

ATO DA SECRETÁRIA

RESOLUÇÃO SMS Nº 4377 DE 27 DE ABRIL DE 2020

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

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar e conceder efeito normativo à Nota Técnica S/SUBPAV/SVS nº 08/2020, anexo I desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução produz efeitos enquanto durar a epidemia do novo Coronavírus no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 27 de abril de 2020.

CAROLINA ALTOÉ VELASCO

Substituta Eventual da
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO I DA RESOLUÇÃO SMS Nº 4377 DE 27 DE ABRIL DE 2020

NOTA TÉCNICA S/SUBPAV/SVS nº 08/2020

Orientações para a notificação e investigação de óbito suspeito por Covid19.

Considerando que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é a ferramenta oficial do Ministério da Saúde para alimentação e monitoramento dos dados dos óbitos ocorridos em todo o território nacional

Considerando que o estudo do perfil da mortalidade de uma população é indispensável para subsidiar o planejamento de ações de saúde, bem como a elaboração de políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde da mesma.

Considerando a Vigilância dos Óbitos suspeitos por COVID19 como prioritários dado o cenário epidemiológico atual

INFORMAMOS

1. Os óbitos suspeitos por Covid19 ocorridos em domicílio, estabelecimentos de saúde e ambientes com população institucionalizada, devem ser **OBRIGATORIAMENTE** notificados na ficha SIVEP GRIPE SRAG (Anexo I - A).

- i. A notificação deve ser imediata(**até 24h após a ocorrência**).
- ii. Durante o horário administrativo (08h as 18h) de segunda a sexta-feira a notificação deve ser encaminhada a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) do território de abrangência (Anexo I - B).
- iii. Fora do horário administrativo (noite, finais de semana e feriados) a notificação deve ser encaminhada ao Plantão CIEVS (telefone: 98000-7575 ou e-mail: cievs.rio@gmail.com).

2 . A notificação do óbito suspeito deverá ser acompanhada da seguinte documentação: cópia da Declaração de Óbito (DO), resumo da história clínica do caso e sumário de exames realizados (*especialmente os exames de imagem realizados*).

3. Caberá à Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) de abrangência territorial da ocorrência do óbito suspeito por Covid19 a digitação da notificação no SIVEP GRIPE.

- a. A DVS de abrangência territorial da ocorrência do óbito deverá encaminhar à Comissão Regional de Investigação de Óbito por Covid19 (CRO Covid19) resumo da história clínica do caso e sumário de exames realizados (*especialmente os exames de imagem realizados*).
- b. A DVS de abrangência territorial da residência do óbito deverá encaminhar a CRO Covid19 a investigação dos antecedentes familiares e comunitários.

4. Caberá à Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) de abrangência territorial da ocorrência do óbito suspeito por Covid19, quando possível, o matriciamento da investigação do agente etiológico, promovendo o cadastro e transporte da amostra biológica (secreção respiratória, sangue ou swab retal) disponibilizada aos Laboratórios de Referência.

a. O Laboratório de Virologia Molecular (LVM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) é instituição parceira no processo de investigação laboratorial dos casos de óbito por Covid19. As amostras de sangue ou swab retal (*desde que sejam as únicas amostras biológicas disponíveis*) devem ser encaminhadas ao LVM/UFRJ.

a. As amostras de secreção respiratória (preferenciais para investigação laboratorial) devem ser encaminhadas ao Laboratório Central Noel Nutels (LACEN), da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ).

A CRO Covid19 é composta por equipe multidisciplinar (SVS e SUBHUE) e tem por prerrogativa a avaliação das investigações encaminhadas pelas DVS e definição do desfecho com base nos critérios de confirmação e descarte presentes no *Anexo I - C*.

Nadja Greffe
Superintendente
Superintendência de Vigilância em Saúde
S/SUBPAV/SVS
Mat. 11/2013.369-6

ANEXO I - A

FICHA SIVEP GRIPE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

SIVEP Gripe

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) 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 apresenta dispneia (necessidade de O_2 > 95% ou desconforto respiratório) ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data de preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1º sintoma da SRAG:
UF:	Município:	Código (IBGE):	
3	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
4 CPF do cidadão:			
5 Nome:			
6 Data de nascimento: <input type="text"/> (ex) Idade: <input type="text"/>			
7 Rua/Cel.: <input type="text"/> Bairro: <input type="text"/> Cidade: <input type="text"/> Estado: <input type="text"/> Nacionalidade: <input type="text"/>			
8 Se é indígena, qual etnia?			
9 Escolaridade: <input type="text"/> 0-anos/estudante/infeliz/estudante 1-Fundamental: 07 anos (0 a 10 anos) 2-Fundamental: 07 anos (11 a 15 anos) 3-Médio: (16 a 20 anos) 4-Superior: 5-Não se aplica 6-Ignorante			
10 Nome da mãe:			
11 CEP: <input type="text"/>			
12 UF: <input type="text"/> Município: <input type="text"/> Código (IBGE): <input type="text"/> N°: <input type="text"/>			
13 Bairro: <input type="text"/> Logradouro (Rua, Avenida, etc.): <input type="text"/> (DDD) Telefone: <input type="text"/>			
14 Complemento (apto, casa, etc.): <input type="text"/>			
15 Zona: <input type="text"/> (residir, morar, imigrante, migrante) País: (se residente fora do Brasil) <input type="text"/>			
16 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? (sim/não) <input type="text"/>			
17 Se sim, Qual país? <input type="text"/> Em qual local? <input type="text"/>			
18 Data da viagem: <input type="text"/> Data do retorno: <input type="text"/>			
19 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? (sim/não) <input type="text"/>			
20 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? (sim/não) <input type="text"/>			
21 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou turíbulos? (sim/não) <input type="text"/>			
22 Sinais e Sintomas: (sim/não) <input type="text"/> - Febre <input type="text"/> - Tosse <input type="text"/> - Dor de Garganta <input type="text"/> - Diarreia <input type="text"/> - Desconforto Respiratório <input type="text"/> - Saturação O2 < 90% <input type="text"/> - Dolor <input type="text"/> - Vômitos <input type="text"/> - Outros <input type="text"/>			
23 Possui fatores de risco/comorbidades? (sim/não) <input type="text"/> - Idade: 3-10: <input type="text"/> - 11-20: <input type="text"/> - > 20: <input type="text"/> - Doença Hematológica Crônica <input type="text"/> - Doença Cardiológica Crônica <input type="text"/> - Doença Hepática Crônica <input type="text"/> - Doença Neurológica Crônica <input type="text"/> - Doença Renal Crônica <input type="text"/> - Outras <input type="text"/>			
24 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? (sim/não) <input type="text"/> Data da vacinação: <input type="text"/>			
Se sim, qual(a)? <input type="text"/>			
- Pneumonia (até 45 dias da parta) <input type="text"/> - Doença Cardiovascular Crônica <input type="text"/> - Doença Hematológica Crônica <input type="text"/> - Síndrome de Doença <input type="text"/> - Doença Hepática Crônica <input type="text"/> - Asma <input type="text"/> - Diabetes mellitus <input type="text"/> - Doença Neurológica Crônica <input type="text"/> - Outra Pneumopatia Crônica <input type="text"/> - Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="text"/> - Doença Renal Crônica <input type="text"/> - Obesidade, IMC <input type="text"/> - Outras <input type="text"/>			
25 Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="text"/> - sim <input type="text"/> - não <input type="text"/> - ignorante <input type="text"/> Se sim, data: <input type="text"/>			
a mãe amamenta a criança? <input type="text"/> - sim <input type="text"/> - não <input type="text"/> - ignorante <input type="text"/>			
Se > 6 meses e < 8 anos: Data da dose única 1/2: <input type="text"/> (base cossa para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1ª dose: <input type="text"/> (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: <input type="text"/> (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Dados de Acometimento	38 Usou antiviral para gripe? []	39 Qual antiviral? []	40 Data inicio do tratamento []	
	1-Gem 2-Não 3-ignorante	1-Contaminar 2-Desenvolver 3-Outros, especificar _____	_____ _____	
	41 Houve internação? []	42 Data da internação por SRAG: []	43 UF de internação: []	
	1-Gem 2-Não 3-ignorante	_____ _____	_____ _____	
	44 Município de internação: _____	Código (IBICU): _____ _____		
	45 Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CHES): _____ _____		
	46 Internado em UTI? []	47 Data da entrada na UTI: []	48 Data da saída da UTI: []	
	1-Gem 2-Não 3-ignorante	_____ _____	_____ _____	_____ _____
	49 Usou suporte ventilatório? []	50 Raio X de Tórax: []	51 Data do Raio X: []	
	1-Gem 2-Não 3-ignorante	1-Normal 2-Enfisema intersticial 3-Concentração 4-Alveolar 5-Obstrutiva 6-Alterado 7-ignorante	_____ _____	_____ _____
52 Coleteu amostra? []	53 Data da coleta: []	54 Tipo de amostra: []		
1-Gem 2-Não 3-ignorante	_____ _____	1-Gengibre de Noz-Orvalho 2-Laranja limão abacate 3-Figado-pão-de-rosa 4-Caqui, quati 5-ignorante	_____ _____	
55 Nº Requisição do GAL: _____				
56 Resultado da lf/outro método que não seja Biologia Molecular: []	57 Data do resultado da lf/outro método que não seja Biologia Molecular: []			
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconcluso 4-Não resultado 5-Aguardando resultado 6-ignorante	_____ _____	_____ _____		
58 Agente Etiológico - lf/outro método que não seja Biologia Molecular:				
Positivo para Influenza? [] 1-Gem 2-Não 3-ignorante	Se sim, qual influenza? []	1-Influenza A 2-Influenza B		
Positivo para outros vírus? [] 1-Gem 2-Não 3-ignorante				
Se outros vírus respiratórios que não? (marcar X)				
1-Vírus sincicial respiratório 2-Respiradinho 3-Parainfluenza 4-Parainfluenza 5-Adenovírus 6-Outro vírus respiratório, especificar _____				
59 Laboratório que realizou lf/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): _____ _____			
60 Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: []	61 Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: []			
1-Positivo 2-Não Detetável 3-Inconcluso 4-Não resultado 5-Aguardando resultado 6-ignorante	_____ _____	_____ _____		
62 Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:				
Positivo para Influenza? [] 1-Gem 2-Não 3-ignorante	Se sim, qual influenza? []	1-Influenza A 2-Influenza B		
Influenza A, qual subtipo? []	1-Influenza A/H3N2 2-Influenza A/H1N1 3-Influenza A/H1N1/2009 4-Influenza A/H3N2/2009	Se sim, qual subtipo? _____		
Influenza B, qual linhagem? []	1-Influenza B-H1N1 2-Influenza B-H3N2	3-Influenza B 4-Outro, especificar _____		
Positivo para outros vírus? [] 1-Gem 2-Não 3-ignorante				
Se outros vírus respiratórios, qual(s)? (marcar X)				
1-Gem-CoV 2-Vírus sincicial respiratório 3-Parainfluenza 4-Parainfluenza 5-Adenovírus 6-Outro vírus respiratório, especificar _____				
63 Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (ONES): _____ _____			
64 Classificação final do caso: []	65 Critério de Encerramento: []			
1-Isolado 2-Infecção 3-Infecção com outro vírus respiratório 4-Isolado com outro agente etiológico, qual _____ 5-Isolado espécie	1-Isolamento 2-Isolamento-Epidemiológico 3-CHES	_____ _____		
66 Evolução do Caso: []	67 Data da alta ou óbito: []	68 Data do Encerramento: []		
1-Cura 2-Óbito 3-ignorante	_____ _____	_____ _____	_____ _____	
69 OBSERVAÇÕES:				
70 Profissional de Saúde Responsável:	71 Registro Conselho/Matrícula: _____ _____ _____ _____ _____			

ANEXO I - B

CAP	ENDEREÇO DVS	EMAIL
1.0	R. Evaristo da Veiga, 16 - Centro	dvs.cap10@gmail.com
2.1	Av. Venceslau Brás, 65 - fds- Botafogo	dvscap21@gmail.com
2.2	Rua Conde de Bonfim, 764 - Tijuca	dvscap22@gmail.com
3.1	R. São Godofredo, S/N - Penha	vigiepidemio.cap31@gmail.com
3.2	R. Aquidabã, 1037 - Méier	dvs.cap32@gmail.com
3.3	R. Manuel Martins, 53 - Madureira	dvscap33@gmail.com
4.0	Av. Ayrton Senna, 2001, BL C - Barra da Tijuca,	dvs.cap4@gmail.com
5.1	Av. Carlos Pontes - Jardim Sulacap,	dvscap51@gmail.com
5.2	Estrada do Campinho, nº2899 - Campo Grande	vigilanciaemsauda52@gmail.com
5.3	Rua Álvaro Alberto, 601 - Santa Cruz	dvscap53@gmail.com

ANEXO I - C

Fluxograma para Notificação / Investigação de óbito suspeito por Covid19

Documento elaborado para S/UEPA/IV/2/CVE. Revisão da pola CMO Covid19 – SMS/Ra

