
Protocolo: 633919

Data: 18/03/2020

Título: Lauda 4331 de 18-03-2020 Nova NT S_SUBPAV_SVS nº 05 2020 -
atualização das definições operacionais para notificação

Página(s): a

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,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar e conceder efeito normativo à Nota Técnica S/SUBPAV/SVS nº 06/2020, 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, 17 de março de 2020.

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO I À RESOLUÇÃO SMS nº 4331 de 17 de março de 2020

NOTA TÉCNICA S/SUBPAV/SVS nº 06/2020

Atualização das definições operacionais para notificação e investigação de casos suspeitos de Covid19 em cenário epidemiológico de transmissão comunitária.

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, a partir da identificação de casos que atendam a definição de suspeito.

2. Neste momento, será mantida a notificação de Casos Não Graves E não assistidos em Unidades de Vigilância Sentinela diretamente no formulário FormSUS-REDCAP (<https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=TPMRRNMJ3D>), sem necessidade de validação pelo CIEVS-RIO.

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

ii. Uma vez identificado caso suspeito que atenda a definição para Síndrome Respiratória Aguda Grave a unidade de saúde deverá proceder a notificação 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.

iii. Apenas as unidades selecionadas para Vigilância Sentinela é que realizarão notificação e investigação laboratorial de vírus respiratórios obrigatórias, a partir de sua demanda espontânea, de casos de Síndrome Gripal.

iv. 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.

v. As notificações laboratoriais positivas para Covid19 recebidas de Laboratório serão encaminhadas 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.

4. A Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) com apoio da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) estabelecerá em até 30 dias, Vigilância Ativa nas internações por condições respiratórias nos 04 maiores Hospitais Gerais da Rede SMS-RIO.

5. A Superintendência de Vigilância em Saúde, com apoio da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), ampliará em até 30 dias o rol de Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, perfazendo 01 unidade em cada Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP).

Anexo

Ficha de Notificação - Síndrome Respiratória Aguda Grave



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 O₂ < 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-Anos _____	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 (1ª ao 3ª 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-Periferia 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?		32			Data da vacinação:
	____ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		____				
	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? ☐	34	Qual antiviral? ☐	35	Data início do tratamento
	1-Sim 2-Não 9-ignorado		1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____		____/____/____	
	36	Houve internação? ☐	37	Data da internação por SRAG:	38	UF de internação:
	1-Sim 2-Não 9-ignorado		____/____/____		____	
	39	Município de internação:	Código (IBGE):			
	____		____ ____ ____ ____ ____ ____			
	40	Unidade de Saúde de internação:	Código (CNES):			
	____		____ ____ ____ ____ ____ ____			
	41	Internado em UTI? ☐	42	Data da entrada na UTI:	43	Data da saída da UTI:
	1-Sim 2-Não 9-ignorado		____/____/____		____/____/____	
44	Uso de suporte ventilatório: ☐	45	Raio X de Tórax: ☐	46	Data do Raio X:	
1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-ignorado		1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-ignorado		____/____/____		
47	Coletou amostra? ☐	48	Data da coleta:	49	Tipo de amostra: ☐	
1-Sim 2-Não 9-ignorado		____/____/____		1-Secreção de Nariz-orofaringe 2-Lavado bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outro, qual? _____ 9-ignorado		
Dados da laboratoriais	50	Nº Requisição do GAL: _____				
	51	Resultado da IF: ☐	52	Data do resultado da IF:		
	1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-ignorado		____/____/____			
	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: ☐	56	Data do resultado RT-PCR:			
1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-ignorado		____/____/____				
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/H3N1/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-Yamagata 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 ☐ Rotavírus ☐ Rinovírus ☐ Outro vírus respiratório, especifique: _____						
58	Laboratório que realizou RT-PCR:	Código (CNES):				
____		____ ____ ____ ____ ____ ____				
Conclusão	59	Classificação final do caso: ☐	60	Critério de Encerramento: ☐		
	1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado		1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico			
	61	Evolução do Caso: ☐	62	Data da alta ou óbito:	63	Data do Encerramento:
1-Cura 2-Óbito 9-ignorado		____/____/____		____/____/____		
64 OBSERVAÇÕES:						
_____ _____ _____						
65 Profissional de Saúde Responsável:				66 Registro Conselho/Matrícula:		
_____ _____ _____				____ ____ ____ ____ ____ ____		

