



PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Orlando Maurício dos Santos n 222 3º andar Bairro Senador Valadares
Pará de Minas/ MG – CEP:35661-034 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5829

Pará de Minas, 25 de agosto de 2020

Nota Informativa nº 30/2020

Responsáveis: Wagner Magesty Silveira– Secretário Municipal de Saúde e Comissão Técnica de Enfrentamento ao COVID-19.

Assunto: Revoga a Nota Informativa 29/2020.

Acrescenta indivíduos acompanhados pela EMAD-COVID19, situações clínicas especiais e idosos sintomáticos, e profissionais de saúde e de segurança pública sintomáticos para coleta de amostra laboratorial (RT-PCR).

Considerando a Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 nº 06/2020, publicado em 20 de Julho de 2020.

- Os testes de Biologia molecular (PCR em tempo real) permitem identificar a presença do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 10º dia de início dos sintomas. Tem por objetivo diagnosticar casos graves internados e casos leves, com condições clínicas especiais. Segundo a Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, a detecção do vírus por RT-PCR (reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa) deve ser realizado entre o 3º e 7º dia da doença, preferencialmente, podendo ser realizado até o 10º dia.

GRUPOS PARA TESTAGEM

- Os testes têm como populações-alvo, EXCLUSIVAS, indivíduos com condições clínicas específicas, descritas no quadro abaixo, e profissionais de saúde e de segurança pública **SINTOMÁTICOS** que apresentem **SÍNDROME GRIPAL**.
- Para conceito de Síndrome Gripal:** Considera-se indivíduo que apresente tosse, dor de garganta ou coriza seguido ou não de: anosmia (disfunção olfativa), ageusia (disfunção gustatória), coriza, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e cefaléia.

QUADRO 1 – CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A TESTAGEM COM RT-PCR

- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Miocardopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardopatia isquêmica etc.);
- Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- Obesidade - IMC \geq 40;
- Imunodepressão;
- Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- Neoplasia maligna;
- Gestação de alto risco.

REALIZAÇÃO DOS TESTES RT-PCR

- É necessário que ele seja realizado do 3º ao 8º dia do início dos sintomas, podendo ser até o 10º dia.
- As coletas serão realizadas no domicílio pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar EMAD-Covid 19.

SOLICITAÇÃO DO TESTE

- Para a realização da coleta faz-se necessário o preenchimento da ficha de registro individual do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe – SIVEP Gripe (Anexo I). Esta ficha deve ser entregue, junto com a amostra, no laboratório localizado na UPA-24h.
- A coleta deve ser agendada de segunda a quinta-feira no turno da manhã.

NOTIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

- É imprescindível que se registre o resultado individual de todos os testes. Os resultados, negativos ou positivos, devem ser notificados no sistema ESUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>). Essas informações são essenciais para monitoramento da epidemia no Brasil.

As informações mais atualizadas sobre a pandemia estarão disponíveis nos links da Secretaria de Saúde (<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>) e do (<http://coronavirus.saude.gov.br/>).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19 Brasília – DF. Junho de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença do Coronavírus 2019. No prelo.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atualização Técnica ao Protocolo de Infecção Humana pelo SARS-COV-2 nº 06/2020. 20 de Julho de 2020.



Wagner Magesty Silveira
Secretário Municipal de Saúde

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos).

Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação: _____		2	Data de 1 ^{os} sintomas _____		
3	UF: _____	4	Município: _____		Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____			Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	6 CPF do cidadão: _____					
	7 Nome: _____			8	Sexo: <input type="checkbox"/> 1-Masc. 2-Fem. 9-Ign	
	9 Data de nascimento: _____		10 (Ou) Idade: _____		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano _____		1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre	
	12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não		
	13 Se indígena, qual etnia? _____			6-Não se aplica 9-Ignorado		
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série) 3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado						
15 Ocupação: _____			16 Nome da mãe: _____			
Dados de residência	17 CEP: _____					
	18 UF: _____	19 Município: _____		Código (IBGE): _____		
	20 Bairro: _____		21 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		22 Nº: _____	
	23 Complemento (apto, casa, etc...): _____			24 (DDD) Telefone: _____		
	25 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			26 País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign					
	28 Se sim: Qual país? _____		29 Em qual local? _____			
	30 Data da viagem: _____		31 Data do retorno: _____			
	32 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado					
	35 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 _____					
	36 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica <input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica <input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica <input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____ <input type="checkbox"/> Outros _____					
	37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			38 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 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)					

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento _____
	42	Houve internação? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: _____	44	UF de internação: _____
	45	Município de internação: _____			Código (IBGE): _____	
	46	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): _____	
	47	Internado em UTI? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: _____	49	Data da saída da UTI: _____
	50	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: _____
	53	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			54	Data da tomografia: _____
55	Coletou amostra <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	56	Data da coleta: _____	57	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	58	Nº Requisição do GAL: _____			59	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: <input type="checkbox"/> 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico
	60	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _____			61	Resultado da Teste antigênico: <input type="checkbox"/> 1-positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
	62	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____			Código (CNES): _____	
	63	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 Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Resultado da RT- PCR/outra método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			65	Data do resultado RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____
	66	Agente Etiológico - RT-PCR/outra 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-Victória 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovírus <input type="checkbox"/> Bocavírus <input type="checkbox"/> Rinovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	67	Laboratório que realizou RT-PCR/outra método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): _____	
68	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			69	Data da coleta: _____	
70	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: <input type="checkbox"/> 1-Teste rápido 2-Elisa 3- Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____			71	Data do resultado: _____	
Conclusão	72	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			73	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> 1- Laboratorial 2- Clínico Epidemiológico 3- Clínico 4- Clínico-Imagem
	74	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado			75	Data da alta ou óbito: _____
	76	Data do Encerramento: _____				
77	Número D.O: _____					
78	OBSERVAÇÕES:					
79	Profissional de Saúde Responsável: _____			80	Registro Conselho/Matrícula: _____	