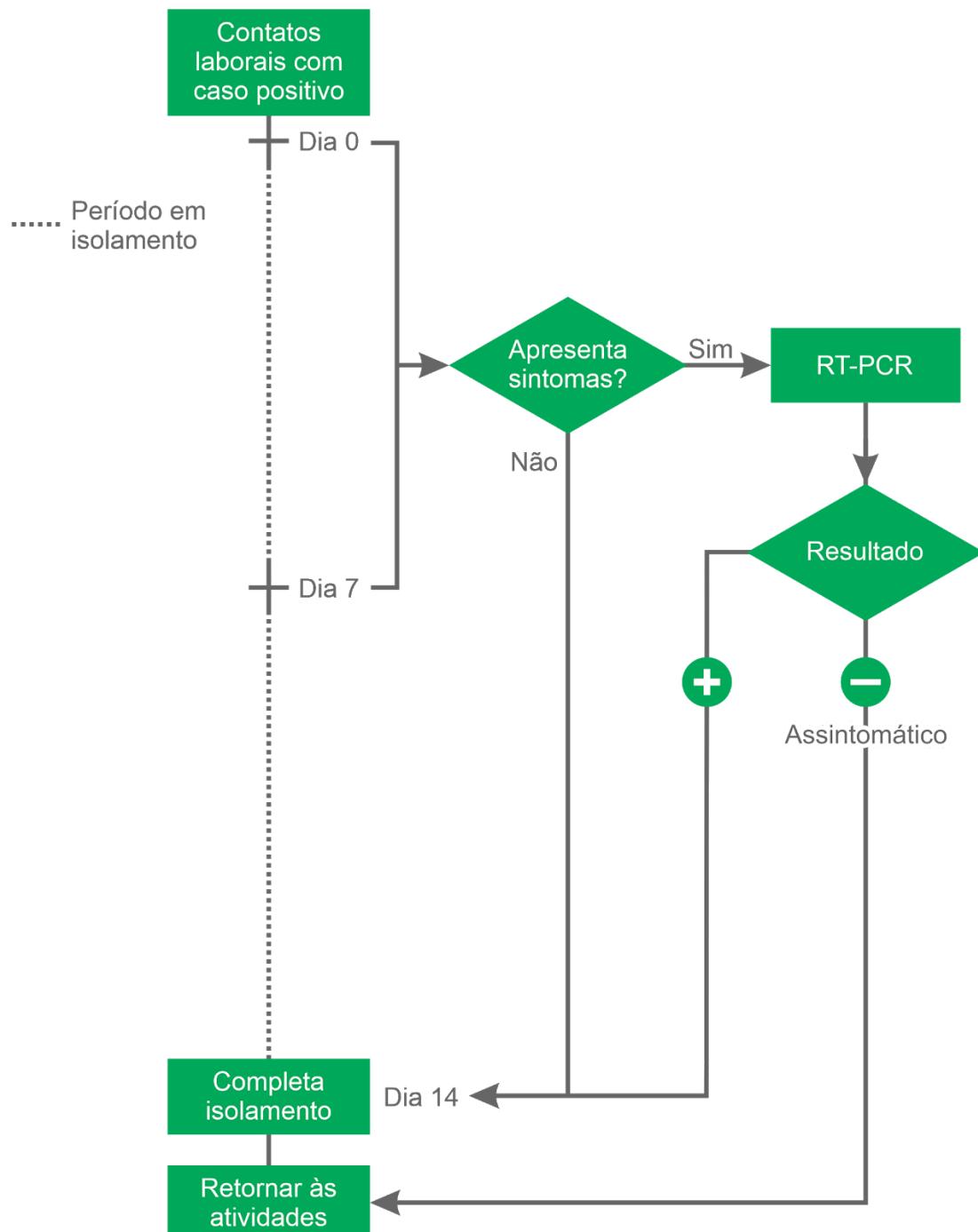
Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



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 contado 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 2^a 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 2^a 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 Sentinelas 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 (gtinflenzams@outlook.com e cqaf@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:gtinflenzams@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 Nº36/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 sintomática, 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, garante 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



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:



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:		2	Data de 1ºs sintomas:			
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):			
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):				
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____					
	7	Nome: _____				8	Sexo: _____ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____	11	Gestante: _____	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre		
	12		Raça/Cor: _____	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não		
	13		Se indígena, qual etnia? _____				
	14		Escolaridade: _____	0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1º a 5º série) 2- Fundamental 2º ciclo (6º a 9º série)	3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
	15		Ocupação: _____	16	Nome da mãe: _____		
	17		CEP: _____	18	UF: _____ Município: _____ Código (IBGE): _____		
	19		Bairro: _____	20	21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____ 22 Nº: _____		
23		Complemento (apto, casa, etc...): _____ 24 (DDD) Telefone: _____					
Dados de residência	25	Zona: _____	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	26	País: (se residente fora do Brasil) _____		
	27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? _____				1-Sim 2-Não 9-Ign	
	28	Se sim: Qual país? _____				29 Em qual local? _____	
	30	Data da viagem: _____	31	Data do retorno: _____			
	32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? _____				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? _____				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suíños? _____				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	35	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____						
	36	Possui fatores de risco/comorbidades? _____					
Se sim, qual(is)? (Marcar X)							
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____							
37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? _____				38 Data da vacinação: _____		
<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado							
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? _____			1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se sim, data: _____			
a mãe amamenta a criança? _____			1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
Se >= 6 meses e <= 8 anos:							
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)							
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)							
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)							

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? __ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento _____ _____ _____
	42	Houve internação? __ 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? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: _____ _____ _____	49	Data da saída da UTI: _____ _____ _____
	50	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _____ _____ _____
	53	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da coleta: _____ _____ _____	55	Tipo de amostra: __ 1-Secréção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	56	Nº Requisição do GAL: _____	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____ _____ _____
	59	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B				
		Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
		Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) __ Vírus Sincicial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____				Código (CNES): _____ _____ _____ _____ _____
	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____ _____ _____		
	63	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B				
		Influenza A, qual subtipo? __ 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? __ 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____				
		Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ Vírus Sincicial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovírus __ Bocávirus __ Rinovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____					
64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): _____ _____ _____ _____ _____	
Conclusão	65	Classificação final do caso: __ 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: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico		
	67	Evolução do Caso: __ 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	HOUVE VIAGEM?		PROFISSÃO	LOCAL DE ATUAÇÃO	RESULTADO	HOUVE INTERNAÇÃO?
					NAO	SIM, ONDE?				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Nome completo e cargo do responsável pelo preenchimento:

E-mail:

Telefone:

Planilha de Monitoramento de Casos Suspeitos e/ou Confirmados de Covid-19 em isolamento domiciliar

Municipio:

Municipio:

Responsável: _____ / Data: _____ / 2020

Observações:

Campos 1,2,3,4,5 - preencher com X
Campos 6 - Usar + (positivo) ou - (negativo) ou NR (não realizado)

Campo 7 - usar numero (se a visita ou contato for a 2ª usar 2 e assim sucessivamente;

Usar uma Planilha por dia

O profissional de Saúde deve manter o Sígilo Epidemiológico, que é um preceito legal -artigo 154 Código Penal e como tal deve ser rigorosamente preservado;

ORIENTAÇÕES 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 :



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 numero 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;	Separar 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 tereré 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 Whatss 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.



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

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.

UF:	Município de Notificação:				
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde ou segurança? (Marcar X)		
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	CBO:		CPF: _____		
	CNS: _____				
	Nome Completo:				
	Nome Completo da Mãe:				
	Data de nascimento: _____		País de origem:		
	Sexo: (Marcar X)	Raça/COR: (Marcar X)	Passaporte:		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	_____		
	CEP: _____				
UF: _____	Município de Residência: _____				
Logradouro: _____	Número: _____				
Complemento: _____		Bairro: _____			
Telefone Celular: _____		Telefone do contato: _____			
Data da Notificação: _____					
Sintomas: (Marcar X)		Data do início dos sintomas: _____			
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tossie <input type="checkbox"/> Outros		_____			
Condições: (Marcar X)					
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Gestante de alto risco <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica					
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS		Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste:	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído		_____	_____	<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
Classificação final: (Marcar X)		Evolução do caso: (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado		<input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar			
Data de encerramento: _____					
Informações complementares e observações					
Observações Adicionais					

Casos hospitalizados confirmados COVID-19

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

- a) Insuf. Respiratória Aguda ↘
- b) Pneumonia ↘
- c) Covid-19
- d) _____

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.

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

Exemplo:

PARTE I

- a) Insuf. Respiratória Aguda ↘
- b) Pneumonia ↘
- c) DPAC exacerbada ↘ ↘
- d) Suspeito de Covid-19

PARTE II DM tipo 3

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

- a) Choque Hipovolêmico ↘
- b) Aneurisma aorta tordida roto
- c) _____
- d) _____

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
- CEMTA/SES/MS Campo Grande



**#TODOSCONTRA
OCORONAVIRUS**