

## NOTA TÉCNICA Nº 01/SVS/SAB/SMSA

### ASSUNTO: NOVA DEFINIÇÃO DE CASO E PROCEDIMENTOS PARA NOTIFICAÇÃO, REGISTRO E COLETA DE AMOSTRAS NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA PARA COVID-19 E SÍNDROME GRIPAL (SG) E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG).

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2020 (disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/guia-de-vigilancia-2020.pdf>) novas definições de caso foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando orientar a vigilância da infecção humana pelo novo Coronavírus além do monitoramento da circulação dos vírus da Influenza A, B e Vírus Sincial respiratório (VRS).

A Superintendência de Vigilância em Saúde e a Superintendência de Atenção Básica municipal, passam a adotar para fins de vigilância (notificação e coleta de amostras) e atenção à saúde (identificação, atendimento e acompanhamento de casos) as novas definições de casos descritas a seguir.

#### 1 - DEFINIÇÕES OPERACIONAIS PARA CASOS SUSPEITOS (atualizado em 03/04/2020)

**1.1 – Síndrome Gripal (SG):** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

- Em crianças: Considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em Idosos: A febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

**1.2- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):** síndrome gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax Ou saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

- Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Todos os casos que se enquadrem na definição SRAG deverão ter coletadas amostras para exame laboratorial

#### 1.3 – Definição Operacional para fins de realização de coleta de exames em casos com Síndrome Gripal (SG):

Terão coletadas amostras para exame laboratorial dos casos com SG que se enquadrem nos seguintes cenários epidemiológicos:

- a. **Situação 1 – VIAJANTE:** pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E com histórico de viagem para país/área com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias;
- b. **Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO:** Pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias;

- c. **Situação 3 - CONTATO DOMICILIAR:** Pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias **E** que apresente febre **OU** pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.
- d. **Situação 4 – com condições clínicas de risco para o desenvolvimento de complicações independentemente da história epidemiológica.**  
São consideradas condições clínicas de risco:
1. Pessoas com 60 anos ou mais;
  2. Cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados, revascularizados, portadores de arritmias, Hipertensão arterial sistêmica descompensada);
  3. Pneumopatas graves ou descompensados (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);
  4. Imunodeprimidos;
  5. Doentes renais crônicos em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
  6. Diabéticos;
  7. Gestantes;
  8. Pessoas com obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC  $\geq$  40 em adultos).
  9. Crianças menores de 5 anos\*

\*Em crianças menores de 5 anos: orienta-se priorizar a coleta de amostras para investigação laboratorial de coronavírus (SARS-CoV-2), vírus Influenza A e B e Vírus Sincicial Respiratório (VSR).

## 2- NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DOS CASOS SUSPEITOS

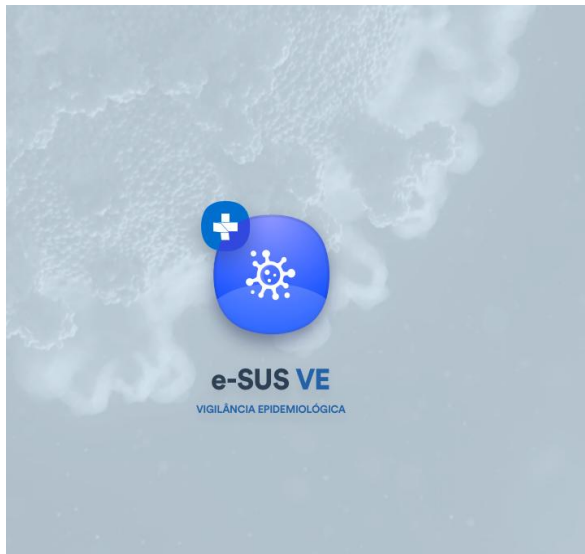
Todos os casos de SG e de SRAG (hospitalizados ou óbitos), independente da hospitalização, que atendam as definições de casos deverão ser NOTIFICADOS.

Todos os profissionais e instituições de saúde do setor público e privado, em todo o território nacional são os responsáveis pela notificação dos casos, segundo a legislação vigente em todo o território nacional.

As notificações devem ser realizadas e registradas no sistema de informação dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou de óbito.

Os casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e -SUS VE (disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/login>)

Para ter acesso ao Sistema de notificação e-SUS VE o profissional deve realizar seu cadastro utilizando seus dados pessoais e número do CNES no endereço eletrônico <https://notifica.saude.gov.br/login>. O profissional notificador deverá criar acesso para o e-SUS VE.



### 3 – PROCEDIMENTO A SER ADOTADO NOS CASOS QUE ATENDEM A DEFINIÇÃO OPERACIONAL PARA FINS DE REALIZAÇÃO DE COLETA DE EXAMES EM CASOS COM SÍNDROME GRIPAL (SG):

Casos que atendam os critérios descritos no item 1.3 (a, b, c, e d) além de serem incluídos no sistema e-SUS VE pela Unidade de Saúde, devem **ter a ficha de notificação/investigação** (anexo 1) devidamente e preenchida, e deverão ser encaminhadas **IMEDIATAMENTE** para a vigilância epidemiológica através de mensagem de WhatsApp (99142-3848/98117-1370/9917-40867) ou por e-mail ([dat.epidemiologia@gmail.com](mailto:dat.epidemiologia@gmail.com)).

### 4. ACOMPANHAMENTO DO CASO:

Na notificação de um caso suspeito de COVID-19, todas as medidas de prevenção devem ser adotadas, entre elas a medida de isolamento conforme a Portaria nº 356 de 11 de março de 2020.

A medida de isolamento objetiva a separação de pessoas sintomáticas ou assintomáticas em investigação clínica e laboratorial de maneira a evitar a propagação da infecção e transmissão local. O prazo máximo para o isolamento é de 14 (quatorze) dias, deve abranger os contatos próximos, e deverá ocorrer no domicílio.

Quando o notificador for o médico, ele deve preencher o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente”, conforme estabelecido pela Portaria nº356 de 11 de março de 2020 em seu Art.3º, **“§ 4º a determinação da medida de isolamento por prescrição médica deverá ser acompanhada do termo de consentimento livre e esclarecido do paciente, conforme modelo estabelecido no anexo I”** (Anexo 2 deste documento).

Quando o notificador for outro profissional de saúde, a medida de isolamento por recomendação do agente de vigilância epidemiológica (que pode ser os profissionais de nível superior da ESF) ocorrerá no curso da investigação epidemiológica e abrangerá somente os casos de contactantes próximos a pessoas sintomáticas ou portadoras assintomáticas, e deverá ocorrer em domicílio. Conforme a Portaria nº356 de 11 de março de 2020, em seu Art.3, **“§ 7º a medida de isolamento por recomendação será feita por meio da**

**notificação expressa à pessoa contactantes, devidamente fundamentada, observado o modelo previsto no Anexo 3.**

Todos os pacientes notificados como caso suspeito de infecção humana pelo COVID-19, que receberam a notificação de isolamento deverão ser monitorados pela ESF por contato telefônico preferencialmente a cada 48 horas até o fim do período de isolamento domiciliar. Caso seja necessário o acompanhamento presencial, realizar visita no domicílio do paciente, sempre que possível, conforme descrito no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 6, disponível em [file:///C:/Users/HP/Downloads/20200327\\_ProtocoloManejo\\_ver06\\_Final.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/20200327_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf).

Informamos que todos os casos serão acompanhados também por uma equipe de apoio psicossocial da Secretaria Municipal de Saúde, portanto é importante o número de telefone para contato com cada caso notificado.

No Anexo 4 temos um resumo dos procedimentos a serem adotados.

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS :**

Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus, 2019. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 03/04/2020.

# ANEXO 1

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS CONFORME DEFINIÇÃO DE CASO - FRENTE

Secretaria Municipal  
de Saúde - SMSA



Nº

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO PARA CASOS SUSPEITOS DE NOVO CORONAVÍRUS (2019-nCoV)

#### 1 - DEFINIÇÕES DE CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO SARS-COV-2 NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA:

a. **Situação 1 – VIAJANTE:** pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, irradiação intercostal e dispnéia) E com histórico de viagem para país/área com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias.

b. **Situação 2 - CONTATO PRÓXIMO:** Pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, irradiação intercostal e dispnéia) E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

#### 2 - DEFINIÇÕES DE CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO SARS-COV-2 NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA:

a. **Situação 3 – CONTATO DOMICILIAR:** Pessoa que mantenha contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O<sub>2</sub> < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, irradiação intercostal e dispnéia). Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/cefaléia, dor de cabeça, caiafas, manchas vermelhas pelo corpo, glânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)
Notificação Individual	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8	Código	
	9	Nome do Paciente		10	Data de Nascimento	
	11	10 (ou) Idade	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante
	13	Etnia/Raça		14	Escolaridade	
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	19	Código (IBGE)
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número		23	Complemento (apto., casa, ...)	
	24	Geo campo 1		25	Geo campo 2	
	26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona	
Dados Clínicos	30	Pais (se residente fora do Brasil)		31	Sintomas apresentados	
	32	Data dos primeiros sintomas		33	Sinais clínicos observados	
	34	Morbidades prévias		35	Outros - Especificar:	

## ANEXO 1 - Continuação

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS CONFORME DEFINIÇÃO DE CASO - VERSO

Dados Clínicos	35 Paciente foi hospitalizado? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe	36 Nome do Hospital	37 Data da Internação	
	38 Situação de saúde do paciente no momento da notificação: 1 - Óbito 2 - Cura 3 - Sintomático 4 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	39 Foi realizada a coleta de amostra do paciente? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	40 Material coletado 1 - SNF 2 - ANF 3 - Ignorado	41 Data da Coleta	
Dados de exposição e viagens	42 Paciente tem histórico de viagem para fora do Brasil até 14 dias antes do início dos sintomas? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	43 O paciente teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito, provável ou confirmado de Novo Coronavírus (2019-nCoV)? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	44 Estive em alguma unidade de saúde nos 14 dias antes do início dos sintomas? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
	45 Ocupação do caso suspeito: <input type="checkbox"/> Profissional de saúde <input type="checkbox"/> Estudante da área de saúde <input type="checkbox"/> Profissional de laboratório		46 Teve contato próximo com animais em áreas afetadas? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Trabalha em contato com animais <input type="checkbox"/> Outros, Especificar: _____			
<b>Conclusão</b>				
Conclusão	47 Data da Investigação	48 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	49 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	
	Local Provável da Fonte de Infecção			
	50 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado	51 UF	52 País	
	53 Município	Código (IBGE)	54 Distrito	55 Bairro
	56 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - óbito pelo agravo notificado 3 - óbito por outras causas 9 - Ignorado		
58 Data do óbito	59 Data do Encerramento			
<b>Informações complementares e observações</b>				
Observações adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Telefone do notificador ou unidade notificadora		E-mail do notificador ou unidade notificadora	

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE



Prefeitura de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ (paciente), RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de ISOLAMENTO a que devo ser submetido, com data de início em \_\_\_\_\_, e previsão de término em \_\_\_\_\_. Ciente de que o local de cumprimento da medida será \_\_\_\_\_, situado(a) no endereço \_\_\_\_\_. Estou ciente das possíveis consequências do não cumprimento da medida, regulamentada na Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

Boa Vista - RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dados do responsável legal, quando for necessário:

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº \_\_\_\_\_

Dados do médico:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

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

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Baseado na Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

## ANEXO 3

### NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO



Prefeitura de Boa Vista  
Secretaria Municipal de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde

#### NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

O(A) Senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa prevenir a dispersão do vírus COVID-19, conforme regulamentado na Portaria N° 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde.

Data de início: \_\_\_\_\_

Previsão de término: \_\_\_\_\_

Fundamentação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Local de cumprimento da medida (domicílio): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do profissional da vigilância epidemiológica: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Boa Vista - RR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa notificada: \_\_\_\_\_

Ou

Nome e assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_

Baseado na Portaria N° 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).



## ANEXO 4

### RESUMO DOS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS PELOS PROFISSIONAIS

