

Nota Técnica

COVID-19

27

Vigilância em Saúde / Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias

19/02/2025

► Sumário

1. Definições	4
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	7
1.7. Contato domiciliar de caso confirmado	8
1.8. Recomendações aos Profissionais de saúde e segurança pública	9
1.9. Fluxograma para atendimento de Síndrome Gripal (SG) e uso de Teste Rápido COVID-19 para casos sem indicação de internação.	9
2. Isolamento X Quarentena	11
2.1. Critério para retorno ao trabalho (casos confirmados de COVID-19)	14
3. Tratamento	15
4. Surto	17
4.1. Surto de síndrome gripal em comunidade fechada ou semifechada	17
4.2. Surto de síndrome gripal em ambiente hospitalar	17
4.3. Orientações para situações de surto	18
5. Infecções Fúngicas em Pacientes com COVID-19	18
6. Rastreamento e Monitoramento de Casos e Contatos de COVID-19	19
7. Gestantes	19
8. Onde Notificar	20
8.1. Notificações no e-SUS Notifica	20
9. Notificação e Registro de SG em Unidades Sentinelas e SRAG Hospitalizado	21

10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados	22
11. Atestados Médicos	23
12. Óbitos por SRAG	23
13. Recomendação para Velório de Óbitos Confirmados de COVID-19	24
14. Critérios para Uso dos Testes Rápidos Antígeno	24
15. Sequenciamento Genético para Investigação de Variantes de Atenção (VOC)	25
15.1. Rotina de Envio de Amostras para Sequenciamento	26
15.2. Grupos para Envio de Amostra para Sequenciamento Genético	26
16. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P)	27
16.1. Definição de Caso	27
16.2. Recomendações quanto ao fluxo para notificação da SIM-P temporalmente associada à COVID-19	29
16.3. Tratamento	30
17. SIM-A	31
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	35
18. Preenchimento da Declaração de Óbito (D.O) no Contexto da Pandemia da COVID-19	37
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
19. Orientações para Codificadores Sobre o Uso de Novos Códigos de Emergência para as Causas de Morte no Contexto da COVID-19	39
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
20. Vacinação	42
20.1. Objetivo da vacinação contra a COVID-19	42
20.2. Imunização e segurança do paciente	44
20.2.1. Contraindicações	45
20.3.1. Evento adverso supostamente atribuído a vacinação ou a vacinação contra a COVID-19	45
20.3.2. Em caso de Eventos Adversos Supostamente atribuído a vacinação ou imunização (ESAVI)	46
20.3.3. Registro e Sistema de informação	46
21. Medidas Importantes	47
22. Boletim Epidemiológico COVID-19 de Mato Grosso do Sul	48

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 O₂ ≤ 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.

IMPORTANTE

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.

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.

A coleta de amostra para realização de diagnóstico laboratorial por meio de RT PCR, deverá ser realizada com swabs combinados (nasal/oral) devendo ser coletados **três swabs**: um swab de orofaringe e dois swabs de nasofaringe, sendo um de cada narina. Os três swabs devem ser acondicionados no mesmo tubo.

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.

A definição de contato próximo em aldeias indígenas para COVID-19 segue diretrizes semelhantes às utilizadas em outras comunidades, com algumas considerações específicas devido à vulnerabilidade e ao contexto sociocultural dessas populações. De acordo com o Informe Técnico da Secretaria Especial de Saúde Indígena, um contato próximo é definido como:

- Contato físico direto: Apertar as mãos ou qualquer outro tipo de contato físico.
- Contato desprotegido com secreções infecciosas: Gotículas de tosse, uso compartilhado de lenços ou tecidos que contenham secreções sem proteção adequada.
- Proximidade espacial: Estar frente a frente por 15 minutos ou mais a uma distância inferior a 2 metros.
- Ambientes fechados: Permanecer em um ambiente fechado (como salas de reunião) por 15 minutos ou mais a menos de 2 metros do caso suspeito.
- Em aldeias indígenas, esses critérios são aplicados considerando o estilo de vida coletivo e compartilhado das comunidades. Além disso, medidas adicionais como isolamento familiar e uso obrigatório de máscaras são recomendadas para prevenir a propagação da doença.
- Para populações indígenas isoladas ou em recente contato, há uma preocupação especial com o risco elevado que esses contatos representam para sua saúde e bem-estar.

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.

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 contatado, **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.

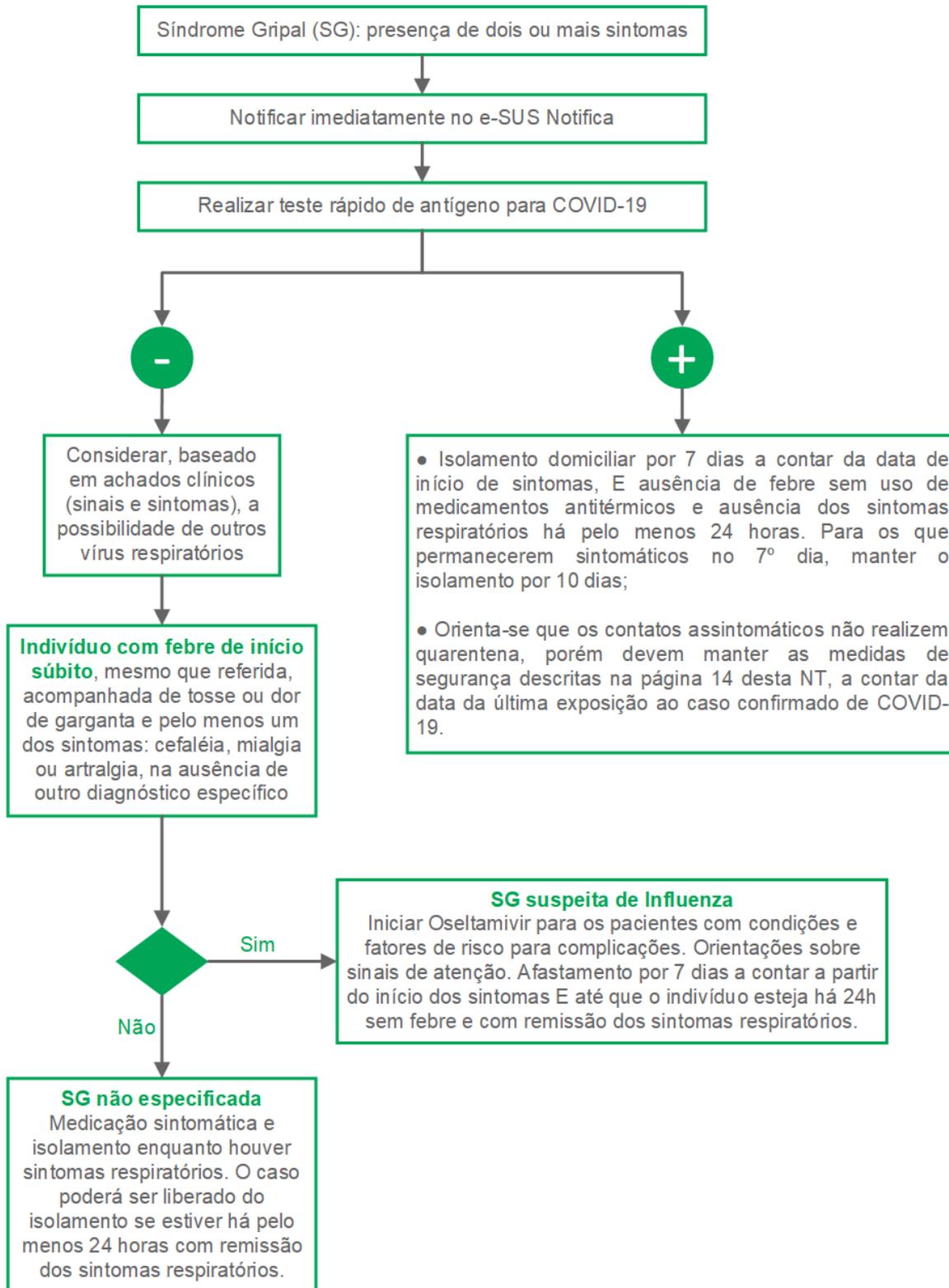
Sobre testagem de Contatos Intradomiciliares e Laborais de Casos Confirmados de COVID-19 nos serviços de saúde e segurança pública

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 (clínicoepidemiológico 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.

A Nota Informativa nº 06/2022-DAF/SCTIE/MS, tratou sobre a doação do medicamento Baricitinibe 4mg às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para o tratamento destes pacientes, de forma a promover a celeridade aos atendimentos hospitalares. Ainda neste documento, orientou-se que esta doação foi pontual e ocorreu para que as instituições organizassem seus processos aquisitivos a fim de ofertar o medicamento na lógica usual da assistência hospitalar. Portanto, no atual momento, a aquisição deste deve ser garantida pela própria instituição hospitalar.

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.

NIRMATRELVIR/RITONAVIR

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 Conjunta nº 23/2024-SVSA/MS, SECTICS/MS e SAPS/MS, que atualiza as orientações para prescrição e dispensação do medicamento antiviral nirmatrelvir/ritonavir, a qual removeu a obrigatoriedade de uso do documento padronizado “Guia para uso do antiviral Nirmatrelvir + Ritonavir em pacientes com covid-19, não hospitalizados e de alto risco” na prescrição e dispensação do antiviral, além de excluir a necessidade de apresentação do laudo de exame positivo ou ficha de notificação do caso de covid-19 como requisito para o farmacêutico dispensar o medicamento;

A Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), conforme a Resolução CIB/SES nº 494 de 31 de julho de 2024, disponibiliza 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 ≥ 18 anos; b) pessoas com idade ≥ 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 laudo de exame positivo e a ficha de notificação do caso de covid-19 no e-SUS não devem ser exigidos pelo farmacêutico para dispensação do medicamento.

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 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>.

Visando melhoria do acesso ao tratamento pelo paciente, a distribuição do medicamento pela Secretaria de Estado de Saúde ocorrerá de forma automática, realizada pela Assistência Farmacêutica da SES, totalmente descentralizada e proporcional ao porte populacional de cada município do Estado, sempre que a SES receber novo estoque.

As SMS podem solicitar reposição de estoque, mediante preenchimento do formulário Google através do link <https://forms.gle/jV2g5xj7ZpfSyNAx9>, no qual deverão informar dados gerais do solicitante, estoques do medicamento, quantitativo utilizado após recebimento da última remessa e, ao final do preenchimento, deverá anexar a Planilha de monitoramento das dispensações do NMV/R disponível na página eletrônica da Assistência Farmacêutica Estadual, em Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica - Solicitação de Medicamentos.

É necessário enviar os dados de movimentação de estoque do NMV/r para a BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde. Para os municípios que utilizam o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, o referido envio ocorre de forma automática, entretanto, para os municípios que utilizam sistemas próprios, o envio deverá ocorrer conforme a portaria vigente.

► 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,

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

O acesso ao sistema e-SUS Notifica é realizado por meio do endereço eletrônico: <https://notifica.saude.gov.br/login>

Para acessar o sistema, é necessário autenticar-se na plataforma gov.br, que unifica os canais digitais do governo federal: https://sso.aceso.gov.br/login?client_id=www.gov.br&authorizaon_id=194b3512ad4, a

plataforma gov.br faz parte de um projeto de unificação dos canais digitais do governo federal.

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

Os novos usuários cadastrados no e-SUS Notifica recebem automaticamente o perfil de autocadastro para acesso ao módulo "Notificações Covid-19". Não há necessidade de aprovação e nem confirmação do e-mail pelos perfis Gestor Municipal ou Estadual.

IMPORTANTE: Gestores municipais estão autorizados a notificar, editar e encerrar qualquer notificação que tenha sido realizada no seu município, bem como notificações de indivíduos residentes em sua área de atuação.

► 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, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, 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.
- Para obter o acesso a aplicação o Estabelecimento de Saúde deve solicitar uma capacitação ao Laboratório Central do Estado, que posteriormente será disponibilizado usuário/senha, com a criação de fluxo de exames para Unidade de Saúde (Cadastro), com tratativas de Termo de Confidencialidade e Responsabilidade para utilização da aplicação.

Sistemas e Plataformas: covid-19, influenza e outros vírus respiratórios

e-SUS Notifica	SIVEP-Gripe	REDCap	GAL	GISAID
Sistema de informação para notificação casos leves e moderados de SG	Sistema de informação para notificação de SG* e SRAG**	Plataforma para notificação online: SIM-P e SIM-A	Sistema informatizado aplicado aos exames e ensaios de amostras	Plataforma global de dados genômicos patógenos prioritários
<p>Cadastro</p> <p>Acesso via gov.br para o módulo de Notificações covid-19 com o perfil autocadastro.</p> <p>Para perfis de gestor municipal e/ou estadual a alteração é feita no próprio sistema, pelo gestor (municipal, estadual ou federal) a partir do módulo Gestão de Usuários.</p> <p>Acesso</p> <p>Realizado pelo site notifica.saude.gov.br/login após cadastro validado na plataforma gov.br.</p> <p>Para saber mais: Abrir um chamado no Web Atendimento do SUS através do link: https://webatendimento.saude.gov.br/faq/e-notifica.</p>	<p>Cadastro</p> <p>É imprescindível o registro no Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA). scpa.saude.gov.br/usuario/nyo</p> <p>Somente usuários cadastrados e com permissão de acesso do Ministério da Saúde terão acesso ao SIVEP-Gripe</p> <p>Acesso</p> <p>O acesso ao sistema é feito pelo site: sivepgripe.saude.gov.br</p> <p>Para saber mais: gripe@saude.gov.br</p> <p>*- casos de SG da vigilância sentinela **- SRAG hospitalizados e óbitos da vigilância universal</p>	<p>Acesso</p> <p>A notificação deve ser feita pelo formulário online: redcap.saude.gov.br</p> <p>Qualquer serviço de saúde ou autoridade sanitária local pode notificar, devendo fazê-lo em até 24 horas após o reconhecimento do caso</p> <p>Para saber mais: e- mail: gripe@saude.gov.br</p>	<p>Cadastro</p> <p>O estabelecimento de saúde deve solicitar capacitação ao LACEN estadual para solicitar usuário e senha</p> <p>Posteriormente será disponibilizado usuário/senha, com a criação de fluxo de exames para Unidade de Saúde</p> <p>Para saber mais: https://gal.solicitacoes.sus.gov.br/knowledgebase.php?article=23</p>	<p>Informativo</p> <p>Plataforma disponibiliza às análises genômicas dos patógenos prioritários, inclusive do SARS-CoV-2 e influenza</p> <p>O sequenciamento genômico é realizado pela RNLSP e pelos Laboratórios de Referência para o diagnóstico de vírus respiratórios - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Adolfo Lutz (IAL), e Instituto Evandro Chagas (IEC)</p> <p>Para saber mais: www.gisaid.org</p>

CGCOVID/DEDT/SVSA/MS

► 10. Responsabilidades de Farmácias e Laboratórios Privados

- Fica sob responsabilidade das farmácias e laboratórios particulares, a notificação no e-SUS Notifica apenas para 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

40 CAUSAS DA MORTE

PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a **COVID-19**

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: **10 dias**

CID: **B34.2**

► 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 quantitativa**) 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 quantitativa** 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 (≥ 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 (diarreia, vômito ou dor abdominal).

E

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

E

- Evidência de COVID-19 por RT-PCR, teste antigênico ou sorologia quantitativa IgM e/ou IgG reagente 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 ildir 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 quantitativa. 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

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 quantitativa), 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 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, norteado 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 sequela 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 conceito.

- 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.

De acordo com o último Informe Técnico Operacional da Estratégia de vacinação contra Covid-19 fazem parte do Calendário de vacinação de rotina contra Covid-19 os seguintes grupos: **Crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade; Pessoas de 60 anos ou mais de idade; Gestantes.**

Ainda conforme o Informe Técnico Operacional da Estratégia de vacinação contra Covid-19 faz parte dos grupos para vacinação especial contra Covid-19 os seguintes grupos:

- Pessoas vivendo em instituições de longa permanência
- Pessoas imunocomprometidas
- Indígenas vivendo em terra Indígena • Indígenas vivendo fora da terra Indígena • Ribeirinhos
- Quilombolas
- Puérperas
- Trabalhadores da saúde
- Pessoas com deficiência permanente
- Pessoas com comorbidades
- Pessoas privadas de liberdade
- Funcionários do sistema de privação de liberdade
- Adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas
- Pessoas em situação de rua.

O detalhamento da Estratégia de Vacinação contra Covid-19 com as informações mais atualizadas e pormenorizadas poderá ser consultado em ambiente virtual do Ministério da Saúde: Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos>

Vacinas em uso no Brasil

Vacina covid-19-RNA, Moderna (Spikevax)

A vacina contém RNA mensageiro (RNA) de cadeia simples, com estrutura Cap-5', produzida utilizando transcrição in vitro em um sistema livre de células a partir dos moldes correspondentes de DNA, que codifica a proteína S (spike) do vírus SARS-CoV-28.

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

O registro de doses aplicadas deverá ser feito no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), no eSUS APS ou em sistema próprio ou proprietário que envia dados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

Consultar detalhamento das informações sobre inserção das informações nos sistemas de informação no Documento: Estratégia de Vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos>

► 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

Os dados contabilizados no **Boletim Epidemiológico de COVID-19 de Mato Grosso do Sul**, divulgados semanalmente no site da SES, têm 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

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

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



SIVEP-Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO - 25/05/2023.

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.
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, aves e/ou suínos 2-Não, nenhum <input type="checkbox"/> 3-Sim, outros, 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 ₂ < 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"/> Tabagismo <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"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____		
	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 dose reforço: ____/____/____ Data da 2ª dose: ____/____/____ Data da 2ª dose reforço: ____/____/____ Data da dose adicional: ____/____/____ Data dose reforço bivalente: ____/____/____
	38	Fabricante vacina COVID-19: Fabricante 1ª dose: _____ Fabricante 2ª dose: _____ Fabricante dose reforço: _____ Fabricante 2ª dose reforço: _____ Fabricante dose adicional: _____ Fabricante dose reforço bivalente: _____	39	Lote da vacina COVID-19: Lote 1ª dose: _____ Lote 2ª dose: _____ Lote dose reforço: _____ Lote 2ª dose reforço: _____ Lote dose adicional: _____ Lote dose reforço bivalente: _____
	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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43
44		Data início do tratamento: ____/____/____		
45		Recebeu tratamento antiviral para covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	46	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Nirmatrevir/ritonavir (Paxlovid®) 2-Baricitinibe (Olumiant®) 3-Outro, especifique: _____
47		Data início do tratamento: ____/____/____		
48		Houve internação? <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da entrada na UTI: ____/____/____	
55	Data da saída da UTI: ____/____/____			

56	Usado de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	57	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal <input type="checkbox"/> 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	58	Data do Raio X: ____/____/____	
59	Aspecto Tomografia <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	62	Data da coleta: ____/____/____	63	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe <input type="checkbox"/> 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> <input type="checkbox"/> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	64	Nº Requisição do GAL: _____	65	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico		
	66	Data do resultado da pesquisa de antígenos: ____/____/____	67	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	70	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A 2-Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(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? <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 1-Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado	75	Data da coleta: ____/____/____		
	76	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4-Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9-Ignorado	77	Data do resultado: ____/____/____		
	Conclusão	78	Faz parte de uma cadeia de surto de SG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	79	É um caso de co-deteção? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
80		Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> 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	81	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem		
82		Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1- Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado	83	Data da alta ou óbito: ____/____/____	84	Data do Encerramento: ____/____/____
85		Número D.O: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____				
86	OBSERVAÇÕES:					
87	Profissional de Saúde Responsável: _____	88	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____			
SARS-CoV-2: Vigilância Genômica Epidemiológica e Reinfecção (campos a serem preenchidos pelas equipes de vigilância, conforme fluxo local):						
89	Designação da variante (OMS): <input type="checkbox"/> 1-Ômicron 2-Delta 3-Alfa 4-Beta 5-Gama 6-Recombinante (Exemplos: XE, XF, XQ, XS...) 7-Outra, especifique: _____	90	Linhagem da variante: _____	91	Método laboratorial mais recente: <input type="checkbox"/> 1-Sequenciamento genômico completo 2-Sequenciamento genômico parcial 3- RT-PCR em tempo real de inferência 4-Outro, especifique: _____	
92	Nome do laboratório: _____	93	Código (CNES) do laboratório: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	94	Data do resultado: ____/____/____	
95	Encerramento do caso (para VOC, VOI ou VUM): <input type="checkbox"/> 1-Confirmado por Sequenciamento genômico completo 2- Provável por Sequenciamento genômico parcial 3- Sugestivo por RT-PCR de inferência 4- Sugestivo por vínculo epidemiológico 5- Descartado	96	Possível caso de reinfecção por covid-19? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
97	Profissional responsável pelo preenchimento: _____	98	Estabelecimento responsável pelo preenchimento: ____ ____ ____ ____ ____ ____			



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) Sim Não	Estrangeiro: (Marcar X) Sim Não	Profissional de saúde: (Marcar X) Sim Não	Profissional de segurança: (Marcar X) Sim Não
CPF:	CNS:	Passaporte:	
Ocupação (CBO):			
Nome Completo:			
Nome Completo da Mãe:			
Data de nascimento:	País de origem:		
Sexo: (Marcar X) Masculino Feminino	Raça/Cor: (Marcar X) Branca Preta Amarela Parda Ignorado Indígena Se indígena, informar etnia:		
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) Sim 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)	Diagnóstico assistencial (sintomático)	Busca ativa de assintomático	Triagem de população específica
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)	Monitoramento de contatos Investigação de surtos Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X)	Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos Profissionais de saúde Gestantes e puérperas Povos e comunidades tradicionais Outro:
Local de realização da testagem: (Marcar X)	Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) Farmácia ou drogaria Outro:	Local de trabalho Escola	Aeroporto Domicílio ou comunidade

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

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

ORIENTAÇÕES 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 compartilhado 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, ir 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 ≥ 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 corpo (exantema, rash, etc.)
 () Diarreia () Edema de mãos e pés

- () Oligúria (<2ml/kg/hr) () Tosse () outros, especificar:
() Taquicardia () Sat.O₂ <95% ar ambiente _____

Complicações apresentadas:

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

Antecedentes clinico-epidemiológicos

Doença ou condição pré-existente:

- [] Não apresenta
[] Cardiopatia *Se sim:* () *pericardite; ou* [] Imunossuprimido
() *congénita ou () adquirida.* () *arritmia* [] Hipertensão arterial
Se congênita: [] Diabetes [] 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 (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou
Neutrófilos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou
Linfócitos (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou
Hematócrito (%): () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou
Plaquetas (x10⁹/L): () normal () alterado () não realizou
() normal () alterado () não realizou
TTPTa: () normal () alterado () não realizou
TP: () normal () alterado () não realizou
Fibrinogênio (g/L): () normal () alterado () não realizou
Procalcitonina (ng/mL): () normal () alterado () não realizou
Proteína C reativa (mg/dL): () normal () alterado () não realizou
VHS (mm/h): () 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* nasofaríngea () 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 ₂ <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)

Hemoglobina (g/L):

() normal () alterado () não realizou

Leucócitos totais (x10⁹/L):

() normal () Leucopenia () Leucocitose () não realizou

Neutrófilos (x10⁹/L):

() normal () Neutrofilia () Neutropenia

() não realizou

Linfócitos (x10⁹/L):

() normal () Linfocitose () Linfopenia

() não realizou

Hematócrito (%):

() normal () alterado () não realizou

Plaquetas (x10⁹/L):

() normal () plaquetose () plaquetopenia

() não realizou

TTPTa:

() normal () alterado () não realizou

TP: () normal () alterado () não realizou

Fibrinogênio (g/L):

() normal () alterado () não realizou

Procalcitonina (ng/mL):

() normal () alterado () não realizou

Proteína C reativa:

() normal () alterado () não realizou

VHS (mm/h):

() 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 () hipernatremia () hiponatremia

() não realizou

Potássio (mmol/L):

() normal () hipocalcemia () hipercalcemia () não realizou

() 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

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:

() **Tomografia do Tórax**

() Infiltrado

() Derrame Pleural

() Imagem de vidro fosco

() Condensação

() Outros. _____

() **Ultrassonografia de abdome**

Resultado:

() Hepatomegalia

() Eplenomegalia

() Colite

() Iléite

() Linfadenite

() Ascite

() Outros. _____

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 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

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: _____

Corticoesteróide? 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 sequela 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 >65 anos OU >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 <60mL/min? Sim Não
Em pacientes com insuficiência renal moderada (TFGe ≥30 a <60mL/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 <30mL/min? Sim Não
Em pacientes com insuficiência renal grave (TFGe <30mL/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. N.º:

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 prescriptor:

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/mm³ (últimos 6 meses) ou ausência/abandono de tratamento;
- Uso de corticoides em doses ≥ 20 mg/dia de prednisona ou equivalente, por um período ≥ 14 dias ou em pulsoterapia com metilprednisolona;
- Insuficiência renal crônica não dialítica, com TFG ≥ 30 mL/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

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 ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 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"/>	Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (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; fistulas 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 congênicas no adulto	Cardiopatias congênicas 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, resssincronizadores, 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) ≥ 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 ≥ 65 anos, sem comorbidades

Grupo 5: indivíduos com imunossupressão de baixo grau, idade ≥ 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 ≤ 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/SESAU 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/SESAU Campo Grande



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. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

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 (covid-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. 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/April/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-contr-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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 13/2023, sobre Orientações sobre a estratégia e operacionalização da coleta de amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swab combinado (nasal/oral) para diagnóstico laboratorial dos vírus respiratórios, no contexto da vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG) e da vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-13-2023-cgvd-dimu-svsa-m/view>

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.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. MINISTÉRIO, DA S. Informe Técnico nº 1 /2020.

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 (expediente)

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/>

Governador do Estado de Mato Grosso do Sul	Eduardo Riedel
Secretário de Estado de Saúde	Maurício Simões Corrêa
Secretária Adjunta de Estado de Saúde	Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves
Superintendente de Vigilância em Saúde	Larissa Domingues Castilho
Coordenadoria de Emergências em Saúde Pública	Karine Barbosa
Gerência Técnica de Influenza e Doenças Respiratórias	Lívia de Mello Almeida Maziero

Elaboração	Antônio Felipe Monge
	Grazielli Rocha Romera
	Lívia de Mello Maziero
	Naira Rocha Chaves
	Valdir Escandolhero