



**GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SAÚDE**

**NOTA INFORMATIVA N° 03/2020/DVS/SES**

**Orientações sobre nova forma de notificação dos casos suspeitos da COVID-19 (Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave).**

Considerando a PORTARIA GM N° 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020, que declara, em todo o território nacional, a transmissão comunitária do novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Considerando as novas recomendações do Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde através da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) e do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) orienta os profissionais de saúde através desta Nota Informativa quanto às mudanças na forma de notificação dos casos suspeitos da COVID-19.

Desta forma, para a notificação dos casos suspeitos de COVID-19 devem ser considerados de forma diferenciada os casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), levando em conta as definições operacionais.

**I – CONCEITOS OPERACIONAIS:**

**1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19):**

**DEFINIÇÃO 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 (MENOS DE 2 ANOS DE IDADE):** 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.





**GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SAÚDE**

**DEFINIÇÃO 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.

## **2. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19):**

**POR CRITÉRIO LABORATORIAL:** caso suspeito de SG ou SRAG com teste:

- Biologia molecular (RT-PCR em tempo real, detecção do vírus SARS-CoV2): com resultado detectável para SARS-CoV2. Amostra clínica coletada, preferencialmente até o sétimo dia de início de sintomas.

- Imunológico (teste rápido ou sorologia clássica para detecção de anticorpos para o SARS-CoV2): com resultado positivo para anticorpos IgM e/ou IgG. Em amostra coletada **após o sétimo dia de início dos sintomas.**

**POR CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** caso suspeito de SG ou SRAG com:

Histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

## **3. CASO DESCARTADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19):**

Caso suspeito de SG ou SRAG com resultado laboratorial negativo para CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2 não detectável pelo método de RT-PCR em tempo real), considerando a oportunidade da coleta **OU** confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

## **II. NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE SG e de SRAG:**

A COVID-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), segundo anexo II do Regulamento





**GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SAÚDE**

Sanitário Internacional, portanto, um evento de saúde pública de **notificação imediata**, como determina a Portaria de Consolidação N° 04, anexo V, capítulo I, seção I (<http://j.mp/portariadeconsolidacao4ms>).

Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, tem a obrigação de NOTIFICAR TODOS OS CASOS de SG e de SRAG hospitalizado ou óbito por SRAG, independente da hospitalização, em todo o território nacional. Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial.

• **NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):**

Na Atenção Primária e nas demais unidades de saúde (clínicas, consultórios, pronto atendimento, etc.): Casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS VE, onde os profissionais responsáveis pela assistência devem fazer o autocadastro e notificar através do link [www.notifica.saude.gov.br](http://www.notifica.saude.gov.br).

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) (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>).

• **NOTIFICAÇÃO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG):**

A unidade hospitalar que não possui cadastro no SIVEP-Gripe, deverá solicitar através do link <http://scpaweb-usuario.saude.gov.br/datasus-scpaweb-usuario/visao/usuario/cadastrar-usuario.jsf>.

Casos de SRAG hospitalizados e Óbitos por SRAG independente de internação devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>).

Os casos de SRAG e óbitos suspeitos de SRAG devem ter a **Ficha de Registro Individual – Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizado (ANEXO II)** enviada de forma imediata, em até 24h para o e-mail [notifica@saude.se.gov.br](mailto:notifica@saude.se.gov.br).

Casos de SRAG que evoluam para óbito em domicílio ou outras unidades de saúde não cadastradas no SIVEP-Gripe, devem notificar imediatamente ao CIEVS através do 0800 – 282 282 2 e encaminhar a **Ficha de Registro Individual – Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizado (ANEXO II)** para o e-mail [notifica@saude.se.gov.br](mailto:notifica@saude.se.gov.br).





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SAÚDE

**III. Orientações para encaminhamento de amostras para realização de RT-PCR SARS-CoV-2 de CASOS SUSPEITOS DE SG e de SRAG:**

- **Amostras de casos suspeitos de Síndrome Gripal (SG)** – Os casos de SG que tiverem indicação de coleta de *swab* combinado para realização de RT-PCR, como os colhidos nas unidades sentinelas, dos profissionais de saúde da linha de frente do enfrentamento da COVID-19 e os casos de interesse epidemiológicos, deverão ter a amostra encaminhada ao LACEN após registro no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) e acompanhadas da **Ficha do GAL** e da **Ficha de Registro Individual – Casos de Síndrome Gripal que realizaram coleta de amostra (ANEXO I)**.

As **Fichas de Registro Individual** dos profissionais de saúde deverão também ser encaminhadas de forma IMEDIATA para e-mail [notifica@saude.se.gov.br](mailto:notifica@saude.se.gov.br).

- **Amostras de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)** – Todos os casos de SRAG devem ter amostra de *swab* nasofaríngeo colhida para realização de RT-PCR, devendo esta ser encaminhada ao LACEN, após registro no GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) e acompanhadas da **Ficha do GAL** e da **Ficha de Registro Individual – Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave hospitalizado (ANEXO II)**.

Todas as **Fichas de Registro Individual dos casos de SRAG** deverão ser encaminhadas de forma IMEDIATA para e-mail [notifica@saude.se.gov.br](mailto:notifica@saude.se.gov.br).

ARACAJU-SE, 03 de abril de 2020

  
**MÉRCIA SIMONE FEITOSA DE SOUZA**

Diretora de Vigilância em Saúde



Centro Administrativo da Saúde Senador Gilvan Rocha - Avenida Augusto Franco, 3150, Bairro Ponto Novo

Aracaju/SE CEP: 49097-670



(79) 3226-8311 – (79)3225-3824



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME GRIPAL QUE REALIZARAM COLETA DE AMOSTRA

**CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):**

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

		1		Data do preenchimento: _____													
2		UF: _____	3		Município: _____												
					Código (IBGE): _____												
4		Unidade Sentinela: _____			Código (CNES): _____												
Dados do Paciente	5			Nome: _____		6		Sexo: 1-Masculino 2-Feminino  __  9-Ignorado									
	7		Data de nascimento: _____		8		(ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano  __		9		Ocupação: _____						
	10											Gestante:  __  1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado					
	11											Raça/Cor:  __  1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado					
	12											Se indígena, qual etnia? _____					
	13											Escolaridade:  __  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					
14											Nome da mãe: _____						
Dados de Residência	15											CEP: ____-____					
	16		UF: ____		17		Município: _____		Código (IBGE): _____								
	18			Bairro: _____			19			Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____			20		Nº _____		
	21					Complemento (apto, casa, etc.) _____					22		(DDD) Telefone: _____				
	23			Zona:  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			24		País: (se residente fora do Brasil) _____								
Dados Clínicos e Epidemiológicos	25											Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
	26				Data dos 1ºs Sintomas: _____				27			Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  __  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Outros _____					
	28											Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado  __  Puérpera (até 42 dias do parto)  __  Doença Cardiovascular Crônica  __  Pneumopatia Crônica  __  Síndrome de Down  __  Doença Hepática Crônica  __  Obesidade, IMC  ____   __  Diabetes <i>mellitus</i>  __  Doença Neurológica Crônica  __  Outros _____  __  Imunodeficiência/Imunodepressão  __  Doença Renal Crônica _____					
	29			Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses) 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			30		Nº de doses 1-1 dose 2-2 doses  __		31			Data da última dose ____ ____ ____			

Atendimento	32	Uso de antiviral:  __  1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	33	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	34	Data da coleta: _____	35	Tipo de amostra:  __  1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	36 Nº Requisição do GAL: _____			
	<b>IFI</b>			
	37	Resultado  __  1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	38	Data do resultado ____ ____ ____
	39 Agente Etiológico			
	Influenza:  __  1- Influenza A 2- Influenza B Outros vírus respiratórios: (marcar X)  __  VRS  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Adenovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	40 Laboratório: _____		Código (CNES): _____	
Dados Laboratoriais	<b>RT-PCR</b>			
	41	Resultado  __  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	42	Data do resultado ____ ____ ____
	43 Agente Etiológico			
	Influenza:  __  1- Influenza A 2- Influenza B Se Influenza A, subtipo:  __  1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ Outros vírus respiratórios: (marcar X)  __  SARS-CoV-2  __  VRS  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Parainfluenza 4  __  Adenovírus  __  Metapneumovirus  __  Bocavirus  __  Rinovirus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____			
44 Laboratório: _____		Código (CNES): _____		
Conclusão	45 Classificação final do caso  __  Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza  __   __  (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado		46 Data do Encerramento ____ ____ ____	
	47 Observações:			
48 Profissional de Saúde Responsável: _____		49 Registro Conselho/Matrícula: _____		



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

**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<sub>2</sub> < 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 1ºs sintomas:	
3	UF:	4	Município:	Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:			Código (CNES):	
Dados do Paciente	6 CPF do cidadão: _____				
	7 Nome: _____			8 Sexo:  __  1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
	9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade:  __   __   __	11 Gestante:  __	
			1-Dia 2-Mês 3-Ano  __	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre	
	12 Raça/Cor:  __  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:  __  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				
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:  __  1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado			26 País: (se residente fora do Brasil) _____	
	27 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas?  __  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?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
33 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
34 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
Dados Clínicos e Epidemiológicos	35 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	__  Febre  __  Tosse  __  Dor de Garganta  __  Dispneia  __  Desconforto Respiratório				
	__  Saturação O <sub>2</sub> < 95%  __  Diarreia  __  Vômito  __  Outros _____				
	36 Possui fatores de risco/comorbidades?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	Se sim, qual(is)? (Marcar X)				
	__  Puérpera (até 45 dias do parto)	__  Doença Cardiovascular Crônica	__  Doença Hematológica Crônica		
	__  Síndrome de Down	__  Doença Hepática Crônica	__  Asma		
	__  Diabetes <i>mellitus</i>	__  Doença Neurológica Crônica	__  Outra Pneumopatia Crônica		
	__  Imunodeficiência/Imunodepressão	__  Doença Renal Crônica	__  Obesidade, IMC  ____		
	__  Outros _____				
37 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?			38 Data da vacinação:		
__  1-Sim 2-Não 9-Ignorado			_____		
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado			Se sim, data: _____		
a mãe amamenta a criança?  __  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)					

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral?  __  1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____ ____ ____
	42	Houve internação?  __  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?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	49	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	50	Uso de suporte ventilatório:  __  1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax:  __  1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: ____ ____ ____
	53	Coletou amostra?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da coleta: ____ ____ ____	55	Tipo de amostra:  __  1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	56	Nº Requisição do GAL: _____				
	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular:  __  1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	59	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza?  __  1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X)  __  Vírus Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Adenovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular:  __  1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	63	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza?  __  1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo?  __  1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem?  __  1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus?  __  1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X)  __  SARS-CoV-2  __  Vírus Sincial Respiratório  __  Parainfluenza 1  __  Parainfluenza 2  __  Parainfluenza 3  __  Parainfluenza 4  __  Adenovírus  __  Metapneumovírus  __  Bocavírus  __  Rinovírus  __  Outro vírus respiratório, especifique: _____				
64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____			Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		
Conclusão	65	Classificação final do caso:  __  1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5- COVID-19			66	Critério de Encerramento:  __  1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clinico
	67	Evolução do Caso:  __  1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	68	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	69	Data do Encerramento: ____ ____ ____
70	OBSERVAÇÕES:					
71	Profissional de Saúde Responsável: _____			72	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____	