

Nota Técnica - COVID-19

Revisão

15

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

25/09/2020

► Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1. Definições | 3 |
| 1.1. Síndrome Gripal (SG) | 3 |
| 1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) | 3 |
| 1.3. Casos confirmados de COVID-19 | 4 |
| 1.3.1. Por critério clínico | 4 |
| 1.3.2. Por critério clínico-epidemiológico | 4 |
| 1.3.3. Por critério clínico-imagem | 4 |
| 1.3.4. Por critério laboratorial | 5 |
| 1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático | 5 |
| 1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada | 6 |
| 1.5. Caso descartado de doença por COVID-19 | 6 |
| 1.6. Contato próximo de caso confirmado | 6 |
| 1.7. Contato domiciliar de caso confirmado | 7 |
| 1.8. Transmissão comunitária | 7 |
| 1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada | 7 |
| 1.10. Surto em ambiente hospitalar | 7 |
| 2. Grupos Prioritários para Testagem | 8 |
| 3. Testagem de Contatos Intradomiciliares de Casos Confirmados de COVID-19 | 10 |
| 4. Testagem de Contatos Próximos Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 | 11 |
| 4.1. Condições para testagem rápida de profissionais de saúde e de segurança pública em atividade | 12 |
| 4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública | 12 |
| 5. Segunda Coleta em Pacientes Confirmados para COVID-19 | 13 |
| 6. Isolamento | 13 |
| 6.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19) | 13 |
| 7. Rastreamento e monitoramento de casos e contatos de COVID-19 | 14 |

| | |
|--|-----------|
| 8. Gestantes | 14 |
| 9. Onde Notificar | 15 |
| 9.1. Notificações no e-SUS VE | 15 |
| 10. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado | 16 |
| 11. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados | 16 |
| 12. Atestados Médicos | 17 |
| 13. Óbitos por SRAG | 17 |
| 14. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) | 18 |
| 14.1. Definição de Caso | 18 |
| 14.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19 | 20 |
| 15. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no contexto da pandemia da COVID-19 | 21 |
| 15.1. Caso confirmado de COVID-19 | 21 |
| 15.2. Caso suspeito de COVID-19 | 21 |
| 15.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte | 22 |
| 15.4. Orientações para a codificação das causas de morte relacionadas à SIM-P | 22 |
| 16. Medidas Importantes | 23 |
| 17. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul | 24 |

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 com confirmação clínica 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

Caso de SG ou SRAG com teste de:

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

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

1.3.5. Por critério laboratorial em indivíduo 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

- **IMUNOLÓGICO:** resultado REAGENTE para IgM e/ou 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).

1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada

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

1.5. Caso descartado de doença por COVID-19

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

Observações:

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

1.6. Contato próximo de caso confirmado

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

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

1.7. Contato domiciliar de caso confirmado

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

1.8. Transmissão comunitária

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

1.9. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada

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

1.10. Surto em ambiente hospitalar

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

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

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares no sistema Rastrear MS.
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19” (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 8 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.
- **Contatos assintomáticos próximos e/ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 7 dias, realizar Teste Rápido (a partir do 8º dia de exposição ao caso confirmado).**

▶ 2. Grupos Prioritários para Testagem

- Profissionais de saúde em atividade;
- Profissionais de segurança pública em atividade;
- Pessoa com diagnóstico de Síndrome gripal que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou Segurança em atividade;
- Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- Portadores de condições de saúde crônicas: cardiopatias graves ou descompensadas (insuficiência cardíaca, infartos, revascularizados, arritmias); pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC), imunodepressão por qualquer causa; doença renal crônica em estágio avançado (grau 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico, gestação de alto risco.
- Grupos de interesse para saúde pública: crianças menores de 2 anos, indígenas, gestantes e puérperas.
- Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- População privada de liberdade;
- Contatos de casos confirmados de COVID-19;
- Casos que após triagem via disque-covid sejam orientados a comparecer ao DRIVE-THRU Covid-19 (em CAMPO GRANDE, DOURADOS, TRÊS LAGOAS E CORUMBÁ) para realização de coleta de amostra.
- E demais casos de SG suspeitos de COVID-19, submetidos a testagem rápida ou outras metodologias por serviços públicos ou privados.

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

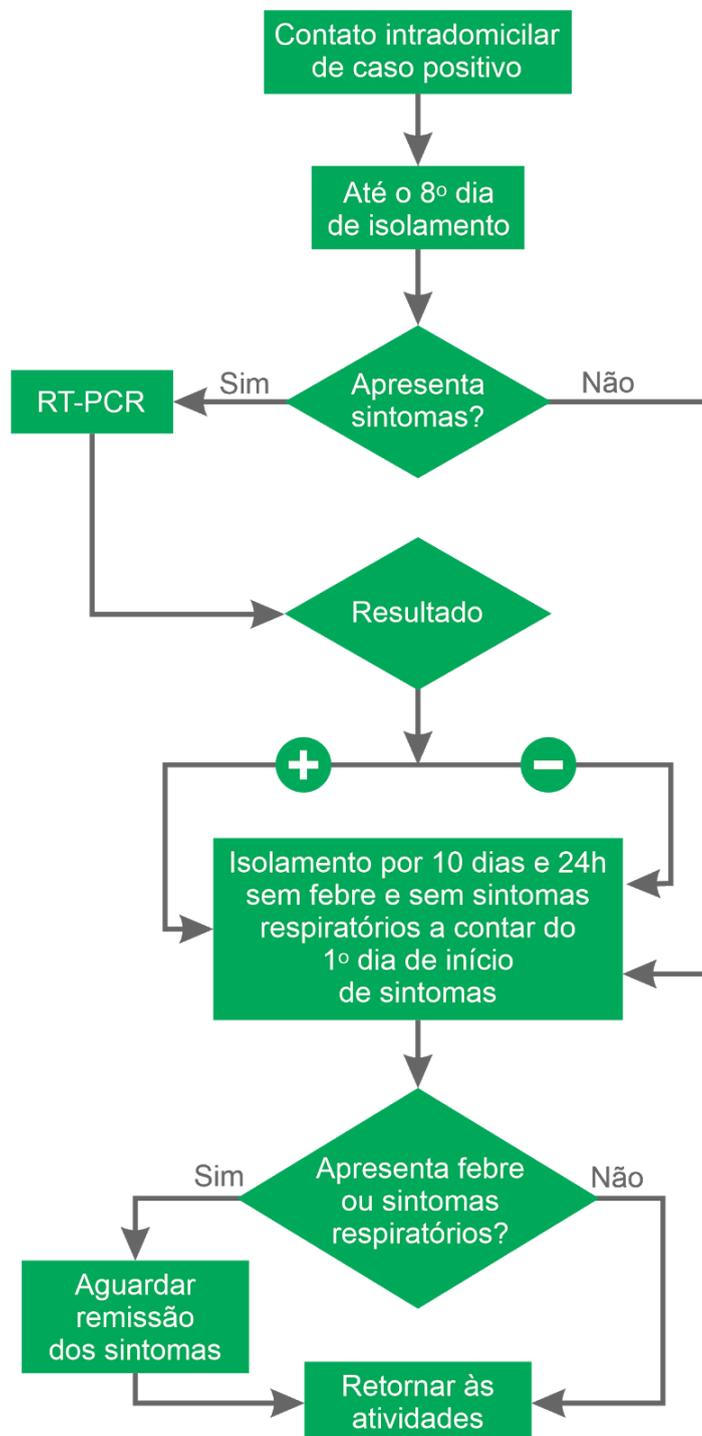
Estes, Síndrome Gripal que forem submetidos a coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR (até 8 dias do início de sintomas) OU teste rápido (a partir do 8º dia do início dos sintomas).

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

- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19” (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG (até 8 dias de início de sintomas): realizar coleta de SWAB para envio ao LACEN.

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

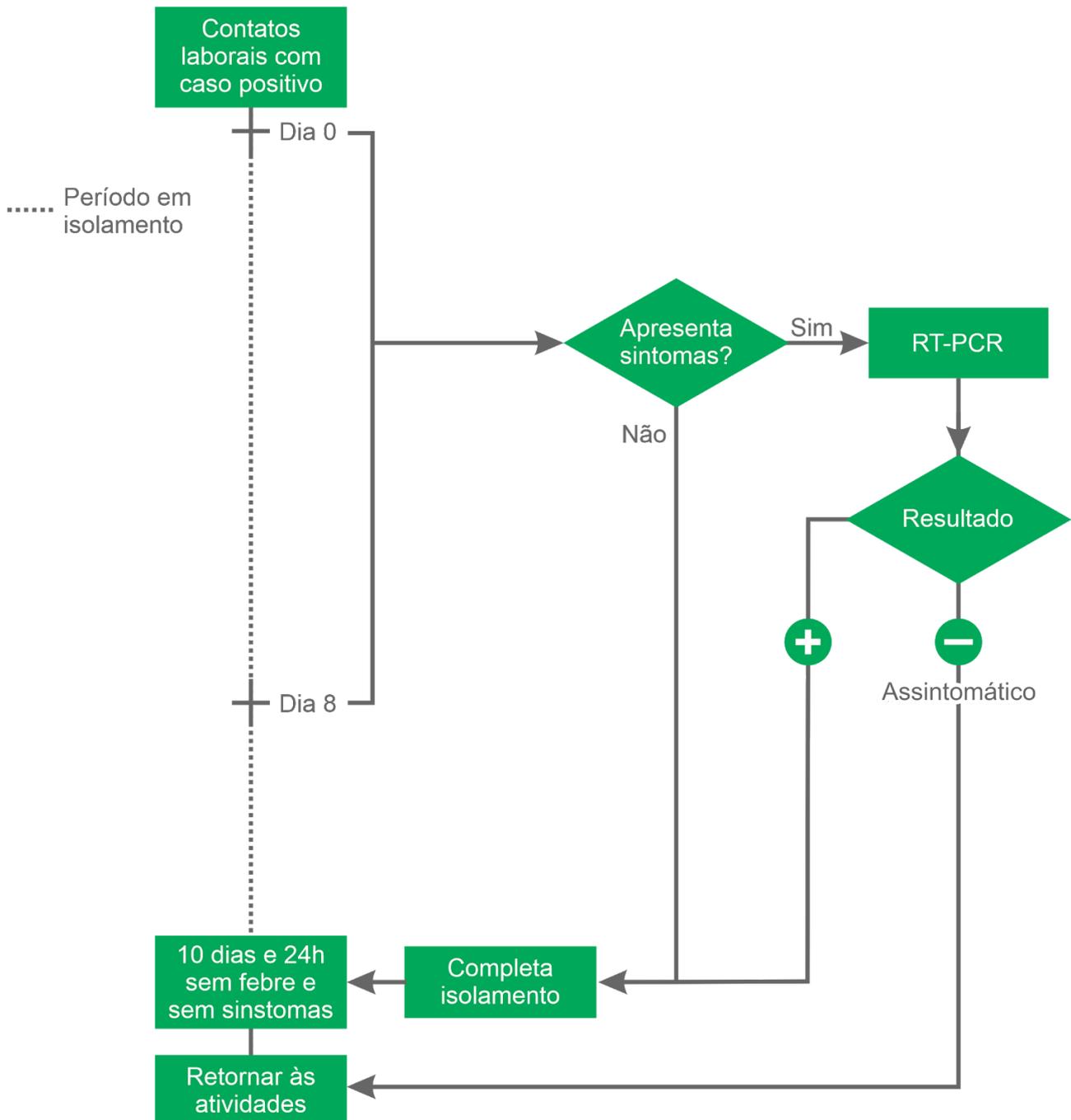
Está indicada testagem de contatos intradomiciliares de casos confirmados de COVID-19, seguindo o fluxo abaixo:



Independente dos grupos citados na página 6.

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

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



Independente dos grupos citados na página 6.

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

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

4.2. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública

Caso o resultado do teste seja negativo, os profissionais de saúde e segurança ficam aptos a retornar imediatamente ao trabalho, **se estiverem assintomáticos**. Um resultado de RT-PCR positivo determina afastamento de 10 dias, após o início dos sintomas. Enquanto, o IgM positivo determina afastamento por 7 dias, após o início dos sintomas. Resultado IgG positivo não tem obrigatoriedade de isolamento. A mesma recomendação vale para o teste da pessoa com síndrome gripal que reside no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança. Se o teste for positivo, o profissional contato deverá realizar isolamento domiciliar pelo período indicado no item 6. Se for negativo e assintomático, poderá retornar ao trabalho.

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

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

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

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

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

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

► 6. Isolamento

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

- Sintomáticos: 10 dias a contar da data de início de sintomas, E ausência de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e ausência dos sintomas respiratórios no período de 24 horas;
- Assintomáticos: 10 dias do resultado do RT-PCR e 7 dias para sorologia IgM ou IgA positivos;
- Assintomáticos: sorologia IgG positivo - sem isolamento obrigatório.
- Contatos domiciliares de casos confirmados, **mesmo que negativos**, manter isolamento domiciliar pelo mesmo período do caso confirmado.
- **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.**

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

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

► 7. Rastreamento e monitoramento de casos e contatos de COVID-19

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

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

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

► 8. Gestantes

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

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

| Assintomáticas | | Realizar o teste RT- PCR em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal |
|----------------|---|--|
| SIM | Localidade em que o Resultado RT-PCR é possível em 2 a 7 dias | <p>a) Na internação hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros), - Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva, entre outros) ou - Controle clínico de alguma doença associada <p>b) Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo</p> |

| | | |
|-----|---|---|
| SIM | Localidade em que o resultado RT-PCR é obtido após 7 dias da coleta | Realizar teste entre 37-38 semanas no local de atendimento pré-natal (intenção obter resultado previamente ao parto). |
|-----|---|---|

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

► 9. 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.

9.1. Notificações no e-SUS VE

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

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

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

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

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

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

► 11. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

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

► 12. 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)

► 13. Óbitos por SRAG

- Todo óbito por SRAG, **independente do tempo de início de sintomas**, 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, realizar apenas Teste Rápido. Se houver resultado de RT-PCR negativo anterior ao óbito, realizar nova coleta de swab. Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG.**

Ressaltamos que para encerramento do caso deverá ser considerado: **história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste**, assim como exames de imagem ou histórico de contato com casos confirmados seguindo as definições do item 1.3 da página 4 desta NT.

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

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

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

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

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

14.1. Definição de Caso

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

Definição de caso preliminar*

Caso que foi hospitalizado ou óbito com:

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

E

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

E

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

E

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

E

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

Comentários adicionais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.1. 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.

15.2. 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.

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

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

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

Nota:

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

Orientações para preenchimento da D.O em anexo.

15.4. Orientações para a codificação das causas de morte relacionadas à SIM-P

14.4.1 Código da CID-10 selecionado como marcador da SIM-P no contexto da Covid-19

Para o óbito com menção de SIM-P no contexto da Covid-19, a Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE), gestora nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), recomenda a utilização temporária do código:

M30.3 (Síndrome de linfonodos mucocutâneos [Kawasaki]), que deve ser utilizado como marcador para a codificação de SIM-P no âmbito do SIM, no contexto da Covid-19.

Alertamos, entretanto, que o uso do código M30.3 é temporário, podendo ser revisto a partir das definições da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Para os óbitos ocorridos por SIM-P temporalmente associada à Covid-19 devem ser utilizados também os códigos já padronizados para Covid-19:

- B34.2 (infecção pelo coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.1 (Covid-19, vírus identificado);
- B34.2 (infecção pelo coronavírus de localização não especificada) + o marcador U07.2 (Covid-19, vírus não identificado).

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

► 16. Medidas Importantes

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

► 17. 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



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

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

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

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

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

Assinatura do Cientificado : _____

Data:

Hora:

Nº _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 27/07/2020

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 1 ^{os} sintomas | | |
| 3 | UF: | 4 | Município: | Código (IBGE): | | |
| 5 | Unidade de Saúde: | | | Código (CNES): | | |
| Dados do Paciente | 6 | CPF do cidadão: _____ | | | | |
| | 7 | Nome: | | | 8 | Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign |
| | 9 | Data de nascimento: | 10 | (Ou) Idade: _____ 1-Dia 2-Mês 3-Ano | 11 | Gestante: <input type="checkbox"/> 1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado |
| | 12 | Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado | | | | |
| | 13 | Se indígena, qual etnia? | | | | |
| | 14 | Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado | | | | |
| 15 | Ocupação: | | 16 | Nome da mãe: | | |
| Dados de residência | 17 | CEP: _____ | | | | |
| | 18 | UF: | 19 | Município: | Código (IBGE): | |
| | 20 | Bairro: | | 21 | Logradouro (Rua, Avenida, etc.): | |
| | 22 | Nº: | | | | |
| | 23 | Complemento (apto, casa, etc...): | | 24 | (DDD) Telefone: | |
| 25 | Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado | 26 | País: (se residente fora do Brasil) | | | |
| Dados Clínicos e Epidemiológicos | 27 | Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign | | | | |
| | 28 | Se sim: Qual país? | | 29 | Em qual local? | |
| | 30 | Data da viagem: _____ | | 31 | Data do retorno: _____ | |
| | 32 | É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | | | |
| | 33 | Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | | | |
| | 34 | 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 | | | | |
| | 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 _____ | | | | |
| | 36 | 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 _____ | | | | |
| | 37 | Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | | 38 | Data da vacinação: _____ |
| | Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: _____ a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado | | | | | |
| | Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) | | | | | |

Uso de testes rápidos para detecção de anticorpos SARS-COV-2 aos serviços de saúde

TESTES RÁPIDOS DISTRIBUIDOS PELO ESTADO

RECOMENDAÇÃO DE USO:
Recomendação nº 02/2020-DGAS/DGVS/SES
Nota Informativa Covid-19 - Revisão nº 13

| | NOME | MUNICÍPIO RESIDÊNCIA | MUNICÍPIO QUE REALIZOU A TESTAGEM | IDADE | DATA DE INÍCIO DE SINTOMAS | HOUE VIAGEM? | | PROFISSÃO | LOCAL DE ATUAÇÃO | RESULTADO | | HOUE INTERNACÃO? |
|----|------|----------------------|-----------------------------------|-------|----------------------------|--------------|------------|-----------|------------------|-----------|---|------------------|
| | | | | | | NÃO | SIM, ONDE? | | | + | - | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |

Nome completo e cargo do responsável pelo preenchimento:

E-mail:

Telefone:

ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

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



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, ir ao banheiro e antes de comer ou preparar a comida; | A alimentação deverá ser deixada na porta do quarto e se possível em material descartável. Senão, lavar separadamente dos demais utensílios da casa; O lixo proveniente do quarto do paciente em isolamento deve ser muito bem fechado antes do descarte; |
| Monitore seus sintomas – preocupe-se se apresentar febre e dificuldade respiratória – Nessa situação, o paciente ou outro membro da família em isolamento deverá procurar o serviço de saúde imediatamente; | Não deve haver contato direto com secreções orais, respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar luvas descartáveis sempre que houver possibilidade de entrar em contato com esses fluidos ; higiene das mãos antes e depois de retirar as luvas e a máscara; |
| Durante este período de isolamento, descanse e mantenha-se hidratado (tomando água); Atenda o telefone, responda as mensagens por Whats ou receba o profissional de saúde quando for procurado – Ele quer proteger você, sua família e a comunidade. | O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena previstas em Lei (Código Penal Brasileiro – art. 267, 268, 131 e 132) acarretará a responsabilização do paciente nos termos previstos. |



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

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

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

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

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

UF de notificação: _____ Município de Notificação: _____

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO | Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | É profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | É profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | CBO: _____ | | CPF: _____ | |
| | CNS: _____ | | | |
| | Nome Completo: _____ | | | |
| | Nome Completo da Mãe: _____ | | | |
| | Data de nascimento: ____/____/____ | | País de origem: _____ | |
| | Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena | | Passaporte: _____ |
| | CEP: _____ - _____ | | | |
| | Estado de residência: ____/____ | | Município de Residência: _____ | |
| | Logradouro: _____ | | Número: _____ | Bairro: _____ |
| Complemento: _____ | | | | |
| Telefone Celular: ____-____-____-____-____-____ | | Telefone de contato: ____-____-____-____-____-____ | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|---|--|
| DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS | Data da Notificação: ____/____/____ | | Data do início dos sintomas: ____/____/____ | | |
| | Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | | |
| | Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas | | | | |
| | Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado | Data da Coleta do Teste: ____/____/____ | Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Imunoensaio por Eletroquimioluminescência- ECLIA | Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo | |
| | Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada | | Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI | | |
| | Data de encerramento: ____/____/____ | | | | |

| Informações complementares e observações | |
|--|--|
| | |
| | |

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

CASO CONFIRMADO DE COVID-19

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

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

Exemplo:

PARTE I

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

PARTE II

Obesidade

HAS

CASO SUSPEITO DE COVID-19

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

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

Exemplo:

PARTE I

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

PARTE II

DM tipo 2

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

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

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

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

Exemplo:

PARTE I

- a) Choque Hipovolêmico
- b) Aneurisma daorta torácica roto
- c) _____
- d) _____

PARTE II

Covid-19

HAS, Tabagismo

NOTA:

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

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

Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19
- World Health Organization, COVID-19 coding in ICD
- CEVITAL/SESAU 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/2019-ncov/needextra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 01 de setembro de 2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 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>. Acesso em 01 de setembro de 2020.