

ANEXO I

RESOLUÇÃO SMS Nº 4331, DE 17 DE MARÇO DE 2020

NOTA TÉCNICA S/SUBPAV/SVS Nº 06/2020

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.

(Republicada em DOM nº 15 de 01/04/2020 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.

Dados de Atendimento	33	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/>	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	34	Qual antiviral? <input type="checkbox"/>	1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	35	Data início do tratamento	____/____/____			
	36	Houve internação? <input type="checkbox"/>	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? <input type="checkbox"/>	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da entrada na UTI:	____/____/____	43	Data da saída da UTI:	____/____/____			
	44	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/>	1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	45	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/>	1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	46	Data do Raio X:	____/____/____			
	47	Coletou amostra? <input type="checkbox"/>	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da coleta:	____/____/____	49	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/>	1-Secreção de Nariz-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outro, qual? _____ 9-Ignorado			
	50	Nº Requisição do GAL: _____										
	51	Resultado da IF: <input type="checkbox"/>	1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	52	Data do resultado da IF:	____/____/____						
	Dados da Base Laboral	53	Agente Etiológico – IF:									
Positivo para influenza? <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-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 9-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"/>	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? <input type="checkbox"/>		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/>		1-Influenza A 2-Influenza B							
Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/>		1-Influenza A(H3N1)padrão 2-Influenza A(H3N2)		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 9-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"/> Rinovírus						
<input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____												
58	Laboratório que realizou RT-PCR:							Código (CNES):	____ ____ ____ ____ ____ ____			
Conclusão	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				1-Laboratorial			
	3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____				4-SRAG não especificado				2-Vínculo-Epidemiológico			
61	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/>	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

