



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SALVADOR DAS MISSÕES – RS
sec_saude@salvadorasmissoes.rs.gov.br 55 3358-1168

Plano de Contingência e Ação do município de Salvador das Missões para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)

Salvador das Missões

16/03/2020

ATUALIZADO EM 11/03/2021

1- INTRODUÇÃO

Diante da Emergência em Saúde Pública declarada pela Organização Mundial da saúde na data de 30 de janeiro do ano corrente, por doença respiratória causada pelo agente novo coronavírus (COVID-19), conforme casos detectados na China e considerando-se as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o município de Salvador das Missões, através das orientações recebidas pela 12ª Coordenadoria Regional de Saúde – Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde elaborou o referido Plano de Contingência e Ação para o COVID-19.

Os profissionais responsáveis pela elaboração e ações imediatas de contingência para o COVID-19, formarão o Comitê Municipal de enfrentamento ao covid-19 e estão descritos no quadro abaixo:

Comitê Municipal da Saúde para o Enfrentamento ao COVID-19			
NOME	CARGO	SETOR	ÓRGÃO
Geneci Antunes de Andrade	Secretário Municipal de Saúde	Secretaria	Município
Franciele Luft	Assistente Administrativa	Secretaria	Município
Andreia Zaleski Werle	Coordenadora da Vigilância em Saúde	Vigilância	Município
Elias José Kotz	Enfermeiro	ESF/AB	Município
Aline Rosa Haab Stracke	Enfermeira	Vigilância Epidemiológica	Município
Flávio André Vogt	Enfermeiro	AB	Município

Jussara Cristian Grizzo	Médica	ESF/AB	Município
Rejane Bohn	Farmacêutica	Assistência Farmacêutica	Município
Eduarda Arnold	Agente de Combate a Endemias	Vigilância Sanitária/ Ambiental	Município
Edivane de Lima Soares	Fiscal Municipal	Vigilância Sanitária/Ambiental	Município

Este documento apresenta o Plano de Contingência Municipal, o qual está em consonância com o Plano de Contingência Estadual e Regional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em caso de surto define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente a ser configurada, na área de abrangência do município de Salvador das Missões.

A estruturação da resposta em três níveis é geralmente usada em planos de preparação e resposta em todo o mundo. Deste modo, seguimos a recomendação do Ministério da Saúde. Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos.

2- OBJETIVOS

- 1- Descrever as ações de Vigilância e Atenção em Saúde na área de abrangência municipal, a serem executadas frente a detecção de um caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19);
- 2-Minimizar riscos à população frente a um caso suspeito de COVID-19;
- 3-Divulgar informações em saúde;
- 4-Estabelecer estratégias de Comunicação de Risco;
- 5-Orientar a adoção de medidas preventivas e indicação de uso de EPI.

3- COMPONENTES DO PLANO

As ações descritas a seguir são embasadas no conhecimento atual sobre o novo Coronavírus (COVID-19) e estão em consonância com as orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Este plano será amplamente divulgado aos serviços de saúde públicos e privados no município. Os documentos informativos, além de outras atualizações, podem ser encontrados nos seguintes sites oficiais:

<https://coronavirus.rs.gov.br/profissionais-da-saude>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<http://saude.gov.br/>

<https://saude.rs.gov.br/inicial>

Todo o caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) deve ser tratado como um alerta. A tomada de decisão será realizada após discussão conjunta entre todos os entes envolvidos (Município, Estado e Anvisa – áreas de portos, aeroportos e fronteiras e Ministério da Saúde).

As ações pertinentes devem ser desencadeadas a partir da definição de caso suspeito de Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), que no momento atual é:

4-CASO SUSPEITO:

Caso suspeito de COVID-19

Caso de SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos, diarreia.

- Em crianças: além dos itens anteriores, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. (fonte: Nota Informativa 30/COE/SES-RS 18/02/21 <https://coronavirus.rs.gov.br/profissionais-da-saude>

1. Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de

notificação.

2. Contato próximo e continuado com um caso confirmado por RT-PCR ou Teste de Antígeno, considerando o período correspondente a 2 dias antes do início dos sintomas do caso confirmado, E:

- no mesmo ambiente fechado (sala, dormitório, veículo de trabalho, entre outros); E
- em período superior a 30 minutos¹ ; E
- sem o distanciamento interpessoal de no mínimo 1,5 metro; E
- sem o uso de máscara ou uso incorreto*.

5- CONDUTA DE TRABALHO:

- 1- Todo indivíduo que apresentar sintomas gripais deve procurar o serviço de saúde municipal;**
- 2- Deverá sempre utilizar máscara e manter o distanciamento de 1,5m entre pessoas;**
- 3- Logo será acolhido pela equipe de saúde e passará por triagem onde será realizada investigação dos sinais e sintomas, período de início dos sintomas, história de contatos, e encaminhamento para consulta médica, tratamento e realização de testes.**
- 4- No momento da avaliação receberá todas as orientações pertinentes aos cuidados protetivos e de isolamento pessoal e familiar, atestados para o trabalho, receituário de medicação, agendamento para realização dos testes e orientado ao retorno se observar piora ou alterações dos sinais e sintomas.**
- 5- Os testes para diagnóstico do covid serão realizados de acordo com o período informado pelo paciente do início dos sintomas. Teste Antígeno do 3º ao 5º dia de início de sintomas. Teste Anticorpo após 14 dias do início dos sintomas.**
- 6- Todos os testes, positivos e negativos, realizados devem ser registrados no ESUSNOTIFICA. (NOTA INFORMATIVA 30 COE/SES-RS)**

6- NÍVEIS DE RESPOSTA

Este plano é composto por três níveis de resposta, aos moldes do Ministério da Saúde:

Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil e o impacto na saúde pública.

Nível de resposta: Alerta

O Nível de resposta de Alerta corresponde a uma situação em que o risco de introdução do novo Coronavírus (COVID-19) no Brasil seja elevado e não apresente casos suspeitos.

Nível de resposta: Perigo Iminente

Nível de resposta de Perigo Iminente corresponde a uma situação em que há caso suspeito de acordo com a definição de caso atual, conforme previsto no Capítulo IV, Seção I, Artigo 15 da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

Nível de resposta: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)

Nível de resposta de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) corresponde a uma situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (COVID-19), no território nacional, ou reconhecimento da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas situações configuram condições para recomendação ao Ministro da Saúde de declaração de ESPIN, conforme previsto no Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

Artigo 4º A declaração de ESPIN será efetuada pelo Poder Executivo Federal, por meio de ato do Ministro de Estado da Saúde, após análise de recomendação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, nos casos de situações epidemiológicas.

Este nível de Emergência está organizado em duas fases:

- Fase de Contenção:

- 1-Todas as ações e medidas são adotadas para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus.
- 2-Toda a rede de atenção à saúde do SUS deve estar alerta na atual fase, com o objetivo de maior sensibilização dos profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos, manejo adequado dos pacientes, bem como, uso correto de EPIs.
- 3-Quarentena domiciliar para casos leves e estratégia de monitoramento domiciliar evitando a ocupação desnecessária de leitos.
- 4-Os estoques dos EPIs preconizados devem ser organizados e se necessário, realizar a aquisição desses equipamentos.

- Fase de Mitigação:

1-Esta fase terá início quando forem registrados 100 casos positivos do COVID-19. As ações e medidas são adotadas para evitar casos graves e óbitos.

2-Deverão ser adotadas medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves para evitar óbitos e agravamento dos casos.

3-Caso ocorra à superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, as autoridades sanitárias deverão providenciar adaptação e ampliação de leitos, áreas hospitalares, bem como a contratação emergencial de leitos de UTI, com o objetivo de evitar óbitos.

Ajustes no nível de resposta

Em situações epidêmicas, as etapas iniciais da resposta são realizadas com base em poucas ou frágeis evidências. A avaliação de riscos nessas circunstâncias requer flexibilidade e, possivelmente, erros por precaução. O nível de resposta será ajustado adequadamente quando uma melhor avaliação de risco puder ser feita à luz de mais informações disponíveis tanto no território nacional como mundialmente.

7- ESTRUTURA DE COMANDO

O Comitê Municipal de enfrentamento ao covid-19, organizará ações para o enfrentamento de surtos e epidemias, caso venham a ocorrer na área de abrangência municipal. O COE MUNICIPAL será responsável pela elaboração das normas e decretos municipais, sempre seguindo as normas do MS e SES/RS.

Nível de resposta Alerta:

Neste nível de resposta o comitê municipal, é responsável em parceria com a Vigilância Epidemiológica por detectar, investigar, manejar e notificar casos potencialmente suspeitos da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19).

Nível de resposta Perigo Iminente:

Neste nível de resposta a estrutura do comitê municipal mobilizará os diversos setores do setor saúde e eventualmente órgãos fora do setor saúde, que tenham relação com a resposta coordenada ao evento.

Nível de resposta Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN):

Neste nível de resposta a estrutura do Comitê Municipal atuará em regime de plantão e seu funcionamento poderá ser presencial se estendendo fora do horário comercial, feriados e finais de semana.

Autoridades Sanitárias para notificação:

Vigilância Epidemiológica da 12ª CRS – (55) 3312-1440;

Vigilância Epidemiológica do Município de Salvador das Missões – (55) 3358-1168;

- ANVISA: PVPAF/Porto Alegre - 51 3371-4520;
- CVPAF/RS/ANVISA - 51 3228-8371;
- Diretoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) da SMS Porto Alegre - 51 3289-2471 e 3289-2472 ou pelo telefone de plantão, para acionamento em horário não comercial – este telefone está na lista de contatos disponível na ANVISA;
- Centro Estadual de Vigilância em Saúde da SES/RS - 51 985016882 e/ou Disque Vigilância 150;
- Ministério da Saúde - 0800 644-6645;
- Central de Regulação Estadual – (51) 3353-3000
- Disque denúncia 150

8- VIGILÂNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Eventualmente, um caso suspeito do novo Coronavírus (COVID-19) poderá ser detectado na triagem de um serviço de saúde, já que o período de incubação é de até 14 dias e ele pode não ter sido detectado nos pontos de entrada. Nesse caso, isolar imediatamente o paciente nas melhores condições possíveis e colocar máscara cirúrgica. Notificar imediatamente a Vigilância Epidemiológica Municipal, esta avisará a Vigilância Epidemiológica da 12ª Coordenadoria de Saúde, as quais tomarão as devidas providências, realizando a avaliação epidemiológica do evento e no caso de enquadramento como caso suspeito de novo Coronavírus (COVID-19) desencadearão as medidas previstas no fluxo (ANEXO 1).

A Vigilância Epidemiológica municipal identificará os possíveis contactantes (formulário B) devendo ser realizada a busca ativa de contatos próximos (familiares, colegas de trabalho, entre outros, conforme investigação) devendo ser orientados, sob a possibilidade de manifestação de sintomas e da necessidade de permanecer em afastamento temporário em domicílio, mantendo distância dos demais familiares, além de evitar o compartilhamento de utensílios domésticos e pessoais, até que seja descartada a suspeita. Os indivíduos próximos que manifestarem sintomas devem ser orientados para procurarem imediatamente o serviço de saúde mais próximo.

Para todos os casos suspeitos deverá ser realizada a coleta de material a ser enviada ao LACEN

para análise. A coleta de material deverá ser feita tanto nas unidades de saúde quanto em ambiente hospitalar, dependendo da porta de entrada que o paciente procurar, inclusive no seu domicílio, nos casos de isolamento domiciliar. Em qualquer das situações acima, os profissionais de saúde deverão seguir a Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA – Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo Novo Coronavírus (COVID-19).

O monitoramento dos casos suspeitos e dos contactantes será por 14 dias.

O número de profissionais de saúde envolvidos deve ser o menor possível. As orientações aos profissionais de saúde que atenderão o caso deverão seguir as orientações do protocolo do Ministério da Saúde. (Anexo 2).

As orientações em relação ao transporte (resolução nº 005/18/CIB/RS) e internação dos casos suspeitos graves serão orientadas pela regulação local e estadual, seguindo os fluxos já existentes de internação hospitalar.

Orientações para a Equipe de Vigilância que Fará a Investigação dos Casos Suspeitos:

1. Realizar notificação imediata por telefone, observando o fluxo de notificação;
2. Realizar a coleta do swab nasal, segundo orientações técnicas (anexo 3);
3. Abrir o link: <http://bit.ly/2019-ncov>;
4. Preencher a Ficha de Notificação;
5. Fazer o download da ficha já preenchida;
6. Imprimir cópia da ficha de notificação, que deverá acompanhar as amostras ao LACEN;
7. Cadastrar a amostra no GAL;
8. Imprimir a ficha do GAL, que deverá acompanhar as amostras ao LACEN;
9. Enviar o documento gerado para coers@saude.rs.gov.br, **com cópia para a Vigilância Epidemiológica da 12ª CRS;**
10. Entrevistar os possíveis contactantes do caso suspeito, preencher o formulário A, encaminhando-o para a 12ª CRS e manter monitoramento para sintomas respiratórios e quadro febril por 16 dias a contar da data do contato.

Em caso de pacientes com quadro sem gravidade o Serviço de Saúde orienta isolamento domiciliar até a resolução completa dos sintomas e recomendações de cuidados seguindo protocolo do Ministério da Saúde.

Em caso de pacientes com sinais de gravidade removidos aos hospitais Regionais orientados pelas equipes de regulação Municipais/12ª CRS/Estadual, manter o paciente em isolamento seguindo protocolo do Ministério da Saúde (precaução padrão e de contato e para gotículas, precaução para aerossóis no caso de procedimentos com possível aerossolização).

Autoridades Sanitárias para notificação

1-Vigilância em Epidemiológica do Município: Enfª Aline (55)33581168

2-12ª Coordenadoria Regional de Saúde: (55) 3312-1440

3-Centro Estadual de Vigilância em Saúde da SES/RS - 51 985016882 e/ou Disque Vigilância 150;

4-Ministério da Saúde - 0800 644-6645.

9- ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Os serviços de saúde deverão estar preparados para:

*Identificar precocemente pacientes suspeitos.

* Acolher todo paciente que vier até a UBS com sintomas Gripais.

* Uso de máscara obrigatório para toda população sempre.

1-Todo indivíduo que apresentar sintomas gripais deve procurar o serviço de saúde municipal;

2-Deverá sempre utilizar máscara e manter o distanciamento de 1,5m entre pessoas;

3-Logo será acolhido pela equipe de saúde e passará por triagem onde será realizada investigação dos sinais e sintomas, período de início dos sintomas, história de contatos, e encaminhamento para consulta médica, tratamento e realização de testes.

4-No momento da avaliação receberá todas as orientações pertinentes aos cuidados protetivos e de isolamento pessoal e familiar, atestados para o trabalho, receituário de medicação, agendamento para realização dos testes e orientado ao retorno se observar piora ou alterações dos sinais e sintomas.

5-Os testes para diagnóstico do covid serão realizados de acordo com o período informado pelo paciente do início dos sintomas. Teste Antígeno do 3º ao 5º dia de início de sintomas. Teste Anticorpo após 14 dias do início dos sintomas.

6-Todos os testes, positivos e negativos, realizados devem ser registrados no ESUSNOTIFICA.

(NOTA INFORMATIVA 30 COE/SES-RS)

- Qualquer pessoa que entrar em contato com o caso suspeito deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerossolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).
- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização.
- A provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool gel e EPI, devem ser reforçados pelos serviços em saúde (públicos e privados), bem como higienizantes para o ambiente.

Garantir estoque de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.

Garantir medicamento específico para os casos de SG e SRAG (fosfato de oseltamivir) de acordo com a indicação do protocolo de tratamento da influenza.

Alguns casos confirmados ou suspeitos para o novo coronavírus podem não necessitar de hospitalização, podendo ser acompanhados em domicílio. Porém, é necessário avaliar cada caso, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde.

Nos casos em que se recomende isolamento nos serviços de saúde ou internação hospitalar, o município deverá seguir o fluxo habitual de internação e remoção (de acordo com a resolução CIB 005/2018, em anexo). Em casos que precise a regulação do acesso, contatar a Central Estadual de Regulação Hospitalar e/ou as centrais municipais.

As referências hospitalares de Salvador das Missões são Cerro Largo Associação Hospitalar de Caridade Serro Azul e Santo Ângelo Associação Hospitalar de Caridade de Santo Ângelo.

10-DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL e REGIONAL

Este documento define as estratégias de preparação para o enfrentamento de eventuais epidemias de COVID-19 e sistematiza as ações e os procedimentos sob responsabilidade dos Departamentos de Regulação Estadual e Regional, de modo a apoiar em caráter complementar os demais órgãos envolvidos na Rede de Atenção à Saúde.

O quadro clínico apresentado pelo paciente pode variar de leve a gravíssimo, necessitando de condutas distintas e dispositivos de saúde diversos. Para tal prevê-se, conforme avaliação médica:

- Casos leves/indicação: isolamento domiciliar e tratamento sintomático (não necessita internação hospitalar).
- Casos graves: internações hospitalares em leito de isolamento.
- Casos gravíssimos: internações hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

OBS: Os casos graves e gravíssimos deverão ser notificados em ficha específica a ser indicada aos hospitais.

PS: o acesso a leitos de enfermaria ou a leitos de UTI nos Hospitais de Referência serão regulados exclusivamente pela Central Estadual de Regulação Hospitalar em conjunto com as Centrais Municipais.

11- LACEN/RS

É necessária a coleta de 1 amostra respiratória. As coletas devem seguir o protocolo de Influenza na suspeita do novo Coronavírus (COVID-19) (ANEXO 3). A amostra será encaminhada com urgência para o LACEN. O LACEN entrará em contato com a CGLAB para solicitação do transporte. Uma das amostras será enviada ao Centro Nacional de Influenza (NIC) e outra amostra será enviada para análise de metagenômica.

Cadastrar na requisição de solicitação de exame no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), no preenchimento do campo “Agravado/Doença”, selecionar a opção “Influenza” ou “vírus respiratórios”. No campo “observação” da requisição, descrever que as amostras são de paciente que atende a definição de caso suspeito do novo Coronavírus (COVID-19), conforme boletim epidemiológico e orientações do ANEXO 3.

As amostras deverão estar acompanhadas das seguintes fichas: requisição do GAL e ficha de notificação de caso suspeito (<http://bit.ly/2019-ncov>).

A distribuição dos kits de coleta será realizada pelo LACEN. O município deverá solicitar à 12ª Coordenadoria Regional de Saúde o quantitativo necessário, a qual fará a solicitação dos kits ao LACEN para distribuição.

12- VIGILÂNCIA EM SAÚDE (EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA)

Infecção humana pelo COVID-19:

CID 10: B34.2 - Infecção por coronavírus de localização não especificada.

A vigilância epidemiológica de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus está sendo construída à medida que a OMS consolida as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Deste modo, o Guia de Vigilância Epidemiológica está sendo estruturado com base nas ações já existentes para notificação, registro, investigação, manejo e adoção de medidas preventivas, em analogia ao conhecimento acumulado sobre o SARS-CoV, MERS-CoV e COVID-19,

que nunca ocorreram no Brasil, além de Planos de Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e Síndrome Gripal (SG).

O principal objetivo neste momento é a identificação, notificação e manejo oportuno de casos suspeitos de Infecção Humana pelo COVID-19 de modo a mitigar os riscos de transmissão sustentada no território nacional.

Os principais procedimentos são o enquadramento do caso como suspeito de acordo com a definição vigente, a investigação epidemiológica e a identificação e o monitoramento de contactantes do caso suspeito, utilizando os documentos padronizados constantes no site da SVS/Ministério da Saúde e deste plano.

As orientações das questões sanitárias devem ser acompanhadas pelas notas técnicas emitidas pelas áreas competentes da ANVISA e Vigilância Sanitária Estadual disponíveis no site da SES/RS.

13- COMUNICAÇÃO SOCIAL

As ações de comunicação são parte essencial na resposta a situações de emergência em saúde. Dessa forma, a principal tarefa da assessoria de comunicação dos órgãos públicos é prestar informações precisas e em tempo hábil para preparar a população para o enfrentamento de um cenário de insegurança e evitar pânico. É importante também trabalhar em sintonia com a estratégia de comunicação do Ministério da Saúde, reforçando e potencializando as mensagens do nível central.

O primeiro passo será o alinhamento com a estratégia de comunicação do Ministério da Saúde e demais entidades envolvidas para a veiculação de informações básicas, à nível Regional, sobre a doença e as formas de contágio, além da disponibilização de fontes e outras informações para imprensa, serão na 12ª CRS, disponibilizadas pelo Coordenador da 12ª CRS e no município as informações serão disponibilizadas pelo Secretário Municipal de Saúde.

Encontra-se disponível no site da SES/RS um documento de Perguntas e Respostas elaboradas pelo Ministério da Saúde para esclarecimento de dúvidas.

13.1- Público-Alvo e Objetivos de Comunicação

População em geral – manter a população informada e evitar reações sociais contra os pacientes, motivadas pela desinformação;

Profissionais de Saúde – além de serem informados, é preciso contribuir no esclarecimento dos profissionais sobre qual será a sua participação no processo e nos acontecimentos;

Gestores da rede pública – contribuir na organização do setor e na manutenção de um discurso unificado com o governo federal;

Viajantes e turistas – informar sobre sintomas e sobre pontos de apoio na rede pública para casos de

suspeita da doença;

Profissionais de portos e aeroportos – reforçar orientações importantes para a população;

Redes Sociais – manter internautas informados e monitorar boatos e mensagens, respondendo quando necessário.

Mensagens-Chave:

O material de comunicação será construído para reforçar as seguintes mensagens:

O acompanhamento e a divulgação dos fatos terão absoluta transparência;

O sistema de saúde pública está preparado para atender essa emergência de saúde;

Todas as medidas necessárias à proteção da população brasileira estão sendo tomadas.

14.2 Medidas Estratégicas

Definição de um único porta-voz sobre o assunto para não haver discordância de fala dentro da Secretaria e garantir o alinhamento com as informações do MS e demais órgãos envolvidos. A comunicação direta à imprensa ficará sob a responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde.

Serão avaliadas as mudanças de cenário, especialmente em caso de notificação de caso suspeito no estado, para possível realização de coletivas de imprensa para o anúncio dos cenários subsequentes;

Esgotar as dúvidas dos jornalistas, tanto em possíveis coletivas, quanto na relação cotidiana com profissionais da comunicação, reforçando a transparência e a firmeza sobre as declarações.

14.4 Ações Sugeridas

- 1- Monitoramento de mídia com atenção especial para mídia regional e municipal;
- 2- Monitoramento de redes sociais, prevendo intervenções personalizadas das autoridades/porta-voz regional/municipal com comentários para possíveis correções de informações;
- 3- Reunião semanal do comitê municipal para avaliação e programação das ações;
- 4- Estabelecer parcerias com entidades de profissionais de saúde para criar canais de comunicação e informação;
- 5- Abordagem a meios de comunicação regionais para sensibilizar e estabelecer um canal de confiança para informar sobre fatos novos, evitando pânico e a difusão de informações incorretas;

15 CAPACITAÇÕES

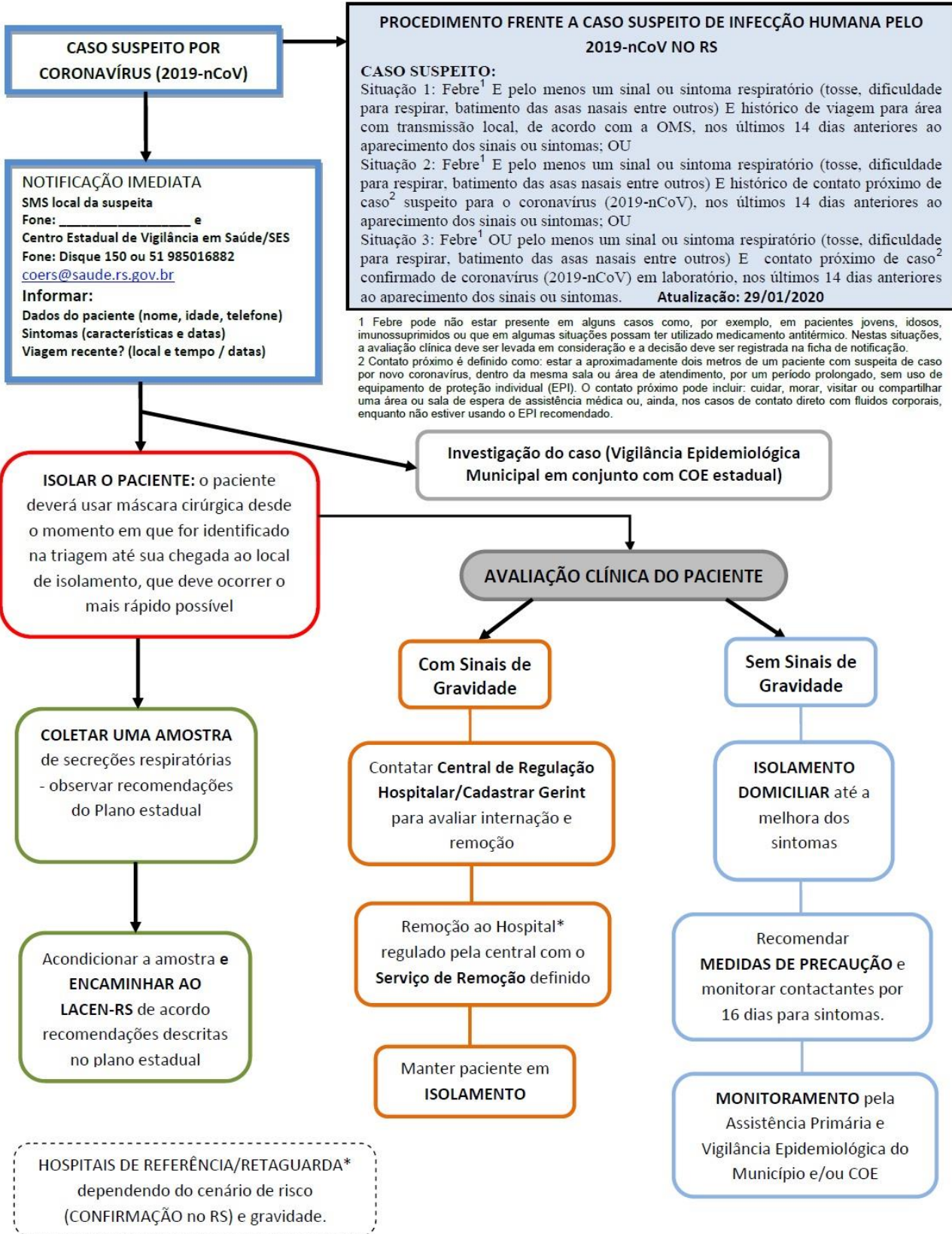
A capacitação à equipe de atenção a saúde responsáveis pelo atendimento, será realizada pelo comitê municipal.

16 ORIENTAÇÕES GERAIS

Até o momento não há vacina, nem medicamento específico para o tratamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas. No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir, conforme protocolo de tratamento de Influenza.



ANEXO 1 - FLUXO DE ATENDIMENTO AOS CASOS SUSPEITOS DO NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV) (Serviços de Saúde)



ANEXO 2 - Recomendações para pessoas que preenchem a definição de caso suspeito

QUADRO 1 Recomendações para pessoas que preencham a definição de caso suspeito

ISOLAMENTO

1. Os pacientes suspeitos devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados na triagem até sua chegada ao local de isolamento, que deve ocorrer o mais rápido possível.

2. Qualquer pessoa que entrar no quarto de isolamento, ou entrar em contato com o caso suspeito, deve utilizar EPI (preferencial máscara n95, nas exposições por um tempo mais prolongado e procedimentos que gerem aerolização; eventualmente máscara cirúrgica em exposições eventuais de baixo risco; protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental).

AVALIAÇÃO

1. Realizar coleta de amostras respiratórias.
2. Prestar primeiros cuidados de assistência.

ENCAMINHAMENTO

1. Os casos graves devem ser encaminhados a um Hospital de Referência para Isolamento e tratamento.

2. Os casos leves devem ser acompanhados pela Atenção Primária em Saúde (APS) e instituídas medidas de precaução domiciliar.



**Secretaria da Saúde do Rio Grande do
Sul Centro Estadual de Vigilância em
Saúde
Laboratório Central de Saúde Pública- LACEN/RS**

**VIROLOGIA - LABORATÓRIO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS
INVESTIGAÇÃO PARA CORONAVÍRUS 2019 – nCov / INFLUENZA**

**ORIENTAÇÕES PARA COLETA E TRANSPORTE DE
SECREÇÃO RESPIRATÓRIA - 2020**

MATERIAIS CLÍNICOS: 1 (UM) conjuntos de *swabs* nasal e oral ou secreção por aspirado da nasofaringe.

QUEM COLETA: a coleta deve ser realizada pelo médico, serviço de enfermagem ou laboratório, seguindo as orientações técnicas do LACEN/RS.

CADASTRO e REQUISIÇÃO: O material clínico deverá ser cadastrado no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) AGRAVO INFLUENZA e solicitar PESQUISA DE INFLUENZA COM OBSERVAÇÃO DE SUSPEITA DE CORONAVÍRUS e encaminhado ao LACEN, acompanhado da REQUISIÇÃO DO GAL e da Ficha de Notificação RedCap devidamente preenchidas.

PERÍODO DE COLETA: A amostra clínica deverá ser coletada preferencialmente até o **3º dia após o início dos sintomas** e, no máximo, **até 7 dias após o início dos sintomas**, independente de utilização de medicação ou vacinação prévias.

ANTES DA COLETA:

**1- IDENTIFICAR O FRASCO COLETOR OU O TUBO COM A SOLUÇÃO FISIOLÓGICA:
NOME DO PACIENTE, MUNICÍPIO, DATA DE COLETA, NATUREZA DA AMOSTRA E
TIPO DE EXAME SOLICITADO**

2- LAVAGEM DAS MÃOS

**3- COLOCAR EQUIPAMENTO DE EPI (avental descartável, máscara N95, luvas de
látex descartáveis, gorro e óculos ou viseira de proteção)**

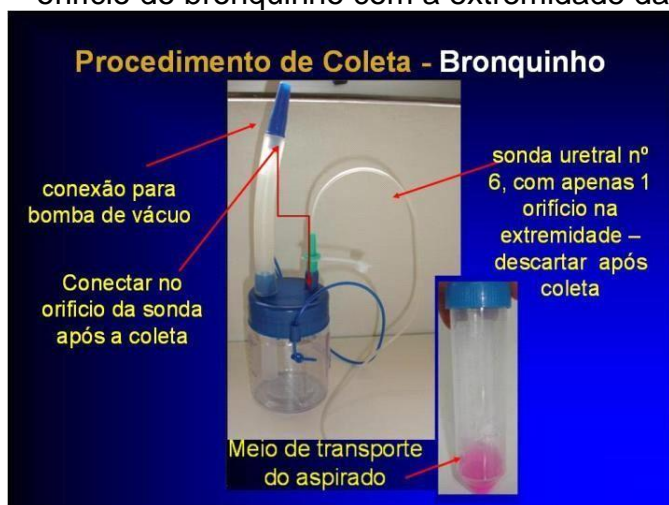
4 Aspirado da nasofaringe (ANF)

A coleta do ANF é um processo indolor, podendo apenas provocar lacrimejamento reflexo. O coletor descartável de muco deve ser acoplado a uma sonda uretral nº 6 com apenas um orifício na extremidade para a obtenção da secreção.

A aspiração pode ser realizada com bomba aspiradora portátil ou vácuo de parede hospitalar. Não utilizar uma pressão de vácuo muito forte.

Durante a coleta, a sonda é inserida na narina até atingir a região da nasofaringe (6 a 8 cm), quando então o vácuo é aplicado aspirando a secreção para o interior do coletor. Este procedimento deverá ocorrer em ambas as narinas, mantendo movimentação da sonda para evitar que haja pressão diretamente sobre a mucosa, evitando sangramento. Alternar a coleta nas duas fossas nasais até obter um volume suficiente, aproximadamente 1 mL de ANF. O vácuo deve ser aplicado após a sonda localizar-se na nasofaringe, tendo em vista que, se no momento da introdução da sonda houver vácuo, poderá ocorrer lesão da mucosa.

Após obter secreção de ambas as narinas, aspirar o meio de transporte viral para o interior do coletor (bronquinho) com a mesma sonda. Descartar a sonda em lixo adequado e vedar o orifício do bronquinho com a extremidade da borracha.

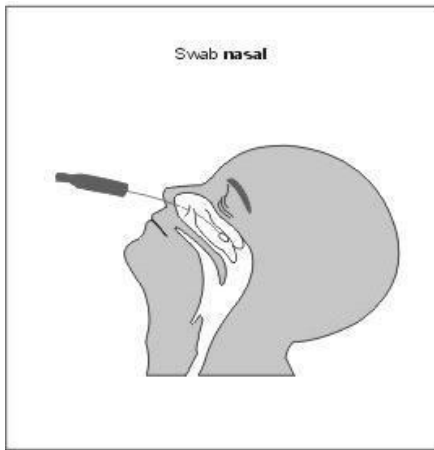


Observação: Os profissionais devem ficar atentos à retirada da sonda de ANF, pois a extremidade introduzida nas vias respiratórias do paciente contém material nasofaríngeo potencialmente contaminado em sua parte externa.

5- Swab nasal e orofaringe (1 conjunto com 3 swabs cada)

Os swabs a serem usados devem ser de Rayon e estéreis. Não deverão ser usados swabs de algodão, com haste de madeira ou com alginato de cálcio.

Examinar a fossa nasal do paciente com o intuito de verificar a presença de secreções e a posição do corneto inferior e médio. A inspeção é feita deslocando-se a ponta do nariz para cima com o dedo polegar e inclinando-se a cabeça do paciente. Pedir para o paciente assoar (limpar) o nariz caso haja secreções. O objetivo do *swab* é colher um esfregaço de células e não secreção nasal.



Introduzir o swab na cavidade nasal (cerca de 5 cm), direcionando-o para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45° em relação ao lábio superior. É importante certificar-se que o swab ultrapassou superiormente o corneto inferior atingindo o meato médio.

Após a introdução, esfregar o coletor com movimentos circulares delicados, pressionando-o contra a parede lateral do nariz (em direção à orelha do paciente). Remover o coletor do nariz do paciente cuidadosamente e introduzi-lo, imediatamente, no tubo com solução fisiológica. Colher *swab* nas duas narinas (um *swab* para cada narina).

Após a coleta do swab nasal, proceder à coleta do swab de orofaringe introduzindo o *swab* maior na região posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua.



Após a coleta, **inserir os três swabs no mesmo frasco** contendo solução fisiológica.

ATENÇÃO!!!

É possível ser utilizado o Meio de Transporte Viral (MTV - meio rosa) para o diagnóstico do RT-PCR. No entanto este MTV necessita ficar refrigerado em temperatura entre 2°C a 8°C antes da coleta ser realizada.

OBSERVAÇÃO: Em caso de sangramento nasal, abaixar a cabeça do paciente para frente (em direção aos joelhos) e manter as narinas pressionadas entre o dedo indicador e polegar durante 5 minutos aproximadamente. É recomendável, para realizar a compressão digital, a introdução de uma mecha de algodão embebido em adrenalina ou outro vasoconstritor nasal na fossa nasal sangrante.

Conduta frente a óbito: coleta de tecidos

Para pacientes que evoluíram para o óbito deverá ser realizado a coleta de: Tecido da região central dos brônquios (hilar), dos brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal. Tecido do parênquima pulmonar direito e esquerdo. Tecido das Tonsilas e mucosa nasal. A coleta de amostras para realização do diagnóstico histopatológico deve ser feita, observando-se os protocolos em vigência, nos serviços locais de patologia. Acondicionar as amostras em frasco de vidro com boca larga com formalina tamponada a 10%. Utilizar parafina sem compostos adicionais (por exemplo: cera de abelha, cera de carnaúba etc.) no processo de parafinização dos fragmentos.

Conservação e Transporte do Aspirado e SWABs

O kit para **coleta de aspirado** é acompanhado de um frasco com meio de transporte (meio rosa) e devem permanecer em **geladeira (2 a 8°C)** até o momento da utilização.

O kit para **coleta de swab** são acompanhados de um frasco com solução fisiológica e podem ser guardados em **temperatura ambiente** até o uso.

Após a coleta da amostra, o bronquinho ou o tubo com swabs devem ser embalados individualmente em **sacos plásticos com zip**, permanecendo em geladeira (2 a 8°C) até o envio à Seção de Virologia do LACEN/RS no período máximo de 72 horas. O envio ao LACEN deve ser realizado com gelo reciclável em caixa de isopor fechada com fita crepe contendo somente as amostras para pesquisa de Coronavírus/Influenza. Identificar a caixa como Coronavírus/INFLUENZA; as fichas devem ficar afixadas por fora da caixa.



Importante!!!

- As amostras de Coronavírus/Influenza não devem vir misturadas com amostras para outros agravos;
- Para embalar as amostras de swabs, utilizar o mesmo saco com zip do Kit distribuído pelo LACEN/RS;
- Nunca colocar documentos (fichas, etc...) dentro da caixa com as amostras.

Em caso de dúvida, contate a Seção de Virologia do LACEN/RS: (51) 3288-4020.

Formulário A - Registro de Casos Suspeitos de CoronavírusMunicípio:
Regional:SMS/ESF:
Responsável pela Vigilância Epidemiológica e Fone:

Nº	Nome Completo	Endereço	Fone	Viajou	Para Onde (Locais e datas)	Sinais e Sintomas	Data de Início	Data da Coleta
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

OBS: Verificar se este caso teve contatos e realizar a lista de registro de contatos para cada caso suspeito**Formulário B - Registro de Contatos de Casos Suspeitos de Coronavírus**Município:
Regional:
do Caso Suspeito:SMS/ESF:
Responsável pela Vigilância Epidemiológica e Fone: Nome

Nº	Nome Completo	Endereço	Fone	Viagens (Locais e datas)	Sinais e Sintomas	Data de Início
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

**DISQUE
SAÚDE
136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Resize font:



[Returning?](#)

Ficha de notificação para casos suspeitos de Novo Coronavírus (2019-nCoV)

Critérios clínicos

Critérios epidemiológicos

<p>Febre ¹ e sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)</p>	e	<p>Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, histórico de viagem a área com transmissão local* ou Nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas, tenha tido contato próximo² com caso suspeito para 2019-nCoV</p>
<p>Febre ¹ ou sintomas respiratórios (por exemplo, tosse e dificuldade para respirar)</p>	e	<p>Nos últimos 14 dias, tenha tido contato próximo² com caso confirmado em laboratório para 2019-nCoV</p>

*** Até a data 21/01/2020, a única área com transmissão local é a cidade de Wuhan. As áreas com transmissão local serão atualizadas e disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, no link: saude.gov.br/listacorona.**

¹ Febre pode não estar presente em alguns casos, como por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações podem ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração. ² O contato próximo é definido como: estar a aproximadamente (2 metros), de um

paciente com suspeita de caso por novo Coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou ainda nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o equipamento de proteção individual recomendado.

Identificação do paciente:

Data da notificação:

*** must provide value**  D-M-YH:M

Número do cartão SUS (CNS):

Não é obrigatório o preenchimento

CPF:

Não é obrigatório o preenchimento

Nome completo do paciente:

*** must provide value****Preencher com o nome completo do caso**

Gênero:

 Masculino Feminino**reset**

Data de nascimento:

  D-M-Y

Idade em anos:

Selecione os sintomas apresentados

- Febre**
- Tosse**
- Dor de garganta**
- Dificuldade de respirar**
- Diarreia**
- Náusea/vômitos**
- Cefaleia (dor de cabeça)**
- Coriza**
- Irritabilidade/confusão**
- Adinamia (fraqueza)**
- Outros**

Selecione os sinais clínicos observados:

- Febre**
- Exsudato faríngeo**
- Convulsão**
- Conjuntivite**
- Coma**
- Dispneia/Taquipneia**
- Alteração de ausculta pulmonar**
- Alteração na radiologia de tórax**
- Outros**

Morbidades prévias (selecionar todas morbidades pertinentes):	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular, incluindo hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença hepática <input type="checkbox"/> Doença neurológica crônica ou neuromuscular <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Infecção pelo HIV <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica <input type="checkbox"/> Neoplasia (tumor sólido ou hematológico)
Paciente foi hospitalizado?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Situação de saúde do paciente no momento da notificação:	<input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sintomático <input type="radio"/> Ignorado reset
Foi realizada coleta de amostra do paciente?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe reset
Dados de exposição e viagens	

Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	reset
O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	reset
Esteve em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	reset
Ocupação do caso suspeito:	<input type="radio"/> Profissional de saúde <input type="radio"/> Estudante da área de saúde <input type="radio"/> Profissional de laboratório <input type="radio"/> Trabalha em contato com animais <input type="radio"/> Outros	reset
Teve contato próximo com animais em áreas afetadas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	reset
Identificação da unidade notificadora:		
Origem da notificação:	<input type="text"/>	
Estado de notificação (UF)? * must provide value	<input type="text"/>	Duas letras (Exemplo: AC, BA, DF)

Município de notificação:	<input type="text"/>
Nome do notificador:	<input type="text"/>
Profissão ou ocupação:	<input type="text"/>
Telefone de contato do notificador/unidade notificante:	<input type="text"/>
E-mail do notificador/unidade notificadora:	<input type="text"/>
<p style="text-align: center;">ATENÇÃO!!</p> <p style="text-align: center;">SE VOCÊ DESEJA RETORNAR A FICHA, AO TERMINAR O PREENCHIMENTO, CLICAR NO BOTÃO "Save & Return Later"</p> <p style="text-align: center;">UM CÓDIGO SERÁ FORNECIDO PARA RETORNAR A FICHA, ANOTE ESSE CÓDIGO E GUARDE EM LOCAL SEGURO.</p> <p style="text-align: center;">CASO JÁ TENHA INSERIDO TODAS AS INFORMAÇÕES E NÃO FOR RETORNAR A FICHA CLICAR EM "Submit".</p>	
<input type="button" value="Submit"/>	
<input type="button" value="Save & Return Later"/>	

Powered by REDCap



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): _____		
6 CPF do cidadão: _____				
7 Nome: _____		8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign		
9	Data de nascimento: _____	10	(ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano		
11	Gestante: <input type="checkbox"/>			
1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado				
12	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
13	Se indígena, qual etnia? _____			
14	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
15	Nome da mãe: _____			
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: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	25	País: (se residente fora do Brasil) _____	
26	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
27	Se sim: Qual país? _____	28	Em qual local? _____	
29	Data da viagem: _____	30	Data do retorno: _____	
31	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
32	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
33	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
34	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____				
35	Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se sim, qual(is)? (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica		
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica		
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica		
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____		
36	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37	Data da vacinação: _____
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____		
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 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	38	Usou antiviral para gripe? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? _ 1-Ost Itamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____ ____
	44	Município de internação: _____				Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____
	45	Unidade de Saúde de internação: _____				Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____
	46	Internado em UTI? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____ Outr _____	54	Tipo de amostra: 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4- a, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____	outra método que não seja		
	56	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/ Biologia Molecular: ____ ____ ____	
	58	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _____ 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 _ Outro vírus respiratório, especifique: _____	1- Influenza A 2- Influenza B _ Adenovírus Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
	59	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	/outro método por		
	60	Resultado da RT-PCR/outro método por _____ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado da RT-PCR/outro método por _____	
	62	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _____ Influenza A, qual subtipo? _ 1-Influenza A(H1N1)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-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado _ Vírus Sincicial Respiratório _ Parainfluenza 1 _ Parainfluenza 2 _ Parainfluenza 3 _ Parainfluenza 4 _ Adenovírus _ Metapneumovírus _ Bocavírus _ Rinovírus _ Outro vírus respiratório, especifique: _____	1- Influenza A 2- Influenza B Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
	63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		

Conclusão	64	Classificação final do caso: 1- SRAG por influenza 2- SRAG por outro vírus respiratório 3- SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4- SRAG não especificado	65	Critério de Encerramento: 1- Laboratorial 2- Vínculo-Epidemiológico 3- Clínico
	66	Evolução do Caso: 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____
	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____		

69	OBSERVAÇÕES: _____ _____		
70	Profissional de Saúde Responsável: _____	71	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE INTERNADOS HOSPITALIZADO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

N.º O número da ficha de registro individual é atribuído automaticamente pelo sistema.

1. Anotar a data em que a ficha de notificação foi preenchida (Ex. 03/01/2019). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
2. Anotar a data de início dos primeiros sintomas no paciente (Ex. 03/01/2019). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
3. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) onde está localizada a unidade de notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de notificação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o número completo do CPF do paciente. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
7. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o código correspondente ao sexo do paciente: 1-Masculino; 2-Feminino; ou 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (Ex. 20/04/1999).
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. Deve ser informado também se a idade informada corresponde a dias (1), Meses (2) ou Ano (3), preenchendo o campo com o código correspondente. Ex. 20 dias = 20 (1); 4 meses = 4 (2); 26 anos = 26 (3). **CAMPO OBRIGATÓRIO** (quando informada a data de nascimento a idade será calculada e preenchida automaticamente pelo sistema).
11. Preencher com o código correspondente a idade gestacional da paciente (1-1º Trimestre, 2-2º Trimestre, 3-3º Trimestre ou 4-Idade gestacional ignorada). Quando a paciente não estiver gestante informar preenchendo com o código 5-Não. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO quando paciente for do sexo feminino.** Se sexo masculino ou idade menor ou igual a 9 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 6-Não se aplica.
12. Preencher com o código correspondente a raça ou cor declarada pela pessoa: 1-Branca; 2-Negra; 3-Amarela; 4-Parda (incluem as pessoas que se declararem como tal ou como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5-Indígena (incluem as pessoas que se declararem como tal ou como índia ou índio). Se a cor ou raça for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
13. Se o paciente se declarar como indígena, informar etnia.
14. Preencher com o código correspondente a série/ano que o paciente está frequentando ou frequentou a escola ou grau de instrução: 0-Sem escolaridade/Analfabeto, 1-Fundamental 1º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 1ª a 5ª série na escola), 2-Fundamental 2º ciclo (se o paciente frequenta ou frequentou da 6ª a 9ª série na escola); 3-Médio (se o paciente frequenta ou frequentou do 1º ao 3º ano na escola) ou 4-Superior (se o paciente cursa ou cursou nível superior, ou cursa pós-graduação). Se idade menor que 7 anos, o sistema preenche o campo automaticamente com o código 5-Não se aplica. Se a escolaridade for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
15. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
16. Anotar o Código de Endereçamento Postal (CEP) do logradouro da residência do paciente.
17. Preencher com a sigla da UF de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se o paciente for residente no Brasil.**
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se o paciente for residente no Brasil.**
19. Anotar o nome do bairro de residência do paciente.
20. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, quadra, etc.) e nome completo do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
21. Anotar o número da residência do paciente (nº da casa ou do edifício).
22. Anotar o complemento do logradouro (Ex. Bloco B, ap. 402, lote 25, casa 14 etc.).

23. Anotar DDD e telefone do paciente.
24. Preencher com o código correspondente a zona de residência do paciente: 1-Urbana (área com características estritamente urbanas); 2-Rural (área com características estritamente rurais); 3-Periurbana (área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana). Se a zona de residência do paciente for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
25. Anotar o nome do país de residência quando o paciente não residir no Brasil. **CAMPO OBRIGATÓRIO** (preenchido automaticamente pelo sistema se informada UF de residência).
26. Informar se o paciente possui histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a informação for desconhecida preencher com 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
27. Selecionar país onde foi realizada a viagem. Informar, caso marcado 1-SIM no item anterior.
28. Preencher com o nome completo do local (cidade, estado, província e outros) onde foi realizada a viagem.
29. Informar a data da viagem realizada (Ex. 03/01/2019). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
30. Informar a data de retorno da viagem realizada (Ex. 03/01/2019). **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar se o caso é proveniente de um surto de Síndrome Gripal que evoluiu para Síndrome Respiratória Aguda Grave, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a informação for desconhecida preencher com 9-Ignorado.
32. Informar se o caso evoluiu para Síndrome Respiratória Aguda Grave após já está internado por outra causa, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a informação for desconhecida preencher com 9-Ignorado.
33. Informar se o caso trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a informação for desconhecida preencher com 9-Ignorado.
34. Informar os sinais e sintomas do paciente. Preencher o espaço reservado para cada sinal e sintoma com os códigos 1-Sim (se o paciente apresentou o sinal/sintoma), 2-Não (se o paciente não apresentou o sinal/sintoma) ou 9-Ignorado (se a presença do sinal/sintoma é desconhecida). Se for assinalado o código 1-Sim para "Outros", especificar.
35. Informar fatores de risco do paciente para agravamento da doença. Preencher o espaço reservado para cada fator de risco com os códigos 1-Sim ou 2-Não, de acordo com a existência ou não do fator de risco indicado. Se a presença do fator de risco for desconhecida preencher com 9-Ignorado. Se for assinalado o código 1-Sim para "Obesidade", especificar o IMC. Se for assinalado o código 1-Sim para "Outros", especificar.
36. Informar se o paciente recebeu vacina contra a gripe na última campanha, considerando a data dos 1ºs sintomas. Preencher com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Deve ser verificada a caderneta de vacinação. Caso o paciente não tiver a caderneta, direcionar a pergunta para ele ou responsável e preencher o campo com o código correspondente a resposta.
37. Informar a data em que o paciente recebeu a última dose da vacina contra a gripe (Ex. 05/05/2012).
Se paciente < 6 meses, será habilitado para preencher se a mãe recebeu vacina, preenchendo com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Se marcado 1-Sim, deverá preencher a data da vacina da mãe. Deverá ser informado se a mãe amamenta a criança, preenchendo com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado.
Se paciente >= 6 meses e <= 8 anos, será habilitado para preencher data da dose única ou as datas de 1ª e 2ª doses.
38. Informar se o paciente fez uso de antiviral após a data de início dos sintomas, preenchendo com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado.
39. Informar qual o medicamento utilizado, preenchendo com o código correspondente: 1-Oseltamivir, 2-Zanamivir, 3-Outro (se o paciente fez uso de outro antiviral). Se preenchido com o código 3-Outro, especificar o medicamento utilizado.
40. Informar a data em que o paciente iniciou o tratamento com o antiviral (Ex. 02/09/2012).
41. Informar se o paciente foi internado/hospitalizado, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a internação for desconhecida preencher com 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
42. Se o paciente foi internado/hospitalizado, informar a data da hospitalização (Ex. 03/09/2012).
43. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) onde está localizada a unidade de internação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
44. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de internação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
45. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de internação. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**

46. Informar se o paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a internação em UTI for desconhecida preencher com 9-Ignorado. **CAMPO OBRIGATÓRIO.**
47. Se o paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), informar a data de entrada (Ex. 03/09/2012).
48. Se o paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), informar a data de saída (Ex. 05/09/2012).
49. Informar se o paciente fez uso de suporte ventilatório, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim, invasivo (o paciente fez uso de técnica de ventilação com utilização de próteses endotraqueais funcionando como interface paciente/suporte ventilatório); 2-Sim, não invasivo (o paciente fez uso de técnica de ventilação na qual uma máscara, ou dispositivo semelhante, funciona como interface paciente/suporte ventilatório, sem utilização de próteses endotraqueais); 3-Não (o paciente não fez uso de suporte ventilatório). Se a utilização de suporte ventilatório for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
50. Informar o resultado do Raio X de Tórax, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Normal, 2-infiltrado intersticial, 3-Consolidação ou 4-misto. Se o resultado for diferente dos listados, preencher o campo com o código 5-Outro e especificar o resultado. Se não foi realizado o Raio X, preencher o campo com 6-Não realizado. Se essa informação for desconhecida, preencher com o código 9-Ignorado.
51. Se realizado Raio X de Tórax, informar a data (Ex. 03/09/2012).
52. Informar se foi realizada coleta de amostra clínica para teste laboratorial, preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Sim ou 2-Não. Se a informação quanto a realização da coleta de amostra for desconhecida preencher o campo com o código 9-Ignorado.
53. Informar data da coleta da amostra clínica do paciente para realização de diagnóstico laboratorial (Ex. 03/09/2012).
54. Preencher o campo com o código correspondente ao tipo de amostra coletada: 1-Secreção de naso-orofaringe, 2-Lavado Bronco-alveolar; 3-Tecido *post-mortem* ou 4-Outra. Se for assinalado o código 4-Outra, especificar o tipo de amostra coletada. Se o tipo da amostra coletada for desconhecido, preencher com o código 9-Ignorado.
55. O número da requisição do GAL é gerado pelo sistema GAL, automaticamente, quando a solicitação do exame for digitada no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial).
56. Informar resultado laboratorial do teste de Imunofluorescência (IF/outro método que não seja Biologia Molecular) preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado ou 5-Aguardando Resultado (Quando informado que coletou amostras o sistema já informará que está 5-Aguardando Resultado). Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado. Poderão ser digitados resultados de testes rápidos que não sejam realizados por Biologia Molecular.
57. Informar a data de liberação do resultado laboratorial da IF/outro método que não seja Biologia Molecular (Ex. 23/09/2012).
58. Se o resultado laboratorial da IF/outro método que não seja Biologia Molecular for positivo, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, preencher com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Se influenza informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B. Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em “Outro vírus respiratório”, especificar.
59. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial da IF/outro método que não seja Biologia Molecular.
60. Informar resultado laboratorial do teste de RT-PCR/outro método por Biologia Molecular preenchendo o campo com o código correspondente: 1-Positivo, 2-Negativo, 3-Inconclusivo, 4-Não realizado ou 5-Aguardando Resultado (Quando informado que coletou amostras o sistema já informará que está 5-Aguardando Resultado). Se o resultado for desconhecido preencher com o código 9-Ignorado. Poderão ser digitados resultados de testes rápidos que sejam realizados por outros métodos de Biologia Molecular.
61. Informar a data de liberação do resultado laboratorial do RT-PCR/outro método por Biologia Molecular (Ex. 23/09/2012).
62. Se o resultado laboratorial do RT-PCR/outro método por Biologia Molecular for positivo, informar o diagnóstico etiológico preenchendo o espaço reservado para cada diagnóstico com os códigos correspondentes. Se positivo para influenza, preencher com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado. Se influenza, informar o tipo: 1-Influenza A; 2-Influenza B. Se positivo para influenza A, informar o subtipo: 1-Influenza A(H1N1)pdm09, 2-Influenza A/H3N2, 3-Influenza A não subtipado, 4-Influenza A não subtipável, 5-Inconclusivo ou 6-Outro (se marcado esse código, especificar). Se positivo para influenza B, informar linhagem: 1-Victoria, 2-Yamagata, 3- Não realizado, 4-Inconclusivo ou 5- Outra (se marcado esse código, especificar). Positivo para outros vírus, preencher com 1-Sim, 2-Não ou 9-Ignorado.

Para diagnósticos de outros vírus respiratórios, marcar X nos vírus com resultado positivo. Se for marcado X em “Outro vírus respiratório”, especificar.

63. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) do laboratório responsável pela liberação do resultado laboratorial do RT-PCR/outro método por Biologia Molecular.
64. Preencher com o código correspondente a classificação final do caso: 1-SRAG por Influenza, 2-SRAG por outros vírus respiratórios, 3-SRAG por outros agentes etiológicos ou 4-SRAG não especificado. Se o campo for preenchido com o código 3-SRAG por outros agentes etiológicos, especificar o agente no campo indicado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se data de encerramento for preenchida.**
65. Preencher com o código correspondente ao critério utilizado para a classificação final do caso: 1-Laboratorial (casos que possuem resultado laboratorial pelas metodologias: Imunofluorescência, RT-PCR, teste rápido Imunocromatográfico, teste rápido Biologia Molecular). 2-Vínculo-Epidemiológico (caso que teve contato com paciente confirmado por laboratório para alguns dos vírus respiratórios) ou 3-Clínico (caso em que seja realizado o diagnóstico clínico pelo médico que realizou o atendimento).
66. Preencher com o código correspondente a evolução clínica do caso: 1-Cura ou 2-Óbito. Se a evolução clínica do caso for desconhecida preencher o campo com o código 9-Ignorado.
67. Informar a data da alta ou óbito do paciente (Ex. 05/09/2012).
68. Informar a data do encerramento da investigação do caso (Ex. 23/09/2012). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se classificação final for preenchida.**
69. **OBSERVAÇÕES:** Acrescentar outras informações consideradas relevantes para o esclarecimento do caso. Se o exame laboratorial tiver sido realizado por laboratório particular, o mesmo deve ser especificado neste campo.
70. Preencher com o nome completo do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual (sem abreviações).
71. Abreviatura/Número do conselho ou matrícula do profissional de saúde responsável pelo preenchimento da ficha de registro individual.

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):

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.

ATENÇÃO:

- ✓ Digitar no SIVEP-Gripe e anotar o número da ficha de registro individual antes de encaminhá-la, junto com a amostra, para o laboratório;
- ✓ Lembrar-se de atualizar os dados da conclusão do caso (classificação final, critério de confirmação/descarte, evolução do caso, data da alta/óbito e data de encerramento) depois de recebido o resultado laboratorial;
- ✓ No caso de co-infecção, priorizar o resultado de influenza para a classificação final.

