

Nota Técnica

COVID-19

Revisão

22

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

25/06/2021

► Sumário

1. Definições	4
1.1. Síndrome Gripal (SG)	4
1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	4
1.3. Casos confirmados de COVID-19	5
1.3.1. Por critério clínico	5
1.3.2. Por critério clínico-epidemiológico	5
1.3.3. Por critério clínico-imagem	5
1.3.4. Por critério laboratorial em indivíduo não vacinado contra COVID-19	6
1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo vacinado contra COVID-19	6
1.3.6. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático	7
1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada	7
1.5. Caso descartado de doença por COVID-19	7
1.6. Contato próximo de caso confirmado	8
1.7. Contato domiciliar de caso confirmado	8
1.8. Transmissão comunitária	8
2. Grupos Prioritários para Testagem	9
3. Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19	11
4. Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19	12
4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade	13
4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública	13
5. Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19	14
6. Isolamento	14
6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)	15
7. Surto	15
7.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada	15

7.2. Surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar	15
7.3. Orientações para situações de surto	15
8. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19	16
9. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19	17
10. Gestantes	17
11. Onde Notificar	18
11.1. Notificações no e-SUS VE	18
12. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado	18
13. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados	19
14. Atestados Médicos	19
15. Óbitos por SRAG	20
16. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19	20
17. Critérios para Envio de Amostras para Realização de Pesquisa de Anticorpos Totais / Sorologia Convencional, no LACEN MS	21
18. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno	22
19. Orientações para Casos Suspeitos de Reinfecção por COVID-19	23
19.1. Definição de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2	23
19.2. Fluxo de envio da notificação dos casos suspeitos de reinfecção	23
20. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)	24
20.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento	24
20.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético	25
21. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)	26
21.1. Definição de Caso	26
21.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19	28
22. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19	29
22.1. Caso confirmado de COVID-19	29
22.2. Caso suspeito de COVID-19	29
22.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte	30
22.4. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	30
22.5. Condição de saúde posterior à COVID-19	30
22.6. Efeito adverso pós-vacina contra a COVID-19	30

22.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	31
22.8. Óbito fetal e neonatal de mãe com COVID-19	31
23. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19	32
23.1. Caso confirmado de COVID-19	32
23.2. Caso suspeito de COVID-19	32
23.3. Caso confirmado COVID-19, mas, não sendo esta a causa básica da morte	32
23.4. Condição de saúde posterior à COVID-19	32
23.5. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	33
23.6. Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado	33
23.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	33
23.8. Situações especiais para óbitos fetais ou infantis	33
23.9. Situações especiais para óbitos maternos (mulher no ciclo gravídico-puerperal)	34
24. Vacinação	35
24.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19	35
24.2. Orientação Pré-vacinação	35
24.2.1. Contraindicações	36
24.3. Orientação Pós-vacinação	36
24.3.1. Evento adverso pós-vacinação associado à COVID-19	36
24.3.2. Em caso de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	37
25. Medidas Importantes	37
26. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul	39

A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, seguindo as novas recomendações do Ministério da Saúde, preconiza:

► 1. Definições

1.1. Síndrome Gripal (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Observações:

- **Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- **Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.
- Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo com SG 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.

Observações:

- **Em crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1.3. Casos confirmados de COVID-19

1.3.1. Por critério clínico

Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa progressa.

1.3.2. Por critério clínico-epidemiológico

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

1.3.3. Por critério clínico-imagem

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- **OPACIDADE EM VIDRO FOSCO** multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU
- **SINAL DE HALO REVERSO** ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

1.3.4. Por critério laboratorial em indivíduo não vacinado contra COVID-19

Caso de SG ou SRAG com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- **IMUNOLÓGICO:** resultado **REAGENTE** para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:
 - Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
 - Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
 - Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA).
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

OBSERVAÇÃO: *CONSIDERAR O RESULTADO IGG REAGENTE COMO CRITÉRIO LABORATORIAL CONFIRMATÓRIO SOMENTE EM INDIVÍDUOS SEM DIAGNÓSTICO LABORATORIAL ANTERIOR PARA COVID-19.

1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo vacinado contra COVID-19

Indivíduo que recebeu a vacina contra COVID-19 e apresentou quadro posterior de SG ou SRAG com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

TENDO EM VISTA A RESPOSTA VACINAL ESPERADA, COM PRODUÇÃO DE ANTICORPOS, OS TESTES IMUNOLÓGICOS NÃO SÃO RECOMENDADOS PARA DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EM INDIVÍDUOS VACINADOS.

1.3.6. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

NÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE COLETA PARA RT PCR – BIOLOGIA MOLECULAR EM ASSINTOMÁTICOS PARA ENVIO AO LACEN

- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada

Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico.

1.5. Caso descartado de doença por COVID-19

Caso de SG para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Observações:

- **Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19.**
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

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.

► 2. Grupos Prioritários para Testagem

- 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 descompensadas (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 DIQUE-COVID sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU COVID-19 (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 8 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

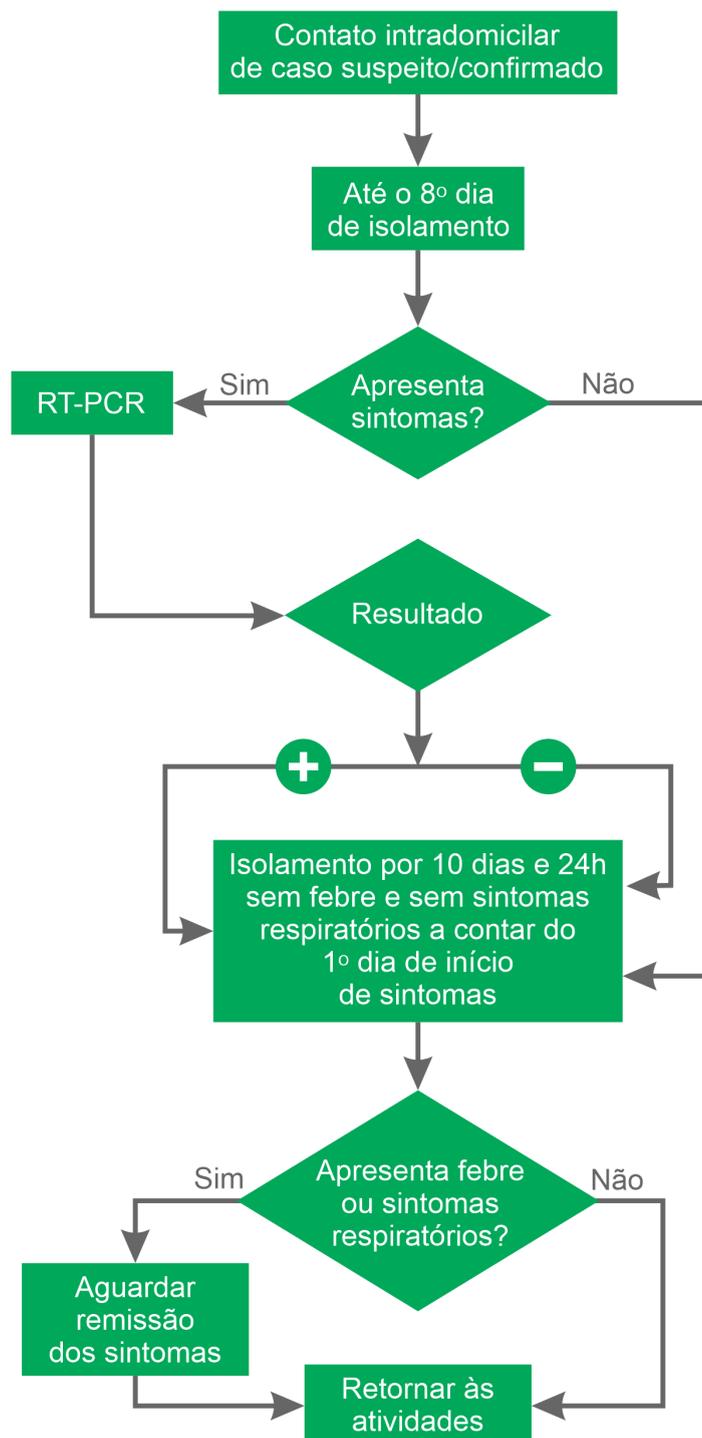
Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19.

- 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 8 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.

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

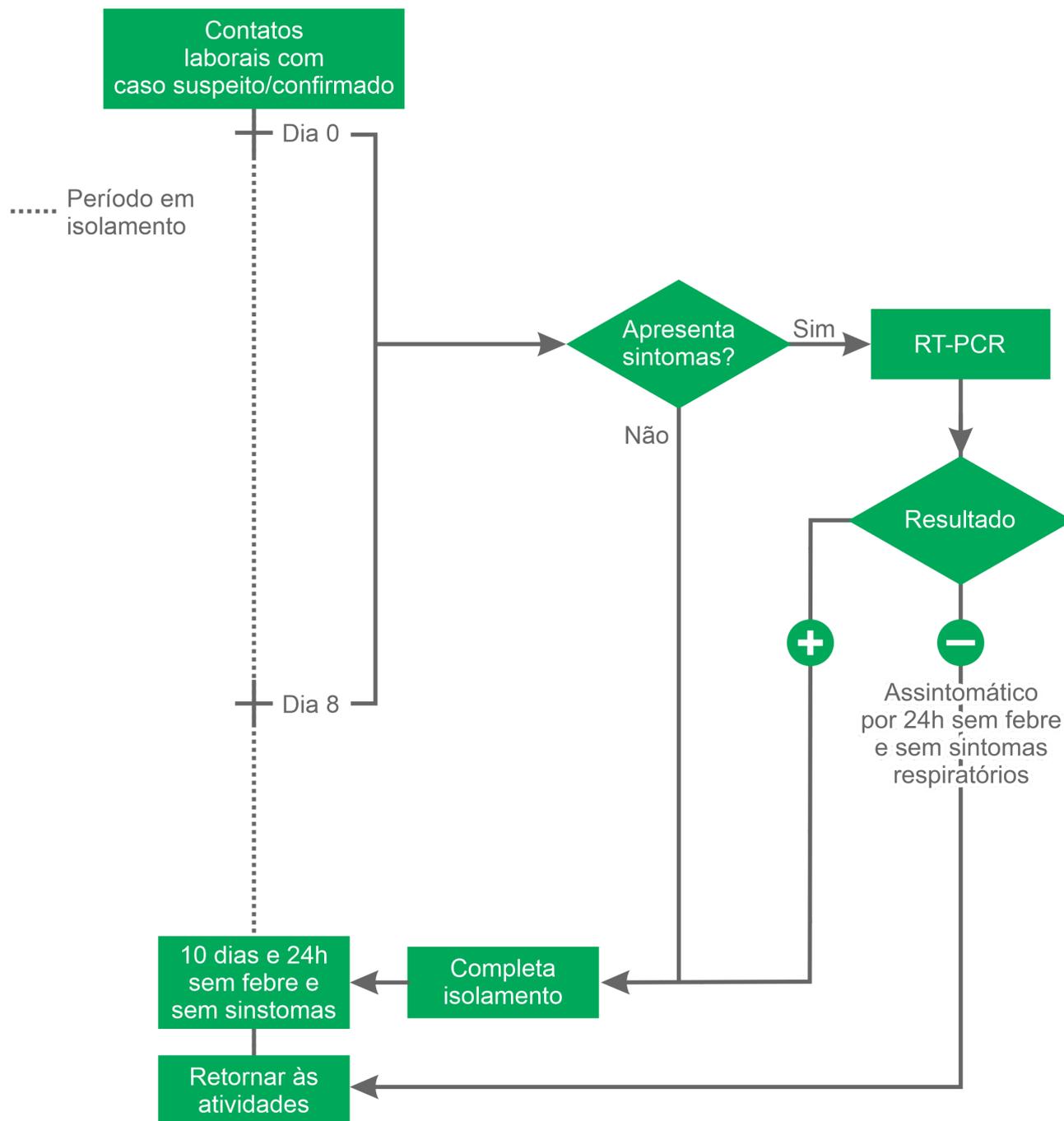
Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 7.

► 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:



Observação: para os serviços de saúde e segurança pública, seguir a recomendação do item 4.2.

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 de RT-PCR positivo determina afastamento de 10 dias, após o início dos sintomas. Enquanto, o IgM positivo determina afastamento por 7 dias, após o início dos sintomas. Resultado IgG positivo não tem obrigatoriedade de isolamento. 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 resultado do exame do caso índice (oportuno) for positivo, o profissional contato deverá realizar isolamento domiciliar pelo período indicado no item 6. Se o resultado do exame do caso índice (oportuno) for negativo e ambos estiverem assintomáticos, poderão retornar ao trabalho.

Sobre os Fluxos de Testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 nos serviços de saúde e segurança pública

Em caso de impossibilidade de afastamento dos contatos próximos laborais e intradomiciliares de casos confirmados nos serviços de saúde e segurança pública, **a fim de evitar a interrupção de serviços essenciais** - considerando localidades em que não haja possibilidade de substituição do profissional para a mesma função, 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

Para casos graves, críticos ou imunossuprimidos, está recomendado isolamento pelo período de 20 dias a partir do início dos sintomas E últimas 24 horas sem febre e melhora dos sintomas. Base para a recomendação é a não recuperação de vírus viável após esse período, apesar de PCR poder ficar positivo por várias semanas. Improvável re-infecção em menos de 3 meses. Não utilizar RT-PCR para alta de isolamento. Sorologia não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico, critério de cura ou período de contagiosidade.

► 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:

- Sintomáticos: 10 dias a contar da data de início de sintomas, E ausência de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e ausência dos sintomas respiratórios no período de 24 horas;
- Assintomáticos - confirmados laboratorialmente (RT PCR ou TR antígeno): Deve-se manter isolamento suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra. Se positivo em testes rápidos sorológicos (IgM/IgA/IgG) **retorno às atividades sem isolamento.**
- Contatos domiciliares de casos confirmados, **mesmo que negativos**, manter isolamento domiciliar pelo mesmo período do caso confirmado. Assim como casos suspeitos, testados e negativos, **se SINTOMÁTICOS, manter isolamento por 10 dias** a contar da data de início de sintomas.
A cada surgimento de novo sintomático respiratório no domicílio, reiniciar a contagem do tempo de isolamento.
- **Para casos graves (SRAG), críticos ou imunossuprimidos, está recomendado isolamento pelo período de 20 dias a partir do início dos sintomas E últimas 24 horas sem febre e melhora dos sintomas.**

Pessoas assintomáticas com teste sorológico positivo sem história recente de doença compatível ou confirmada por COVID-19 têm baixa probabilidade de infecção ativa e devem seguir as recomendações gerais para prevenir infecção com SARS-CoV-2. Eles devem continuar com as atividades normais, incluindo o trabalho. (CDC,2020)

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

- Ter cumprido o período de isolamento conforme recomendação do item 6;
- Estar sem febre e sem sintomas respiratórios (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado);
- Profissionais de saúde e segurança pública: vide item 4.2.

▶ 7. Surto

DEFINIÇÃO DE SURTO: Situação em que há aumento acima do esperado na ocorrência de casos de evento ou doença em uma área ou entre um grupo específico de pessoas, em determinado período.

7.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada

Surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG, SRAG 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).

7.2. Surto de síndrome gripal 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).

7.3. Orientações para situações de surto

- Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19, conforme ítem 6, da página 14;
- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares no sistema Rastrear MS;

- 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 8 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 Sorológico** (após o 8º dia de exposição ao caso confirmado) **apenas em pessoas NÃO VACINADAS e sem história de COVID-19 anterior**;
- Notificação de surto ao CIEVS Estadual e preenchimento de formulário de notificação de surto disponível em: <https://forms.gle/gM1vNEMA4mLZcPoD9>;
- Comunicação à Vigilância Sanitária municipal;
- Reportar aos gestores municipais a ocorrência de surto em investigação;
- Limpeza e desinfecção local, se necessário;
- Definição de fluxo para atendimento médico de caso suspeito/confirmado;
- Fornecimento de meio de comunicação rápido para possíveis novos casos suspeitos;
- Orientação quanto ao uso de EPI.

► 8. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19

Em pacientes graves diagnosticados com COVID-19 a vigilância de infecções fúngicas invasivas é muito importante, pois permite a instituição do tratamento de forma rápida e adequada promovendo a redução do agravamento da doença e da evolução para óbito dos casos confirmados.

A recomendação do Ministério da Saúde aos estados e municípios é estabelecer vigilância de infecções fúngicas em pacientes com COVID-19 causadores das doenças **mucormicose, aspergilose e candidemia, bem como situações de surto infeccioso no serviço de saúde.**

Maiores informações quanto ao diagnóstico dessas infecções, tratamento, vigilância e notificação, encontram-se na Nota Técnica “Orientações para Vigilância de Infecções Fúngicas Invasivas em Serviços de Saúde no Contexto da Pandemia da COVID-19” disponível em <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/NOTA-IFI.pdf>

► 9. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19

O rastreamento e monitoramento de casos e contatos de COVID-19 é uma estratégia da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul que deve ser conduzida para os casos suspeitos, confirmados e os seus contatos de COVID-19.

Na realização do monitoramento, deve ser estabelecida uma comunicação direta entre a equipe de saúde e os casos confirmados, contatos ou suspeitos de COVID-19.

Vale ressaltar que o estado do Mato Grosso do Sul consta com um sistema próprio para o lançamento destes dados, o Rastrear MS: <https://rastrear.saude.ms.gov.br> assim como Guia para rastreamento e monitoramento de casos e contatos, fluxos de atendimento e Manual do usuário, disponíveis no: <https://www.saude.ms.gov.br/informacoes-covid-19/rastrear-ms>.

► 10. Gestantes

Em mães infectadas pelo SARS-CoV-2, é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento. Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e uso de máscara durante a amamentação e todos os cuidados habituais ao recém-nascido.

Recomendações para solicitação de RT-PCR para SARS-CoV-2 em gestantes e puérperas assintomáticas:

- **Quando:** em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal;
- **Onde:** Localidades em que o resultado do RT-PCR é possível em 2 a 7 dias;
- **Condições:**
 - a) Na internação hospitalar:
 - Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros);
 - Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva, entre outros); ou
 - Controle clínico de alguma doença associada.
 - b) Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo.

Atenção: Tais práticas de rastreamento do SARS-CoV-2 anteparto não eliminam a necessidade de triagem de sintomas gripais das gestantes à admissão hospitalar.

► 11. 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 públicos e privados: 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.

11.1. 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://notifica.saude.gov.br>).

- 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 (gtingluenzams@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.

► 12. 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 (Amambai, Aquidauana, Caarapó, Campo Grande, Chapadão do Sul, Corumbá, Costa Rica, Coxim, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Fátima do Sul, Jardim, Maracaju, Naviraí, Nioaque, Nova Andradina, Paraíso das Águas, Paranaíba, Ponta Porã, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia, Três Lagoas e Sonora) deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE. Demais municípios preencherão a ficha através do formulário disponível no link <https://forms.gle/L6a7vwLJCRKVAYPD6>.
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (anexo) OU CÓPIA FICHA SRAG - GOOGLE FORMS OU Ficha do E-SUS VE (anexo) e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.

► 13. 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.

► 14. 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.

Conforme Art. 3º e seus parágrafos da portaria nº 454, de 20 de março de 2020; o atestado emitido pelo profissional médico que determina a medida de isolamento será **estendido às pessoas que residam no mesmo endereço**, para todos os fins, incluindo o disposto no § 3º do art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Para as pessoas assintomáticas que residem com a pessoa sintomática será possível a emissão de novo atestado médico de isolamento caso venham a manifestar os sintomas respiratórios previstos no parágrafo único do art. 2º ou tenham resultado laboratorial positivo para o SARS-COV-2.

CID: B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada)

▶ 15. Óbitos por SRAG

- Todo óbito por SRAG, **independente do tempo de início de sintomas e hospitalização**, deverá ter amostra de swab encaminhada ao LACEN para testagem de Influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios (cadastro GAL).
- Havendo resultado de RT-PCR positivo anterior ao óbito, **não realizar Teste Rápido**. Se houver resultado de RT-PCR (ou outra metodologia) negativo anterior ao óbito e mantendo a suspeita de SRAG por COVID-19, realizar nova coleta de swab para análise por RT-PCR. Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG sem diagnóstico prévio de COVID-19.

Ressaltamos que para encerramento do caso deverá ser considerado: **história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste**, assim como exames de imagem ou histórico de contato com casos confirmados seguindo as definições do item 1.3 da página 5 desta Nota Técnica.

▶ 16. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19

Fica autorizada a realização dos ritos funerários usuais para óbitos decorrentes do COVID-19 quando, na data de sua ocorrência, já tenha transcorrido o período de transmissibilidade da doença: tempo mínimo de **20 dias do início dos sintomas** (casos graves, críticos ou imunossuprimidos), com preenchimento em declaração de óbito, conforme imagem abaixo.

1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40 CAUSAS DA MORTE			
PARTE I			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
a COVID-19			
Devido ou como consequência de:			
b			
Devido ou como consequência de:			
c			
Devido ou como consequência de:			
d			
CAUSAS ANTECEDENTES			
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

tempo aproximado entre o início da doença e a morte: **10 dias** CID **B34.2**

► 17. Critérios para Envio de Amostras para Realização de Pesquisa de Anticorpos Totais / Sorologia Convencional, no LACEN MS

- Pacientes que evoluíram a óbito com histórico de início de sintomas há **mais de 8 dias**;
- Pacientes que, após realização de exame RT-PCR Biologia molecular pelo LACEN MS, tiverem laudos liberados como **inconclusivos**;
- Pacientes com histórico de infecção prévia (**há no mínimo 90 dias**) por SARS-CoV-2 a fim de verificar a perda de anticorpos totais e avaliação de risco para reinfeção;
- Pacientes envolvidos em situação de surto.

Para envio da amostra ao LACEN MS, encaminhar:

1ML DE SORO OU PLASMA EDTA

Manter a amostra refrigerada por até (no máximo) 48hs. Após esse tempo, congelar e manter a -20°C. A amostra deverá estar devidamente identificada e cadastrada no GAL para a pesquisa "COVID-19 - Sorologia".

A PESQUISA DE ANTICORPOS TOTAIS / SOROLOGIA CONVENCIONAL, realizada pelo laboratório de referência estadual - LACEN MS, tem maior acurácia comparado aos testes rápidos sorológicos.

► 18. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno

Recomenda-se o uso em casos suspeitos de COVID-19:

- Síndrome Gripal (SINTOMÁTICOS do 1º ao 7º dia do início dos sintomas);
- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG Hospitalizado)*;
- Óbitos* suspeitos de COVID-19;
- Gestantes, parturientes e puérperas assintomáticas **quando internadas para procedimentos obstétricos****.

*Orienta-se que nos casos de SRAG Hospitalizado e óbitos mantém-se a coleta do RT-PCR para realização do painel viral e casos suspeitos de reinfeção e detecção de novas variantes.

Considerando o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, e que este grupo tem apresentado desfechos preocupantes com a infecção pela doença, o teste rápido de antígeno contribui na orientação do manejo clínico, na classificação de risco, e na separação das mulheres suspeitas/confirmadas de Covid-19 daquelas sem suspeita, com objetivo de evitar transmissões dentro das maternidades. Desta forma, o uso do teste rápido de antígeno é recomendado também para triagem em **gestantes, parturientes e puérperas assintomáticas quando internadas para procedimentos obstétricos, uma vez que casos assintomáticos podem ser detectados em condições que demonstrem cargas virais semelhantes aos casos sintomáticos.

A SES/MS disponibilizará esses testes nos casos supracitados, que dependem de um resultado oportuno para auxiliar na conduta clínica imediata.

Mais informações: Nota Técnica: Teste Rápido de Antígeno – COVID-19, 25 de março de 2021 - CIEVS/DGVS/SES/MS.

Casos de SRAG, positivos por TR Antígeno, devem ter amostras coletadas para RT PCR caso haja interesse em realização de testagem para Influenza e Painel Viral via LACEN (Outros Vírus Respiratórios) e/ou possibilitar pesquisa futura de sequenciamento genético, uma vez que, ao enviar amostra ao LACEN, o mesmo armazena alíquotas com CT conforme padronizado pela referência nacional.

► 19. Orientações para Casos Suspeitos de Reinfecção por COVID-19

Com o objetivo de identificar os casos suspeitos de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2 no Brasil e proporcionar monitoramento epidemiológico e laboratorial adequados, é necessário, adequar os processos de vigilância e sistematizar as informações relativas aos possíveis casos de reinfecção.

19.1. Definição de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-CoV-2

Indivíduo com **dois resultados positivos pela metodologia de RT-PCR** em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, **com intervalo igual ou superior a 90 dias (3 meses)** entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada nos dois episódios.

Caso não haja a disponibilidade das duas amostras biológicas para análise em laboratório de referência, com a conservação adequada, a investigação laboratorial não poderá ser complementada, inviabilizando a análise do caso.

19.2. Fluxo de envio da notificação dos casos suspeitos de reinfecção

O município deverá encaminhar **as fichas de notificação do caso suspeito (E-SUS ou SIVEP gripe [2]*, e GAL com laudos confirmatórios [2]*)** digitalizadas, e **um relatório de investigação do caso** para a gerência técnica de Influenza e vírus respiratórios e CIEVS através dos e-mails: gtinfluenzams@outlook.com e cievs.ms@hotmail.com.

***Observação:** O envio das fichas de notificação seja do E-SUS ou SIVEP Gripe, assim como os laudos de confirmação laboratorial de RT-PCR, devem ser dos dois episódios de infecção respiratória, ou seja, **dos dois períodos da confirmação laboratorial.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

► 20. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)

Milhares de variantes da SARS-CoV-2 estão circulando no mundo e muitas ainda irão surgir ao longo do tempo. O aparecimento de mutações é um evento natural e esperado dentro do processo evolutivo de qualquer vírus RNA, particularmente o SARS-CoV-2, que possui um sistema de reparo de erros de síntese, ou seja, o grande número de mutações observadas até então se devem ao enorme espalhamento do vírus mundialmente.

A linhagem **P.1** é uma variante de atenção (VOC, do inglês *Variant of Concern*), com circulação comunitária já reportada no estado do Amazonas e oeste do estado do Pará. Por sua vez, a linhagem P.2 apresenta a mutação E484K no domínio de ligação com o receptor na Spike e já circula em todas as regiões geográficas do país. Ambas linhagens P.1 e P.2 são descendentes da linhagem B.1.1.28 em circulação no país desde março de 2020. Recomendamos a investigação clínico e epidemiológica dos casos e a investigação laboratorial de potenciais contactantes de pacientes que foram positivos para alguma VOC. As VOCs reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde são: B.1.1.7 (501Y.V1) - Surgiu no Reino Unido em dezembro. B.1.351 (501Y.V2) - Surgiu na África do Sul em dezembro. P.1 (501Y.V3) - Surgiu no Brasil no final de 2020.

20.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento

A rotina de envio de amostras para sequenciamento genômico de SARS-CoV-2 deve atender os critérios recebidos através da Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias do Estado do Mato Grosso do Sul e do Ministério da Saúde.

Para o envio devem ser respeitados os critérios pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde conforme for o objetivo de avaliação: se controle de qualidade laboratorial, se investigação de suspeita de reinfecção, se investigação de novas variantes circulantes no Brasil, etc.

Todas as amostras objetos dessas avaliações devem ser enviadas somente aos Laboratórios de Referência Nacionais pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

De uma forma geral as amostras devem ter sido testadas para SARS-CoV-2 e ter o valor de CT (*cycle threshold*) < 27 .

Portanto, não se tratam de novas amostras coletadas, e sim, amostras de pacientes que já foram testados para COVID-19, que foram positivos e possuem alíquotas armazenadas no LACEN ou em laboratórios privados e com $CT < 27$, propiciando o envio para o laboratório de referência para análise de sequenciamento genético.

20.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético

- **Grupo 1:** Amostras de casos em investigação - suspeitos de reinfeção devendo atender aos critérios de definição de caso suspeito conforme Item 17.1 - página 21;
- **Grupo 2:** Amostras aleatórias de casos que evoluíram a óbito ou que tiveram evoluções graves da doença;
- **Grupo 3:** Amostras aleatórias de áreas fronteiriças com outros países ou casos com histórico de viagem para áreas de transmissão da nova variante.

► 21. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)

Trata-se de uma síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) grave com características semelhantes às observadas na síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleta e/ou síndrome do choque tóxico.

O espectro clínico completo da SIM-P ainda é desconhecido. Os relatos de casos disponíveis na literatura descrevem manifestações sindrômicas caracterizadas por febre persistente acompanhada de um conjunto de sintomas que podem incluir hipotensão, comprometimento de múltiplos órgãos e elevados marcadores inflamatórios.

A maioria dos casos relatados apresentam exames laboratoriais que indicam infecção atual ou recente pelo SARS-CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado de COVID-19.

A implantação desta notificação justifica-se visto que os fatores de risco, a patogênese, o espectro clínico, o prognóstico e a epidemiologia da SIM-P são pouco conhecidos e por se tratar de uma doença emergente potencialmente associada à COVID-19.

21.1. Definição de Caso

A notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19 deverá ser realizada caso seja identificado sujeito que preencha a definição de caso apresentada a seguir, considerando dados clínicos e laboratoriais:

Definição de caso preliminar*

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

- Presença de febre elevada (considerar o mínimo de 38°C) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
 - Hipotensão arterial ou choque,
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados de ecocardiograma ou elevação de Troponina/ NT-proBNP),
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados),
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarréia, vômito ou dor abdominal).

E

Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

E

- Afastadas quaisquer causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

E

- Evidência de COVID-19 (biologia molecular, teste antigênico ou sorológico positivos) ou história de contato com caso de COVID-19.

Comentários adicionais

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome Kawasaki ou choque tóxico, com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

*Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OPAS/OMS (WHO/2019-nCoV/MIS-Children_CRF/2020.2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas.

NT-proBNP- N- terminal do peptídeo natriurético tipo B, **TP**- Tempo de protrombina; **TTPa**- Tempo de tromboplastina parcial ativada; **VHS**- Velocidade de hemossedimentação; **PCR**- Proteína C-reativa.

Os casos suspeitos de SIM-P devem realizar RT-PCR para SARS-CoV-2 e sorologia quantitativa (IgM e IgG). Para isso deverão encaminhar amostra de SORO ou SANGUE ao LACEN/MS. Na ausência de critérios laboratoriais, a vigilância epidemiológica local deve avaliar se o caso suspeito teve contato com caso confirmado de covid-19 para auxiliar na classificação final do caso.

21.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19

A notificação individual da SIM-P deverá ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preencha a definição de caso.

A notificação individual da SIM-P não deverá ser restrita às unidades de saúde com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) instalado, entretanto, naquelas onde há NHE instalado, este deverá participar das atividades relacionadas à notificação.

A notificação individual da SIM-P pelo serviço de saúde inclui a realização periódica de busca ativa de indivíduos hospitalizados que preencham a definição de caso, coleta de exames, investigação clínico laboratorial, acompanhamento e encerramento dos casos, que deverão ser repassados ao serviço de vigilância, e não apenas o registro da notificação.

A notificação individual da SIM-P deverá ser realizada, preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento da notificação individual diretamente no formulário online <https://is.gd/simpcovid> - reproduzido no Anexo A disponível em <https://www.vs.saude.ms.gov.br>.

Ao final do preenchimento da notificação individual no formulário online será gerado um PDF com os dados da notificação. O notificante deverá fazer o download. Este deverá ser impresso e enviado junto às amostras para o laboratório de referência.

Na impossibilidade de notificação da SIM-P pela unidade de saúde notificadora diretamente no formulário online, este deverá ser impresso (Anexo A), preenchido e enviado ao serviço de vigilância epidemiológica da região ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de referência, em meio físico ou digitalizado.

a) Nestes casos, o serviço de vigilância epidemiológica será responsável pela digitação do caso no formulário online <https://is.gd/simpcovid>.

A partir da identificação do caso que atenda aos critérios, a notificação no formulário online, ou repasse das informações ao serviço de vigilância epidemiológica de referência para digitação do caso, deverá ser realizado em até 24 horas.

Identificação do caso de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19 pelo profissional de saúde

Preenchimento do formulário de notificação online pelo link do REDCap® [<https://is.gd/simpcovid>] ou por meio do formulário de notificação impresso*

Comunicação ao serviço de vigilância de referência. Digitação do formulário de notificação, enviado pela unidade notificadora, no serviço de vigilância*

Cadastrar amostras no GAL** e enviar material ao laboratório de referência junto ao formulário de notificação

Seguimento dos casos e do manejo clínico conforme Alerta emitido pelo MS em 20/05/2020

► 22. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19

22.1. 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.

22.2. 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.

22.3. 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.

22.4. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P

Para o óbito com menção a SIM-P, temporalmente associada à Covid-19, podem ter o registro na D.O. como: Tempestade de citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica ou Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças.

22.5. Condição de saúde posterior à COVID-19

Para casos que o médico atestante julgar como sendo sequela de COVID-19, COVID tardio, Efeito colateral de COVID ou Síndrome Pós COVID, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.

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

22.6. Efeito adverso pós-vacina contra a COVID-19

Para os casos de vacinas contra à COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico e levam ao óbito.

- Na parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada.

22.7. Reincidência de COVID-19 confirmada

Para o óbito de Reincidência de Covid-19, confirmada podem ter o registro na D.O. como: Novo contágio de COVID-19, Novo episódio de COVID-19, e esta tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte.

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

22.8. Óbito fetal e neonatal de mãe com COVID-19

Para o preenchimento da D.O. quando as consequências da COVID-19 na gestante podem ter causado o desfecho fatal do concepto.

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 Materna na última linha informada.

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, não deve ser colocado CID pelo médico ;
- 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.
- Caso seja conhecido o tempo aproximado entre o início da doença e a morte, esse deve ser informado no campo: Tempo aproximado entre o início da doença e a morte, ao lado da causa.

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.

Orientações para preenchimento da D.O em anexo.

► 23. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19

23.1. Caso confirmado de COVID-19

Quando no atestado houver COVID-19, para casos o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.1, na mesma linha.

23.2. Caso suspeito de COVID-19

Quando no atestado houver COVID-19, para casos suspeitos o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.2, na mesma linha.

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

Quando no atestado houver Covid -19, para casos confirmados, porém não sendo a causa base o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.1, na mesma linha, na parte II da D.O.

23.4. Condição de saúde posterior à COVID-19

As categorias referentes a sequelas são usadas para indicar que a morte resultou de efeitos tardios de uma afecção e não durante sua fase ativa:

- Devem ser informadas como sequela ou efeitos residuais, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.
- Se a afecção for informada como sequela de COVID-19, codificar como sequela;
- Se não há descrição de sequela de COVID-19 e há tempo descrito ocorrido há 1 ano ou mais, codificar como sequela de COVID-19.

O Código B94.8 (Sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas, COVID-19 infecção antiga, Efeito residual de Covid-19, Efeito tardio de Covid-19, Sequela de COVID-19 , Síndrome pós-COVID-19 e pós-COVID-19), deve ser utilizado acrescido do marcador U09.9 (Condição de saúde Posterior à covid-19, não especificada), para a codificação de sequelas no âmbito do SIM, no contexto da COVID-19.

23.5. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de SIM-P, o codificador deverá alocar os códigos M30.3 + o marcador U10.9, na mesma linha.

O Código, M30.3 (Síndrome de linfonodos mucocutâneos [Kawasaki], Tempestade de citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica e Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças), deve ser utilizado acrescido do marcador U10.9, para a codificação de SIM-P no âmbito do SIM, no contexto da COVID-19.

Alertamos, entretanto, que o uso do código M30.3 e marcador U10.9 são temporários, podendo ser revisto a partir das definições da Organização Mundial de Saúde (OMS).

23.6. Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de efeito adverso às vacinas contra COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos Y59.0 + o T88.7 + o marcador U12.9, na mesma linha.

23.7. Reincidência de COVID-19 confirmada

Quando no atestado houver menção de reinfeção de COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U92.1, na mesma linha.

Código B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada, Novo contágio de Covid-19, Novo episódio de COVID-19, Reinfeção de COVID-19), deve ser utilizado acrescido do marcador U92.1 (Reincidência de COVID-19, confirmado).

23.8. Situações especiais para óbitos fetais ou infantis

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de mãe, covid-19 confirmada e feto positivo ou feto ou recém-nascido negativo ou inconclusivo alocar os códigos P00.2 + B34.2 e o marcador U07.1, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de mãe, covid-19 (sem identificação viral) e feto positivo ou feto ou recém-nascido negativo ou inconclusivo alocar os códigos P00.2 + B34.2 e o marcador U07.2, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de recém-nascido ou infantil (< 1 ano) testou positivo e não relacionado a mãe, alocar o código B34.2 e o marcador U07.1, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de recém-nascido ou infantil (< 1 ano) suspeita de Covid-19 e não relacionado a mãe, alocar o código B34.2 e o marcador U07.2, na mesma linha.

23.9. Situações especiais para óbitos maternos (mulher no ciclo gravídico-puerperal)

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de óbito materno Covid-19 confirmada alocar os códigos O98.5 + B34.2 e o marcador U07.1 na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de óbito materno Covid-19 suspeito alocar os códigos O98.5 + B34.2 e o marcador U07.2 na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de condição de saúde posterior a Covid-19 alocar os códigos O98.5 + marcador U09.9, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de evento adverso pós-vacinação Covid-19 alocar os códigos e marcadores Y59.0 + T88.7 + U12.9 + O93.5, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de SIM-P (10 a 19 anos) alocar o código O99.8 + marcador U10.9, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de reincidência de Covid-19 alocar os códigos O98.5 + o marcador U92.1, na mesma linha.

► 24. Vacinação

24.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19

Redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.

Vacinas / Laboratórios

Dado o contexto da autorização, consta inscrito nos cartuchos a orientação de “Uso Emergencial”. Em atendimento às orientações regulatórias (Guia n°42/ANVISA).

- Sinovac/Butantan
- AstraZeneca/Fiocruz

ATENÇÃO: Considera-se esquema completo a aplicação das duas doses (D1+D2) de ambas as vacinas, respeitando os intervalos preconizados e o mesmo laboratório.

O esquema das duas doses deve ser garantido ao usuário mesmo diante do aprazamento preconizado pelo MS.

Diante de uma possível infecção pelo vírus da COVID-19 recomenda-se adiar a vacinação por 4 semanas, a contar do 1° dia dos sinais e/ou sintomas.

Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação!!!

24.2. Orientação Pré-vacinação

- Não é recomendado iniciar esquema vacinal se estiver apresentando qualquer sinal ou sintoma como: febre, mialgia, cefaléia, tosse, dor de garganta, e outros sintomas associados a COVID-19 e/ou outra infecção.
- Não é recomendado a vacinação de menores de 18 anos uma vez que este grupo não fez parte dos estudos.

24.2.1. Contraindicações

- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19.

24.3. Orientação Pós-vacinação

- **Não se recomenda a realização de testes rápidos e sorológicos para COVID-19 em usuários vacinados, visto que anticorpos pós vacinais podem ser detectados pelos testes disponíveis não cabendo diferenciação se infecção natural prévia ou vacinação;**
- Orienta-se buscar atendimento na unidade de saúde mais próxima da sua residência caso apresente qualquer reação inesperada;
- TODOS os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas nos documentos abaixo, bem como os erros de imunização e problemas com a rede de frio, deverão ser notificados no e-SUS notifica disponível no link <https://notifica.saude.gov.br>.

24.3.1. Evento adverso pós-vacinação associado à COVID-19

Todo evento que surge após a vacinação é, inicialmente, a ela relacionado, o que se denomina associação temporal. Significa dizer que, até se confirmar a verdadeira causa, o sinal ou sintoma estará temporariamente associado à vacinação.

Esta relação que se estabelece entre o evento adverso e a vacinação é denominada associação temporal. Isto é, inicialmente, assume-se que o evento ocorreu por causa da vacinação.

Após ser analisada, esta relação poderá, ou não, ser confirmada. Assim, após a aplicação da vacina, poderiam surgir sinais e sintomas decorrentes de outra doença que estivesse em período de incubação.

Neste caso, seria um evento que ocorreu por coincidência e não devido à vacinação. Para se confirmar a relação do evento adverso com a vacinação, após a notificação, deve proceder-se à investigação do caso.

24.3.2. Em caso de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)

- Primeiro passo: prestar assistência médica/ambulatorial/hospitalar a pessoa vacinada de acordo com os sinais e sintomas.
- Segundo passo: preencher a ficha de notificação de Eventos Adversos Pós Vacinação no sistema e-SUS notifica. Procure a unidade de saúde próxima da sua residência para a notificação.
- Verificar quais as comorbidades deste paciente. Se tem algum tratamento medicamentoso em andamento para investigar qualquer evento diferencial.
- Terceiro passo: monitorar os sinais e sintomas diariamente, acompanhando toda evolução e/ou piora deste paciente.
- Aguardar resposta do Estado (CRIE) para realização da segunda dose da vacina.
 - Contatos durante a semana até 17:30: 3318-1824/1801.
 - Contatos aos finais de semana e horário pós expediente: Plantão CIEVS (casos graves de EAPV).

24.4 Controle de casos positivos após vacinação

Ainda que não haja nenhuma orientação oficial do ministério da saúde até a presente data, a respeito de casos positivos após 2ª dose da vacina de COVID-19, visando nos organizarmos e não perdemos estas informações, elaboramos planilha de controle de casos positivos de COVID-19 por meio de RT-PCR em tempo real (biologia molecular) ou teste antígeno - com ao menos 14 dias após 2ª dose da vacina de COVID-19 - independente do fabricante.

Para tanto, os municípios que detectarem casos que atendam ao critério acima descrito - preencher e enviar planilha com os dados para o e-mail imunizacaoestadualms@gmail.com.

► 25. 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 à 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.
- Vacinação contra COVID-19 conforme calendário do PNI.
- Rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19.

► 26. 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

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:

Nº



SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 23/03/2021

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG 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. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

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	Tem CPF? (Marcar X) ___ Sim ___ Não	7	CPF: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
	8	Estrangeiro (Marcar X) ___ Sim ___ Não		
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___		
	10	Nome:	11	Sexo: ___ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	12	Data de nascimento:	13	(Ou) Idade: ___ ___ ___ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ___
	14	Gestante: ___ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	15	Raça/Cor: ___ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	16	Se indígena, qual etnia?		
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ___ Sim ___ Não	18	Se sim, qual? _____
	19	Escolaridade: ___ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		
20	Ocupação:	21	Nome da mãe:	
Dados de residência	22	CEP: ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___		
	23	UF: ___ ___	24	Município: Código (IBGE): ___ ___ ___ ___ ___ ___
	25	Bairro:	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):
	27	Nº:		
	28	Complemento (apto, casa, etc...):	29	(DDD) Telefone: ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
	30	Zona: ___ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____
Dados Clínicos e Epidemiológicos	32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? ___ 1-Sim 2-Não 9-ignorado		
	33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? ___ 1-Sim 2-Não ___ 3- Outro, qual _____ 9-ignorado		
	34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado ___ Febre ___ Tosse ___ Dor de Garganta ___ Dispneia ___ Desconforto Respiratório ___ Saturação O ₂ < 95% ___ Diarreia ___ Vômito ___ Dor abdominal ___ Fadiga ___ Perda do olfato ___ Perda do paladar ___ Outros _____		
	35	Possui fatores de risco/comorbidades? ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) ___ Puérpera (até 45 dias do parto) ___ Doença Cardiovascular Crônica ___ Doença Hematológica Crônica ___ Síndrome de Down ___ Doença Hepática Crônica ___ Asma ___ Diabetes mellitus ___ Doença Neurológica Crônica ___ Outra Pneumopatia Crônica ___ Imunodeficiência/Imunodepressão ___ Doença Renal Crônica ___ Obesidade, IMC ___ ___ Outros _____		
	36	Recebeu vacina COVID-19? ___ 1-Sim 2-Não 9-ignorado	37	Se recebeu vacina COVID-19, informar: Data da 1ª dose: ___ ___ ___ Data da 2ª dose: ___ ___ ___
	38	Laboratório Produtor vacina COVID-19: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª Dose _____ Lote 2ª Dose _____
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	Data da vacinação: ___ ___ ___
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: ___ ___ ___	
	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)			

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: _____

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 :



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 compartilhado 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, ir 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.



Nº

e-SUS Vigilância Epidemiológica
06/07/2020

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 pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____		Município de Notificação: _____		
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de segurança (Marcar X) <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) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		Passaporte: _____
	CEP: _____			
	Estado de residência: ____/____		Município de Residência: _____	
	Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____
Complemento: _____				
Telefone Celular: ____-____-____-____-____-____		Telefone de contato: ____-____-____-____-____-____		
Data da Notificação: ____/____/____				
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros _____		Data do início dos sintomas: ____/____/____		
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas				
Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste: ____/____/____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Imunoensaio por Eletroquimioluminescência- ECLIA	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	
Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI		
Data de encerramento: ____/____/____				

Informações complementares e observações

Identificação da notificação

UF de Notificação: _____ Município de notificação: _____
Nome da Unidade de Notificação: _____
CNES: _____ Data da Notificação: ___/___/___
Nome do profissional: _____
Telefone de contato do profissional / unidade notificante: _____
E-mail de contato do profissional / unidade notificante: _____

Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: _____
Nome da mãe: _____
Nome do(a) Responsável: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____
Nº do CPF: _____ - _____ Nº do Cartão Nacional de Saúde: _____
Sexo: () Masculino () Feminino
Se sexo feminino, está gestante? () sim () não () não sabe () não se aplica
Se sim, período gestacional: _____
() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () ignorado
Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena () não declarado
Se indígena, qual etnia? _____

Endereço de residência

Logradouro: _____ Nº: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Complemento: _____
UF: _____ Município: _____ Telefone: () _____

Identificação da hospitalização

Data internação: ___/___/___
Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? _____
Internação em UTI? () Sim () Não
Se sim, data de entrada na UTI: ___/___/___ data de alta da UTI: ___/___/___

Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?
() Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e ≥ 3 dias Data de início da febre: ___/___/___
() Conjuntivite não purulenta ou erupção cutânea bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)
() Hipotensão arterial ou choque
() Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias
() Evidência de coagulopatia
() Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)
() Marcadores de inflamação elevados
() Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa
() Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: ___/___/___ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm
Quais sinais e sintomas foram percebidos?
() Alterações na cor da pele () Dispneia () Irritabilidade
(ex. palidez, cianose) () Dor à deglutição () Letargia
() Cefaleia () Dor de garganta () Linfadenopatia
() Confusão mental () Dor no peito () Náusea / Vômitos
() Conjuntivite () Dores abdominais () Mialgia
() Coriza () Edema cervical () Manchas vermelhas pelo corpo (exantema, rash, etc.)
() Diarreia () Edema de mãos e pés

- () Oligúria (<2ml/kg/hr) () Tosse () outros, especificar:
() Taquicardia () Sat.O₂ <95% ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

- () Não houve complicação () Infarto do miocárdio () Pneumonia
() Convulsões () Insuficiência renal aguda () Sepse
() Edema Agudo Pulmonar () Necessidade de ventilação () Outros, especificar:
() Evento tromboembólico invasiva _____
() Falência de outros órgãos () Necessidade de ventilação não invasiva
() Hipertensão arterial () Necessidade de troca plasmática
() Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas

Antecedentes clínico-epidemiológicos

Doença ou condição pré-existente:

- [] Não apresenta
[] Cardiopatia *Se sim:* () pericardite; ou () Imunossuprimido
() congênita ou () adquirida. () arritmia [] Hipertensão arterial
Se congênita: [] Diabetes [] Hipertensão pulmonar
() acianogênica ou [] Dislipidemia [] Nefropatia
() cianogênica. [] Desnutrição [] Pneumopatia
Se adquirida: [] Doença hematológica [] Síndrome genética
() insuficiência cardíaca; [] Doença neurológica [] Outras. Quais?
() febre reumática; [] Doença reumatológica
() miocardite; [] Doença oncológica

Faz uso de medicação diária?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____
Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?
() Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____

Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

- () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, qual/quais? _____

- Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu
Se sim, quando? _____

- Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? () Sim () Não () Não sabe/Não respondeu

Teve contato com algum caso suspeito ou confirmado para COVID-19?

- () sim () não () Não sabe/Não respondeu Se sim, data da última exposição: ___ / ___ / ____

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

- Hemoglobina (g/L):** () normal () alterado () não realizou **TTPTa:** () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou **TP:** () normal () alterado () não realizou
Leucócitos totais (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Fibrinogênio (g/L):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Neutrófilos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Procalcitonina (ng/mL):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Linfócitos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Proteína C reativa (mg/dL):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Hematócrito (%): () normal () alterado () não realizou **VHS (mm/h):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou
Plaquetas (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou **Dímero-D (mg/L):**
() normal () alterado () não realizou () normal () alterado () não realizou

IL-6 (pg/mL):

normal alterado não realizou

Creatinina (µmol/L):

normal alterado não realizou

Sódio (mmol/L):

normal alterado não realizou

Potássio (mmol/L):

normal alterado não realizou

Ureia (mmol/L):

normal alterado não realizou

NT Pro-BNP (pg/mL):

normal alterado não realizou

BNP (pg/mL):

normal alterado não realizou

Troponina (ng/mL):

normal alterado não realizou

CKMB (U/L):

normal alterado não realizou

DHL (U/L):

normal alterado não realizou

Triglicérides:

normal alterado não realizou

TGO (U/L):

normal alterado não realizou

TGP (U/L):

normal alterado não realizou

Albumina (g/dL):

normal alterado não realizou

Lactato (mmol/L):

normal alterado não realizou

Ferritina (µg/mL):

normal alterado não realizou

Hemocultura? Sim Não Ignorado Data da coleta: __/__/__

Resultado: _____

Realizou exame de imagens? Sim Não Ignorado. Se sim, data: __/__/__

Qual(is) exame(s) de imagem?

Radiografia do Tórax

Resultado:

Imagem de vidro fosco

Tomografia do Tórax

Infiltrado

Condensação

Derrame Pleural

Outros. _____

Ultrassonografia de abdome - Resultado:

Hepatomegalia

Icté

Outros. _____

Eplenomegalia

Linfadenite

Colite

Ascite

Ecocardiografia - Resultado:

Sinais de disfunção miocárdica

Anormalidades coronarianas

Sinais de pericardite

Outros. _____

Sinais de valvulite

Realizou eletrocardiograma? Sim Não Ignorado Resultado: _____

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? Sim Não Ignorado

Se sim, qual(is)?

RT-PCR: Sim Não Data da coleta: __/__/__

Material de coleta:

swab nasofaríngea secreção traqueal Outros, especificar _____

Resultado da coleta:

Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Se detectável para outros agentes infecciosos,

Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19)

quais? _____

Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Ignorado

Detectável para outros agentes infecciosos

Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2: Sim Não

Data da coleta: __/__/__ Método de sorologia: Teste rápido Outro

Resultado:

Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) Ignorado

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? () Sim () Não () Ignorado Se sim, quais? _____
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Antivírico? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)?

[] Ribavirina [] Lopinavir ou Ritonavir [] Tocilizumabe [] Ivermectina [] Remdesivir

[] Outros _____

Corticoesteroide? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Imunoglobulina intravenosa? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Anticoagulação sistêmica? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, data de início: __/__/__

Dose diária: _____ (incluir unidade); duração (em dias): _____

Outra(s)? () Sim () Não () se desconhece. Se sim, qual(is)? _____

Variáveis de encerramento

Diagnóstico médico final:

() SIM-P () Kawasaki () Kawasaki atípica
() Síndrome do Choque Tóxico () Outro, especifique: _____

Evolução: () Alta hospitalar

Se alta: () sem sequelas () com sequelas.

Qual/quais? _____

() Óbito

Data da evolução: __/__/__

Novas Recomendações para o **PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)** no contexto da pandemia da COVID-19

01

CASO CONFIRMADO DE COVID-19

Preenchimento da DO cujo resultado laboratorial para COVID-19 tenha sido confirmado, ou critério clínico-imagem, ou clínico-epidemiológico, e esta 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



02

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) Septicemia

c) Pneumonia

d) Suspeito de Covid-19

PARTE II DPOC exacerbada

DM tipo 2



03

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 de aorta torácica roto

c) _____

d) _____

PARTE II Covid-19

HAS, Tabagismo



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/SES/SAU Campo Grande



04

CONDIÇÃO DE SAÚDE POSTERIOR À COVID-19

Casos em que o médico atestante julgar como sendo Sequela de COVID, COVID Tardio, Efeito residual de COVID, ou Síndrome Pós-COVID, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.

• Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a condição na última linha informada;

• Na Parte II informara COVID-19 e outras comorbidades, caso existam.

Exemplo:

PARTE I

a) Insuf. Respiratória Aguda

b) Fibrose pulmonar

c) Sequela de Covid-19

d) _____

PARTE II Obesidade

05

**SÍNDROME INFLAMATÓRIA
MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA-SIM-P**

Podendo ser: Tempestade de Citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, ou Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, quando temporalmente associada à COVID-19.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque cardiogênico

b) Miocardite

c) S. Inflamatória Multissistêmica

d) Covid-19

PARTE II _____

06

EFEITO ADVERSO PÓS VACINA CONTRA COVID-19

Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico e levam ao óbito.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque anafilático

b) Efeito adverso após vacina Covid-19

c) _____

d) _____

PARTE II _____

07

REINCIDÊNCIA DE COVID-19, CONFIRMADA

Inclui: Novo contágio de COVID-19, Novo episódio de COVID-19, ou Reinfecção de COVID-19, confirmado por critério laboratorial, clínico-imagem, ou clínico-epidemiológico, e esta tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

• Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Reinfecção 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) Choque cardiogênico

b) Miocardite

c) Reinfecção de Covid-19

d) _____

PARTE II DM insulino dependente

Obesidade

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/SES/SAU Campo Grande



08 ÓBITO FETAL E NEONATAL DE MÃE COM COVID-19

Preenchimento de DO quando as consequências da COVID-19 na gestante podem ter causado o desfecho fatal do concepto.

Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 Materna na última linha informada;

Exemplo de Óbito FETAL:

PARTE I

- a) Anóxia intrauterina
- b) Insuficiência Placentária
- c) Covid-19 Materna
- d) _____

PARTE II

Exemplo de Óbito NEONATAL:

PARTE I

- a) Síndrome da Membrana Hialina
- b) Prematuridade
- c) Covid-19 Materna
- d) _____

PARTE II

NOTA PARA TODOS OS CASOS:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na Parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- Caso se já conhecido o tempo aproximado entre o início da doença e a morte, esse deve ser informado no campo "Tempo aproximado..." ao lado da causa;
- O campo "CID" do atesta do é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade, ou seja, não deve ser colocado CID pelo médico.

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/SES/SAU Campo Grande



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): People with certain medical conditions. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing. Aug., 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html.2019-ncov/needextra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 01 de setembro de 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília. DF: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (cOVID-19). Diário Oficial, Brasília, DF. 20 de março 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 16/2020, sobre Orientações sobre a notificação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), temporalmente associada à COVID-19. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Nota-T%C3%A9cnica-16_2020-CGPNI_DEIDT_SVS_MS.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 52/2020, sobre Orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da COVID-19 no Brasil. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao_novo/saude/SEI_MS_-_0017401088_-_Nota_Tecnica_final_1.pdf. Acesso em 30 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 59/2021, sobre Recomendações quanto à nova variante do SARS-CoV-2 no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/02-1/nota-tecnica-recomendacoes-quanto-a-nova-variante-do-sars-cov-2-no-brasi.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19. Versão 1: 11/05/2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/29/Nota-Informativa-declara---o-obito.pdf>. Acesso em 01 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) - Brasília: Ministério da Saúde, 2020.