

**ATO DA SECRETÁRIA**  
**\*RESOLUÇÃO SMS Nº 4331, DE 17 DE MARÇO DE 2020**

A **SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor e,

**Anexo I - RESOLUÇÃO SMS Nº 4331 DE 17 DE MARÇO DE 2020, PUBLICAÇÃO NO D.O. RIO Nº 3 DE 18 DE MARÇO DE 2020 - PAG 22 E NO D.O. RIO Nº 4 DE 19 DE MARÇO DE 2020 - PAG. 9, POR OMISSÃO NO D.O. RIO DE 18 DE MARÇO DE 2020 (PAG. 22).**

**NOTA TÉCNICA S/SUBPAV/SVS Nº 06/2020, COM ATUALIZAÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE COVID19 EM CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DE TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA - E - DO FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO NO CENÁRIO DE TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA.**

(ATUALIZADA EM 30/03/2020)

**CONSIDERANDO** o Boletim Epidemiológico MS/SVS nº 05/2020 que atualiza as definições de transmissão local e transmissão comunitária de Covid19 e estabelece modelos de Vigilância Epidemiológica distintos em função das diferentes fases de ativação do Plano de Contingência para Enfrentamento da Covid19.

**CONSIDERANDO** a situação epidemiológica atual de transmissão comunitária da Covid19 no município do Rio de Janeiro.

**INFORMAMOS:**

1. A partir de 17/03/2020, no âmbito da cidade do Rio de Janeiro, a notificação e investigação de casos de Covid19 se processará também a partir das estratégias de Vigilância Sentinel de Síndrome Gripal e da Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave

i. A Vigilância Sentinel de Síndrome Gripal é executada em pactuação com a Secretaria de Estado de Saúde, a partir de unidades selecionadas da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro.

ii. A Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave é executada emqualquer unidade de saúde pública e/ou privada, a partir da identificação de casos que atendam a definição de caso suspeito.

2. Será mantida a Vigilância Universal de Síndrome Gripal sem complicações, com a notificação de casos prováveis diretamente no sistema E-SUS VE (Vigilância Epidemiológica) através do sítio eletrônico <https://notifica.saude.gov.br/login> sem necessidade de validação pelo CIEVS-RIO.

i. Será considerado caso provável de Síndrome Gripal por Covid19 o *indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de sintomas respiratórios leves como tosse, dor de garganta, obstrução nasal, nos últimos 07 dias*.

ii. As unidades de saúde deverão seguir os fluxos de organização, manejo clínico e acompanhamento já estabelecidos pela gestão municipal, para atenção integral aos usuários.

iii. Uma vez identificado caso que atenda a definição de suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave a unidade de saúde deverá notificar no instrumento específico (SIVEP-Gripe), acionar a Vigilância em Saúde local para sequência das rotinas já estabelecidas e providenciar a regulação do caso para a unidade de saúde com a densidade tecnológica adequada ao suporte terapêutico exigido.

iv. Apenas as unidades básicas selecionadas para Vigilância Sentinel de Síndrome Gripal é que realizarão notificação **E** investigação laboratorial de vírus respiratórios obrigatórias, a partir de sua demanda espontânea, em 5 (cinco) casos de Síndrome Gripal por semana epidemiológica, conforme pactuação vigente com o Ministério da Saúde.

v. As Unidades de Vigilância Sentinel de Síndrome Gripal NÃO se configuram como unidades de referência, portanto NÃO devem receber encaminhamentos para este tipo de atendimento.

vi. As notificações positivas para Covid19 recebidas de Laboratório serão encaminhadas pelo CIEVS RIO ao CIEVS-SES.

3. É definido como caso suspeito de SRAG para a Vigilância Universal “*indivíduo hospitalizado com*

febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O<sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação”.

i. Conforme rotina já estabelecida estes casos devem ser notificados IMEDIATAMENTE à Vigilância em Saúde Local (durante o horário administrativo) e ao Plantão CIEVS à noite, finais de semana e feriados.

ii. A Vigilância em Saúde Local deverá garantir a disponibilidade de kits para investigação laboratorial de casos de SRAG Universal.

iii. O Plantão CIEVS, a partir da Unidade de Resposta Rápida CIEVS (URR CIEVS), deverá garantir a investigação laboratorial de casos de SRAG Universal a noite, finais de semana e feriados.

Patricia de Mattos Guttmann  
Matricula 11/217.606-3  
Superintendente de Vigilância em Saúde  
S/SUBPAV/SVS

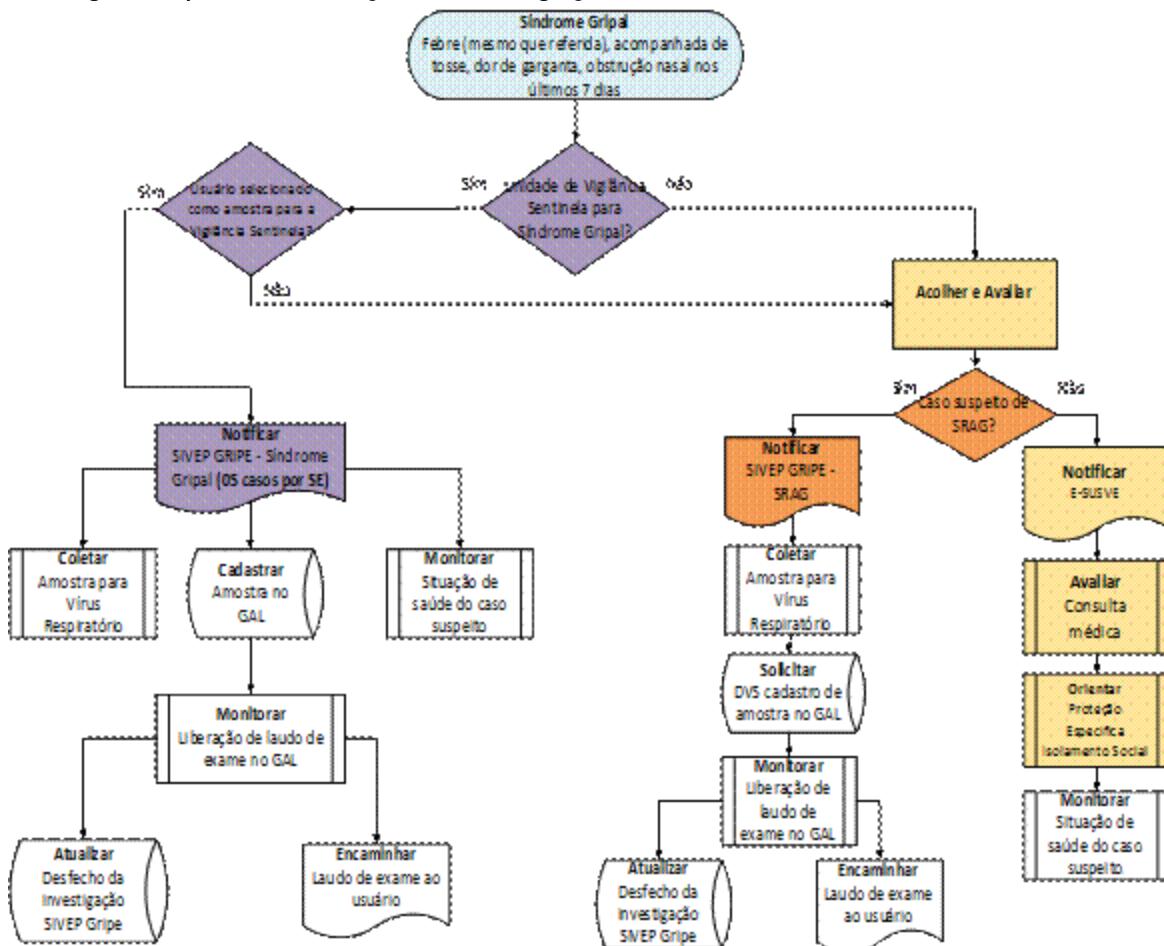
### Anexo

#### Ficha de Notificação - Síndrome Respiratória Aguda Grave

MINISTÉRIO DA SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE		
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO				
<b>CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):</b> Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O <sub>2</sub> < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.				
Dados do Paciente	1 Data do preenchimento da ficha de notificação:	2 Data de 1ºs sintomas da SRAG:		
	3 UF:	4 Município:	Código (IBGE):	
	5 Unidade de Saúde:		Código (CNES):	
	6 CNS do cidadão:			
	7 Nome:	8 Sexo:	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
	9 Data de nascimento:	10 (ou) Idade:	11 Gestante:	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Último Gestacional Ignorado 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
	12 Raça/Cor:	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Mulata 6-Negra 7-Indígena 8-Ignorado	13 Se indígena, qual etnia?	
	14 Escolaridade:	1-Não escolarizado/Analfabeto 2-Fundamental 1º ciclo (1º a 5º ano) 3-Fundamental 2º ciclo (6º a 9º ano) 4-Médio (10º ao 12º ano) 5-Superior 6-Não se aplica 7-Graduado 8-Ignorado	15 Nome da mãe:	
	16 CEP:	17 UF:	18 Município:	Código (IBGE):
	19 Bairro:	20 Logradouro (rua, avenida, etc.):	21 N°:	
	22 Complemento (apto, casa, etc...):	23 (DDD) Telefone:		
	24 Zona:	25 País: (se residente fora do Brasil)		
	26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	29 Sintomas e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	1-Febre 2-Tosse 3-Dor de garganta 4-Diarréia 5-Vômito 6-Outros	7-Diagnóstico 8-Desconforto Respiratório 9-Saturação O <sub>2</sub> < 95%	
	30 Possui fatores de risco/comorbidades? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se sim, qual(s)? (Marcar X)	1-Puérpera (até 45 dias da parto) 2-Síndrome de Down 3-Diabetes mellitus 4-Imunodeficiência/Imunodepressão 5-Outros	1-Doença Cardiovascular Crônica 2-Doença Hepática Crônica 3-Doença Neurológica Crônica 4-Doença Renal Crônica 5-Obesidade, IMC 6-Alergia
	31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	32 Data da vacinação:		
	Se < 6 meses a mãe receberá a vacina? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se sim, data:		
	Se a mãe amamenta a criança? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e < 8 anos:				
Data da dose única 1/1: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	(dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1ª dose: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	(1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2ª dose: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	(2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

33 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	34 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Glutarimida <input type="checkbox"/> 2-Oseltamivir <input type="checkbox"/> 3-Outro, especificar: _____	35 Data inicio do tratamento: _____
36 Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	37 Data da internação por SRAG: _____	38 UF de internação: _____
39 Município de internação: _____	Código (IBGE): _____	
40 Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _____	
41 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	42 Data da entrada na UTI: _____	43 Data da saída da UTI: _____
44 Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo <input type="checkbox"/> 2-Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> 3-Não, ignorada	45 Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal <input type="checkbox"/> 2-Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> 3-Consolidação <input type="checkbox"/> 4-Mais <input type="checkbox"/> 5-Outro, especificar: _____	46 Data do Raio X: _____
47 Coletou amostra? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	48 Data da coleta: _____	49 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Serologia de Naso-estranho <input type="checkbox"/> 2-Lavado Bronco-alveolar <input type="checkbox"/> 3-Respiração profunda <input type="checkbox"/> 4-Outro, qual? _____
50 N° Requisição do GAL:		
51 Resultado da IF: <input type="checkbox"/> 1-Positivo <input type="checkbox"/> 2-Negativo <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguardando resultado <input type="checkbox"/> 6-Ignorada	52 Data do resultado da IF: _____	
53 Agente Etiológico – IF:		
Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B	
Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada		
Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)		
<input type="checkbox"/> 1-Vírus Sinusal Respiratório <input type="checkbox"/> 2-Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> 3-Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> 4-Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> 5-Adenovírus <input type="checkbox"/> 6-Outro, especificar: _____		
54 Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): _____	
55 Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/> 1-Indetectável <input type="checkbox"/> 2-Não Detectável <input type="checkbox"/> 3-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 4-Não realizado <input type="checkbox"/> 5-Aguardando resultado <input type="checkbox"/> 6-Ignorada	56 Data do resultado RT-PCR: _____	
57 Agente Etiológico – RT-PCR:		
Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B	
Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A/H1N1pdm09 <input type="checkbox"/> 2-Influenza A/H1N2 <input type="checkbox"/> 3-Influenza A não subtipada <input type="checkbox"/> 4-Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> 5-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 6-Outro, especificar: _____		
Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Métdia <input type="checkbox"/> 2-Hongkong <input type="checkbox"/> 3-H1N1 maltrada <input type="checkbox"/> 4-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 5-Outro, especificar: _____		
Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Ignorada		
Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)		
<input type="checkbox"/> 1-Vírus Sinusal Respiratório <input type="checkbox"/> 2-Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> 3-Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> 4-Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> 5-Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> 6-Metapneumovírus <input type="checkbox"/> 7-Resíduo <input type="checkbox"/> 8-Rinovírus <input type="checkbox"/> 9-Outro, especificar: _____		
58 Laboratório que realizou RT-PCR: _____	Código (CNES): _____	
59 Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza <input type="checkbox"/> 2-SRAG por outro vírus respiratório <input type="checkbox"/> 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ <input type="checkbox"/> 4-SRAG não especificado	60 Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1-Laboratório <input type="checkbox"/> 2-Vírus-Epidemiologia <input type="checkbox"/> 3-Córcas	
61 Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura <input type="checkbox"/> 2-Óbito <input type="checkbox"/> 3-Ignorada	62 Data da alta ou óbito: _____	63 Data do Encerramento: _____
64 OBSERVAÇÕES:		
65 Profissional de Saúde Responsável: _____	66 Registro Conselho/Matrícula: _____	

### Fluxograma para Notificação / Investigação no cenário de transmissão comunitária



(\*) Atualização do Anexo - Publicado no D.O Rio de 18/03/2020, nº 3, página 22 e 08.