

Nota Técnica

COVID-19

24

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

19/01/2022

► 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
2.1. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública	10
2.2. Fluxograma para atendimento de Síndrome Gripal (SG) e uso de Teste Rápido COVID-19 para casos sem indicação de internação.	11
3. Isolamento	13
3.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)	14
4. Surto	15
4.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada	15
4.2. Surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar	15
4.3. Orientações para situações de surto	15
5. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19	16

6. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19	16
7. Gestantes	17
8. Onde Notificar	17
8.1. Notificações no e-SUS VE	18
9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado	18
10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados	18
11. Atestados Médicos	18
12. Óbitos por SRAG	19
13. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19	20
14. Critérios para Envio de Amostras para Realização de Pesquisa de Anticorpos Totais / Sorologia Convencional, no LACEN MS	20
15. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno	21
16. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)	22
16.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento	22
16.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético	23
17. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)	23
17.1. Definição de Caso	24
17.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19	27
17.3. Tratamento	28
18. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19	29
18.1. Caso confirmado de COVID-19	29
18.2. Caso suspeito de COVID-19	29
18.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte	29
18.4. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	30
18.5. Condição de saúde posterior à COVID-19	30
18.6. Efeito adverso pós-vacina contra a COVID-19	30
18.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	30
18.8. Óbito fetal e neonatal de mãe com COVID-19	31
19. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19	31
19.1. Caso confirmado de COVID-19	31

19.2. Caso suspeito de COVID-19	31
19.3. Caso confirmado COVID-19, mas, não sendo esta a causa básica da morte	32
19.4. Condição de saúde posterior à COVID-19	32
19.5. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	32
19.6. Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado	33
19.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	33
19.8. Situações especiais para óbitos fetais ou infantis	33
19.9. Situações especiais para óbitos maternos (gravídico-puerperal)	34
20. Vacinação	34
20.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19	34
20.2. Imunização e segurança do paciente	35
20.2.1. Contraindicações	36
20.3. Orientação Pós-vacinação	36
20.3.1. Evento adverso pós-vacinação associado à COVID-19	36
20.3.2. Em caso de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	37
20.3.3. Registro e Sistema de informação	37
21. Medidas Importantes	37
22. 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.

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 (observar caso a caso).**
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica.

1.6. Contato próximo de caso confirmado

Qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, para sintomáticos: entre 48hs antes até os 7 dias após a data de início dos sinais e sintomas. Para assintomáticos: 48hs antes da data da coleta do exame.

Deve considerar o contato próximo a pessoa que:

- Teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos com caso confirmado);
- Tenha contato direto desprotegido ou de forma incorreta, com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
- Teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- Esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, salas de espera, ambientes laborais ou eventos sociais) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 1 metro;
- É 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.

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

- Todos os casos que exigem hospitalização devido a sintomas respiratórios;
- Pacientes com sintomas respiratórios que estejam nos grupos de risco para agravamento da doença;
- Profissionais de saúde com sintomas respiratórios (para permitir orientação referente ao retorno ao trabalho);
- Pacientes que precisam ser hospitalizados por outros motivos, para detecção de Covid-19 de acordo com as normas de cada instituição;
- Profissionais com sintomas respiratórios que fazem parte dos serviços essenciais e presenciais, como profissionais de segurança (para permitir orientação referente ao retorno ao trabalho).
- Contatos de casos confirmados de COVID-19 no 5º dia após exposição - mesmo que assintomáticos;

A coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial em fase aguda - por meio de RT PCR deve ser de 1 a 8º dias do início de sintomas OU teste rápido antigênico de 1 a 7º dia de início de sintomas.

Situações em que o teste NÃO é recomendado:

- Assintomáticos SEM histórico de contato com caso confirmado de COVID-19;
- Como requisito para sair do isolamento - **salvo em contatos de casos confirmados conforme grupos acima;**
- Para acessar locais públicos.

PRIORIZAÇÃO DE COLETAS: Recomendamos que priorizem coletas de **GESTANTES e PUÉRPERAS.**

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 realizar testagem pela metodologia disponível.

2.1. 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 ou TR antígeno positivo determina afastamento de 7 dias, após o início dos sintomas ou após resultado do teste para casos positivos assintomáticos. 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 testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 nos serviços de saúde e segurança pública

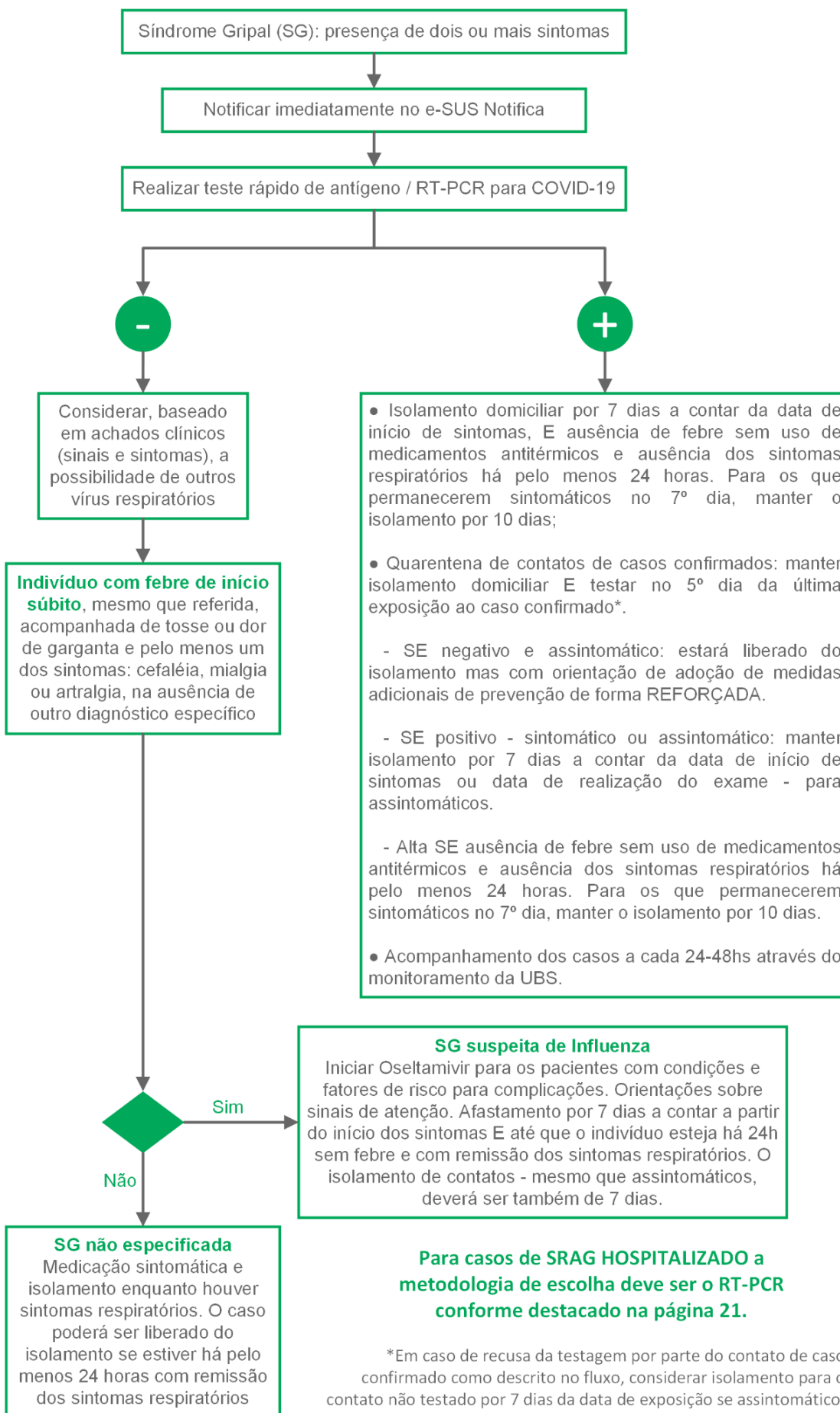
Em caso de **impossibilidade de afastamento dos contatos próximos laborais e intradomiciliares** de casos confirmados nos serviços de saúde e segurança pública, **a fim de evitar a interrupção de serviços essenciais** - considerando localidades em que não haja possibilidade de substituição do profissional 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, deverão ser testados e afastados até a remissão dos sintomas - mesmo que negativos para COVID-19. Aos que, se mantiverem assintomáticos pelo período de 7 dias pós exposição, poderão ser testados no 5º dia da última exposição ao caso confirmado (seguir recomendações do item 6).

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.

2.2. Fluxograma para atendimento de Síndrome Gripal (SG) e uso de Teste Rápido COVID-19 para casos sem indicação de internação.

Considerando a circulação desde dezembro/2021 do vírus influenza no estado do Mato Grosso do Sul, simultaneamente ao coronavírus que já circulava de forma sustentada, orientamos o seguimento do fluxo abaixo, para casos sintomáticos respiratórios a nível de atenção primária ou ambulatorial:



▶ 3. 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:** 7 dias a contar da data de início de sintomas, E ausência de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e ausência dos sintomas respiratórios há pelo menos 24 horas. **Para os que permanecerem sintomáticos no 7º dia, manter o isolamento por 10 dias;**
- **Assintomáticos - confirmados laboratorialmente (RT PCR ou TR antígeno):** Deve-se manter isolamento suspendendo-o após 7 dias da data de coleta da amostra. Se positivo em testes rápidos sorológicos (IgM/IgA/IgG) - (NÃO REALIZAR EM PACIENTES VACINADOS) **retorno às atividades sem isolamento.**
- **Contatos de casos confirmados,** manter isolamento domiciliar **E** testar no **5º dia da última exposição ao caso confirmado.**

SE negativo e assintomático: estará liberado do isolamento mas com orientação de adoção de *medidas adicionais* de prevenção de forma **REFORÇADA**.

SE positivo - sintomático ou assintomático: manter isolamento por **7 dias** a contar da data de início de sintomas ou data de realização do exame - assintomáticos. Alta após o 7º dia **SE** ausência de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e ausência dos sintomas respiratórios há pelo menos 24 horas. **Para os que permanecerem sintomáticos no 7º dia, manter o isolamento por 10 dias.**

A cada surgimento de novo sintomático respiratório no domicílio, reiniciar a contagem do tempo de isolamento.

SE ao 10º dia de isolamento, permanecer sintomático, manter o isolamento até que complete 24hs sem sintomas E sem febre, independente do tempo, podendo ser liberado após esse período.

MEDIDAS ADICIONAIS

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que possuam fatores de risco para agravamento da COVID-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público, ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo como restaurantes e bares; e evitar comer próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho, por pelo menos 10 dias completos após o início dos sintomas.
- Não viajar durante o seu período 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.

Dia completo: o dia 0 é o dia do início dos sintomas e o dia 1 é o primeiro dia completo após o início dos sintomas, ou seja, 24hs após o início dos sintomas, e assim sucessivamente.

3.1. 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 há pelo menos 24hs (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado);

▶ 4. 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.

4.1. 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).

4.2. 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).

4.3. Orientações para situações de surto

- Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19, conforme item 6, da página 12;
- 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 realizar testagem oportuna de acordo com a metodologia;

- Contatos **assintomáticos próximos e/ou domiciliares** de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 5 dias, realizar TR-AG ou **Teste Rápido Sorológico** (após o 8º dia de exposição ao caso confirmado) - **sendo o sorológico indicado 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.

► 5. 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.**

► 6. 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.

► 7. 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 ou TR-AG em gestantes, parturientes 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 ou tenha TR-AG disponível;

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.

► 8. Onde Notificar

- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Nos hospitais 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.

8.1. Notificações no e-SUS VE

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

- Casos de Síndrome Gripal **NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA** via CIEVS. **Apenas deverão ser inseridos no sistema e-SUS VE.**

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

- Notificação imediata de todo caso de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG.
- Registro de SRAG e SG de UNIDADES SENTINELAS deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE.

▶ 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

- Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no E-SUS VE apenas pacientes testados com testes registrados pela ANVISA, conforme resolução específica publicada em diário oficial - Resolução Nº36/SES/MS de 25/05/2020.
- A responsabilidade de encerramento e acompanhamento destes casos no sistema E-SUS VE é dos responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, estes, cadastrados no sistema como Gestores Municipais.

▶ 11. Atestados Médicos

Para emissão dos atestados médicos é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo

endereço, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas.

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)

► 12. 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.

► 13. 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"/> 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	
Condições e causas do óbito	4) CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a COVID -19		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b Devido ou como consequência de:		
			c Devido ou como consequência de:		
			d Devido ou como consequência de:		
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**

► 14. 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 reinfecção;
- Pacientes envolvidos em situação de surto.

► 15. 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****.
- Indivíduos participantes de surtos de COVID-19, sintomáticos ou assintomáticos;
- **Contatos** de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 – devendo-se aguardar **5 dias após a última exposição ao caso índice**, para realizar a testagem com TR-AG. **Não é recomendada a testagem antes do 5º dia!**

***Orienta-se que nos casos de SRAG Hospitalizado e óbitos mantêm-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.

Orienta-se que os casos sintomáticos com resultado negativo para COVID-19 pela metodologia TR-AG **e que mantenham suspeita clínica de COVID-19**, tenham nova amostra coletada e enviada ao LACEN MS para realização do teste pela metodologia RT-PCR.

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.

► 16. 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.

16.1. 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.

16.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético

- **Grupo 1:** Amostras aleatórias de casos que evoluíram a óbito ou que tiveram evoluções graves da doença;
- **Grupo 2:** Amostras aleatórias de áreas fronteiriças com outros países ou casos com histórico de viagem para áreas de transmissão da nova variante nos últimos 14 dias.
- **Grupo 3:** Amostras aleatórias de casos confirmados por SE e com CT adequado para sequenciamento (menor ou igual a 27).

▶ 17. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)

A SIM-P é uma complicação da infecção pelo SARS-CoV-2 na população de 0 a 19 anos, caracterizada por uma resposta inflamatória tardia e exacerbada. É uma síndrome rara, porém potencialmente grave e grande parte dos casos necessita de internação em unidade de terapia intensiva. Em geral acontece de 4 a 6 semanas após a covid-19, contudo, a temporalidade entre a exposição ao vírus SARS-CoV-2 e o desenvolvimento da SIM-P ainda não está claro.

Apresenta sinais e sintomas variados que podem afetar os sistemas gastrointestinal, hematológico, respiratório, neurológico, renal, cardíaco, além de alterações mucocutâneas. O quadro clínico pode incluir: febre alta e persistente, cefaléia, náuseas, vômitos, dor abdominal, rash cutâneo, conjuntivite não purulenta, disfunções cardíacas, hipotensão arterial e choque, além de elevação dos marcadores de atividade inflamatória. As manifestações clínicas podem aparecer de forma simultânea ou no decorrer da evolução clínica e **os sintomas respiratórios não estão presentes em todos os casos.**

Adicionalmente, os casos de SIM-P reportados pela literatura apresentam elevação dos marcadores de atividade inflamatória e exames laboratoriais que indicam infecção recente pelo SARS CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado para COVID-19. Entretanto, a maior parte dos casos de SIM-P notificados até o momento, no Brasil e em séries de casos internacionais apresentam sorologia positiva para covid-19, o que corrobora com a hipótese de tratar-se de uma síndrome tardia.

17.1. Definição de Caso

A fim de aumentar a sensibilidade na captação dos casos, o Ministério da Saúde orienta que a notificação de SIM-P seja a partir de casos suspeitos. Para isso, estabelece os critérios de definição de caso suspeito de SIM-P para fins de notificação, com posterior investigação e encerramento pela vigilância local, de acordo com a definição de caso confirmado preconizada.

Definição de caso suspeito de SIM-P associada à Covid-19:

Criança ou adolescente de zero a 19 anos que apresentou, na admissão hospitalar ou durante a evolução clínica: febre elevada com aumento dos parâmetros das provas de atividade inflamatória (VHS, PCR ou outros) associados à dois ou mais sinais ou sintomas sugestivos de SIM-P: alterações de pele ou mucosas (conjuntivite bilateral não purulenta, rash cutâneo ou edema de mãos e pés); e/ou sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômito, diarreia); e/ou sinais de hipotensão ou

choque; e/ou sinais clínicos de miocardite ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular, hepatoesplenomegalia) e/ou sintomas neurológicos (cefaléia, letargia, estado mental alterado). **A suspeita de SIM-P é reforçada quando o hemograma completo apresenta neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia.**

Definição de caso confirmado de SIM-P associada a COVID-19:

Casos que foram hospitalizados com:

- Febre elevada ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e persistente (≥ 3 dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

E

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

E

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
 - Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),
 - Hipotensão arterial ou choque,
 - Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas confirmados pelo ecocardiograma ou elevação de Troponina, ou N-Terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-pro BNP);
 - Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados),
 - Manifestações gastrointestinais agudas (diarréia, vômito ou dor abdominal).

E

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

E

- Evidência de COVID-19 por RT-PCR, teste antigênico ou sorologia IgM e/ou IgG

reagente 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 de Kawasaki ou choque tóxico.
- Os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de SIM-P em qualquer morte pediátrica característica com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

Fonte: Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OMS (WHO/2019-nCoV/ MIS_Childr en_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 e-reativa.

Caso descartado de SIM-P associada à Covid-19:

- Caso suspeito de SIM-P em que foi diagnosticada outra etiologia que justifique o quadro clínico, como doenças bacterianas, outras doenças virais, doenças auto-imunes, entre outras.
- Casos notificados como suspeitos de SIM-P e que não atendem a todos os critérios da definição de caso confirmado.

Em suma, para fins de confirmação e encerramento dos casos, os critérios de SIM P permanecem conforme os critérios preconizados pela OMS.

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 e, se necessário, realizar investigação domiciliar .

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

A notificação individual dos casos suspeitos de SIM-P deve ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preencha os critérios de definição de caso suspeito da síndrome e realizada, preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento da notificação individual diretamente no formulário online <https://redcap.link/simpCovid> - reproduzido nos anexos.

A notificação deve acontecer em até 24 horas após o reconhecimento do caso.

Ressalta-se que 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 suspeito, coleta de exames, investigação clínico-laboratorial, acompanhamento atualização acerca dos casos, que deverão ser repassados ao serviço de vigilância, e não apenas o registro da notificação. As unidades notificantes devem revisar periodicamente os registros de saúde disponíveis para identificação de dados importantes referentes à evolução do caso (resultado laboratorial, tratamento instituído, alta, óbito, transferência de hospital e outros). Novos dados revisados deverão ser informados ao serviço de vigilância de referência e estes deverão atualizar as informações no formulário de notificação.

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, 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://redcap.link/simpcovid>.

17.3. Tratamento

A abordagem clínica dos casos moderados e graves de SIM-P deve ser realizada, preferencialmente, em unidades de terapia intensiva com equipe multidisciplinar e infraestrutura adequada para o manejo oportuno e melhor prognóstico desses casos.

Após a alta hospitalar, crianças e adolescentes com SIM-P deverão ser sistematicamente acompanhadas, particularmente aquelas com disfunções cardíacas (aneurismas coronarianos e disfunções miocárdicas), pneumopatias, doença renal aguda, trombozes, entre outras possíveis complicações.

Orientações sobre o tratamento e manejo clínico da SIM-P estão disponíveis na **NOTA TÉCNICA Nº 7/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**, disponível através do link <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-7-2021.pdf/view>

A imunoglobulina endovenosa (IVGE) é o tratamento de primeira linha preconizado para os casos moderados e graves de SIM-P associada à COVID-19. Cabe esclarecer que a aquisição da imunoglobulina humana de uso hospitalar compete, à princípio, aos hospitais de referência para o tratamento das doenças e agravos cujo tratamento, porventura, dela se beneficiem. Os estabelecimentos de saúde devem registrar o uso da medicação junto aos sistemas de informação do SUS para fins de faturamento e ressarcimento pela secretaria de saúde que faz sua gestão direta.

Para maiores informações, acessar **Nota Técnica Nº 1020/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS** através do link: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-no-1020-2021-CGPNI-DEIDT-SVS-MS.pdf>

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

18.1. 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.

18.2. 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.

18.3. 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.

18.4. 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.

18.5. 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.

18.6. 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.

18.7. 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.

18.8. 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 conceito.

- 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.

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

19.1. 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.

19.2. 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.

19.3. 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.

19.4. 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.

19.5. 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).

19.6. 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.

19.7. Reincidência de COVID-19 confirmada

Quando no atestado houver menção de reinfecção 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, Reinfecção de COVID-19), deve ser utilizado acrescido do marcador U92.1 (Reincidência de COVID-19, confirmado).

19.8. 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.

19.9. Situações especiais para óbitos maternos (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.

► 20. Vacinação

20.1. 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.
- Evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento.

Vacinas / Laboratórios

Dado o contexto da autorização, consta inscrito nos cartuchos a orientação de “Uso Emergencial”. Em atendimento às orientações regulatórias:

- Sinovac/Butantan
- AstraZeneca/Fiocruz
- Pfizer
- Pfizer Pediátrica para o grupo de 5 a 11 anos completos
- Janssen

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

20.2. Imunização e segurança do paciente

Realizar conferência de cada item listado abaixo, uma vez que estes são imprescindíveis para oferta da vacinação segura, conforme checklist:

1. Conservação
 2. Validade
 3. Pessoa/usuário
 4. Vacinas
 5. Idade para vacinação
 6. Dose
 7. Intervalo entre as doses
 8. Volume
 9. Via de administração
 10. Local
 11. Registro
 12. Aprazamento
- 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.
 - Verificar qual a data de aplicação de vacina anteriormente, garantindo que a vacina Covid-19 não seja administrada de forma concomitante a outras vacinas do calendário infantil, por precaução, sendo recomendado um intervalo de 15 dias;

- Que os profissionais de saúde, antes de aplicarem a vacina, mostrem ao usuário e ou responsável que acompanha a criança qual é a vacina e como ela se apresenta, respeitando a faixa etária e dose indicada.

20.2.1. 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.

20.3. 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>.

20.3.1. 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.

20.3.2. 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.
- Ainda, se apresentar evento adverso grave informar imediatamente a coordenação estadual.

20.3.3. Registro e Sistema de informação

REGISTRO DAS DOSES NO SIPNI e CADERNETA DE VACINAÇÃO

- As doses aplicadas na Campanha Nacional de Vacinação contra Covid -19
- Deverão ser registradas de forma nominal no ambiente de campanha do novo SIPNI.
- Ainda, o registro nominal na caderneta de vacinação deverá ser preenchido de maneira completa, sem abreviações, contendo: nome do imunobiológico, dose ofertada, laboratório, lote, data de validade, data de aplicação e nome legível do vacinador.

► 21. 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;
- O isolamento e a quarentena são estratégias de saúde pública que visam proteger a população e evitar a disseminação da Covid-19.

► 22. 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 DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 07/10/2021

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

Dados de Atendimento	42	Usou antiviral para gripe? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral? _ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _ _					
	45	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _ _	47	UF de internação: _ _					
	48	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _								
	49	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _								
	50	Internado em UTI? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	51	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _ _	52	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _ _					
	53	Uso de suporte ventilatório: _ _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	54	Raio X de Tórax: _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	55	Data do Raio X: _ _ _ _ _ _					
	56	Aspecto Tomografia _ 1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4-Negativo para Pneuomonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	57				Data da tomografia: _ _ _ _ _ _				
	58	Coletou amostra _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	59	Data da coleta: _ _ _ _ _ _	60	Tipo de amostra: _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado					
Dados Laboratoriais	61	Nº Requisição do GAL: _____		62	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ _ 1-Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico						
	63	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _ _		64	Resultado da Teste antigênico: _ _ 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado						
	65	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _							
	66	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ _ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Adenovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____									
	67	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado		68	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _						
	69	Agente Etiológico - RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ _ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? _ _ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? _ _ 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Parainfluenza 4 _ _ Adenovírus _ _ Metapneumovírus _ _ Bocavírus _ _ Rinovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____									
	70	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____		Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _							
	71	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			72	Data da coleta: _ _ _ _ _ _					
	73	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ _ IgG _ _ IgM _ _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado			74	Data do resultado: _ _ _ _ _ _					
	Conclusão	75	Classificação final do caso: _ _ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por covid-19			76	Critério de Encerramento: _ _ 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem				
77		Evolução do Caso: _ _ 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		78	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _		79	Data do Encerramento: _ _ _ _ _ _			
80								Número D.O.: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
81								OBSERVAÇÕES:			
82						Profissional de Saúde Responsável:		83		Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _	



FICHA DE NOTIFICAÇÃO 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.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:	UF de notificação:	Data da Notificação:	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
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"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Indígena Se indígena, informar etnia:		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?			
Estado de residência:	Município de Residência:	CEP: -	
Logradouro:	Número:	Bairro:	
Complemento:			
Telefone 1:	Telefone 2:		
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Diagnóstico assistencial (sintomático) <input type="checkbox"/> Busca ativa de assintomático <input type="checkbox"/> Triagem de população específica <input type="checkbox"/>			
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos <input type="checkbox"/> Investigação de surtos <input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) <input type="checkbox"/> Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais <input type="checkbox"/> Outro:		
Local de realização da testagem: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) <input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Aeroporto <input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS					
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros					
Data do início dos sintomas:					
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Obesidade			
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>					
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina
		1ª dose			
		2ª dose			

EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado



EXAMES LABORATORIAIS						
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Fabricante	Lote	Resultado
Teste rápido de antígeno	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Concluído	__/__/__			<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente
	<input type="checkbox"/> Coletado	<input type="checkbox"/> Não Solicitado				<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado

ENCERRAMENTO			
Evolução do caso: (Marcar X)		Classificação final: (Marcar X)	Data de encerramento:
<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	<input type="checkbox"/> Cura	__/__/____
<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Internado em UTI	<input type="checkbox"/> Descartado	
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico	
		<input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial	
		<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Imagem	
		<input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES

RASTREAMENTO DE CONTATOS							
ID do caso Fonte (preenchido automaticamente pelo sistema)	ID do contato (preenchido automaticamente pelo sistema)	Nome completo do contato	CPF do contato	Telefone 1	Telefone 2	Relação com o caso [1] Domiciliar; [2] Familiar (extradomiciliar); [3] Laboral; [4] Escolar; [5] Evento Social; [6] Outros.	Data do último contato
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

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



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

Cuidados no isolamento domiciliar

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

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

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
() Diarreia () Edema de mãos e pés corpo (exantema, rash, etc.)

- () 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 () Sepsis
() 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 confirmado para COVID-19?

- () sim () não () Não sabe/Não respondeu

Se sim, data de início dos sintomas do contato? ___/___/___ Data da última exposição: ___/___/___

Resultados de Exames

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

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

- Dímero-D (mg/L):** () 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
- () 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 () Ileíte () Outros. _____
 () Eplenomegalia () Linfadenite _____
 () Colíte () 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 nasofaringe () 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: __/__/__

Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica

() Em investigação () SIM-P temporalmente associada à COVID-19

() Descartado – não atende aos critérios () Descartado* – outro diagnóstico _____

*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico

() SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)

*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

Critério de confirmação

() Laboratorial () Clínico-epidemiológico

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 AU 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 (cCOVID-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 1020/2021, sobre Atualizações acerca das notificações da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-no-1020-2021-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/April/29/Nota-Informativa-declara----o-obito.pdf](https://saude.gov.br/images/pdf/2020/April/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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Expansão da Testagem para COVID-19 I PNE-Teste: 49p., 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Alerta epidemiológico: uso racional de testes de diagnóstico para COVID-19. 10 de janeiro de 2022, Brasília, DF: OPAS/OMS, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - COVID-19. Versão 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/nairac/Downloads/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19 %2012-01-2022.pdf](file:///C:/Users/nairac/Downloads/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19%2012-01-2022.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). Período de isolamento na COVID-19. 11 de janeiro de 2022, São Paulo, SP, 2022.

Plantão CIEVS Estadual

DISQUE-NOTIFICA

0800-647-1650 (expediente)

(67) 3318-1823 (expediente)

(67) 98477-3435 (ligações, SMS, WhatsApp - 24 horas)

E-NOTIFICA

cievs@saude.ms.gov.br (expediente)

cievs.ms@hotmail.com (24 horas)

ENDEREÇO

Avenida do Poeta Manoel de Barros, Bloco VII
CEP: 79.031-902 - Campo Grande / MS

Visite o painel interativo COVID-19 de Mato Grosso do Sul

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

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul	Reinaldo Azambuja Silva
Secretário de Estado de Saúde	Geraldo Resende Pereira
Secretária de Estado de Saúde Adjunta	Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves
Diretoria de Vigilância em Saúde	Larissa Domingues Castilho
Coordenadoria do CIEVS Estadual	Karine Barbosa
Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias	Lívia de Mello Maziero
Elaboração	Daniel Henrique Tsuha Grazielli Rocha Romera Lívia de Mello Maziero Naira Rocha Chaves