

# Nota Técnica

# COVID-19

**26**

Retificação

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

06/01/2023

## ► Sumário

<b>1. Definições</b>	<b>4</b>
1.1. Síndrome Gripal (SG)	4
1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	4
1.3. Casos confirmados de COVID-19	5
1.3.1. Por critério clínico-epidemiológico	5
1.3.2. Por critério laboratorial (independente do status vacinal)	5
1.3.3. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático	5
1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada	6
1.5. Caso de SG descartado para COVID-19	6
1.6. Definição de contato próximo de COVID-19	6
1.7. Contato domiciliar de caso confirmado	7
1.8. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública	8
1.9. Fluxograma para atendimento de Síndrome Gripal (SG) e uso de Teste Rápido COVID-19 para casos sem indicação de internação.	9
<b>2. Isolamento X Quarentena</b>	<b>11</b>
2.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)	14
<b>3. Tratamento</b>	<b>15</b>
<b>4. Surto</b>	<b>19</b>
4.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada	19
4.2. Surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar	19
4.3. Orientações para situações de surto	20
<b>5. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19</b>	<b>20</b>
<b>6. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19</b>	<b>21</b>
<b>7. Gestantes</b>	<b>21</b>

<b>8. Onde Notificar</b>	<b>22</b>
8.1. Notificações no e-SUS Notifica	22
<b>9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado</b>	<b>22</b>
<b>10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados</b>	<b>23</b>
<b>11. Atestados Médicos</b>	<b>23</b>
<b>12. Óbitos por SRAG</b>	<b>24</b>
<b>13. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19</b>	<b>24</b>
<b>14. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno</b>	<b>25</b>
<b>15. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)</b>	<b>26</b>
15.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento	26
15.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético	27
<b>16. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)</b>	<b>27</b>
16.1. Definição de Caso	28
16.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19	30
16.3. Tratamento	31
<b>17. SIM-A</b>	<b>31</b>
17.1. Definição de Caso	33
17.2. Exames Complementares	34
17.3. Exames Específicos para COVID-19	35
17.4. Manejo Clínico	35
17.5. Notificação e Registro	36
<b>18. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19</b>	<b>37</b>
18.1. Caso confirmado de COVID-19	37
18.2. Caso suspeito de COVID-19	37
18.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte	37
18.4. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	38
18.5. Condição de saúde posterior à COVID-19	38
18.6. Efeito adverso pós-vacina contra a COVID-19	38
18.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	38
18.8. Óbito fetal e neonatal de mãe com COVID-19	39
<b>19. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19</b>	<b>39</b>

19.1. Caso confirmado de COVID-19	39
19.2. Caso suspeito de COVID-19	39
19.3. Caso confirmado COVID-19, mas, não sendo esta a causa básica da morte	40
19.4. Condição de saúde posterior à COVID-19	40
19.5. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P	40
19.6. Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado	41
19.7. Reincidência de COVID-19 confirmada	41
19.8. Situações especiais para óbitos fetais ou infantis	41
19.9. Situações especiais para óbitos maternos (gravídico-puerperal)	42
<b>20. Vacinação</b>	<b>42</b>
20.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19	42
20.2. Imunização e segurança do paciente	43
20.2.1. Contraindicações	44
20.3. Orientação Pós-vacinação	44
20.3.1. Evento adverso supostamente atribuído a vacinação ou a vacinação contra a COVID-19	44
20.3.2. Em caso de Eventos Adversos Supostamente atribuído a vacinação ou imunização (ESAVI)	45
20.3.3. Registro e Sistema de informação	45
<b>21. Medidas Importantes</b>	<b>45</b>
<b>22. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul</b>	<b>46</b>

A Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, seguindo as novas recomendações do Ministério da Saúde, preconiza:

## ► 1. Definições

---

### 1.1. 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 distúrbios gustativos.

Observações:

- **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.
- Na suspeita da COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

### 1.2. Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão OU dor persistente no tórax OU saturação de O<sub>2</sub> ≤ 94% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

Observações:

- **Em crianças:** além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência;
- Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.



### 1.3. Casos confirmados de COVID-19

#### 1.3.1. Por critério clínico-epidemiológico

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 07 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

#### 1.3.2. Por critério laboratorial (independente do status vacinal)

Caso de SG ou SRAG com teste de:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelos seguintes métodos:
  - RT-PCR em tempo real
  - RT-Lamp
- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

#### 1.3.3. Por critério laboratorial em indivíduo assintomático

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

- **BIOLOGIA MOLECULAR:** resultado **DETECTÁVEL** para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

**NÃO ESTÁ INDICADA A REALIZAÇÃO DE COLETA PARA RT PCR – BIOLOGIA MOLECULAR EM ASSINTOMÁTICOS PARA ENVIO AO LACEN**

- **PESQUISA DE ANTÍGENO:** resultado **REAGENTE** para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

#### 1.4. Caso de SG ou SRAG não especificada

Caso de **SG** ou de **SRAG** para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico.

#### 1.5. Caso de SG descartado para COVID-19

Caso de **SG** para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma coinfeção, OU confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável.

Observações:

- **Ressalta-se que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19 (observar caso a caso).**
- O registro de casos descartados de SG para COVID-19 deve ser feito no e-SUS Notifica.

**PARA FINS DE VIGILÂNCIA, NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CONTATOS, O CRITÉRIO LABORATORIAL DEVE SER CONSIDERADO O PADRÃO OURO, NÃO EXCLUINDO O CRITÉRIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO.**

#### 1.6. Definição de contato próximo de COVID-19

Qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, para sintomáticos: entre 48hs antes até os 10 dias após a data de início dos sinais e sintomas. Para assintomáticos: após a data da coleta do exame.

Para fins de vigilância, rastreamento, isolamento, monitoramento de contatos e quarentena, deve-se considerar o contato próximo a pessoa que:

- Esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
- Teve um contato físico direto com um caso confirmado com posterior toque nos olhos, boca ou nariz com as mãos não higienizadas;
- É profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificado;
- Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

### 1.7. Contato domiciliar de caso confirmado

Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento, etc.

A coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial em fase aguda - por meio de RT PCR deve ser de 1 a 8º dias do início de sintomas OU teste rápido antígeno de 1 a 7º dia de início de sintomas.

#### Situações em que o teste NÃO é recomendado:

- Assintomáticos SEM histórico de contato com caso confirmado de COVID-19;
- Como requisito para sair do isolamento - **salvo em contatos de casos confirmados conforme grupos acima;**

**PRIORIZAÇÃO DE COLETAS:** Recomendamos que priorizem coletas de **GESTANTES e PUÉRPERAS.**

**REFORÇAMOS A IMPORTÂNCIA DA COLETA PARA DIAGNÓSTICO PELA METODOLOGIA RT-PCR A FIM DE REALIZAR VIGILÂNCIA GENÔMICA NOS SEGUINTE GRUPOS:**

- **TODOS OS CASOS DE SRAG E ÓBITO POR SRAG;**
- **COLETAS SEMANAIS DAS UNIDADES SENTINELAS DE SG;**
- **CASOS ENVOLVIDOS EM SURTOS DE SG SUSPEITOS DE COVID-19, OCORRIDOS EM INSTITUIÇÕES FECHADAS - CONFORME ITEM 4 (AMOSTRAGEM).**

Está indicado isolamento imediato de contatos próximos de caso confirmado de COVID-19 **SE SINTOMÁTICOS**.

- Monitoramento do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares sintomáticos (modelo de planilha de monitoramento em anexo).
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19” (em anexo).
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG realizar testagem pela metodologia disponível.

### **1.8. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública**

Caso o resultado do teste seja negativo, os profissionais de saúde e segurança ficam aptos a retornar imediatamente ao trabalho, **se estiverem assintomáticos**. Um resultado de RT-PCR ou TR antígeno positivo determina afastamento de 7 dias, após o início dos sintomas ou após resultado do teste para casos positivos assintomáticos. A mesma recomendação vale para o teste da pessoa com síndrome gripal que reside no mesmo domicílio de um profissional de saúde ou segurança. Se o resultado do exame do caso índice (oportuno) for positivo, o profissional contato, **SE SINTOMÁTICO**, deverá realizar isolamento domiciliar pelo período indicado no item 2. Se o resultado do exame do caso índice (oportuno) for negativo e ambos estiverem assintomáticos, poderão retornar ao trabalho.

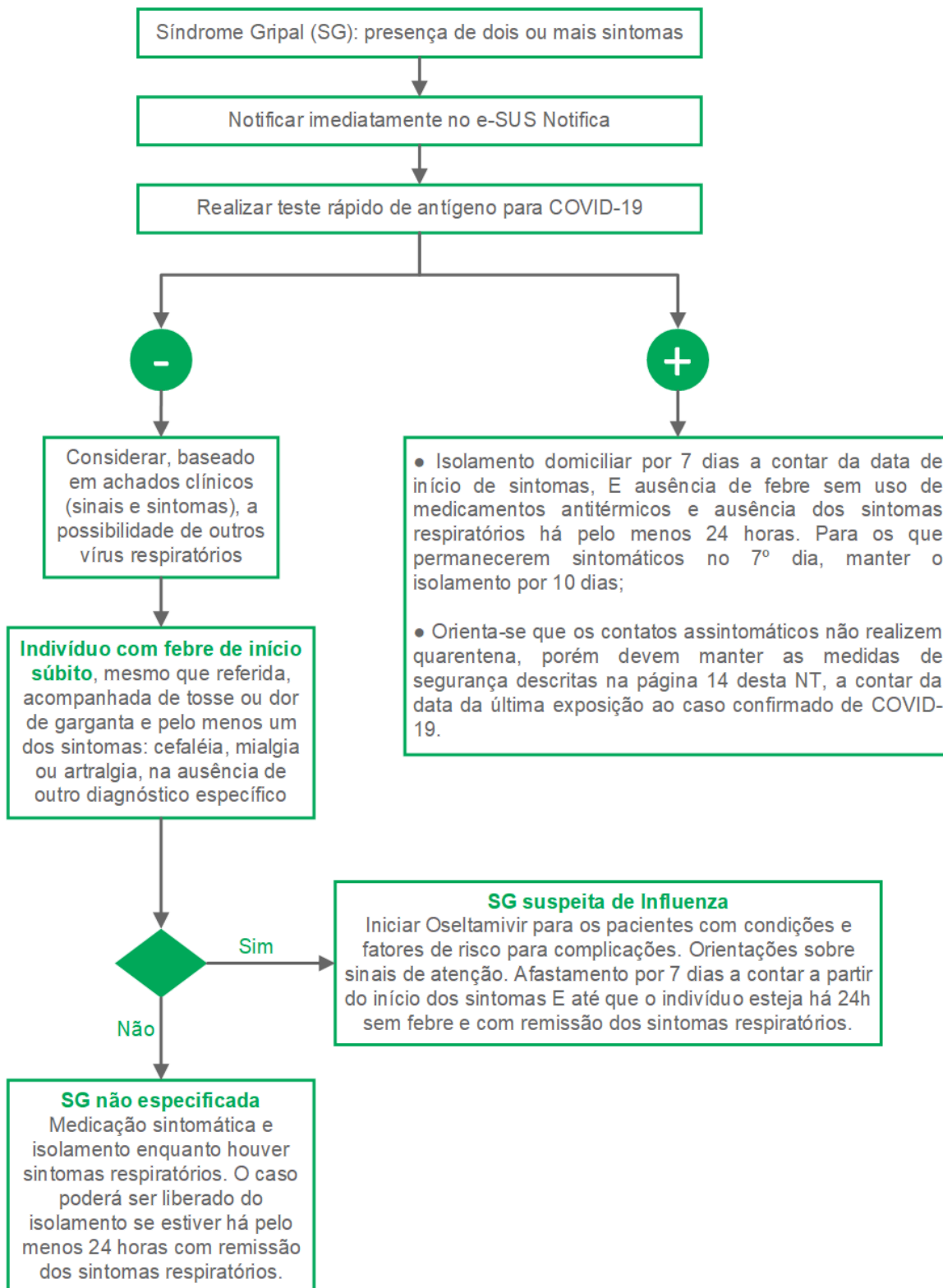
## Sobre testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 nos serviços de saúde e segurança pública

Isola-se apenas o **caso confirmado e seus contatos sintomáticos**, os demais contatos próximos laborais assintomáticos, passarão a ser monitorados pela sua chefia imediata pelo período de 10 dias e apresentando sintomas, deverão ser testados e afastados até a remissão dos sintomas - mesmo que negativos para COVID-19, conforme recomendações no item 2.

Em ambos os casos o uso de máscara, álcool gel e demais recomendações do Ministério da Saúde devem ser intensificados em seu ambiente laboral e domiciliar.

### 1.9. Fluxograma para atendimento de Síndrome Gripal (SG) e uso de Teste Rápido COVID-19 para casos sem indicação de internação.

Considerando a circulação desde dezembro/2021 do vírus influenza no estado do Mato Grosso do Sul, simultaneamente ao coronavírus que já circulava de forma sustentada, orientamos o seguimento do fluxo abaixo, para casos sintomáticos respiratórios a nível de atenção primária ou ambulatorial:



**Para casos de SRAG HOSPITALIZADO a metodologia de escolha deve ser o RT-PCR conforme destacado na página 22.**

## ► 2. Isolamento X Quarentena

---

O isolamento e a quarentena são estratégias de saúde pública que visam proteger a população e evitar a disseminação de doenças contagiosas, como a COVID-19. O isolamento é a separação de indivíduos infectados dos não infectados durante o período de transmissibilidade da doença, quando é possível transmitir o patógeno em condições de infectar outra pessoa. A quarentena é uma medida preventiva recomendada para restringir a circulação de pessoas que foram expostas a uma doença contagiosa durante o período em que elas podem ficar doentes.

- Os indivíduos com quadro de síndrome gripal (SG) leve com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (laboratorial ou clínico-epidemiológico) ou que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica devem:
  - Iniciar o isolamento respiratório domiciliar imediatamente e este poderá ser suspenso no 7º dia completo do início dos sintomas se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, sem a necessidade de realizar novo teste de biologia molecular ou TR-Ag. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais (disponíveis no quadro 1), incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo do início dos sintomas.
  - Caso o indivíduo tenha acesso à testagem em serviço de saúde, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo do início dos sintomas se apresentar resultado de teste de biologia molecular não detectável ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo do início dos sintomas, desde que permaneça afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais (disponíveis no quadro 1), incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo.
  - Se o indivíduo permanecer sem melhora dos sintomas respiratórios ou tiver febre no 7º dia completo após o início dos sintomas, OU se apresentar novo exame positivo para SARS-CoV-2 realizado a partir do 5º dia completo do início dos sintomas, deve ser mantido o isolamento respiratório domiciliar até o 10º dia completo. Ademais, caso o indivíduo não consiga usar máscara quando estiver próximo a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas.

**Dia completo:** o dia 0 é o dia do início dos sintomas e o dia 1 é o primeiro dia completo após o início dos sintomas, ou seja, 24hs após o início dos sintomas, e assim sucessivamente.

### Quadro 1: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
  - Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da COVID-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público, ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
  - Evitar frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares.
  - Evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho.
  - Evitar viajar durante o período.
  - Para casos graves (SRAG), críticos ou imunossuprimidos, está recomendado isolamento pelo período de 20 dias a partir do início dos sintomas E últimas 24 horas sem febre e melhora dos sintomas.
- 
- **Assintomáticos - confirmados laboratorialmente (RT PCR ou TR antígeno):** Deve-se manter isolamento suspendendo-o após 7 dias da data de coleta da amostra, sem necessidade de realizar novos testes se o indivíduo permanecer assintomático durante todo o período. **Manter medidas adicionais até o 10º dia completo da coleta da amostra, descritas no Quadro 1.**

Caso o indivíduo tenha acesso a testagem, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta, desde que permaneça assintomático durante todo o período e com resultado não detectável para teste de biologia molecular ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta. **Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais, incluindo o uso de máscaras, até o 10º dia completo da primeira coleta, descritas no Quadro 1.**

### ATENÇÃO

O auto teste rápido de antígeno não é recomendado para fins de redução do período de isolamento, tanto para casos leves como para os assintomáticos confirmados laboratorialmente, em função de possíveis erros na auto coleta da amostra e grande variedade de testes comerciais disponíveis com características de sensibilidade e especificidade diferentes.



- Para indivíduos com quadro de síndrome gripal (SG) – leve – **para os quais não foi possível a confirmação de COVID-19 pelo critério clínico-epidemiológico e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável para COVID-19 pelo método molecular (RT-qPCR ou RT-LAMP) ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2**, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneçam afebris sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios e cujos exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo.
- Para indivíduos com quadro de síndrome gripal (SG) **moderada** com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (clínico-epidemiológico ou laboratorial) ou que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica, as medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 10 dias da data de início dos sintomas, desde que permaneçam afebris sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.
- Para **indivíduos imunocompetentes** com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – grave/crítico – com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (clínico-epidemiológico ou laboratorial), as medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.
- Para indivíduos **gravemente imunossuprimidos** com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (clínico-epidemiológico, ou laboratorial), as medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebris há 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nessa população, a critério médico.
- **ORIENTAÇÕES PARA CONTATOS ASSINTOMÁTICOS DE COVID-19**

Com a melhora do cenário epidemiológico da COVID-19 ao nível global e no território nacional, além do avanço da vacinação, as recomendações para os contatos de casos confirmados de COVID-19 vêm sendo atualizadas em todo o mundo.

Dessa forma, orienta-se que os contatos não realizem quarentena, porém devem manter as medidas de segurança por 10 dias a contar da data da última exposição com o caso confirmado de COVID-19:

- Utilizar máscara facial\*, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa e em público;
- Auto monitorar os sinais e sintomas sugestivos de COVID-19;
- Evitar contato com pessoas com fator de risco associado para COVID-19 grave, em especial idosos, imunossuprimidos e pessoas com múltiplas comorbidades;
  - Manter distância mínima de 1 metro das outras pessoas se estiver sem máscara;
  - Evitar frequentar locais onde a máscara não possa ser utilizada durante todo o tempo, como restaurantes e bares;
- Evitar comer próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho. Caso o indivíduo apresente sinais e sintomas sugestivos de COVID-19, deve iniciar o isolamento imediatamente (ver capítulo específico).

**\*ATENÇÃO:** Caso o contato de caso confirmado de COVID-19 esteja impossibilitado de utilizar máscara facial, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, o mesmo deve permanecer em quarentena domiciliar por 10 dias.

Contudo, a quarentena pode ser reduzida para 5 dias completos a contar da data última exposição, se o indivíduo for testado a partir do 5º dia do último contato E tiver resultado negativo E não apresentar sintomas no período.

Cabe ressaltar que nessa situação o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado até o 10º dia e as medidas gerais de prevenção e controle devem ser reforçadas.

## ATENÇÃO

**A depender do cenário epidemiológico do município ou estado, as autoridades locais devem definir se é necessário a recomendação do distanciamento físico e uso de máscaras no âmbito coletivo em locais públicos.**

### 2.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)

- Ter cumprido o período de isolamento conforme recomendação do item 3;
- Estar sem febre e sem sintomas respiratórios há pelo menos 24hs (a anosmia pode permanecer por tempo indeterminado).

### ▶ 3. Tratamento

---

#### BARICITINIBE

A Portaria SCTIE/MS nº 34, de 31 de março de 2022, tornou pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o medicamento Baricitinibe para tratamento de pacientes adultos com COVID-19 hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva; e a Nota Informativa nº 06/2022-DAF/SCTIE/MS trata da doação do medicamento Baricitinibe 4mg para o tratamento de pacientes adultos com COVID-19 hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva, às Secretarias Estaduais de Saúde.

A Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (Resolução n. 146 /CIB/SES/MS) disponibilizará o medicamento Baricitinibe 4mg comprimido, recebido do Ministério da Saúde, exclusivamente para ser utilizado no tratamento de pacientes adultos com COVID-19 hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva.

Baseado no Relatório de Recomendação CONITEC nº 723, publicado em março de 2022, a recomendação de uso do medicamento Baricitinibe é de 4mg, uma vez ao dia, durante 14 dias ou até a alta hospitalar, o que ocorrer primeiro. Em caso de reação adversa ao medicamento, a mesma deverá ser notificada à Vigilância Sanitária.

A doação do Ministério da Saúde à SES/MS, será destinada aos hospitais de natureza jurídica de direito público (hospitais públicos, incluindo os gerenciados por OS). A solicitação ocorrerá por meio de preenchimento de formulário Google, conforme link: [https:// forms.gle/LfvMWryNDaA8hhqs7](https://forms.gle/LfvMWryNDaA8hhqs7) no qual deverão ser informados os dados sobre a instituição, sobre o solicitante, quantidade desejada, utilizada e estoque. **É requisito obrigatório para solicitação do medicamento Baricitinibe 4mg, anexar a Ficha de Notificação Compulsória para COVID-19, por meio de upload do documento no link informado.**

Haverá estoque estratégico inicial nos 5 hospitais com maior frequência de produção do procedimento 03.03.01.022-3 - TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID 19 no período de 08/2021 a 01/2022.

Frequência de produção	Hospital	Quantidade de tratamentos	Quantidade em comprimidos
1º	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	100	1.400
2º	Hospital Regional Dr José De Simone Netto	15	210
3º	EBSERH Hospital Universitário Grande Dourados	10	140
4º	Hospital Municipal de Naviraí	5	70
5º	EBSERH Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	5	70

A solicitação dos hospitais que tem estoque estratégico não poderá ultrapassar o limite de estoque estratégico. A SES/MS poderá selecionar outros hospitais para manter estoque estratégico do medicamento Baricitinibe 4mg baseando-se na ordem decrescente de maior frequência de produção do procedimento 03.03.01.022-3 - TRATAMENTO DE INFECÇÃO PELO CORONAVIRUS – COVID caso algum dos hospitais relacionados não deseje receber o tratamento. A SES remanejará estoque entre hospitais caso seja necessário.

A liberação ocorrerá conforme avaliação da Assistência Farmacêutica Estadual. Após liberado o quantitativo, o pedido poderá ser retirado pelo hospital solicitante dentro de 48h, no Almoxarifado da Assistência Farmacêutica: Consórcio LIM - Logística Inteligente de Medicamentos, situada à Avenida Ministro João Arinos, 2.690 - Bairro Tiradentes, Campo Grande/MS, mediante apresentação do número da solicitação que será enviado no e-mail do responsável.

Os hospitais de natureza jurídica de direito público (hospitais públicos, incluindo os gerenciados por OS) que receberem rotineiramente ou por uma vez o medicamento Baricitinibe 4mg comprimido da Assistência Farmacêutica Estadual, devem obrigatoriamente realizar a prestação de contas até o dia 10 (dez) de cada mês através do formulário Google, conforme link: <https://forms.gle/LfvMWryNDaA8hhqs7>.

Os hospitais que estiverem com lotes do medicamento Baricitinibe 4mg, provenientes desta doação, com validade inferior a 180 dias, deverá informar à Assistência Farmacêutica Estadual, através do e-mail: [cafesms@gmail.com](mailto:cafesms@gmail.com), a qual enviará o Termo de Reintegração a ser preenchido pelo solicitante da devolução, que deverá encaminhar o quantitativo ao Almoxarifado da Assistência Farmacêutica: Consórcio LIM - Logística Inteligente de Medicamentos, situada à Avenida Ministro João Arinos, 2.690 - Bairro Tiradentes, Campo Grande/ MS na data combinada.

O medicamento Baricitinibe 4mg com data de validade inferior a 180 dias será utilizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em pacientes acometidos com artrite reumatoide ativa, moderada a grave, conforme sua incorporação no SUS, por meio da Portaria SCTIE/MS nº 8, de 10 de março de 2020.

## **NIRMATRELVIR/RITONAVIR**

Considerando a aprovação da Diretoria Colegiada (Dicol), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 30 de março de 2022, que autoriza temporariamente o uso Emergencial (AUE), em caráter experimental, da associação dos medicamentos **nirmatrelvir/ritonavir** para tratamento da Covid-19; Considerando que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) incorporou a associação entre o nirmatrelvir/ritonavir para o tratamento de Covid-19 nos seguintes grupos de pacientes com sintomas leves a moderados, que não requerem oxigênio suplementar, independentemente do status vacinal: a) imunocomprometidos com idade  $\geq 18$  anos (segundo os critérios utilizados para priorização da vacinação para Covid-19); b) com idade  $\geq 65$  anos, conforme Portaria SCTIE/MS nº 44/2022, publicada em 06/05/2022; Considerando a Nota Técnica Nº 266/2022-CGAFME/DAF/SCTIE/MS que trata dos critérios para distribuição e dispensação do antiviral nirmatrelvir/ritonavir para tratamento de pacientes adultos com Covid-19 que não requerem oxigênio suplementar e que apresentam risco aumentado de progressão para Covid -19 grave às Secretarias Estaduais de Saúde;

A Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) disponibilizará o medicamento **nirmatrelvir/ritonavir** adquirido pelo Ministério da Saúde via Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, para pacientes com diagnóstico confirmado de covid-19 com sintomas leves a moderados (não graves), nos grupos específicos de pacientes: **a) imunossuprimidos com idade  $\geq 18$  anos; b) pessoas com idade  $\geq 65$  anos, que não requerem oxigênio suplementar, visando diminuir os riscos de internações.**

Para ter acesso ao tratamento, independentemente do status vacinal, o paciente que se enquadre em um dos grupos anteriormente citados deve cumprir todos os pré-requisitos a seguir: **a) ter covid-19 confirmada por teste rápido de antígeno ou por teste de biologia molecular); b) estar entre o 1º e o 5º dia de sintomas; c) apresentar quadro clínico leve ou moderado (covid-19 não grave); d) não requer oxigênio suplementar.**

O médico prescritor deverá preencher o Formulário de Prescrição – Nirmatrelvir/Ritonavir – Tratamento por cinco (5) dias, conforme **Anexo C** (pág. 64-67) desta nota técnica e disponível na página 31 do Guia para Uso do Antiviral Nirmatrelvir/Ritonavir em pacientes com Covid-19, não hospitalizados e de alto risco, disponível no do link

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2022/guia-para-uso-antiviral-nmvr-covid.pdf> e entregá-lo ao usuário.

O medicamento deverá ser dispensado pela Farmácia Municipal, sob orientação do profissional farmacêutico.

A recomendação de uso do medicamento é de 300 mg de nirmatrelvir (dois comprimidos de 150 mg) com 100 mg de ritonavir (um comprimido de 100 mg), administrados simultaneamente por via oral, duas vezes ao dia (12h/12h), durante 5 dias.

A associação de nirmatrelvir/ritonavir deve ser administrada, assim que possível, após resultados positivos de teste viral direto de SARS-CoV-2 (teste rápido de antígeno ou teste de biologia molecular), e no prazo máximo de 5 dias após início dos sintomas.

Em caso de reação adversa ao medicamento, a mesma deverá ser notificada à vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde fará a reavaliação do uso deste fármaco em até 12 meses.

**O medicamento nirmatrelvir/ritonavir não está autorizado a) para início de tratamento em pacientes que requerem hospitalização devido a manifestações graves ou críticas da Covid-19; b) para profilaxia pré ou pós-exposição para prevenção da infecção pelo novo coronavírus; c) para o tratamento de casos assintomáticos; d) para uso por mais de cinco dias. O medicamento não substitui a vacina.**

Demais informações quanto às limitações de uso, precauções de uso, contraindicações, interações medicamentosas, orientações para prescrição e orientações para dispensação estão disponíveis no Guia para Uso do Antiviral Nirmatrelvir/ Ritonavir em pacientes com Covid-19, não hospitalizados e de alto risco, publicado pelo Ministério da Saúde e disponível no link <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2022/guia-para-uso-antiviral-nmvr-covid.pdf>

A Assistência Farmacêutica das Secretarias Municipais de Saúde fará a solicitação do quantitativo por meio de preenchimento do formulário Google conforme link: <https://forms.gle/UtHWN6p18WwFVJ2NA> no qual deverão ser informados os dados sobre a instituição, sobre o solicitante, critério de uso, quantidade desejada, utilizada e estoque.

É requisito obrigatório para solicitação de nirmatrelvir/ritonavir, o teste para COVID-19 positivo, por meio de upload do documento no link acima.

A liberação ocorrerá conforme avaliação da Assistência Farmacêutica Estadual.

As Secretarias Municipais de Saúde deverão retirar o pedido em até 48 hs da autorização, na empresa Consórcio LIM - Logística Inteligente de Medicamentos, situada à Avenida Ministro João Arinos, 2.690 - Bairro Tiradentes, Campo Grande/MS, mediante apresentação do número da solicitação que será enviada por e-mail pela Assistência Farmacêutica Estadual.

O pedido deve ser retirado pela Secretaria Municipal de Saúde o quanto antes, devido ao prazo limite para início do tratamento ser até o 5º dia do início dos sintomas.



Todos os municípios que receberam o comprimido de nirmatrelvir/ritonavir pela Assistência Farmacêutica Estadual, pelo menos uma vez, deverão realizar a prestação de contas até o dia dez (10) de cada mês através do formulário Google conforme link: <https://forms.gle/UtHWN6p18WwFVJ2NA>

Para auxiliar no monitoramento do uso deste medicamento no Brasil, o Ministério da Saúde disponibilizará o sistema e-SUS AF, gratuito aos municípios e estados, em substituição ao sistema Hórus. O e-SUS AF foi parametrizado, inicialmente, apenas para dispensação do medicamento nirmatrelvir/ritonavir.

Até a implantação do e-SUS AF e parametrização dos sistemas próprios com esta plataforma através do SOA Bnfar pelos municípios, orienta-se que as dispensações do medicamento nirmatrelvir/ritonavir sejam registradas normalmente, por meio do sistema Hórus e sistemas próprios com a transmissão de dados via webservice.

## ► 4. Surto

---

Situação em que há aumento acima do esperado na ocorrência de casos de evento ou doença em uma área ou entre um grupo específico de pessoas, em determinado período.

### 4.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada

Surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG, SRAG ou óbitos confirmados para COVID-19, observando-se as datas de início dos sintomas (aldeias, empresas, organizações, presídios, instituições de longa permanência ou convivência, etc).

### 4.2. Surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar

Ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos confirmados para COVID-19 vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão (Fonte: texto adaptado do Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2019).

### 4.3. Orientações para situações de surto

- Está indicado isolamento imediato de contatos próximos, **SE SINTOMÁTICO**, de caso confirmado de COVID-19, conforme ítem 2;
- Monitoramento diário do caso confirmado em isolamento domiciliar e de seus contatos próximos e/ou domiciliares;
- Recolhimento de assinatura de termo de responsabilidade para Isolamento Domiciliar (em anexo) e entrega de material “Orientações a pessoas em isolamento pelo COVID-19” (em anexo);
- Contatos próximos e ou domiciliares de casos confirmados de COVID-19, apresentando SG realizar testagem oportuna de acordo com a metodologia;
- Contatos **assintomáticos próximos e/ou domiciliares** de casos confirmados de COVID-19 em situação de surto nos locais acima citados, após cumprir isolamento de 5 dias, realizar TR-AG para COVID-19;
- Em uma amostragem (10% dos casos) - realizar coleta de RT-PCR. Enviar ao LACEN amostra e cópia da notificação preenchida conforme link abaixo.
- Notificação de surto ao CIEVS Estadual e preenchimento de formulário de notificação de surto disponível em: <https://forms.gle/gM1vNEMA4mLZcPoD9>;
- Comunicação à Vigilância Sanitária municipal;
- Reportar aos gestores municipais a ocorrência de surto em investigação;
- Limpeza e desinfecção local, se necessário;
- Definição de fluxo para atendimento médico de caso suspeito/confirmado;
- Fornecimento de meio de comunicação rápido para possíveis novos casos suspeitos;
- Orientação quanto ao uso de EPI.

## ► 5. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19

---

Em pacientes graves diagnosticados com COVID-19 a vigilância de infecções fúngicas invasivas é muito importante, pois permite a instituição do tratamento de forma rápida e adequada promovendo a redução do agravamento da doença e da evolução para óbito dos casos confirmados.

A recomendação do Ministério da Saúde aos estados e municípios é estabelecer vigilância de infecções fúngicas em pacientes com COVID-19 causadores das doenças **mucormicose, aspergilose e candidemia, bem como situações de surto infeccioso no serviço de saúde.**



## ► 6. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19

O rastreamento e monitoramento de casos e contatos de COVID-19 é uma estratégia da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul que deve ser conduzida para os casos suspeitos, confirmados e os seus contatos de COVID-19.

Na realização do monitoramento, deve ser estabelecida uma comunicação direta entre a equipe de saúde e os casos confirmados, contatos ou suspeitos de COVID-19.

## ► 7. Gestantes

Em mães infectadas pelo SARS-CoV-2, é recomendada a manutenção do aleitamento materno, considerando o benefício do aleitamento. Ressalta-se que todas as precauções deverão ser adotadas: higienização correta das mãos e uso de máscara durante a amamentação e todos os cuidados habituais ao recém-nascido.

**Recomendações para solicitação de RT-PCR para SARS-CoV-2 ou TR-AG em gestantes, parturientes e puérperas assintomáticas:**

**Quando:** em qualquer momento do ciclo gravídico puerperal;

**Onde:** Localidades em que o resultado do RT-PCR é possível em 2 a 7 dias ou tenha TR-AG disponível;

**Condições:**

a) Na internação hospitalar:

- Indicação obstétrica (abortamento, gravidez ectópica, mola hidatiforme, parto, entre outros);
- Indicação cirúrgica (cerclagem, cesariana eletiva, entre outros); ou
- Controle clínico de alguma doença associada.

b) Três dias antes de parto cesárea ou outro procedimento eletivo.

**Atenção:** Tais práticas de rastreamento do SARS-CoV-2 anteparto não eliminam a necessidade de triagem de sintomas gripais das gestantes à admissão hospitalar.

## ► 8. Onde Notificar

---

- Nas Unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal: Casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Nos hospitais públicos e privados: casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Óbitos por SRAG independente de internação: devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe).
- Testes Rápidos e outras metodologias em serviços privados: notificar no e-SUS Notifica.

### 8.1. Notificações no e-SUS Notifica

Conforme orientação constante na NOTA TÉCNICA Nº 20/2020 SAPS/GAB/SAPS/MS, 17/04/2020, o Ministério da Saúde reforça a importância da realização da NOTIFICAÇÃO IMEDIATA dos casos de Síndrome Gripal (SG) leve no e-SUS Notifica, link (<https://notifica.saude.gov.br>).

- Casos de Síndrome Gripal **NÃO SÃO DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA** via CIEVS. **Apenas deverão ser inseridos no sistema e-SUS Notifica.**

## ► 9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado

---

- Notificação imediata de todo caso de SRAG hospitalizado e óbito.
- Registro de SRAG (Amambai, Aquidauana, Caarapó, Campo Grande, Chapadão do Sul, Corumbá, Costa Rica, Coxim, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Fátima do Sul, Jardim, Maracaju, Naviraí, Nioaque, Nova Andradina, Paraíso das Águas, Paranaíba, Ponta Porã, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia, Três Lagoas e Sonora) deverão ser inseridos no SISTEMA SIVEP GRIPE. Demais municípios preencherão a ficha através do formulário disponível no link <https://forms.gle/L6a7vwLJCRKVAYPD6>
- Registro de SG em UNIDADES SENTINELAS (Campo Grande, Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Três Lagoas).
- Para o LACEN, encaminhar: FICHA DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADOS (anexo) **OU** CÓPIA FICHA SRAG - GOOGLE FORMS **OU**

Ficha de Registro Individual - Sentinelas SG e GAL (Gerenciamento de Ambiente Laboratorial) juntamente da amostra.

- Informamos que após o cadastro no GAL, é obrigatório o encaminhamento da amostra na rede. Amostras não encaminhadas não aparecem na rede do LACEN, impossibilitando a triagem e realização do exame e a responsabilidade será repassada ao município solicitante.

## ▶ 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

---

- Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no e-SUS Notifica apenas pacientes testados com testes registrados pela ANVISA, conforme resolução específica publicada em diário oficial - Resolução N°36/SES/MS de 25/05/2020.
- A responsabilidade de encerramento e acompanhamento destes casos no sistema e-SUS Notifica é dos responsáveis pelas Vigilâncias Epidemiológicas Municipais, estes, cadastrados no sistema como Gestores Municipais.

## ▶ 11. Atestados Médicos

---

Para emissão dos atestados médicos é dever da pessoa sintomática informar ao profissional médico o nome completo das demais pessoas que residam no mesmo endereço **e que apresentem sintomas respiratórios**, sujeitando-se à responsabilização civil e criminal pela omissão de fato ou prestação de informações falsas.

O isolamento deverá ser **estendido às pessoas que residam no mesmo endereço SE SINTOMÁTICAS**, conforme recomendado na Nota Técnica nº14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS (Ministério da Saúde).

**CID: B34.2 (Infecção por Coronavírus de localização não especificada)**

## ▶ 12. Óbitos por SRAG

- Todo óbito por SRAG, independente do tempo de início de sintomas e hospitalização, deverá ter amostra de swab encaminhada ao LACEN para testagem de Influenza, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios (cadastro GAL).
- Havendo resultado de RT-PCR positivo anterior ao óbito, não realizar Teste Rápido. Se houver resultado de RT-PCR (ou outra metodologia) negativo anterior ao óbito e mantendo a suspeita de SRAG por COVID-19, realizar nova coleta de swab para análise por RT-PCR. Realizar teste rápido de Coronavírus em todos os óbitos por SRAG sem diagnóstico prévio de COVID-19.

Ressaltamos que para encerramento do caso deverá ser considerado: **história clínica, tempo de sintomatologia e oportunidade da realização do teste**, assim como exames de imagem ou histórico de contato com casos confirmados.

## ▶ 13. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19

Fica autorizada a realização dos ritos funerários usuais para óbitos decorrentes do COVID-19 quando, na data de sua ocorrência, já tenha transcorrido o período de transmissibilidade da doença: tempo mínimo de **20 dias do início dos sintomas** (casos graves, críticos ou imunossuprimidos), com preenchimento em declaração de óbito, conforme imagem abaixo.

1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento		5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação		9 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
Condições e causas do óbito	<b>40 CAUSAS DA MORTE</b>		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>					
	<b>PARTE I</b>							
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	<b>COVID -19</b>		tempo aproximado entre o início da doença e a morte <b>10 dias</b>		CID <b>B34.2</b>
	<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>		Devido ou como consequência de:					
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b	Devido ou como consequência de:				
		c	Devido ou como consequência de:					
		d	Devido ou como consequência de:					
<b>PARTE II</b>								
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.								

## ► 14. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno

Recomenda-se o uso em casos suspeitos de COVID-19:

- Síndrome Gripal (SINTOMÁTICOS do 1º ao 7º dia do início dos sintomas);
- Gestantes, parturientes e puérperas assintomáticas **quando internadas para procedimentos obstétricos\*\***.
- Indivíduos participantes de surtos de COVID-19, sintomáticos ou assintomáticos;
- **Contatos** de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 – devendo-se aguardar **5 dias após a última exposição ao caso índice**, para realizar a testagem com TR-AG. **Não é recomendada a testagem antes do 5º dia!**

**\*Orienta-se que nos casos de SRAG Hospitalizado e óbitos mantêm-se a coleta do RT-PCR para realização do painel viral e detecção de novas variantes.**

\*\*Considerando o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19, e que este grupo tem apresentado desfechos preocupantes com a infecção pela doença, o teste rápido de antígeno contribui na orientação do manejo clínico, na classificação de risco, e na separação das mulheres suspeitas/confirmadas de COVID-19 daquelas sem suspeita, com objetivo de evitar transmissões dentro das maternidades. Desta forma, o uso do teste rápido de antígeno é recomendado também para triagem em **gestantes, parturientes e puérperas assintomáticas quando internadas para procedimentos obstétricos**, uma vez que casos assintomáticos podem ser detectados em condições que demonstrem cargas virais semelhantes aos casos sintomáticos.

Orienta-se que os casos sintomáticos com resultado negativo para COVID-19 pela metodologia TR-AG **e que mantenham suspeita clínica de COVID-19**, tenham nova amostra coletada e enviada ao LACEN MS para realização do teste pela metodologia RT-PCR.

Casos de SRAG, positivos por TR Antígeno, devem ter amostras coletadas para RT PCR caso haja interesse em realização de testagem para Influenza e Painel Viral via LACEN (Outros Vírus Respiratórios) e/ou possibilitar pesquisa futura de sequenciamento genético, uma vez que, ao enviar amostra ao LACEN, o mesmo armazena alíquotas com CT conforme padronizado pela referência nacional.

## ► 15. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)

---

Milhares de variantes da SARS-CoV-2 estão circulando no mundo e muitas ainda irão surgir ao longo do tempo. O aparecimento de mutações é um evento natural e esperado dentro do processo evolutivo de qualquer vírus RNA, particularmente o SARS-CoV-2, que possui um sistema de reparo de erros de síntese, ou seja, o grande número de mutações observadas até então se devem ao enorme espalhamento do vírus mundialmente.

A linhagem **P.1** é uma variante de atenção (VOC, do inglês *Variant of Concern*), com circulação comunitária já reportada no estado do Amazonas e oeste do estado do Pará. Por sua vez, a linhagem P.2 apresenta a mutação E484K no domínio de ligação com o receptor na Spike e já circula em todas as regiões geográficas do país. Ambas linhagens P.1 e P.2 são descendentes da linhagem B.1.1.28 em circulação no país desde março de 2020. Recomendamos a investigação clínico e epidemiológica dos casos e a investigação laboratorial de potenciais contactantes de pacientes que foram positivos para alguma VOC. As VOCs reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde são: B.1.1.7 (501Y.V1) - Surgiu no Reino Unido em dezembro. B.1.351 (501Y.V2) - Surgiu na África do Sul em dezembro. P.1 (501Y.V3) - Surgiu no Brasil no final de 2020.

### 15.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento

A rotina de envio de amostras para sequenciamento genômico de SARS-CoV-2 deve atender os critérios recebidos através da Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias do Estado do Mato Grosso do Sul e do Ministério da Saúde.

Para o envio devem ser respeitados os critérios pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde conforme for o objetivo de avaliação: se controle de qualidade laboratorial, se investigação de suspeita de reinfecção, se investigação de novas variantes circulantes no Brasil, etc.

Todas as amostras objetos dessas avaliações devem ser enviadas somente aos Laboratórios de Referência Nacionais pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

De uma forma geral as amostras devem ter sido testadas para SARS-CoV-2 e ter o valor de CT (*cycle threshold*) < 27.

Portanto, não se tratam de novas amostras coletadas, e sim, amostras de pacientes que já foram testados para COVID-19, que foram positivos e possuem alíquotas

armazenadas no LACEN ou em laboratórios privados e com CT < 27, propiciando o envio para o laboratório de referência para análise de sequenciamento genético.

## 15.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético

- **Grupo 1:** Amostras aleatórias de casos que evoluíram a óbito ou que tiveram evoluções graves da doença;
- **Grupo 2:** Amostras aleatórias de áreas fronteiriças com outros países ou casos com histórico de viagem para áreas de transmissão da nova variante nos últimos 14 dias.
- **Grupo 3:** Amostras aleatórias de casos confirmados por SE e com CT adequado para sequenciamento (menor ou igual a 27).

## ▶ 16. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)

A SIM-P é uma complicação da infecção pelo SARS-CoV-2 na população de 0 a 19 anos, caracterizada por uma resposta inflamatória tardia e exacerbada. É uma síndrome rara, porém potencialmente grave e grande parte dos casos necessita de internação em unidade de terapia intensiva. Em geral acontece de 4 a 6 semanas após a COVID-19, contudo, a temporalidade entre a exposição ao vírus SARS-CoV-2 e o desenvolvimento da SIM-P ainda não está claro.

Apresenta sinais e sintomas variados que podem afetar os sistemas gastrointestinal, hematológico, respiratório, neurológico, renal, cardíaco, além de alterações mucocutâneas. O quadro clínico pode incluir: febre alta e persistente, cefaléia, náuseas, vômitos, dor abdominal, rash cutâneo, conjuntivite não purulenta, disfunções cardíacas, hipotensão arterial e choque, além de elevação dos marcadores de atividade inflamatória. As manifestações clínicas podem aparecer de forma simultânea ou no decorrer da evolução clínica e **os sintomas respiratórios não estão presentes em todos os casos.**

Adicionalmente, os casos de SIM-P reportados pela literatura apresentam elevação dos marcadores de atividade inflamatória e exames laboratoriais que indicam infecção recente pelo SARS CoV-2 (por biologia molecular ou sorologia) ou vínculo epidemiológico com caso confirmado para COVID-19. Entretanto, a maior parte dos casos de SIM-P notificados até o momento, no Brasil e em séries de casos internacionais apresentam



sorologia positiva para COVID-19, o que corrobora com a hipótese de tratar-se de uma síndrome tardia.

### 16.1. Definição de Caso

A fim de aumentar a sensibilidade na captação dos casos, o Ministério da Saúde orienta que a notificação de SIM-P seja a partir de casos suspeitos. Para isso, estabelece os critérios de definição de caso suspeito de SIM-P para fins de notificação, com posterior investigação e encerramento pela vigilância local, de acordo com a definição de caso confirmado preconizada.

#### Definição de caso suspeito de SIM-P associada à COVID-19:

Criança ou adolescente de zero a 19 anos que apresentou, na admissão hospitalar ou durante a evolução clínica: febre elevada com aumento dos parâmetros das provas de atividade inflamatória (VHS, PCR ou outros) associados à dois ou mais sinais ou sintomas sugestivos de SIM-P: alterações de pele ou mucosas (conjuntivite bilateral não purulenta, rash cutâneo ou edema de mãos e pés); e/ou sintomas gastrointestinais (dor abdominal, vômito, diarreia); e/ou sinais de hipotensão ou choque; e/ou sinais clínicos de miocardite ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular, hepatoesplenomegalia) e/ou sintomas neurológicos (cefaléia, letargia, estado mental alterado). **A suspeita de SIM-P é reforçada quando o hemograma completo apresenta neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia.**

#### Definição de caso confirmado de SIM-P associada a COVID-19:

Casos que foram hospitalizados com:

- Febre elevada ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) e persistente ( $\geq 3$  dias) em crianças e adolescentes (entre 0 e 19 anos de idade)

**E**

- Marcadores de inflamação elevados, como VHS, PCR ou procalcitonina, entre outros.

**E**

- Pelo menos dois dos seguintes sinais e/ou sintomas:
  - Conjuntivite não purulenta ou lesão cutânea bilateral ou sinais de inflamação mucocutânea (oral, mãos ou pés),



- Hipotensão arterial ou choque,
- Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronarianas confirmados pelo ecocardiograma ou elevação de Troponina, ou N-Terminal do peptídeo natriurético tipo B (NT-pro BNP);
- Evidência de coagulopatia (por TP, TTPa, D-dímero elevados),
- Manifestações gastrointestinais agudas (diarréia, vômito ou dor abdominal).

## E

- Afastadas quaisquer causas de origem infecciosa óbvia de inflamação, incluindo sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócica ou estreptocócica.

## E

- Evidência de COVID-19 por RT-PCR, teste antigênico ou sorologia IgM e/ou IgG reagentes ou história de contato com caso de COVID-19.

### Comentários adicionais:

- Podem ser incluídos crianças e adolescentes que preencherem critérios totais ou parciais para a síndrome de Kawasaki ou choque tóxico.
- Os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de SIM-P em qualquer morte pediátrica característica com evidência de infecção pelo SARS-CoV-2.

Fonte: Adaptada pelo Ministério da Saúde, com base na definição de caso da OMS (WHO/2019-nCoV/ MIS\_Ch\_ildr en\_CRF/ 2020. 2), validada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Instituto Evandro Chagas

NT-proBNP - N-terminal do peptídeo natriurético tipo B; TP - Tempo de protrombina; TTPa - Tempo de tromboplastina parcial ativada; VHS-Velocidade de hemossedimentação; PCR - Proteína e-reativa.

### **Caso descartado de SIM-P associada à COVID-19:**

- Caso suspeito de SIM-P em que foi diagnosticada outra etiologia que justifique o quadro clínico, como doenças bacterianas, outras doenças virais, doenças auto-imunes, entre outras.
- Casos notificados como suspeitos de SIM-P e que não atendem a todos os critérios da definição de caso confirmado.

Em suma, para fins de confirmação e encerramento dos casos, os critérios de SIM P permanecem conforme os critérios preconizados pela OMS.

Os casos suspeitos de SIM-P devem realizar RT-PCR para SARS-CoV-2 e sorologia quantitativa (IgM e IgG). Para isso deverão encaminhar amostra de SORO ou SANGUE ao LACEN/MS. Na ausência de critérios laboratoriais, a vigilância epidemiológica local deve avaliar se o caso suspeito teve contato com caso confirmado de COVID-19 para auxiliar na classificação final do caso e, se necessário, realizar investigação domiciliar .

## **16.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19**

A notificação individual dos casos suspeitos de SIM-P deve ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preencha os critérios de definição de caso suspeito da síndrome e realizada, preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento da notificação individual diretamente no formulário online <https://redcap.link/simpcovid> - reproduzido nos anexos.

**A notificação deve acontecer em até 24 horas após o reconhecimento do caso.**

Ressalta-se que a notificação individual da SIM-P pelo serviço de saúde inclui a realização periódica de busca ativa de indivíduos hospitalizados que preencham a definição de caso suspeito, coleta de exames, investigação clínico-laboratorial, acompanhamento atualização acerca dos casos, que deverão ser repassados ao serviço de vigilância, e não apenas o registro da notificação. As unidades notificantes devem revisar periodicamente os registros de saúde disponíveis para identificação de dados importantes referentes à evolução do caso (resultado laboratorial, tratamento instituído, alta, óbito, transferência de hospital e outros). Novos dados revisados deverão ser informados ao serviço de vigilância de referência e estes deverão atualizar as informações no formulário de notificação.

Ao final do preenchimento da notificação individual no formulário online será gerado um PDF com os dados da notificação. O notificante deverá fazer o download. Este deverá ser impresso e enviado junto às amostras para o laboratório de referência.

Na impossibilidade de notificação da SIM-P pela unidade de saúde notificadora diretamente no formulário online, este deverá ser impresso, preenchido e enviado ao

serviço de vigilância epidemiológica da região ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de referência, em meio físico ou digitalizado.

a) Nestes casos, o serviço de vigilância epidemiológica será responsável pela digitação do caso no formulário online <https://redcap.link/simpcovid>.

### 16.3. Tratamento

A abordagem clínica dos casos moderados e graves de SIM-P deve ser realizada, preferencialmente, em unidades de terapia intensiva com equipe multidisciplinar e infraestrutura adequada para o manejo oportuno e melhor prognóstico desses casos.

Após a alta hospitalar, crianças e adolescentes com SIM-P deverão ser sistematicamente acompanhadas, particularmente aquelas com disfunções cardíacas (aneurismas coronarianos e disfunções miocárdicas), pneumopatias, doença renal aguda, trombozes, entre outras possíveis complicações.

Orientações sobre o tratamento e manejo clínico da SIM-P estão disponíveis na **NOTA TÉCNICA Nº 7/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**, disponível através do link <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-7-2021.pdf/view>

A imunoglobulina endovenosa (IVGE) é o tratamento de primeira linha preconizado para os casos moderados e graves de SIM-P associada à COVID-19. Cabe esclarecer que a aquisição da imunoglobulina humana de uso hospitalar compete, à princípio, aos hospitais de referência para o tratamento das doenças e agravos cujo tratamento, porventura, dela se beneficiem. Os estabelecimentos de saúde devem registrar o uso da medicação junto aos sistemas de informação do SUS para fins de faturamento e ressarcimento pela secretaria de saúde que faz sua gestão direta.

Para maiores informações, acessar **Nota Técnica Nº 1020/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS** através do link: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-no-1020-2021-CGPNI-DEIDT-SVS-MS.pdf>

## ► 17. SIM-A

---

A SIM-A é caracterizada por um amplo espectro de sinais e sintomas, incluindo alterações cardiovasculares, gastrointestinais, dermatológicas e neurológicas, além de uma associação com infecção recente pelo SARS-CoV-2, diagnosticada por RT-PCR, teste rápido de antígeno (TR-Ag) e/ou sorologia. Em contraste com a COVID-19 grave

(Síndrome Respiratória Aguda Grave- SRAG), nas séries de casos internacionais reportadas, uma característica distinta desta síndrome hiperinflamatória é o acometimento sistêmico extra-pulmonar e a ausência de problemas respiratórios severos. Por tratar-se de uma condição rara, poucos casos foram registrados na literatura, portanto as informações sobre essa condição ainda são escassas.

Em janeiro de 2022 houve um aumento expressivo do número de casos de COVID-19 registrados em todo o Brasil, devido à disseminação de mais uma variante de preocupação (VOC - sigla em inglês *Variant of Concern*), a Ômicron. Contudo, após o pico do número de casos no início de 2022, a incidência vem diminuindo nas últimas semanas, bem como a letalidade da COVID-19, porém ainda há um número importante de casos diários registrados pelas secretarias estaduais de saúde e existe uma grande probabilidade que o vírus permaneça circulante na população, mesmo perante as reduções citadas anteriormente. Desta forma, o monitoramento das condições atípicas da doença como a SIM-P e SIM-A devem permanecer ativos, principalmente no contexto das condições pós-COVID.

Foi descrito que pacientes adultos de todas as idades, em especial aqueles até 50 anos, com infecção recente por SARS-CoV-2 podem desenvolver uma síndrome hiperinflamatória tardia, semanas após o contato com o vírus da COVID-19, semelhante à que ocorre em crianças e adolescentes (SIM-P). Embora a hiperinflamação e disfunções de órgãos extrapulmonares sejam frequentes em adultos hospitalizados com a COVID-19 aguda grave, essas alterações são geralmente acompanhadas de insuficiência respiratória.

Em contraste, os pacientes com SIM-A já reportados na literatura, apresentam sintomas pulmonares leves ou moderados e os sintomas respiratórios podem, inclusive, não estar presentes. Em uma série de casos publicada, os indivíduos com SIM-A que relataram sintomas típicos de COVID-19 anterior ao quadro inflamatório, o intervalo entre os sintomas agudos da COVID-19 e o início dos sintomas da SIM-A foi de 2 a 5 semanas, podendo variar até 12 semanas. Contudo, a temporalidade entre a exposição ao vírus SARS-CoV-2 e o desenvolvimento da SIM-P ou SIM-A ainda não está clara.

Estudos mostram que a Síndrome Inflamatória Multissistêmica associada à COVID-19 apresentam similaridades em muitos aspectos nas diferentes faixas etárias, contudo, a Síndrome parece ser mais complicada em adultos do que em crianças, devido às diferenças no sistema imunológico, bem como a maior probabilidade de comorbidades presentes em adultos. Embora os dados sobre SIM-A sejam escassos, indivíduos adultos com a síndrome parecem apresentar mais comumente envolvimento cardíaco e fenômenos tromboembólicos, enquanto as alterações dermatológicas parecem ser mais frequentes na SIM-P. Os sintomas gastrointestinais são frequentes em todas as faixas etárias. Além disso, a letalidade dos casos em adultos parece ser mais elevada.

A OMS ainda não possui uma definição de caso preconizado para a síndrome em indivíduos adultos. Desta forma, para fins de identificação, notificação e monitoramento dos casos, fez-se necessário estabelecer critérios preliminares de definição de caso para SIM-A associada à COVID-19 baseado nas evidências mais recentes publicadas na literatura e séries de casos reportadas. O MS estabeleceu que os casos considerados como SIM-A são aqueles indivíduos adultos fora da faixa etária preconizada pela OMS para definição de SIM-P (pediátrica) associada à COVID-19 (0-19 anos).

### 17.1. Definição de Caso

#### Definição de Caso Suspeito de SIM-A

Indivíduos > 20 anos, com critérios para internação hospitalar ou com doença resultante em óbito, que teve diagnóstico de COVID-19 ou contato próximo com um caso de COVID-19 nas últimas 12 semanas e que atenda os seguintes critérios:

- Febre por 03 dias ou mais;

**E**

- Alterações de 2 ou mais dos sistemas:
  1. Dermatológico/mucocutâneo: rash cutâneo, erupção cutânea, eritema ou descamação dos lábios / boca / faringe, conjuntivite não exsudativa bilateral, eritema / edema das mãos e pés;
  2. Gastrointestinal: dor abdominal, vômitos, diarreia;
  3. Hemodinâmico: Choque / hipotensão;
  4. Neurológico: estado mental alterado, dor de cabeça, fraqueza, parestesias, letargia;
  5. Cardiovascular: sinais clínicos de miocardite, pericardite e/ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular e/ou hepatoesplenomegalia).

**E**

Evidência laboratorial de inflamação, incluindo qualquer um dos seguintes:  
- Aumento do PCR, VHS ou ferritina.

#### Definição de Caso Confirmado para SIM-A

Caso suspeito que apresentou hospitalização por mais de 24h e pelo menos dois dos seguintes sinais de doença ativa:

- - BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados;
- - Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia (<150.000);
- - Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca;
- - Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite;
- - Rash cutâneo e/ou conjuntivite não purulenta.

### **Definição de Caso Provável para SIM-A**

Caso suspeito que preenche critérios parciais de caso confirmado, sem outro diagnóstico que justifique o quadro clínico.

### **Definição de Caso Descartado para SIM-A**

Caso suspeito com identificação de outro diagnóstico diferencial que melhor justifique o quadro clínico (ex: sepse bacteriana, síndrome do choque tóxico estafilococo ou estreptococo, doenças autoimunes, outras doenças virais, entre outros).

## **17.2. Exames Complementares**

Os profissionais de saúde devem estar atentos para essa condição clínica e, ao reconhecer um indivíduo que preencha a definição de caso suspeito, deve seguir a investigação com a solicitação de exames complementares para direcionar a terapêutica oportuna e manejo adequado dos pacientes.

Recomenda-se fortemente que os seguintes exames laboratoriais sejam realizados, sempre que disponíveis, para auxílio no diagnóstico: hemograma; provas de atividade inflamatória: Proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação, ferritina, DHL; exames para avaliação de coagulopatias: D-dímero, TAP, TTPA, fibrinogênio; alterações cardíacas: troponina, BNP, pro-BNP, além de outros como: transaminases, uréia, creatinina, CK, CKMB, eletrólitos e triglicerídeos.

Hemocultura também deve ser realizada (pela rede de assistência) para descartar a possibilidade de sepse bacteriana. Sorologias para outras doenças virais também devem ser realizadas a depender do espectro clínico apresentado e epidemiologia local, para avaliar possíveis diagnósticos diferenciais (Ex: dengue, Epstein-Barr, citomegalovírus, miocardites virais, etc).

Exames de imagem como radiografia e tomografia de tórax são importantes para auxílio no diagnóstico. O acometimento cardíaco é frequente nos casos de SIM-A,



dessa forma recomenda-se a realização de eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma. Ademais, os sintomas abdominais são muito comuns (náuseas, vômitos e dor abdominal) e a ultrassonografia de abdome ou tomografia são importantes para auxílio no diagnóstico e também para descartar quadro de abdome agudo, a depender do espectro clínico apresentado. Outros exames também devem ser solicitados à critério da equipe assistente.

### 17.3. Exames Específicos para COVID-19

Em muitos casos, os indivíduos com SIM-P e SIM-A apresentam RT-PCR para SARS-CoV-2 não detectável, e a evidência de COVID-19 é documentada por meio de testes de anticorpos positivo (sorologia), o que corrobora com a hipótese que trata-se de uma síndrome tardia. Preconiza-se que os casos suspeitos de SIM-A colem amostras para a realização da RT-qPCR para SARS-CoV-2, se o exame não tenha sido realizado em momento anterior, e amostra de sangue/soro para a realização da sorologia quantitativa para COVID-19 IgG e IgM.

A coleta da sorologia quantitativa é recomendada para todos os casos suspeitos que não receberam a vacina contra a COVID-19. Para aqueles que foram vacinados, tendo em vista a resposta imunológica com produção de anticorpos nestes indivíduos, deve-se levar em consideração o status vacinal para interpretação do resultado. Desta forma, um teste sorológico positivo isolado em pessoas vacinadas não deve ser considerado como exame confirmatório e outros aspectos devem ser considerados para encerramento do caso como vínculo epidemiológico e história prévia de quadro compatível com COVID-19.

### 17.4. Manejo Clínico

Devido às possíveis complicações relacionadas à síndrome, como acometimento cardíaco e risco de choque, é importante que os indivíduos acometidos sejam acompanhados por equipe multidisciplinar e, preferencialmente, em unidade de terapia intensiva.

O tratamento preconizado para a doença ainda é escasso na literatura, tendo em vista a raridade da síndrome. Os casos de SIM-A registrados receberam tratamento semelhante ao utilizado para SIM-P, como: Imunoglobulina Endovenosa, corticoterapia, além de suporte hemodinâmico, e a maioria apresentou boa resposta após a terapêutica instituída.

## 17.5. Notificação e Registro

A notificação individual dos casos suspeitos de SIM-A deve ser realizada de forma universal, isto é, por qualquer serviço de saúde, público ou privado, ou pela autoridade sanitária local ao identificar indivíduo que preenche os critérios de definição de caso suspeito e deve ser feita, preferencialmente, pelo serviço de saúde responsável pelo atendimento do caso, por meio do preenchimento do formulário online [https://redcap.link/sima\\_covid](https://redcap.link/sima_covid) ou formulário impresso (Anexo B).

A notificação deve acontecer em até 24h após o reconhecimento do caso. Os casos identificados em um período anterior devem ser notificados de forma retroativa.

Ressalta-se que a notificação individual da SIM-A pelo serviço de saúde inclui a realização periódica de busca ativa de indivíduos hospitalizados que preencham a definição de caso suspeito, coleta de exames, investigação clínico-laboratorial, acompanhamento e atualização acerca dos casos. As unidades notificantes devem revisar periodicamente os registros de saúde disponíveis para identificação de dados importantes referentes à evolução do caso (resultado laboratorial, tratamento instituído, alta, óbito, transferência de hospital e outros). Novos dados revisados deverão ser informados ao serviço de vigilância de referência.

Ao final do preenchimento da notificação individual no formulário online é gerado um PDF com os dados da notificação. O notificante deve fazer o download e este deve ser impresso e enviado junto às amostras para o LACEN MS. Na impossibilidade de notificação da SIM-A pela unidade notificadora diretamente no formulário online, este deve ser impresso (Anexo B), preenchido e enviado ao serviço de vigilância epidemiológica municipal de referência em meio físico ou digitalizado – nestes casos o serviço de vigilância epidemiológica será responsável pela digitação do caso no formulário online.

As vigilâncias deverão manter e reforçar o monitoramento dos casos da SIM-A associada à covid-19 notificados e realizar as atualizações necessárias até seu encerramento no sistema. O preenchimento da variável "classificação final" é de preenchimento exclusivo da vigilância, que deve ser preenchida após investigação e encerramento do caso, norteados pelos critérios de definição de caso.

Os casos devem ser classificados como descartados se não preencherem todos os critérios preconizados ou se posteriormente for identificado outro diagnóstico que o quadro clínico. Aqueles indivíduos que preenchem parcialmente os critérios de SIM-A (por não ter sido realizado todos os exames recomendados ou por ausência de informações relevantes após investigação) e que não foi identificado outro diagnóstico que melhor justifique o quadro clínico devem ser considerados como caso "provável".



## ► 18. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19

---

### 18.1. Caso confirmado de COVID-19

Preenchimento da D.O cujo resultado laboratorial para COVID-19 tenha sido confirmado e este tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

### 18.2. Caso suspeito de COVID-19

Preenchimento da D.O de caso suspeito, ainda em investigação para COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando “Suspeito de COVID-19” na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

\*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como COVID-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

### 18.3. Caso confirmado de COVID-19, mas não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de COVID-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- Na Parte II informar a COVID-19 e outras comorbidades, caso existam.

#### **18.4. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P**

Para o óbito com menção a SIM-P, temporalmente associada à COVID-19, podem ter o registro na D.O. como: Tempestade de citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica ou Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças.

#### **18.5. Condição de saúde posterior à COVID-19**

Para casos que o médico atestante julgar como sendo seqüela de COVID-19, COVID tardio, Efeito colateral de COVID ou Síndrome Pós COVID, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a condição na última linha informada;
- Na Parte II informar a COVID-19 e outras comorbidades caso existam.

#### **18.6. Efeito adverso pós-vacina contra a COVID-19**

Para os casos de vacinas contra à COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico e levam ao óbito.

- Na parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada.

#### **18.7. Reincidência de COVID-19 confirmada**

Para o óbito de Reincidência de COVID-19, confirmada podem ter o registro na D.O. como: Novo contágio de COVID-19, Novo episódio de COVID-19, e esta tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte.

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Reinfecção na última linha informada;

- A Parte II, é destinada às comorbidades, caso existam e que não entram na cadeia descrita na Parte I.

### 18.8. Óbito fetal e neonatal de mãe com COVID-19

Para o preenchimento da D.O. quando as consequências da COVID-19 na gestante podem ter causado o desfecho fatal do concepto.

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 Materna na última linha informada.

---

#### Nota:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- O campo “CID” do atestado é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade, não deve ser colocado CID pelo médico ;
- As recomendações referentes ao preenchimento da D.O em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.
- Caso seja conhecido o tempo aproximado entre o início da doença e a morte, esse deve ser informado no campo: Tempo aproximado entre o início da doença e a morte, ao lado da causa.

## ► 19. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19

---

### 19.1. Caso confirmado de COVID-19

Quando no atestado houver COVID-19, para casos o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.1, na mesma linha.

### 19.2. Caso suspeito de COVID-19

Quando no atestado houver COVID-19, para casos suspeitos o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.2, na mesma linha.

### **19.3. Caso confirmado COVID-19, mas, não sendo esta a causa básica da morte**

Quando no atestado houver COVID-19, para casos confirmados, porém não sendo a causa base o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U07.1, na mesma linha, na parte II da D.O.

### **19.4. Condição de saúde posterior à COVID-19**

As categorias referentes a sequelas são usadas para indicar que a morte resultou de efeitos tardios de uma afecção e não durante sua fase ativa:

- Devem ser informadas como sequela ou efeitos residuais, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.
- Se a afecção for informada como sequela de COVID-19, codificar como sequela;
- Se não há descrição de sequela de COVID-19 e há tempo descrito ocorrido há 1 ano ou mais, codificar como sequela de COVID-19.

O Código B94.8 (Sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas, COVID-19 infecção antiga, Efeito residual de COVID-19, Efeito tardio de COVID-19, Sequela de COVID-19, Síndrome pós-COVID-19 e pós-COVID-19), deve ser utilizado acrescido do marcador U09.9 (Condição de saúde Posterior à COVID-19, não especificada), para a codificação de sequelas no âmbito do SIM, no contexto da COVID-19.

### **19.5. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica SIM-P**

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de SIM-P, o codificador deverá alocar os códigos M30.3 + o marcador U10.9, na mesma linha.

O Código, M30.3 (Síndrome de linfonodos mucocutâneos [Kawasaki], Tempestade de citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica e Síndrome multissistêmica inflamatória em crianças), deve ser utilizado acrescido do marcador U10.9, para a codificação de SIM-P no âmbito do SIM, no contexto da COVID-19.

Alertamos, entretanto, que o uso do código M30.3 e marcador U10.9 são temporários, podendo ser revisto a partir das definições da Organização Mundial de Saúde (OMS).

#### **19.6. Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico, não especificado**

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de efeito adverso às vacinas contra COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos Y59.0 + o T88.7 + o marcador U12.9, na mesma linha.

#### **19.7. Reincidência de COVID-19 confirmada**

Quando no atestado houver menção de reinfecção de COVID-19, o codificador deverá alocar os códigos B34.2 + o marcador U92.1, na mesma linha.

Código B34.2 (Infecção pelo coronavírus de localização não especificada, Novo contágio de COVID-19, Novo episódio de COVID-19, Reinfecção de COVID-19), deve ser utilizado acrescido do marcador U92.1 (Reincidência de COVID-19, confirmado).

#### **19.8. Situações especiais para óbitos fetais ou infantis**

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de mãe, COVID-19 confirmada e feto positivo ou feto ou recém-nascido negativo ou inconclusivo alocar os códigos P00.2 + B34.2 e o marcador U07.1, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de mãe, COVID-19 (sem identificação viral) e feto positivo ou feto ou recém-nascido negativo ou inconclusivo alocar os códigos P00.2 + B34.2 e o marcador U07.2, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de recém-nascido ou infantil (< 1 ano) testou positivo e não relacionado a mãe, alocar o código B34.2 e o marcador U07.1, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de recém-nascido ou infantil (< 1 ano) suspeita de COVID-19 e não relacionado a mãe, alocar o código B34.2 e o marcador U07.2, na mesma linha.

## 19.9. Situações especiais para óbitos maternos (gravídico-puerperal)

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de óbito materno COVID-19 confirmada alocar os códigos O98.5 + B34.2 e o marcador U07.1 na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de óbito materno COVID-19 suspeito alocar os códigos O98.5 + B34.2 e o marcador U07.2 na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de condição de saúde posterior a COVID-19 alocar os códigos O98.5 + marcador U09.9, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de evento adverso pós-vacinação COVID-19 alocar os códigos e marcadores Y59.0 + T88.7 + U12.9 + O93.5, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de SIM-P (10 a 19 anos) alocar o código O99.8 + marcador U10.9, na mesma linha.

Quando no atestado houver uma sequência de eventos com menção de reincidência de COVID-19 alocar os códigos O98.5 + o marcador U92.1, na mesma linha.

## ► 20. Vacinação

---

### 20.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19

- Redução da morbimortalidade causada pelo novo coronavírus, bem como a manutenção do funcionamento da força de trabalho dos serviços de saúde e a manutenção do funcionamento dos serviços essenciais.
- Evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento.

#### Vacinas / Laboratórios

Dado o contexto da autorização, consta inscrito nos cartuchos a orientação de “Uso Emergencial”. Em atendimento às orientações regulatórias:

- Sinovac/Butantan
- Sinovac /Butantan para o grupo de crianças de 3 e 4 anos
- AstraZeneca/Fiocruz
- Pfizer
- Pfizer Pediátrica para o grupo de 5 a 11 anos completos
- Janssen

Diante de uma possível infecção pelo vírus da COVID-19 recomenda-se adiar a vacinação por 4 semanas, a contar do 1º dia dos sinais e/ou sintomas.

## 20.2. Imunização e segurança do paciente

Realizar conferência de cada item listado abaixo, uma vez que estes são imprescindíveis para oferta da vacinação segura, conforme checklist:

1. Conservação
2. Validade
3. Pessoa/usuário
4. Vacinas
5. Idade para vacinação
6. Dose
7. Intervalo entre as doses
8. Volume
9. Via de administração
10. Local
11. Registro
12. Aprazamento

- Não é recomendado iniciar esquema vacinal se estiver apresentando qualquer sinal ou sintoma como: febre, mialgia, cefaléia, tosse, dor de garganta, e outros sintomas associados a COVID-19 e/ou outra infecção.
- Que os profissionais de saúde, antes de aplicarem a vacina, mostrem ao usuário e ou responsável que acompanha a criança qual é a vacina e como ela se apresenta, respeitando a faixa etária e dose indicada.



### 20.2.1. Contraindicações

- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina;
- Para aquelas pessoas que já apresentaram uma reação anafilática confirmada a uma dose anterior de uma vacina COVID-19.

### 20.3. Orientação Pós-vacinação

- **Não se recomenda a realização de testes rápidos e sorológicos para COVID-19 em usuários vacinados, visto que anticorpos pós vacinais podem ser detectados pelos testes disponíveis não cabendo diferenciação se infecção natural prévia ou vacinação;**
- Orienta-se buscar atendimento na unidade de saúde mais próxima da sua residência caso apresente qualquer reação inesperada;
- TODOS os eventos, não graves ou graves, compatíveis com as definições de casos, estabelecidas nos documentos abaixo, bem como os erros de imunização e problemas com a rede de frio, deverão ser notificados no e-SUS Notifica disponível no link <https://notifica.saude.gov.br>.

#### 20.3.1. Evento adverso supostamente atribuído a vacinação ou a vacinação contra a COVID-19

Todo evento que surge após a vacinação é, inicialmente, a ela relacionado, o que se denomina associação temporal. Significa dizer que, até se confirmar a verdadeira causa, o sinal ou sintoma estará temporariamente associado à vacinação.

Esta relação que se estabelece entre o evento adverso e a vacinação é denominada associação temporal. Isto é, inicialmente, assume-se que o evento ocorreu por causa da vacinação.

Após ser analisada, esta relação poderá, ou não, ser confirmada. Assim, após a aplicação da vacina, poderiam surgir sinais e sintomas decorrentes de outra doença que estivesse em período de incubação.

Neste caso, seria um evento que ocorreu por coincidência e não devido à vacinação. Para se confirmar a relação do evento adverso supostamente atribuído a vacinação ou imunização, após a notificação, deve proceder-se à investigação do caso.

### 20.3.2. Em caso de Eventos Adversos Supostamente atribuído a vacinação ou imunização (ESAVI)

- Primeiro passo: prestar assistência médica/ambulatorial/hospitalar a pessoa vacinada de acordo com os sinais e sintomas.
- Segundo passo: preencher a ficha de notificação de Eventos Adversos supostamente atribuído a vacinação ou imunização no sistema e-SUS Notifica. Procure a unidade de saúde próxima da sua residência para a notificação.
- Verificar quais as comorbidades deste paciente. Se tem algum tratamento medicamentoso em andamento para investigar qualquer evento diferencial.
- Terceiro passo: monitorar os sinais e sintomas diariamente, acompanhando toda evolução.
- Ainda, se apresentar evento adverso supostamente atribuído a vacinação e/ou imunização grave informar imediatamente a coordenação estadual.

### 20.3.3. Registro e Sistema de informação

#### REGISTRO DAS DOSES NO SIPNI e CADERNETA DE VACINAÇÃO

- As doses aplicadas na Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19
- Deverão ser registradas de forma nominal no ambiente de campanha do novo SIPNI.
- Ainda, o registro nominal na caderneta de vacinação deverá ser preenchido de maneira completa, sem abreviações, contendo: nome do imunobiológico, dose ofertada, laboratório, lote, data de validade, data de aplicação e nome legível do vacinador.

## ► 21. Medidas Importantes

---

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou com um desinfetante para as mãos à base de álcool 70% e evitar tocar os olhos, o nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Praticar etiqueta respiratória (ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis, desprezando-os imediatamente após o uso em uma lixeira fechada e higienizar as mãos em seguida);

- Recomenda-se o uso de máscaras à toda população. É importante lavar as mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70% antes de colocar a máscara facial. Além disso, deve-se substituir a máscara por uma nova limpa e seca, assim que ela se tornar úmida.
- Considera-se pessoa com sintomas respiratórios, a apresentação de tosse seca, dor de garganta, ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre.
- As pessoas devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para realização de atividades estritamente necessárias, evitando transporte de utilização coletiva, viagens e eventos esportivos, artísticos, culturais, científicos, comerciais e religiosos e outros com concentração próxima de pessoas.
- Vacinação contra COVID-19 conforme calendário do PNI.
- Rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19;
- O isolamento e a quarentena são estratégias de saúde pública que visam proteger a população e evitar a disseminação da COVID-19.

## ► 22. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul

Após novas recomendações do Ministério da Saúde, os dados contabilizados no **Boletim Epidemiológico de COVID-19 de Mato Grosso do Sul**, divulgados semanalmente no site da SES, terão como fonte os sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde - **SIVEP Gripe** e **e-SUS Notifica**.

### Encerramento oportuno dos casos

Assim que tiverem conhecimento dos resultados, garanta a publicação de dados epidemiológicos fidedignos e atualizados dos municípios no boletim estadual.

**PARA INFORMAÇÕES SOBRE OS MICRODADOS - PAINEL INTERATIVO**

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

## QUEM DEVE NOTIFICAR

A notificação é **OBRIGATÓRIA** para profissionais de saúde de instituições do setor público ou privado, em todo o território nacional.

**NOTIFICAÇÃO IMEDIATA:** Todos os casos devem ser registrados por serviços públicos e privados, por meio do preenchimento da ficha de **SRAG HOSPITALIZADO – SIVEP GRIPE**, dentro das primeiras 24 horas a partir da suspeita clínica.

**PLANTÃO CIEVS 24HS – 98477-3435**

[cievs.ms@hotmail.com](mailto:cievs.ms@hotmail.com)

Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul  
Avenida do Poeta, Bloco 7 - CEP: 79.031-902 - Campo Grande/MS  
(67) 3318-1770 - [coems2020@gmail.com](mailto:coems2020@gmail.com)

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

(Contatos, casos suspeitos e/ou confirmados de Covid -19)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do paciente ou responsável legal), RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pelo profissional de saúde \_\_\_\_\_ (nome do profissional, profissão e nº do Conselho de classe).

DECLARO que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, necessário diante da suspeita ou confirmação do NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização. Me comprometo a seguir as orientações que me foram mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais previstas no Código Penal Brasileiro em seu artigo 267 para tais atos.

O isolamento tem data de início em \_\_\_\_\_, término previsto para \_\_\_\_\_, no seguinte local de cumprimento da medida: \_\_\_\_\_ (endereço).

Assinatura do Cientificado : \_\_\_\_\_

Data:

Hora:

Nº \_\_\_\_\_

**CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):** Indivíduo com \*SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (\*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). Para efeito de notificação no SIVEP-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas	
3	UF: ___/___	4	Município: _____ Código (IBGE): ___/___/___/___	
5	Unidade de Saúde: _____		Código (CNES): ___/___/___/___	
Dados do Paciente	6	Tem CPF? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	7	CPF: _____
	8	Estrangeiro <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não		
	9	Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____		
	10	Nome: _____	11	Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
	12	Data de nascimento: _____	13	(Ou) Idade: ___/___/___ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ___/___
	15	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	14	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
	16	Se indígena, qual etnia? _____		
	17	É membro de povo ou comunidade tradicional? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não	18	Se sim, qual? _____
	19	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		
	20	Ocupação: _____	21	Nome da mãe: _____
Dados de residência	22	CEP: _____		
	23	UF: ___/___	24	Município: _____ Código (IBGE): ___/___/___/___
	25	Bairro: _____	26	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
			27	Nº: _____
	28	Complemento (apto, casa, etc.): _____	29	(DDD) Telefone: _____
	30	Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	31	País: (se residente fora do Brasil) _____
Dados Clínicos e Epidemiológicos	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, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 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 <sub>2</sub> < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Perda do olfato <input type="checkbox"/> Perda do paladar <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"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		
	36	Recebeu vacina COVID-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	37	Data da dose vacina COVID-19: Data da 1ª dose: _____ Data da 2ª dose: _____ Data da dose reforço: _____ Data da 2ª dose reforço: _____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose _____ Lote 2ª dose _____ Lote dose reforço _____ Lote 2ª dose reforço _____
	40	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	41	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)		

Atendimento	42	Usou antiviral para gripe?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Qual antiviral?  _  1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	44	Data início do tratamento: _ _ _ _ _
	45	Recebeu tratamento antiviral para covid-19?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral?  _  1-Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2-Baricitinibe (Olumiant®) 3-Outro, especifique _____	47	Data início do tratamento: _ _ _ _ _
	48	Houve internação?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	49	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	50	UF de internação: _ _
	51	Município de internação: _____	Código (IBGE):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	52	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _			
	53	Internado em UTI?  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	55	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _
	56	Uso de suporte ventilatório: _ _  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax:  _  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: _ _ _ _ _
	59	Aspecto Tomografia  _  1-Típico covid-19 2-Indeterminado covid-19 3- Atípico covid-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro 6-Não realizado 9-Ignorado	60	Data da tomografia: _ _ _ _ _		
61	Coletou amostra  _  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: _ _ _ _ _	63	Tipo de amostra:  _  1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____			65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ _  1- Imunofluorescência (IF) 2- Teste rápido antigênico
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _			67	Resultado do Teste antigênico:  _  1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
	68	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____			Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _	
	69	Agente Etiológico - Teste antigênico: 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)  _  SARS-CoV-2  _  Vírus Sincicial Respiratório  _  Parainfluenza 1 _ _  Parainfluenza 2  _  Parainfluenza 3  _  Adenovírus  _  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Resultado da RT- PCR/outro método por Biologia Molecular:  _  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			71	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  _ _ _ _ _
	72	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: 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(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-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) _ _  SARS-CoV-2  _  Vírus Sincicial Respiratório  _  Parainfluenza 1  _  Parainfluenza 2  _  Parainfluenza 3  _  Parainfluenza 4 _ _  Adenovírus  _  Metapneumovírus  _  Bocavírus  _  Rinovírus  _  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	73	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES):  _ _ _ _ _ _ _ _	
	74	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2:  _  1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			75	Data da coleta: _ _ _ _ _
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2:  _  1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2:  _  IgG  _  IgM  _  IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado			77	Data do resultado: _ _ _ _ _
	Conclusão	78	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 5-SRAG por covid-19			79
80		Evolução do Caso:  _  1- Cura 2- Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		81	Data da alta ou óbito:  _ _ _ _ _	82
83	Número D.O:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  -  _ _					
84	OBSERVAÇÕES:					
85	Profissional de Saúde Responsável: _____			86	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _ _	





**FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)**

**Definição de caso:** 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 distúrbios gustativos.

**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.

**Observação:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO			
Município de Notificação:	UF de notificação:	Data da Notificação:	
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:	País de origem:		
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Indígena Se indígena, informar etnia:		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <i>Se sim, qual?</i>			
Estado de residência:	Município de Residência:	CEP:           -	
Logradouro:	Número:	Bairro:	
Complemento:			
Telefone 1:	Telefone 2:		
E-mail:			

ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM			
Estratégia: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Diagnóstico assistencial (sintomático) <input type="checkbox"/> Busca ativa de assintomático <input type="checkbox"/> Triagem de população específica <input type="checkbox"/>			
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos <input type="checkbox"/> Investigação de surtos <input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) <input type="checkbox"/> Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais <input type="checkbox"/> Outro:		
Local de realização da testagem: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) <input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Aeroporto <input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade	

DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS					
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros					
Data do início dos sintomas:					
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Obesidade			
<i>Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.</i>					
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação	Laboratório produtor da vacina	Lote da vacina
		1ª dose			
		2ª dose			

EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado

EXAMES LABORATORIAIS							
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Fabricante	Lote	Resultado	
Teste rápido de antígeno	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Concluído	__/__/__			<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente	
	<input type="checkbox"/> Coletado	<input type="checkbox"/> Não Solicitado				<input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
ENCERRAMENTO							
<b>Evolução do caso:</b> <i>(Marcar X)</i>			<b>Classificação final:</b> <i>(Marcar X)</i>			<b>Data de encerramento:</b>	
<input type="checkbox"/> Cancelado	<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Imagem		__/__/__	
<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Internado em UTI		<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico	<input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico			
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial	<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES							
RASTREAMENTO DE CONTATOS							
ID do caso Fonte <small>(preenchido automaticamente pelo sistema)</small>	ID do contato <small>(preenchido automaticamente pelo sistema)</small>	Nome completo do contato	CPF do contato	Telefone 1	Telefone 2	Relação com o caso <small>[1] Domiciliar; [2] Familiar (extradomiciliar); [3] Laboral; [4] Escolar; [5] Evento Social; [6] Outros.</small>	Data do último contato
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

## ORIENTACOES A PESSOAS EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR COVID-19

O Coronavírus causa uma doença chamada COVID-19. Como nunca tivemos contato com o vírus antes, não temos imunidade e **todos estamos expostos a contrair**. Por isso saiba, a doença se transmite por :



Aperto de mãos  
(principal forma de contágio)



Gotículas  
de saliva



Espirro



Tosse



Catarro



Objetos ou superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, brinquedos, teclados de computador etc.

Se na sua casa tem alguém contaminado, a pessoa precisa ficar em isolamento domiciliar, para se proteger, proteger as demais pessoas da família e a comunidade onde reside.

Cuidados no isolamento domiciliar

**Não basta só ficar em casa: para combater o coronavírus no isolamento, é preciso seguir algumas orientações:**

Não receber visitas e limitar o número de pessoas com acesso ao paciente em isolamento; Use máscara o tempo todo e mantenha a distância mínima de 2 metros do paciente isolado;	O cômodo com o paciente isolado deve ficar todo o tempo com a porta fechada. Mas é necessário manter a janela aberta para que haja uma fonte de ventilação e entrada de luz solar.
Nos casos de salas compartilhadas ou casas com apenas um cômodo, pessoas infectadas e pessoas sem a doença não podem compartilhar o mesmo sofá ou colchão. A recomendação é manter 2 metros de distância da pessoa infectada ou suspeita”;	A pessoa infectada ou com suspeita de infecção deve de trocar a própria roupa de cama, colocar em saco plástico antes de levar à máquina de lavar ou ao tanque. Manter uma lixeira ao lado da cama, com saco plástico. Evitar agitar a roupa suja.
Se o banheiro é compartilhado, o paciente infectado ou com suspeita precisa desinfetar todas as superfícies usadas por ele: vaso sanitário, interruptores, maçaneta, descarga, pia, torneiras, etc;	Separe toalhas de banho, garfos, facas, colheres, copos e outros objetos apenas para uso do paciente em isolamento; O lixo produzido precisa ser separado e descartado;
Para limpar a casa, a pessoa precisa estar com máscara, luva, óculos e avental; todas as superfícies de contatos constantes devem ser limpas: pia, maçanetas, mesas, interruptores, assentos de sofá, cadeiras e vaso sanitário, torneiras, etc; usar sabão, álcool 70% e desinfetantes são eficientes para a limpeza;	Não compartilhar objetos e itens de uso pessoal como pasta de dente, sabonete, toalhas de banho e de rosto, etc; Também é necessário tirar a escova de dente da pessoa infectada ou com suspeita do mesmo recipiente das demais. Não se recomenda uso partilhado de tereré ou chimarrão.
Lave as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Isso é especialmente importante depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar, idas ao banheiro e antes de comer ou preparar a comida;	A alimentação deverá ser deixada na porta do quarto e se possível em material descartável. Senão, lavar separadamente dos demais utensílios da casa; O lixo proveniente do quarto do paciente em isolamento deve ser muito bem fechado antes do descarte;
Monitore seus sintomas – preocupe-se se apresentar febre e dificuldade respiratória – Nessa situação, o paciente ou outro membro da família em isolamento deverá procurar o serviço de saúde imediatamente;	Não deve haver contato direto com secreções orais, respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar luvas descartáveis sempre que houver possibilidade de entrar em contato com esses fluidos; higiene das mãos antes e depois de retirar as luvas e a máscara;
Durante este período de isolamento, descanse e mantenha-se hidratado (tomando água); Atenda o telefone, responda as mensagens por Whats ou receba o profissional de saúde quando for procurado – Ele quer proteger você, sua família e a comunidade.	O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena previstas em Lei (Código Penal Brasileiro – art. 267, 268, 131 e 132) acarretará a responsabilização do paciente nos termos previstos.

## Anexo A - Ficha de Notificação SIM-P

### Identificação da notificação

UF de Notificação: \_\_\_\_\_ Município de notificação: \_\_\_\_\_  
 Nome da Unidade de Notificação: \_\_\_\_\_  
 CNES: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nome do profissional: \_\_\_\_\_  
 Telefone de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_  
 E-mail de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

### Identificação do caso ou óbito

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome do(a) Responsável: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
 N° do CPF: \_\_\_\_\_ N° do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
 Se sexo feminino, está gestante? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe ( ) não se aplica  
 Se sim, período gestacional:  
 ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre ( ) ignorado  
 Raça/cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) não declarado  
 Se indígena, qual etnia? \_\_\_\_\_  
**Endereço de residência**  
 Logradouro: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ **Telefone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Identificação da hospitalização

Data internação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação? \_\_\_\_\_  
 Internação em UTI? ( ) Sim ( ) Não  
 Se sim, data de entrada na UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data de alta da UTI: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Critérios atendidos

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?  
 ( ) Febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  e  $\geq 3$  dias Data de início da febre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ( ) Conjuntivite não purulenta **ou** erupção cutânea bilateral **ou** sinais de inflamação muco-cutânea (oral, mãos ou pés)  
 ( ) Hipotensão arterial **ou** choque  
 ( ) Manifestações de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias  
 ( ) Evidência de coagulopatia  
 ( ) Manifestações gastrointestinais agudas (diarreia, vômito ou dor abdominal)  
 ( ) Marcadores de inflamação elevados  
 ( ) Afastadas quaisquer outras causas de origem infecciosa  
 ( ) Evidência de COVID-19 ou história de contato próximo com caso de COVID-19

### Sinais/sintomas e achados clínicos

Data de início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm  
 Quais sinais e sintomas foram percebidos?  
 ( ) Alterações na cor da pele ( ) Dispneia ( ) Irritabilidade  
 (ex. palidez, cianose) ( ) Dor à deglutição ( ) Letargia  
 ( ) Cefaleia ( ) Dor de garganta ( ) Linfadenopatia  
 ( ) Confusão mental ( ) Dor no peito ( ) Náusea / Vômitos  
 ( ) Conjuntivite ( ) Dores abdominais ( ) Mialgia  
 ( ) Coriza ( ) Edema cervical ( ) Manchas vermelhas pelo  
 ( ) Diarreia ( ) Edema de mãos e pés corpo (exantema, rash, etc.)

- ( ) Oligúria (<2ml/kg/hr) ( ) Tosse ( ) outros, especificar:  
( ) Taquicardia ( ) Sat.O<sub>2</sub> <95% ar ambiente \_\_\_\_\_

**Complicações apresentadas:**

- ( ) Não houve complicação ( ) Infarto do miocárdio ( ) Pneumonia  
( ) Convulsões ( ) Insuficiência renal aguda ( ) Sepsis  
( ) Edema Agudo Pulmonar ( ) Necessidade de ventilação invasiva ( ) Outros, especificar:  
( ) Evento tromboembólico ( ) Necessidade de ventilação não invasiva \_\_\_\_\_  
( ) Falência de outros órgãos ( ) Necessidade de troca plasmática  
( ) Hipertensão arterial ( ) Necessidade de troca plasmática  
( ) Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas ( ) Necessidade de troca plasmática

**Antecedentes clínico-epidemiológicos**

**Doença ou condição pré-existente:**

- [ ] Não apresenta  
[ ] Cardiopatia *Se sim:* ( ) *pericardite; ou* [ ] Imunossuprimido  
( ) *congenita ou ( ) adquirida.* ( ) *arritmia* [ ] Hipertensão arterial  
*Se congênita:* [ ] Diabete [ ] Hipertensão pulmonar  
( ) *acianogênica ou* [ ] Dislipidemia [ ] Nefropatia  
( ) *cianogênica.* [ ] Desnutrição [ ] Pneumopatia  
*Se adquirida:* [ ] Doença hematológica [ ] Síndrome genética  
( ) *insuficiência cardíaca;* [ ] Doença neurológica [ ] Outras. Quais?  
( ) *febre reumática;* [ ] Doença reumatológica  
( ) *miocardite;* [ ] Doença oncológica

**Faz uso de medicação diária?**

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_  
Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

**Recebeu alguma vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?**

- ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

**Já teve diagnóstico prévio de Síndrome de Kawasaki? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu**

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

**Fez ou Faz algum acompanhamento/tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe/Não respondeu**

**Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19?**

- ( ) sim ( ) não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, data de início dos sintomas do contato? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da última exposição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Resultados de Exames**

**Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:**

- Hemoglobina (g/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Leucócitos totais (x10<sup>9</sup>/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **TTPTa:** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **TP:** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Neutrófilos (x10<sup>9</sup>/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **Fibrinogênio (g/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **Procalcitonina (ng/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Linfócitos (x10<sup>9</sup>/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **Proteína C reativa (mg/dL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou **VHS (mm/h):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Hematócrito (%):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Plaquetas (x10<sup>9</sup>/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

- Dímero-D (mg/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**IL-6 (pg/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Creatinina (µmol/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Sódio (mmol/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Potássio (mmol/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Ureia (mmol/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**NT Pro-BNP (pg/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**BNP (pg/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Troponina (ng/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou
- ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**CKMB (U/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**DHL (U/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Triglicérides:** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**TGO (U/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**TGP (U/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Albumina (g/dL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Lactato (mmol/L):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou  
**Ferritina (µg/mL):** ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou

**Hemocultura?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Resultado: \_\_\_\_\_

**Realizou exame de imagens?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado. Se sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qual(is) exame(s) de imagem?

- ( ) Radiografia do Tórax **Resultado:** ( ) Imagem de vidro fosco  
 ( ) Tomografia do Tórax ( ) Infiltrado ( ) Condensação  
 ( ) Derrame Pleural ( ) Outros. \_\_\_\_\_

( ) Ultrassonografia de abdome - **Resultado:**

- ( ) Hepatomegalia ( ) Ileíte ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
 ( ) Eplenomegalia ( ) Linfadenite \_\_\_\_\_  
 ( ) Colíte ( ) Ascite \_\_\_\_\_

( ) Ecocardiografia - **Resultado:**

- ( ) Sinais de disfunção miocárdica ( ) Anormalidades coronarianas  
 ( ) Sinais de pericardite ( ) Outros. \_\_\_\_\_  
 ( ) Sinais de valvulite

**Realizou eletrocardiograma?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Resultado: \_\_\_\_\_

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado  
 Se sim, qual(is)?

**RT-PCR:** ( ) Sim ( ) Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material de coleta:

- ( ) swab nasofaringe ( ) secreção traqueal ( ) Outros, especificar \_\_\_\_\_

**Resultado da coleta:**

- ( ) Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Se detectável para outros agentes infecciosos,  
 ( ) Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? \_\_\_\_\_  
 ( ) Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado  
 ( ) Detectável para outros agentes infecciosos

**Sorologia/Teste Rápido para SARS-CoV-2:** ( ) Sim ( ) Não

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Método de sorologia: ( ) Teste rápido ( ) Outro

**Resultado:**

- ( ) Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)  
 ( ) Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19) ( ) Ignorado



Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

#### Tratamento

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

**Antivírico?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)?

[ ] Ribavirina [ ] Lopinavir ou Ritonavir [ ] Tocilizumabe [ ] Ivermectina [ ] Remdesivir

[ ] Outros \_\_\_\_\_

**Corticoesteroide?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Imunoglobulina intravenosa?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_/\_\_/\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, data de início: \_\_/\_\_/\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Outra(s)?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

#### Variáveis de encerramento

**Diagnóstico médico final:**

( ) SIM-P ( ) Kawasaki ( ) Kawasaki atípica  
( ) Síndrome do Choque Tóxico ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_

**Evolução:** ( ) Alta hospitalar

Se alta: ( ) sem sequelas ( ) com sequelas.

Qual/quais? \_\_\_\_\_

( ) Óbito

Data da evolução: \_\_/\_\_/\_\_

**Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica**

( ) Em investigação ( ) SIM-P temporalmente associada à COVID-19

( ) Descartado – não atende aos critérios ( ) Descartado\* – outro diagnóstico \_\_\_\_\_  
\*atende aos critérios, mas foi confirmado para outro diagnóstico

( ) SIM-A temporalmente associada à COVID-19 (Adultos)

\*atende aos critérios, porém fora da faixa etária preconizada

**Critério de confirmação**

( ) Laboratorial ( ) Clínico-epidemiológico



## Anexo B - Ficha de Notificação SIM-A



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### Ficha de notificação para casos suspeitos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à COVID-19

#### Definição de **caso suspeito de SIM-A:**

Indivíduos > 20 anos, com critérios para internação hospitalar ou com doença resultante em óbito, que teve diagnóstico de covid-19 ou contato próximo com um caso de covid-19 nas últimas 12 semanas e que atenda os seguintes critérios:

- Febre por 03 dias ou mais
- E
- Alterações de 2 ou mais dos sistemas:
  1. Dermatológico/mucocutâneo: rash cutâneo, erupção cutânea, eritema ou descamação dos lábios / boca / faringe, conjuntivite não exsudativa bilateral, eritema / edema das mãos e pés
  2. Gastrointestinal: dor abdominal, vômitos, diarreia
  3. Hemodinâmico: Choque / hipotensão
  4. Neurológico: estado mental alterado, dor de cabeça, fraqueza, parestesias, letargia
  5. Cardiovascular: sinais clínicos de miocardite, pericardite e/ou insuficiência cardíaca (taquicardia, precórdio hiperdinâmico, ritmo de galope, estertores pulmonares, edema de membros inferiores, turgência jugular e/ou hepatoesplenomegalia).
- E
- Evidência laboratorial de inflamação, incluindo qualquer um dos seguintes:
  - Aumento do PCR, VHS ou ferritina

#### Definição de **caso confirmado para SIM-A:**

Caso suspeito que apresentou hospitalização por mais de 24h e:

- Pelo menos dois dos seguintes sinais de doença ativa:
  - BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados
  - Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia (<150.000)
  - Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância cardíaca
  - Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite
  - Rash cutâneo e/ou conjuntivite não purulenta

#### Caso Possível:

- Caso suspeito que preenche critérios parciais de caso confirmado, sem outro diagnóstico que justifique o quadro clínico.

#### Caso descartado de SIM-A:

- Caso suspeito com identificação de outro diagnóstico diferencial que melhor justifique o quadro clínico (ex: sepse bacteriana, síndrome do choque tóxico estafilococo ou estreptococo, doenças autoimunes, outras doenças virais, entre outros).

\*Definição de caso adaptada pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, baseado nos critérios de definição de caso de *MIS-A* do *Centers for Disease Control and Prevention* e *Brighton Collaboration*

**Identificação da notificação**

UF de Notificação: \_\_\_\_\_ Município de notificação: \_\_\_\_\_  
Nome da Unidade de Notificação: \_\_\_\_\_  
CNES: \_\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Nome do profissional: \_\_\_\_\_  
Telefone de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_  
E-mail de contato do profissional / unidade notificante: \_\_\_\_\_

**Identificação do caso ou óbito**

Nome paciente: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
  
Nº do CPF: \_\_\_\_\_  
Nº do Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino  
Se sexo feminino, está gestante? ( ) sim ( ) não ( ) não sabe ( ) não se aplica  
Se sim, período gestacional: \_\_\_\_\_  
( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre ( ) 3º trimestre ( ) ignorado  
Raça/cor: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena ( ) não declarado  
Se indígena, qual etnia? \_\_\_\_\_  
**Endereço de residência**  
Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

**Identificação da hospitalização**

Data internação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Qual a principal hipótese diagnóstica no momento da internação?  
\_\_\_\_\_  
Internação em UTI? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, data de entrada na UTI: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ data de alta da UTI: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Critérios atendidos**

Quais critérios da definição de caso encontram-se presentes?

- ( ) Febre  $\geq$  3 dias
- ( ) Alterações dermatológicas e/ou mucocutânea e/ou conjuntivite não purulenta
- ( ) Sintomas Gastrointestinais
- ( ) Alterações hemodinâmicas: Choque / hipotensão
- ( ) Alterações Neurológicas
- ( ) Alterações cardiovasculares
- ( ) Marcadores de inflamação elevados
- ( ) BNP ou NT-proBNP ou troponina elevados
- ( ) Hemograma evidenciando neutrofilia, linfopenia e/ou plaquetopenia (<150.000)
- ( ) Evidência de envolvimento cardíaco pelo ecocardiograma ou ressonância cardíaca
- ( ) Eletrocardiograma evidenciando alterações sugestivas de miocardite e/ou pericardite
- ( ) Evidência de covid-19 nas últimas 12 semanas
- ( ) Afastada qualquer outras causas de origem inflamatória ou infecciosa

**Sinais/sintomas e achados clínicos**

Data de início dos sintomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Quais sinais e sintomas foram percebidos?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cefaleia        | <input type="checkbox"/> Dor no peito        | <input type="checkbox"/> Mialgia                             |
| <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Dor abdominal       | <input type="checkbox"/> Alterações dermatológicas           |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivite    | <input type="checkbox"/> Edema cervical      | <input type="checkbox"/> Oligúria (<2ml/kg/hr)               |
| <input type="checkbox"/> Convulsão       | <input type="checkbox"/> Edema de mãos e pés | <input type="checkbox"/> Taquicardia                         |
| <input type="checkbox"/> Coriza          | <input type="checkbox"/> Irritabilidade      | <input type="checkbox"/> Tosse                               |
| <input type="checkbox"/> Diarreia        | <input type="checkbox"/> Letargia            | <input type="checkbox"/> Sat.O <sub>2</sub> <95% ar ambiente |
| <input type="checkbox"/> Dispneia        | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia      | <input type="checkbox"/> outros, especificar: _____          |
| <input type="checkbox"/> Dor de garganta | <input type="checkbox"/> Náusea / Vômitos    |  |

**Complicações apresentadas:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não houve complicação                                | <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio                   | <input type="checkbox"/> Necessidade de troca plasmática |
| <input type="checkbox"/> Edema Agudo Pulmonar                                 | <input type="checkbox"/> Insuficiência renal aguda              | <input type="checkbox"/> Pneumonia                       |
| <input type="checkbox"/> Evento tromboembólico                                | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação invasiva     | <input type="checkbox"/> Sepses                          |
| <input type="checkbox"/> Falência de outros órgãos                            | <input type="checkbox"/> Necessidade de ventilação não invasiva | <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____      |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial                                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> Hipotensão – necessidade de uso de drogas vasoativas |   |  |

**Antecedentes clínico-epidemiológicos**

**Doença ou condição pré-existente:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não apresenta       |   |   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia         | <input type="checkbox"/> Doença neurológica   | <input type="checkbox"/> Nefropatia           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1     | <input type="checkbox"/> Doença reumatológica | <input type="checkbox"/> Pneumopatia          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2     | <input type="checkbox"/> Doença oncológica    | <input type="checkbox"/> Síndrome genética    |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia        | <input type="checkbox"/> Imunossuprimido      | <input type="checkbox"/> Obesidade            |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição         | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença hematológica | <input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar |   |

Faz uso de medicação diária?

- Sim  Não  Não sabe/Não respondeu  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_  
Se não, fez uso de algum medicamento nos 30 dias antes do início dos sintomas?  
 Sim  Não  Não sabe/Não respondeu  
Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

**Recebeu vacina COVID-19?  sim  não  não sabe/não respondeu**

Primeira dose (ou dose única):  Sim  Não  Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Segunda dose:  Sim  Não  Não sabe/Não respondeu.

Fabricante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dose de reforço  Sim  Não  Não sabe/Não respondeu

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fabricante: \_\_\_\_\_

Recebeu alguma outra vacina nos 60 dias antes do início dos sintomas?

Sim  Não  Não sabe/Não respondeu

Se sim, qual/quais? \_\_\_\_\_

Teve contato com algum caso confirmado para COVID-19 nas últimas 12 semanas?

( ) sim ( ) não ( ) Não sabe/Não respondeu

Se sim, data de início dos sintomas do contato? \_\_/\_\_/\_\_

Data da última exposição: \_\_/\_\_/\_\_

**Resultados de Exames**

Marcadores de inflamação, coagulopatia ou disfunção orgânica:

(Considerar o exame mais alterado no momento da notificação de acordo com os valores de referência do laboratório local)

- |  |  |
|--|--|
| <b>Hemoglobina (g/L):</b>                                  | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   |  |
| <b>Leucócitos totais (x10<sup>9</sup>/L):</b>              | ( ) normal ( ) hipematremia ( ) hiponatremia                 |
| ( ) normal ( ) Leucopenia ( ) Leucocitose ( ) não realizou | ( ) não realizou   |
| <b>Neutrófilos (x10<sup>9</sup>/L):</b>                    | <b>Potássio (mmol/L):</b>                                    |
| ( ) normal ( ) Neutrofilia ( ) Neutropenia                 | ( ) normal ( ) hipocalemia ( ) hipercalemia ( ) não realizou |
| ( ) não realizou   |  |
| <b>Linfócitos (x10<sup>9</sup>/L):</b>                     | <b>Ureia (mmol/L):</b>                                       |
| ( ) normal ( ) Linfocitose ( ) Linfopenia                  | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| ( ) não realizou   |  |
| <b>Hematócrito (%):</b>                                    | <b>NT Pro-BNP (pg/mL):</b>                                   |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Plaquetas (x10<sup>9</sup>/L):</b>                      | <b>BNP (pg/mL):</b>  |
| ( ) normal ( ) plaquetose ( ) plaquetopenia                | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| ( ) não realizou   |  |
| <b>TTPTa:</b>  | <b>Troponina (ng/mL):</b>                                    |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>TP: ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou</b>        | <b>CKMB (U/L):</b>   |
|  | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Fibrinogênio (g/L):</b>                                 | <b>DHL (U/L):</b>  |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Procalcitonina (ng/mL):</b>                             | <b>Triglicérides:</b>  |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Proteína C reativa:</b>                                 | <b>TGO (U/L):</b>  |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>VHS (mm/h):</b>   | <b>TGP (U/L):</b>  |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Dímero-D (mg/L):</b>                                    | <b>Albumina (g/dL):</b>                                      |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>IL-6 (pg/mL):</b>                                       | <b>Lactato (mmol/L):</b>                                     |
| ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                   | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |
| <b>Creatinina (µmol/L):</b>                                | <b>Ferritina (µg/mL):</b>                                    |
|  | ( ) normal ( ) alterado ( ) não realizou                     |

**Hemocultura?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Data da coleta: \_\_/\_\_/\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**Realizou exame de imagens?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Ignorado Se sim, data: \_\_/\_\_/\_\_

Qual(is) exame(s) de imagem?

- |                                 |                     |                           |
|---------------------------------|---------------------|---------------------------|
| ( ) <b>Radiografia do Tórax</b> | <b>Resultado:</b>   | ( ) Imagem de vidro fosco |
| ( ) <b>Tomografia do Tórax</b>  | ( ) Infiltrado      | ( ) Condensação           |
|                                 | ( ) Derrame Pleural | ( ) Outros. _____         |

( ) **Ultrassonografia de abdome**

**Resultado:**

- |                   |                 |                   |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| ( ) Hepatomegalia | ( ) Ilcíte      | ( ) Outros. _____ |
| ( ) Eplnomegalia  | ( ) Linfadenite | _____             |
| ( ) Colite        | ( ) Ascite      |                   |

**Ecocardiografia**

Fração de ejeção: \_\_\_\_\_%

Sinais de disfunção miocárdica

Sinais de pericardite

Sinais de valvulite

Anormalidades coronarianas

Outros: \_\_\_\_\_

**Realizou eletrocardiograma?**  Sim  Não  Ignorado Resultado: \_\_\_\_\_

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para COVID-19?  Sim  Não  Ignorado  
Se sim, qual(is)?

**RT-PCR:**  Sim  Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Material de coleta:

swab nasofaríngeo  secreção traqueal  Outros, especificar \_\_\_\_\_

Resultado da coleta:

Detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) Se detectável para outros agentes infecciosos,

Não detectável para SARS-CoV-2 (COVID-19) quais? \_\_\_\_\_

Indeterminado para SARS-CoV-2 (COVID-19)  Ignorado

Detectável para outros agentes infecciosos

**Teste Rápido para detecção de anticorpos SARS-CoV-2:**

Sim  Não

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:

Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)  Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)  Ignorado

**Sorologia quantitativa para SARS-CoV-2:**

Sim  Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Metodologia: \_\_\_\_\_

Resultado:

Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Ignorado

**Teste Rápido de antígeno SARS-CoV-2:**

Sim  Não Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:

Reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Não reagente para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Inconclusivo para SARS-CoV-2 (COVID-19)

Realizou coleta de exames laboratoriais específicos para outra(s) etiologia(s) além de COVID-19?  Sim  Não  Ignorado Se sim, quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Descrever etiologias, data de coleta, técnica de análise e resultado).

**Tratamento**

Em algum momento da internação utilizou alguma das terapêuticas abaixo?

Tocilizumabe  Remdesivir

Outros: \_\_\_\_\_

**Corticoesteroide?**  Sim  Não  desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Imunoglobulina intravenosa?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece. Se sim, data de início: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dose diária: \_\_\_\_\_ (incluir unidade); Duração (em dias): \_\_\_\_\_

**Anticoagulação sistêmica profilática?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece.

**Anticoagulação sistêmica plena?** ( ) Sim ( ) Não ( ) desconhece.

**Outra(s)?** ( ) Sim ( ) Não ( ) se desconhece. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

**Variáveis de encerramento**

**Diagnóstico médico final:**

SIM-A associada a covid-19 ( ) confirmado ( ) descartado

( ) Outro diagnóstico, especifique: \_\_\_\_\_

**Evolução:**

( ) Alta recuperado

( ) Alta com seqüela Quais? \_\_\_\_\_

( ) Óbito

Data da evolução: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Classificação do caso – Para uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica estadual/municipal**

**Encerramento:**

Data do Encerramento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Caso provável

( ) SIM-A associada à COVID-19

( ) Descartado\* – outro diagnóstico. Qual: \_\_\_\_\_

## Anexo C - Prescrição de Tratamento com Nirmatrelvir/Ritonavir - Tratamento por 5 (cinco) dias



GUIA PARA USO DO ANTIVIRAL NIRMATRELVIR/RITONAVIR EM  
PACIENTES COM COVID-19, NÃO HOSPITALIZADOS E DE ALTO RISCO

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO COM NIRMATRELVIR/RITONAVIR – TRATAMENTO POR 5 (CINCO) DIAS

##### CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Covid-19 confirmada E sintomática por 5 (cinco) dias ou menos (o dia de início dos sintomas é considerado o primeiro dia) E  $\geq 65$  anos OU  $\geq 18$  anos com imunossupressão (conforme relação no verso do formulário).

1. Data do preenchimento: / /

##### DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE

2. UF: Município:  
3. Unidade de saúde do SUS prescritora:  
Código (CNES):  
Telefone: ( )

##### IDENTIFICAÇÃO E DEMAIS INFORMAÇÕES DO PACIENTE

4. Nome do paciente:  
5. CPF:  
6. Cartão Nacional de Saúde (CNS):  
7. Data de nascimento: / /  
8. Data de início dos sintomas: / /  
9. Teste diagnóstico de covid-19: TR-Ag, RT-qPCR ou LAMP  Positivo  Negativo  
10. Peso: kg (contraindicado para pacientes com peso inferior a 40kg)  
11. Paciente é imunossuprimido?  Sim  Não  
12. Paciente tem insuficiência hepática grave?  Sim  Não  
(NÃO é recomendado para pacientes com insuficiência hepática grave)  
13. a) Paciente tem insuficiência renal, com TFGe  $> 30$  a  $< 60$  mL/min?  Sim  Não  
Em pacientes com insuficiência renal moderada (TFGe  $\geq 30$  a  $< 60$  mL/min), a dose deve ser reduzida para 150mg de nirmatrelvir (metade da dose padrão) e 100mg de ritonavir, tomados em conjunto duas vezes/dia, durante 5 dias.  
b) Paciente tem insuficiência renal grave, com TFGe  $< 30$  mL/min?  Sim  Não  
Em pacientes com insuficiência renal grave (TFGe  $< 30$  mL/min) ou que requerem diálise, o nirmatrelvir é contraindicado.

Esta prescrição deverá ser realizada após checar todos os medicamentos utilizados pelo paciente (Quadro 5 do guia para uso do NMV/r).

##### DADOS RESIDENCIAIS E DE CONTATO DO PACIENTE

14. CEP:  
15. UF:  
16. Município:  
17. Bairro:  
18. Logradouro (rua, avenida etc.):  
19. Nº:  
20. Complemento (apto, casa etc.):  
21. Telefone: ( )  
22. Zona: 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado  
23. País (se residente fora do Brasil):



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**CRITÉRIO UTILIZADO PARA INDICAÇÃO DO TRATAMENTO\***

24. Critérios utilizados para a indicação do tratamento com uso de NMV/r:

- Grupo 1: indivíduos >18 anos com imunossupressão de alto grau ou indivíduos com idade >75 anos, independentemente de comorbidade
- Grupo 2: indivíduos >65 anos, com pelo menos duas comorbidades
- Grupo 3: indivíduos >65 anos, com apenas uma comorbidade
- Grupo 4: indivíduos >65 anos, sem comorbidades
- Grupo 5: indivíduos com imunossupressão de baixo grau, idade >18 anos

ATENÇÃO: indicar no verso da ficha o tipo de imunossupressão ou comorbidade apresentada pelo paciente.

25. O paciente autoriza o compartilhamento dos dados pessoais constantes neste Formulário de Prescrição entre órgãos do Ministério da Saúde e instituições de pesquisa para convite posterior, visando participar de estudo que avaliará os efeitos do medicamento nirmatrelvir /ritonavir para o tratamento da covid-19?  Sim  Não

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

26. Caso não seja possível o contato direto com o paciente, quem poderia ser contatado?

\_\_\_\_\_

27. Telefone do contato: ( ) \_\_\_\_\_

28. Observação:

\_\_\_\_\_

29. Nome do médico prescritor:

\_\_\_\_\_

30. Número do registro no CRM: \_\_\_\_\_

Fonte: Ministério da Saúde.

**\*CRITÉRIO UTILIZADO PARA INDICAÇÃO DO TRATAMENTO**

Indicar o tipo de imunossupressão apresentada pelo indivíduo:

**Grupo 1: indivíduos ≥18 anos com imunossupressão de alto grau ou pessoas com idade ≥75 anos, independentemente de comorbidade**

- Imunodeficiência primária grave ou erros inatos da imunidade;
- Transplantados de órgão sólido ou de células tronco hematopoiéticas (TCTH) em uso de drogas imunossupressoras;
- Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4 <200 céls/mm<sup>3</sup> (últimos 6 meses) ou ausência/abandono de tratamento;
- Uso de corticoides em doses ≥20mg/dia de prednisona ou equivalente, por um período ≥14 dias ou em pulsoterapia com metilprednisolona;
- Insuficiência renal crônica não dialítica, com TFG ≥30mL/min;
- Doenças imunomediadas inflamatórias crônicas, autoimunes e autoinflamatórias em tratamento com medicamentos modificadores da resposta imune;
- Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses.

**Grupo 2: indivíduos ≥65 anos, com pelo menos duas comorbidades**

**Grupo 3: indivíduos ≥65 anos, com apenas uma comorbidade**

GUIA PARA USO DO ANTIVIRAL NIRMATRELVIR/RITONAVIR EM  
PACIENTES COM COVID-19, NÃO HOSPITALIZADOS E DE ALTO RISCO

Grupos 2 e 3 – Relação de comorbidades Indicar a(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo indivíduo:		
<input type="radio"/>	Diabetes <i>mellitus</i>	Qualquer indivíduo com diabetes.
<input type="radio"/>	Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves, incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, ou internação prévia por crise asmática, ou uso de doses altas de corticoide inalatório e de um segundo medicamento de controle no ano anterior).
<input type="radio"/>	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	Condição em que a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes terapêuticas, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão, ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos anti-hipertensivos.
<input type="radio"/>	Hipertensão arterial estágio 3	PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 110$ mmHg, independentemente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA).
<input type="radio"/>	Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo	PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de LOA.
<input type="radio"/>	Insuficiência cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association (NYHA).
<input type="radio"/>	<i>Cor pulmonale</i> e hipertensão pulmonar	<i>Cor pulmonale</i> crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
<input type="radio"/>	Cardiopatias hipertensivas	Cardiopatias hipertensivas (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).
<input type="radio"/>	Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas ( <i>angina pectoris</i> estável, cardiopatia isquêmica, pós-infarto agudo do miocárdio, entre outras).
<input type="radio"/>	Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, entre outras).
<input type="radio"/>	Miocardiopatias e pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
<input type="radio"/>	Doenças da aorta e dos grandes vasos; fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
<input type="radio"/>	Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais, entre outras).
<input type="radio"/>	Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica; crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
<input type="radio"/>	Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardioversores desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).
<input type="radio"/>	Doenças neurológicas crônicas	Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório, demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória; indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.
<input type="radio"/>	Hemoglobinopatias graves	Doença falciforme e talassemia maior.
<input type="radio"/>	Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) $\geq 40$ .
<input type="radio"/>	Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21.
<input type="radio"/>	Cirrose hepática	Cirrose hepática classes A e B no escore Child-Pugh.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Grupo 4: indivíduos  $\geq 65$  anos, sem comorbidades**

**Grupo 5: indivíduos com imunossupressão de baixo grau, idade  $\geq 18$  anos**

**SITUAÇÕES DE BAIXO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO**

- Corticoide em doses menores que as definidas para alto grau por mais de 14 dias ou dias alternados.
- Metotrexato em doses de 0,4mg/kg/semana.
- Azatioprina  $\leq 3$ mg/kg/dia.
- 6-mercaptopurina  $\leq 1,5$ mg/kg/dia.

## Novas Recomendações para o PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) no contexto da pandemia da COVID-19

### 01

#### CASO CONFIRMADO DE COVID-19

Preenchimento da DO cujo resultado laboratorial para COVID-19 tenha sido confirmado, ou critério clínico-imagem, ou clínico-epidemiológico, e esta tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

Exemplo:

PARTE I

a) Insuf. Respiratória Aguda

b) Pneumonia

c) Covid-19

d) \_\_\_\_\_

PARTE II Obesidade

HAS



### 02

#### CASO SUSPEITO DE COVID-19

Preenchimento da D.O. de caso suspeito, ainda em investigação para Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando "Suspeito de Covid-19" na última linha informada;
- A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

\*Os casos suspeitos serão confirmados ou descartados como Covid-19 pela SES após conclusão da investigação e resultados laboratoriais.

Exemplo:

PARTE I

a) Insuf. Respiratória Aguda

b) Septicemia

c) Pneumonia

d) Suspeito de Covid-19

PARTE II DPOC exacerbada

DM tipo 2



### 03

#### CASO CONFIRMADO DE COVID-19, Porém não sendo esta a causa básica da morte

Preenchimento da D.O. por outras causas, mas que o paciente tinha diagnóstico confirmado de Covid-19:

- Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Causa Básica de morte na última linha informada;
- A Parte II informar a Covid-19 e outras comorbidades, caso existam.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque Hipovolêmico

b) Aneurisma de aorta torácica roto

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

PARTE II Covid-19

HAS, Tabagismo



Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19
- World Health Organization, COVID-19 coding in ICD
- CEVITAL/SES/SAU Campo Grande



## 04 CONDIÇÃO DE SAÚDE POSTERIOR À COVID-19

Casos em que o médico atestante julgar como sendo Sequela de COVID, COVID Tardio, Efeito residual de COVID, ou Síndrome Pós-COVID, qualquer que seja o intervalo entre o aparecimento da doença e a morte.

• Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a condição na última linha informada;

• Na Parte II informara COVID-19 e outras comorbidades, caso existam.

Exemplo:

PARTE I

a) Insuf. Respiratória Aguda

b) Fibrose pulmonar

c) Sequela de Covid-19

d) \_\_\_\_\_

PARTE II Obesidade

\_\_\_\_\_

## 05 SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA-SIM-P

Podendo ser: Tempestade de Citocinas, Síndrome semelhante à Kawasaki, ou Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, quando temporalmente associada à COVID-19.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque cardiogênico

b) Miocardite

c) S. Inflamatória Multisistêmica

d) Covid-19

PARTE II

\_\_\_\_\_

## 06 EFEITO ADVERSO PÓS VACINA CONTRA COVID-19

Vacinas contra COVID-19 que causam efeitos adversos em seu uso terapêutico e levam ao óbito.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque anafilático

b) Efeito adverso após vacina Covid-19

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

PARTE II

\_\_\_\_\_

## 07 REINCIDÊNCIA DE COVID-19, CONFIRMADA

Inclui: Novo contágio de COVID-19, Novo episódio de COVID-19, ou Reinfecção de COVID-19, confirmado por critério laboratorial, clínico-imagem, ou clínico-epidemiológico, e esta tenha sido a causa direta (Causa Básica) da morte:

• Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a Reinfecção na última linha informada;

• A Parte II é destinada às comorbidades, caso existam, mas que não entram na cadeia descrita na Parte I.

Exemplo:

PARTE I

a) Choque cardiogênico

b) Miocardite

c) Reinfecção de Covid-19

d) \_\_\_\_\_

PARTE II DM insulino dependente

Obesidade

\_\_\_\_\_

### Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19
- World Health Organization, COVID-19 coding in ICD
- CEVITAL/SESAU Campo Grande





## 08 ÓBITO FETAL E NEONATAL DE MÃE COM COVID-19

Preenchimento de DO quando as consequências da COVID-19 na gestante podem ter causado o desfecho fatal do concepto.

Na Parte I, as causas devem seguir uma sequência lógica de acontecimentos, declarando a COVID-19 Materna na última linha informada;

Exemplo de Óbito FETAL:

PARTE I

- a) Anóxia intrauterina
- b) Insuficiência Placentária
- c) Covid-19 Materna
- d) \_\_\_\_\_

PARTE II

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exemplo de Óbito NEONATAL:

PARTE I

- a) Síndrome da Membrana Hialina
- b) Prematuridade
- c) Covid-19 Materna
- d) \_\_\_\_\_

PARTE II

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA PARA TODOS OS CASOS:

- Na Parte I, apenas um diagnóstico por linha;
- Na Parte II, podem ser informados vários diagnósticos por linha;
- Caso se já conhecido o tempo aproximado entre o início da doença e a morte, esse deve ser informado no campo "Tempo aproximado..." ao lado da causa;
- O campo "CID" do atesta do é de preenchimento exclusivo da Secretaria de Saúde, pelo codificador de mortalidade, ou seja, não deve ser colocado CID pelo médico.

As recomendações referentes ao preenchimento do D.O. em casos suspeitos ou confirmados por Covid-19 podem sofrer alterações caso haja novas orientações pelo Ministério da Saúde e/ou OMS.

**Referências:**

- Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica. Orientação para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19
- World Health Organization, COVID-19 coding in ICD
- CEVITAL/SES AU Campo Grande



**GOVERNO  
DO ESTADO**  
Mato Grosso do Sul

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília. DF: Anvisa, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (cCOVID-19). Diário Oficial, Brasília, DF. 20 de março 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - COVID-19. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid-19-15.03-2021.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 1020/2021, sobre Atualizações acerca das notificações da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à COVID-19. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-no-1020-2021-CGPNI-DEIDT-SVS-MS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 52/2020, sobre Orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da COVID-19 no Brasil. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao\\_novo/saude/SEI-MS-0017401088-Nota-Tecnica-final-1.pdf](https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/comunicacao_novo/saude/SEI-MS-0017401088-Nota-Tecnica-final-1.pdf). Acesso em 30 de outubro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 59/2021, sobre Recomendações quanto à nova variante do SARS-CoV-2 no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/02-1/nota-tecnica-recomendacoes-quanto-a-nova-variante-do-sars-cov-2-no-brasi.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19. Versão 1: 11/05/2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/29/Nota-Informativa-declara---o-obito.pdf>. Acesso em 01 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. Estratégia de vacinação contra o vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) - Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Expansão da Testagem para COVID-19 I PNE-Teste: 49p., 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 - COVID-19. Versão 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/nairac/Downloads/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19%2012-01-2022.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Nota Técnica Nº 38/2022, sobre Atualizações acerca da notificação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/notas-tecnicas/2022/nt-sim-a-28-03-2022associada-a-covid-19.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Nota Técnica Nº 10/2022, sobre Atualizações das recomendações e orientações sobre a Covid-19 no âmbito da vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): People with certain medical conditions. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing. Aug., 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html.2019-ncov/needextra-precautions/people-with-medical-conditions.html>. Acesso em: 01 de setembro de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Alerta epidemiológico: uso racional de testes de diagnóstico para COVID-19. 10 de janeiro de 2022, Brasília, DF: OPAS/OMS, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (SBI). Período de isolamento na COVID-19. 11 de janeiro de 2022, São Paulo, SP, 2022.

## Plantão CIEVS Estadual

### DISQUE-NOTIFICA

**0800-647-1650** (expediente)

**(67) 3318-1823** (expediente)

**(67) 98477-3435** (ligações, SMS, WhatsApp - 24 horas)

### E-NOTIFICA

[cievs@saude.ms.gov.br](mailto:cievs@saude.ms.gov.br) (expediente)

[cievs.ms@hotmail.com](mailto:cievs.ms@hotmail.com) (24 horas)

### ENDEREÇO

Avenida do Poeta Manoel de Barros, Bloco VII  
CEP: 79.031-902 - Campo Grande / MS

Visite o painel interativo COVID-19 de Mato Grosso do Sul

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

<b>Governador do Estado de Mato Grosso do Sul</b>	Reinaldo Azambuja Silva
<b>Secretário de Estado de Saúde</b>	Geraldo Resende Pereira
<b>Secretária de Estado de Saúde Adjunta</b>	Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves
<b>Diretoria de Vigilância em Saúde</b>	Larissa Domingues Castilho
<b>Coordenadoria do CIEVS Estadual</b>	Karine Barbosa
<b>Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias</b>	Lívia de Mello Maziero

**Elaboração** Daniel Henrique Tsuha  
Grazielli Rocha Romera  
Lívia de Mello Maziero  
Naira Rocha Chaves