



ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SARS-COV-2 N° 02/2020 – 23/03/2020

DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS E FLUXOS DE TESTAGEM LABORATORIAL E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

Observação inicial: O andamento da pandemia é extremamente dinâmico e estas orientações podem mudar de acordo com novas condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

1. **DEFINIÇÕES DE CASOS OPERACIONAIS (LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS E NO BRASIL):**

● CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Situação 1 – Pessoa que, nos últimos 14 dias, apresente:

- Febre¹ 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 O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

Situação 2 – CONTATO PRÓXIMO: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve histórico de contato próximo de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E 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 O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia)

● CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

Situação 3 – CONTATO DOMICILIAR: pessoa que, nos últimos 14 dias, resida ou trabalhe no domicílio de caso suspeito ou confirmado para COVID-19 E 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 O₂ < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) OU
- Outros sinais e sintomas inespecíficos como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náusea, vômito, desidratação e inapetência

● CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

LABORATORIAL: caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo *Charité*.

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

● CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)



Caso que se enquadre na definição de suspeito E apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV2 OU confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

- **CASO EXCLUÍDO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante do aumento de registros na base de dados do FORMSUS2, serão classificados como excluídos aqueles que apresentarem duplicidade OU que não se enquadram em uma das definições de caso acima.

- **CASO CURADO DA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)**

Diante das últimas evidências compartilhadas pela OMS e países afetados, o Ministério da Saúde define que são curados:

- Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão assintomáticos.
- Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica. Observação: a liberação do paciente deve ser definida de acordo com a equipe de saúde responsável.

Obs: Definições de caso operacionais para a vigilância em saúde pública não são definições clínicas. Os médicos podem identificar situações em que a avaliação clínica pode ser levada em consideração e a sua decisão deve ser registrada na ficha de notificação e no prontuário do paciente.

- ¹⁻ **Febre:** Considera-se febre aquela acima de 37,8° C. Alerta-se que a febre pode não estar presente em alguns casos, como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na Ficha de Notificação.

2. COLETA DE EXAMES LABORATORIAS

Amostra de secreção de oro/nasofaringe (swab combinado): 1 kit com meio de transporte viral, contendo 3 swabs (que devem ser inseridos no mesmo criotubo contendo meio de transporte). Deve ser coletada por profissional capacitado e devidamente paramentado.

Encaminhar para a FUNED para que seja entregue no período de 07h00min às 16h00min, inclusive sábados e domingos. **O material deverá permanecer refrigerado entre 2 e 8°C e ser entregue à Funed em até 72h após a coleta. A Funed não recebe mais amostras acondicionadas em botijão de nitrogênio.**

Obs: Se as amostras coletadas utilizarem o CRIOTUBO, será aberta exceção e poderão ser aceitas no Botijão de Nitrogênio. No entanto, as últimas remessas de kits de coleta foram tubos do tipo FALCON, que de maneira NENHUMA podem ter contato com o botijão de nitrogênio, pois não resistem à temperatura e podem ocasionar acidentes graves.

Devem ser seguidas as orientações para coleta de amostras para diagnóstico de Vírus Respiratórios, conforme Manual de Coleta, acondicionamento e transporte de material biológico para exames laboratoriais, disponível no site da Funed em: funed.mg.gov.br/fichasformularios-manuais-e-terminos-de-coleta-de-amostras.

Cadastrar no GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial) como a seguir:

- Em "Finalidade" deve-se selecionar: Investigação
- Em "Descrição" deve-se selecionar: Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS-CoV)



- Nome do Paciente: deverá vir cadastrado com a expressão COVID-19 entre parênteses após o nome do paciente no GAL. Exemplo: PACIENTE X (COVID-19).
- Em "Agravado/Doença" a opção é: Influenza/Vírus respiratórios
- A "Amostra" deve ser: **Swab**
- A "Pesquisa" a ser cadastrada é: **Coronavírus (COVID-19)**

Lembramos que todas as requisições devem ser encaminhadas para a rede na aba "triagem" no GAL.

Solicitações de kits de coleta de vírus respiratórios e COVID-19 devem ser feitas somente por e-mail: svr@funed.mg.gov.br.

Para reposição de Kit utilizado não é necessário mandar e-mail.

TRAZER CAIXA E GELOX CONGELADO PARA LEVAR KIT.

Figura 3: Situações com indicação para coleta de amostra e testagem para COVID-19 no momento atual:

Amostras provenientes de unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

TODOS os casos de SRAG hospitalizados

Profissionais de saúde sintomáticos (neste caso, se disponível, priorizar Teste Rápido e profissionais da assistência direta)

TODOS os óbitos suspeitos

Por amostragem representativa (mínimo de 10% dos casos ou 3 coletas), nos surtos de SG em locais fechados (ex: asilos, unidades do sistema prisional, hospitais, etc)

Obs: Novas unidades sentinelas serão implantadas. O detalhamento virá posteriormente em outra Nota Técnica.

3. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) assim, todo caso é de notificação compulsória **IMEDIATA**, ou seja, deve ser comunicada por profissional de saúde em até 24 horas a partir da ocorrência de casos suspeitos, conforme determina a Resolução SES/MG n. 6.532/2018.

Sendo assim, teremos situações a serem notificadas que os doentes manifestam quadro de Síndrome Gripal (SG) e outras situações que se enquadram em Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde (2019), tem-se como definições:

SÍNDROME GRIPAL: indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.

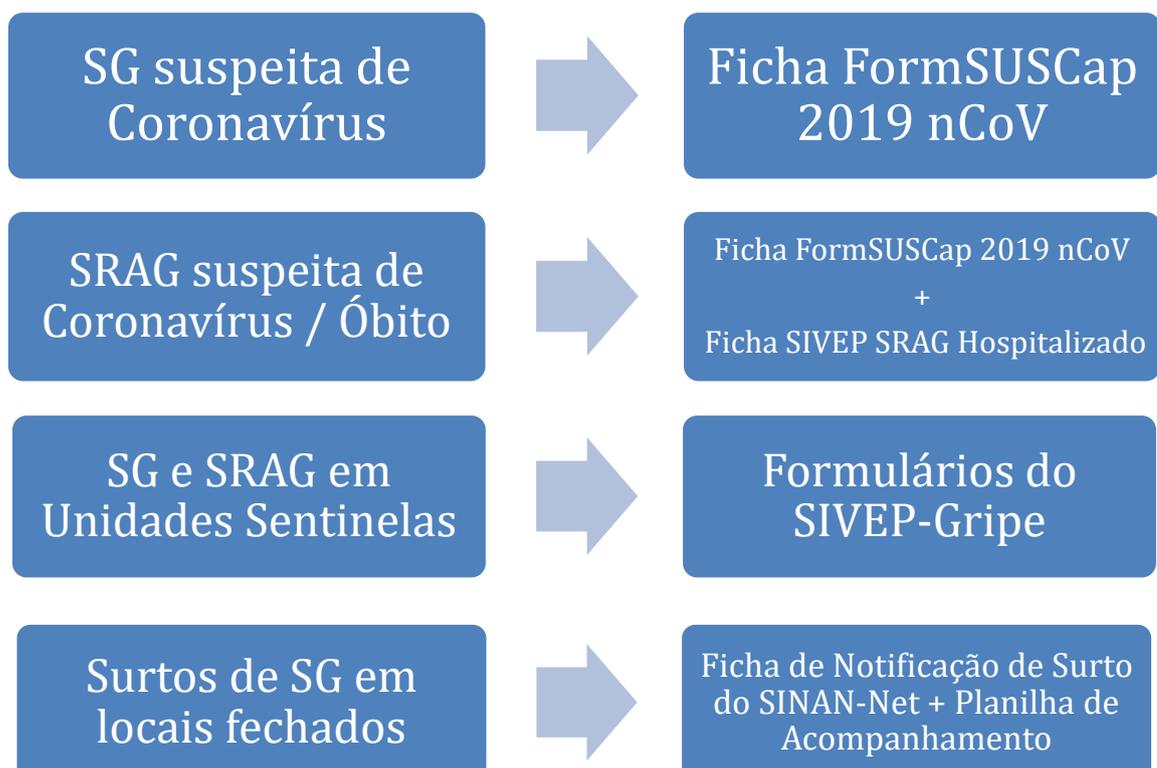


SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE: indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispnéia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório.

De acordo com a classificação de manejo clínico dos casos de Coronavírus no Protocolo Estadual (disponível em www.saude.mg.gov.br/coronavirus), os casos **LEVES** serão classificados como **Síndrome Gripal** e os casos **GRAVES e INTERNADOS** serão classificados como **Síndrome Respiratória Aguda Grave**.

No intuito de direcionar as notificações em Sistemas de Informação oficiais, a recomendação é a que segue:

- **Casos leves** de Síndrome Gripal, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no FormSUSCap 2019 nCov <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3> utilizando dados do instrumento on line.
- **Casos graves e óbitos** de Síndrome Respiratória Aguda Grave, suspeitos de COVID-19, deverão ser notificados no SIVEP-Gripe utilizando a **Ficha de SRAG Hospitalizado** (modelo de março de 2020 – em anexo) e também preencher o **FormSUSCap 2019 nCov:** <https://redcap.saude.gov.br/surveys/?s=3PRKP3CAJ3>
 - Para envio de amostras clínicas ao LACEN, deverá ser enviada junto com a amostra, a Ficha Individual de SRAG Hospitalizado.
 - Para óbitos verificar Nota Técnica específica da Diretoria de Informações Epidemiológicas
- **Unidades sentinelas:** As unidades sentinelas já existentes e as novas que serão implementadas, deverão seguir a rotina do SIVEP-Gripe, alimentando o sistema em relação a:
 - Casos individuais
 - Atendimentos de Síndrome Gripal
 - Internações
 - Coleta de amostras
- **Surto de Síndrome Gripal (SG) em comunidades fechadas** – Notificar de forma agregada no módulo de surto do SINAN Net. CID J06.





Anexo I: Ficha de Registro Individual – Casos de SRAG Hospitalizado

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE 12/03/2020	
FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO		Nº _____	
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O ₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.			
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ªs sintomas da SRAG:
3	UF: _____	4	Município: _____
		Código (IBGE): _____	
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): _____	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____		8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		11 Gestante: <input type="checkbox"/>	
13 Se indígena, qual etnia? _____		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre	
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1ª ao 3ª ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	
		6-Não se aplica 9-Ignorado	
15 Nome da mãe: _____			
16 CEP: _____			
17 UF: _____		18 Município: _____	
		Código (IBGE): _____	
19 Bairro: _____		20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	
		21 Nº: _____	
22 Complemento (apto, casa, etc...): _____		23 (DDD) Telefone: _____	
24 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		25 País: (se residente fora do Brasil) _____	
26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
27 Se sim: Qual país? _____		28 Em qual local? _____	
29 Data da viagem: _____		30 Data do retorno: _____	
31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório			
<input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____			
35 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica	
		<input type="checkbox"/> Asma	
		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica	
		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____	
36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37 Data da vacinação: _____	
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____	
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE – COES MINAS COVID-19

Dados de Atendimento	38	Usou antiviral para gripe? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	39	Qual antiviral? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	40	Data início do tratamento ____ ____ ____
	41	Houve internação? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	43	UF de internação: ____
	44	Município de internação: _____			Código (IBGE): ____ ____ ____	
	45	Unidade de Saúde de internação: _____			Código (CNES): ____ ____ ____	
	46	internado em UTI? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	47	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	48	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	49	Uso de suporte ventilatório: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	50	Raio X de Tórax: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: 6-Não realizado 9-Ignorado	51	Data do Raio X: ____ ____ ____
	52	Coletou amostra? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	53	Data da coleta: ____ ____ ____	54	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
	Dados Laboratoriais	55	Nº Requisição do GAL: _____			
56		Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	57	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
58		Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) <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: _____				
59		Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____	
60		Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	61	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
62		Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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: _____				
63	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____		
Conclusão	64	Classificação final do caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado			65	Critério de Encerramento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	66	Evolução do Caso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	67	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	68	Data do Encerramento: ____ ____ ____
69 OBSERVAÇÕES: _____ _____						
70 Profissional de Saúde Responsável: _____				71 Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____		