

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 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 em qualquer 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*

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.

S/SUBPAV/SVS

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

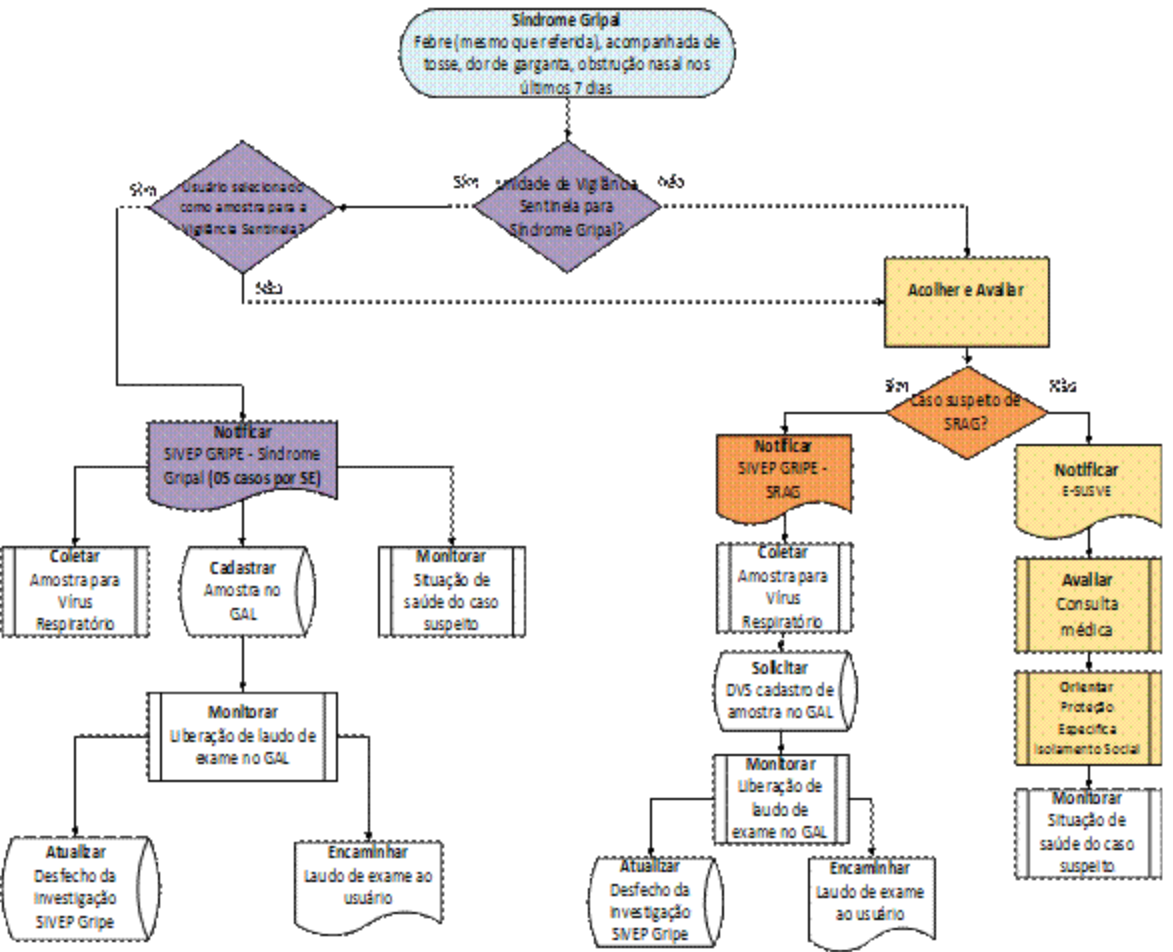
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispnéia ou saturação de O_2 < 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 1 ^{as} sintomas da SRAG:					
	3	UF:		4	Município:		Código (IBGE):					
	5	Unidade de Saúde:						Código (CNES):				
	6	CNS do cidadão:						7	Nome:			
	8	Sexo:						9				
Dados do Paciente	10	Data de nascimento:				11	Idade:					
	12	Raça/Cor:				13	Gestante:					
	14	Se indígena, qual etnia?				15	Escolaridade:					
	16	Nome da mãe:				17	CEP:					
	18	UF:		19	Município:		Código (IBGE):					
Dados de Residência	20	Bairro:				21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):					
	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? ()										
	27	Trata-se de caso com infecção de SG adquirida após internação hospitalar? ()										
Dados Clínicos e Epidemiológicos	28	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? ()										
	29	Sinais e Sintomas:										
	30	Possui fatores de risco/comorbidades? ()										
	31	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?				32 Data da vacinação:						
	33	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? ()				Se sim, data: ()						
	34	a mãe amamenta a criança? ()				Se sim, data: ()						
	35	Se > 6 meses e < 8 anos:										
	36	Data da dose única 1/1: ()										
	37	Data da 1 ^a dose: ()										
	38	Data da 2 ^a dose: ()										

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	34	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Quelotamir <input type="checkbox"/> 2-Zanamivir <input type="checkbox"/> 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento: _____
	36	Houve internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	42	Data da entrada na UTI: _____	43	Data da saída da UTI: _____
Dados Laboratoriais	44	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> Sim, invasivo <input type="checkbox"/> Sim, não invasivo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	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-Misto <input type="checkbox"/> 5-Outro, _____	46	Data do Raio X: _____
	47	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	48	Data da coleta: _____	49	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de nariz-profunde <input type="checkbox"/> 2-Lavado línguo-ovalar <input type="checkbox"/> 3-Tecido para-morrem <input type="checkbox"/> 4-Outro, qual? _____ <input type="checkbox"/> Ignorado
	50	NR 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"/> Ignorado	52	Data do resultado da IF: _____		
	53	Agente Etiológico – IF: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A <input type="checkbox"/> 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
54	Laboratório que realizou IF: _____	Código (CNES): _____				
Conclusão	55	Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/> 1-Detectável <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"/> Ignorado	56	Data do resultado RT-PCR: _____		
	57	Agente Etiológico – RT-PCR: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado 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(H1N1)pdm09 <input type="checkbox"/> 2-Influenza A(H3N2) <input type="checkbox"/> 3-Influenza A não subtipado <input type="checkbox"/> 4-Influenza A não subtipável <input type="checkbox"/> 5-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victoria <input type="checkbox"/> 2-Yamagata <input type="checkbox"/> 3-Não realizado <input type="checkbox"/> 4-Inconclusivo <input type="checkbox"/> 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Rotavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	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-Laboratorial <input type="checkbox"/> 2-Vínculo Epidemiológico <input type="checkbox"/> 3-Clinico		
	61	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura <input type="checkbox"/> 2-Óbito <input type="checkbox"/> Ignorado	62	Data da alta ou óbito: _____	63	Data do Encerramento: _____
64 OBSERVAÇÕES: _____						
65 Profissional de Saúde Responsável: _____						
66 Registro Conselho/Matricula: _____						

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.