



Protocolo: 635888

Data: 01/04/2020

Título: LAUDA DE 01-04-2020 - Atualização do anexo da RES SMS Nº 4331 2020 - Nota Técnica nº 06

– Atualização das definições operacionais 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 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 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.

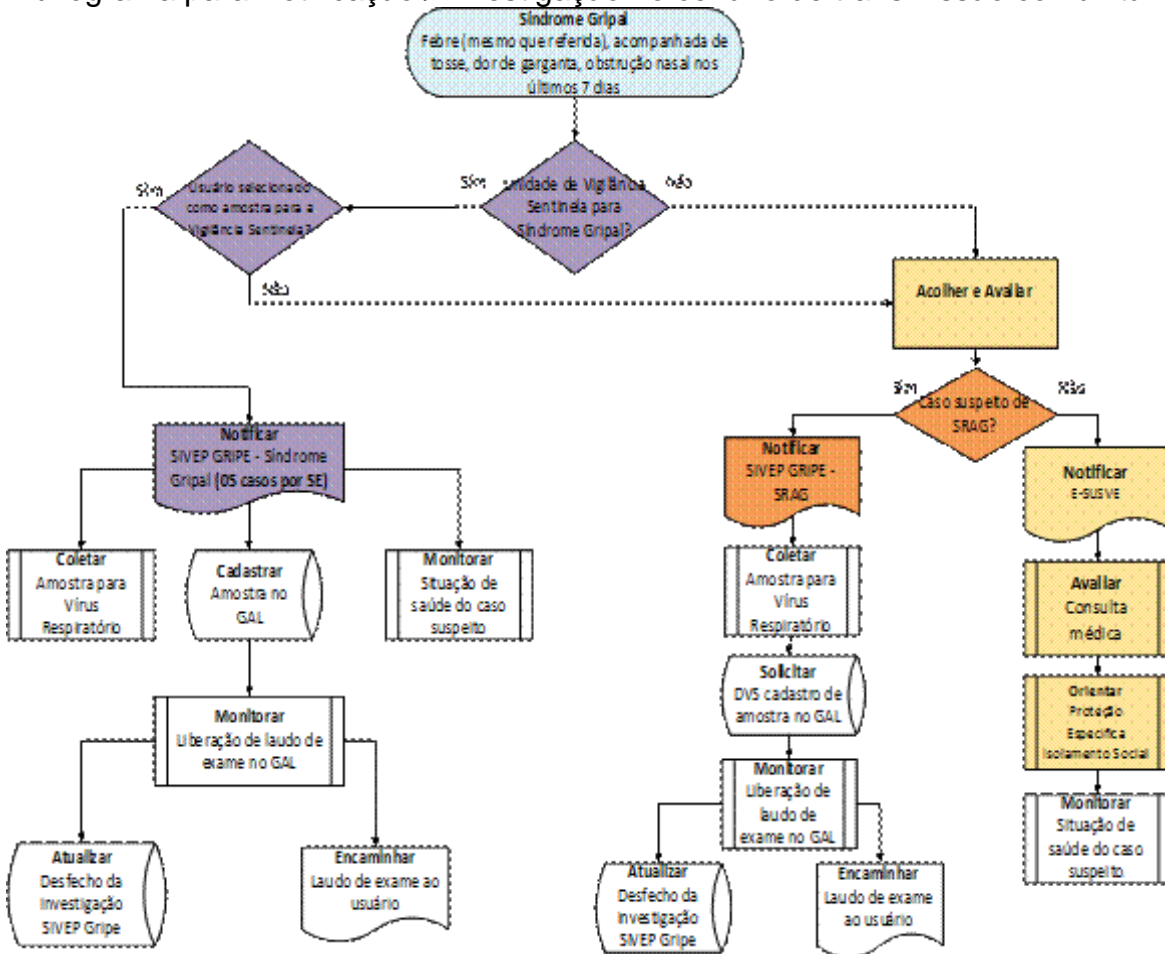
Patricia de Mattos Guttmann
Matricula 11/217.606-3
Superintendente de Vigilância em Saúde
S/SUBPAV/SVS

Anexo
Ficha de Notificação - Síndrome Respiratória Aguda Grave

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		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): Indivíduos hospitalizados 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):	
6			
6			
7			
7			
8			
8			
9			
9			
10			
10			
11			
11			
12			
12			
13			
13			
14			
14			
15			
15			
16			
16			
17			
17			
18			
18			
19			
19			
20			
20			
21			
21			
22			
22			
23			
23			
24			
24			
25			
25			
26			
26			
27			
27			
28			
28			
29			
29			
30			
30			
31			
31			
32			
32			
33			
33			
34			
34			
35			
35			
36			
36			
37			
37			
38			
38			
39			
39			
40			
40			
41			
41			
42			
42			
43			
43			
44			
44			
45			
45			
46			
46			
47			
47			
48			
48			
49			
49			
50			
50			
51			
51			
52			
52			
53			
53			
54			
54			
55			
55			
56			
56			
57			
57			
58			
58			
59			
59			
60			
60			
61			
61			
62			
62			
63			
63			
64			
64			
65			
65			
66			
66			
67			
67			
68			
68			
69			
69			
70			
70			
71			
71			
72			
72			
73			
73			
74			
74			
75			
75			
76			
76			
77			
77			
78			
78			
79			
79			
80			
80			
81			
81			
82			
82			
83			
83			
84			
84			
85			
85			
86			
86			
87			
87			
88			
88			
89			
89			
90			
90			
91			
91			
92			
92			
93			
93			
94			
94			
95			
95			
96			
96			
97			
97			
98			
98			
99			
99			
100			
100			

33 Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 34 Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 35 Data início do tratamento 1-Sim 2-Não 3-Ignorado 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____		
36 Houve internação? <input type="checkbox"/> 37 Data da internação por SRAG: _____ 38 UF de internação: _____ 1-Sim 2-Não 3-Ignorado		
39 Município de internação: _____ Código (IBGE): _____		
40 Unidade de Saúde de internação: _____ Código (CNES): _____		
41 Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 42 Data da entrada na UTI: _____ 43 Data da saída de UTI: _____ 1-Sim 2-Não 3-Ignorado		
44 Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 45 Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 46 Data do Raio X: _____ 1-Sim, mas não 2-Sim, não Invasivo 1-Normal 2-Infestado intersticial 3-Consolidação 4-Não 5-Outro, especifique: _____ 3-Não 4-Ignorado 6-Não realizado 6-Ignorado		
47 Coletou amostra? <input type="checkbox"/> 48 Data da coleta: _____ 49 Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Ignorado 1-Secção de Naso-profunde 2-Lavado linco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outro, qual? _____ 5-Ignorado		
50 Nº Requisição do GAL: _____		
51 Resultado da IF: <input type="checkbox"/> 52 Data do resultado da IF: _____ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 6-Ignorado		
53 Agente Etiológico – IF: _____ Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial 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): _____		
55 Resultado da RT-PCR: <input type="checkbox"/> 56 Data do resultado RT-PCR: _____ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 6-Ignorado		
57 Agente Etiológico – RT-PCR: _____ Positivo para influenza? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H3N2) pdm09 2-Influenza A(H1N1) 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? <input type="checkbox"/> 1-Victória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 3-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial 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"/> Respirvírus <input type="checkbox"/> Respirvírus 2 <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____		
58 Laboratório que realizou RT-PCR: _____ Código (CNES): _____		
59 Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 60 Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 62 Data da alta ou óbito: _____ 63 Data do Encerramento: _____ 1-Cura 2-Óbito 3-Ignorado		
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.