ATO DA SECRETÁRIA
***RESOLUÇÂO 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 Sentinela de Síndrome Gripal e da Vigilância Universal de Síndrome Respiratória Aguda Grave
i. A Vigilância Sentinela 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 Sentinela 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 Sentinela 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 O2 < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação".

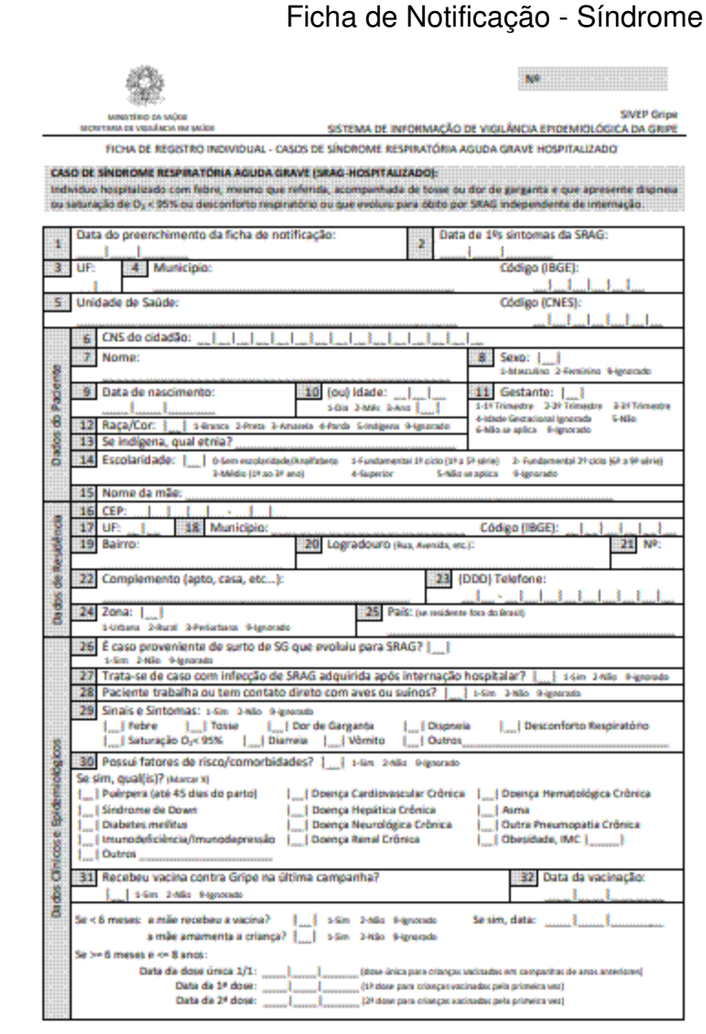
i. Conforme rotina já estabelecida estes casos devem ser notificados IMEDIATAMENTE à Vigilância em Saúde Local (durante o horário administrativo) e ao Plantão CIEVS à noite, finais de semana e feriados.

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
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

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

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):
Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O_2 < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

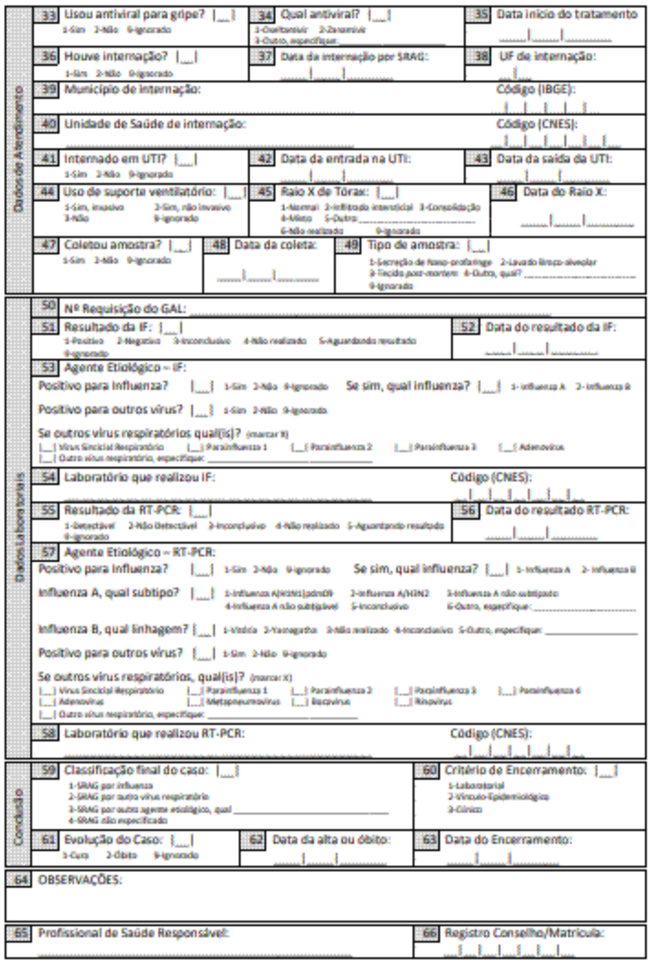
1 Data do preenchimento da ficha de notificação: __|__|____
2 Data de 1ºs sintomas da SRAG: __|__|____
3 UF: |__|
4 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__
5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__

Dados do Paciente
6 CNS do cidadão: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
7 Nome: _____
8 Sexo: |__| 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
9 Data de nascimento: __|__|____
10 (ou) Idade: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__|
11 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado
12 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
13 Se indígena, qual etnia? _____
14 Escolaridade: |__| 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2- Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado
15 Nome da mãe: _____

Dados de Residência
16 CEP: |__|__|__|__-__|__|__|
17 UF: |__| 18 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__|__
19 Bairro: _____
20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
21 Nº: _____
22 Complemento (apto, casa, etc...): _____
23 (DDD) Telefone: __|__-__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__
24 Zona: |__| 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado
25 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos
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 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
|__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório
|__| Saturação O_2< 95% |__| Diarreia |__| Vômito |__| Outros _____
30 Possui fatores de risco/comorbidades? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se sim, qual(is)? (Marcar X)
|__| Puérpera (até 45 dias do parto) |__| Doença Cardiovascular Crônica |__| Doença Hematológica Crônica
|__| Síndrome de Down |__| Doença Hepática Crônica |__| Asma
|__| Diabetes mellitus |__| Doença Neurológica Crônica |__| Outra Pneumopatia Crônica
|__| Imunodeficiência/Imunodepressão |__| Doença Renal Crônica |__| Obesidade, IMC |_____|
|__| Outros _____
31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
32 Data da vacinação: __|__|____

Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: __|__|____
a mãe amamenta a criança? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se >= 6 meses e <= 8 anos:
Data da dose única 1/1: __|__|____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)
Data da 1ª dose: __|__|____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)
Data da 2ª dose: __|__|____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)



Dados de Atendimento

33 Usou antiviral para gripe? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
34 Qual antiviral? |__| 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique _____
35 Data início do tratamento ___|___|_____
36 Houve internação? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
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? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
42 Data da entrada na UTI: ___|___|_____
43 Data da saída da UTI: ___|___|_____
44 Uso de suporte ventilatório: |__| 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado
45 Raio X de Tórax: |__| 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro _____ 6-Não realizado 9-Ignorado
46 Data do Raio X: ___|___|_____
47 Coletou amostra? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
48 Data da coleta: ___|___|_____
49 Tipo de amostra: |__| 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broncoalveolar 3-Tecido pós-mortem 4-Outro, qual? _____ 9-Ignorado

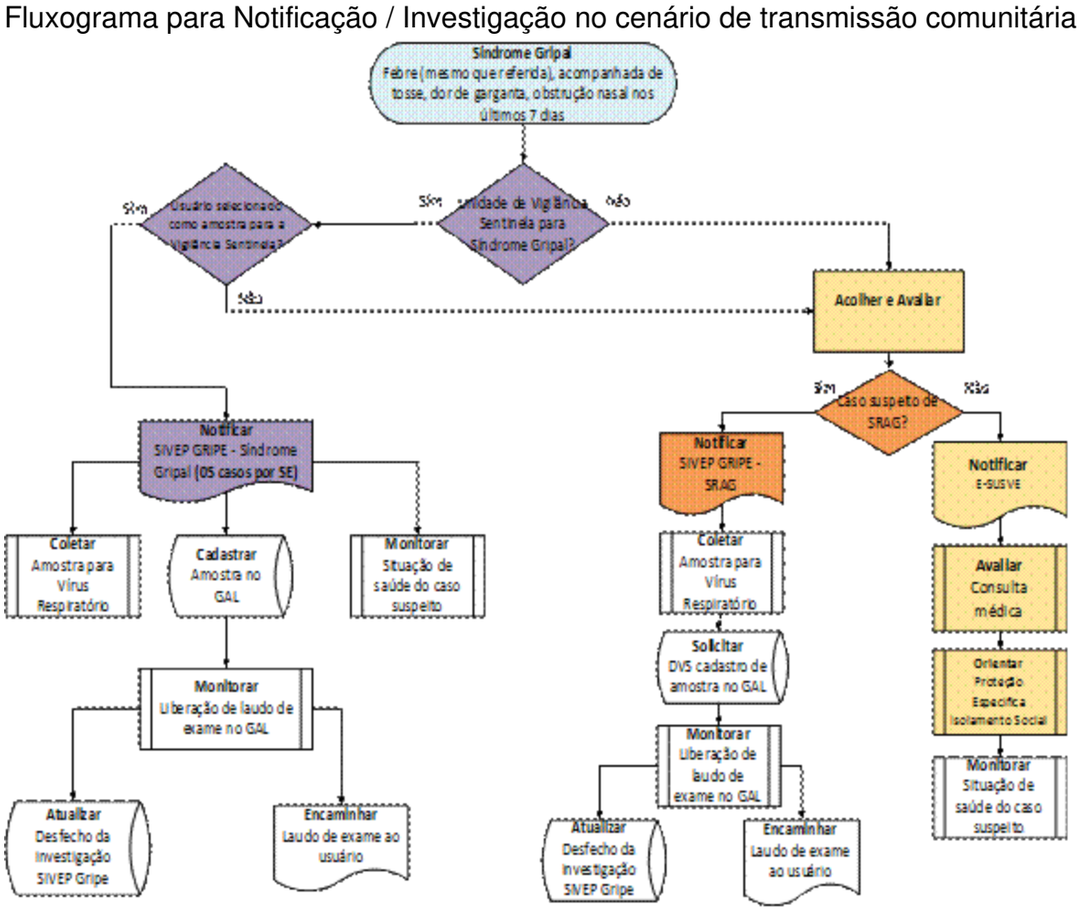
Dados Laboratoriais

50 Nº Requisição do GAL: _____
51 Resultado da IF: |__| 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
52 Data do resultado da IF: ___|___|_____
53 Agente Etiológico – IF:
Positivo para Influenza? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? |__| 1-Influenza A 2-Influenza B
Positivo para outros vírus? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)
|__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____
54 Laboratório que realizou IF: _____ Código (CNES): |__|__|__|__|__|__|
55 Resultado da RT-PCR: |__| 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
56 Data do resultado RT-PCR: ___|___|_____
57 Agente Etiológico – RT-PCR:
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-Victória 2-Yamagutha 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)
|__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4
|__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____
58 Laboratório que realizou RT-PCR: _____ Código (CNES): |__|__|__|__|__|__|

Conclusão

59 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
60 Critério de Encerramento: |__| 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico
61 Evolução do Caso: |__| 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado
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.