PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O ENFRENTAMENTO DA INFLUENZA E CORONAVÍRUS (SRAG) NO MUNICÍPIO DE ABELARDO LUZ (SC) - 2020

Reformulado em:

Prefeito Municipal: Jorge Piccinin.

Secretária Municipal de Saúde: Sandra Mara de Souza.

Coordenadora da Vigilância Epidemiológica: Rosane A. G. Lins Ribeiro.

Coordenadora da Atenção Básica: Luciane Lorenset Vedovatto.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO....3
1.1 INFLUENZA (H1N1, H3N2)....3
1.1.1 Descrição....3
1.1.2 Agente Etiológico....3
1.1.3 Modo de Transmissão....4
1.1.4 Período de Incubação....4
1.1.5 Período de Transmissibilidade....4
1.1.6 Manifestações Clínicas....5
1.1.7 Diagnóstico clínico....6
1.1.8 Diagnóstico laboratorial....6
1.1.9 Diagnóstico diferencial....7
1.1.10 Tratamento....8
1.1.11 Definição de Caso....10
1.1.11.1 Vigilância sentinela....10
1.1.11.2 Vigilância universal de SRAG....10
1.1.11.3 SRAG confirmado para influenza ou outro vírus respiratório....10
1.1.11.4 Vigilância de surto de SG....10
1.1.11.5 Critério de confirmação de agente etiológico em um surto de SG....11
1.1.11.6 Critério de descarte de agente etiológico em um surto de SG....11
1.1.12 Notificação....11
1.1.13 Investigação....12
1.1.14 Imunização....13
1.2 CORONA VIRUS (COV)....15
1.2.1 Agente Etiológico....15
1.2.2 Período de Incubação....15
1.2.3 Transmissão....15
1.2.4 Período de Transmissibilidade....16
1.2.5 Manifestações Clínicas....16
1.2.6 Diagnóstico Diferencial....16
1.2.7 Diagnóstico Laboratorial....16
1.2.8 Tratamento....17
1.2.9 Definição de Caso....17
1.2.9.1 Caso suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....17
1.2.9.2 Caso provável de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....17
1.2.9.3 Caso confirmado de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....18
1.2.9.4 Caso descartado de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....18
1.2.9.5 Caso excluído de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....18
1.2.9.6 Caso curado de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)....18
1.2.10 Definições....18
1.2.11 Casos a serem coletados e notificados:....19
1.2.12 Notificação de Casos....20
1.2.13 Coleta de exames....21
1.2.13.1 Amostras Pós-óbito....22
1.2.13.2 Aspirado da Nasofaringe:....22
1.2.13.3 Fragmento de tecidos (material post-mortem):....23
1.3 OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA....24
2. RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS....25

2.1 ESF I UBS VEREADOR ARCY ROMANO.....25
2.2 ESF II – UNIDADE BÁSICA AMANTINO SOARES BORGES (INTERIOR).....25
2.3 ESF III UBS IRMA AUGUSTA (INTERIOR).....25
2.4 ESF IV UBS MARLENE AGHETA PICCININ.....26
2.5 ESF V CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO.....26
2.6 ESF VI CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO.....26
2.7 ESF VII UBS MAURILIA BENITES (INTERIOR).....27
2.8 ESF VIII CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO.....27
2.9 HOSPITAL ROGACIONISTA EVANGÉLICO.....27
2.10 NÍVEIS DE ATIVAÇÃO.....27
2.11 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS SETORES DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE.....28
2.12 ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....29
3. AÇÕES E ATIVIDADES.....30
3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....30
3.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....31
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....32
3.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....33
3.5 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....33
3.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....34
3.7 LOGÍSTICA.....34
4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....35
4.1 ARTICULAÇÃO PARA MOBILIZAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OUTRAS SECRETARIAS E A IMPRENSA LOCAL/REGIONAL.....35
4.2 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS.....35
4.3 ATIVIDADES VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO.....35
5. RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS – NA EPIDEMIA.....36
6. CONDUTA CLÍNICA NOS ATENDIMENTOS DE PACIENTES SUSPEITOS.....37
6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....37
6.1.1 Síndrome Gripal SRAG (INFLUENZA E CORONAVÍRUS).....37
6.1.2 Condutas.....39
6.2 CONSULTA MÉDICA SÍNDROME GRIPAL (SG).....39
6.3 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG).....39
6.3.1 Atendimento Hospitalar.....40
7. MEDICAÇÕES, EXAMES E MATERIAIS PARA PROTEÇÃO DA EQUIPE E PACIENTE.....41
REFERÊNCIAS.....42
ANEXOS.....43

1. INTRODUÇÃO

O Plano de Contingência da Secretaria Municipal de Saúde de Abelardo Luz (SC) para COVID- 19 e INFLUENZA visa minimizar o impacto na Saúde Pública provocado pela possível introdução do vírus em território municipal, bem como orientar os profissionais de saúde a identificar os possíveis casos suspeitos e realizar o adequado manejo e as medidas de prevenção e orientação à população em geral. O mesmo segue as diretrizes do Ministério da Saúde e pode sofrer alterações no decorrer do tempo.

Neste documento, serão definidas as responsabilidades de cada esfera da assistência em saúde do Município e estabelecida uma organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas à circulação dos vírus, visando integralidade das ações na prevenção e monitoramento das doenças, bem como na assistência à saúde da população.

As ações a serem implantadas devem promover a assistência adequada ao paciente, vigilância epidemiológica sensível e oportuna, bem como ações de comunicação. Essas diretrizes têm por objetivo auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e na redução da morbimortalidade por esta doença.

As equipes do Sistema Único de Saúde desenvolvem diversas atividades de rotina, que dão sustentação às ações que serão aplicadas no Plano de Contingência.

1.1 INFLUENZA (H1N1, H3N2)

1.1.1 Descrição

A influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório que tem distribuição global e elevada transmissibilidade. Classicamente, apresenta-se com início abrupto de febre, mialgia e tosse seca. Em geral, tem evolução autolimitada, de poucos dias. Sua importância deve-se ao seu caráter epidêmico, caracterizado por disseminação rápida e marcada morbidade nas populações atingidas.

1.1.2 Agente Etiológico

A doença é causada pelos vírus Influenza da família dos Ortomixovirus. São vírus RNA de hélice única e subdividem-se em três tipos: A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica. Os dois primeiros, principalmente os vírus influenza A, são altamente

transmissíveis e mutáveis, causando maior morbidade e mortalidade e, por isto, merecem destaque em saúde pública.

Os vírus da influenza A são classificados de acordo com os tipos de proteína que se localizam em sua superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). A proteína H está associada a infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica, enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas. Nos vírus influenza A humanos estão caracterizados três subtipos de hemaglutinina imunologicamente distintos (H1, H2 e H3) e duas neuraminidases (N1 e N2).

A nomenclatura dos vírus influenza definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui o tipo de vírus influenza, a localização geográfica onde o vírus foi isolado pela primeira vez, o número de série que recebe no laboratório, o ano do isolamento e, entre parênteses, a descrição dos antígenos de superfície do vírus, ou seja, da hemaglutinina e da neuraminidase. Por exemplo, A/Sydney/5/97(H3N2).

1.1.3 Modo de Transmissão

A influenza é uma doença respiratória transmitida por meio de gotículas (< 10 μl) expelidas pelo indivíduo doente ao falar, espirrar e tossir. Em surtos, há evidências de disseminação aérea por gotículas em aerossol. A transmissão também pode ocorrer por contato direto ou indireto com secreções nasofaringeanas, destacando-se aqui a importância da lavagem adequada das mãos no controle desta doença. Apesar da transmissão inter-humana ser a mais comum, já foi documentada a transmissão direta do vírus para o homem, a partir de aves e suínos.

1.1.4 Período de Incubação

Em geral, de um a quatro dias.

1.1.5 Período de Transmissibilidade

Um indivíduo infectado pode transmitir o vírus desde dois dias antes até cinco dias após o início dos sintomas.

1.1.6 Manifestações Clínicas

Clinicamente, a doença inicia-se com a instalação abrupta de febre alta, em geral acima de 38ºC, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, calafrios, dor de cabeça e tosse seca. A febre é, sem dúvida, o sintoma mais importante e perdura em torno de três dias. Os sintomas sistêmicos são muito intensos nos primeiros dias da doença. Com a progressão desta, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantém-se em geral por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. É comum a queixa de garganta seca, rouquidão, tosse seca e queimação retro-esternal ao tossir. Os pacientes apresentam a pele quente e úmida, olhos hiperemiados e lacrimejantes. Há hiperemia das mucosas, com aumento de secreção nasal hialina.

O quadro clínico em adultos sadios pode variar de intensidade. Nas crianças, a temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o achado de aumento dos linfonodos cervicais. Quadros de bronquite ou bronquiolite, além de sintomas gastrointestinais, também podem fazer parte da apresentação clínica em crianças. Os idosos quase sempre se apresentam febris, às vezes sem outros sintomas, mas em geral a temperatura não atinge níveis tão altos.

As complicações são mais comuns em idosos e indivíduos debilitados. As situações sabidamente de risco incluem doença crônica pulmonar (asma e doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC), cardiopatias (insuficiência cardíaca crônica), doença metabólica crônica (diabetes, por exemplo), imunodeficiência ou imunodepressão, gravidez, doença crônica renal e hemoglobinopatias.

As complicações pulmonares mais comuns são as pneumonias bacterianas secundárias, sendo mais freqüentes as provocadas pelos seguintes agentes infecciosos: Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus e Haemophillus influenzae. Uma complicação incomum, e muito grave, é a pneumonia viral primária pelo vírus da influenza. Nos imunocomprometidos, o quadro clínico é geralmente mais arrastado e muitas vezes mais grave. Gestantes com quadro de influenza no segundo ou terceiro trimestres da gravidez estão mais propensas à internação hospitalar.

Dentre as complicações não-pulmonares em crianças, destaca-se a síndrome de Reye, que também está associada aos quadros de varicela. Esta síndrome caracteriza-se por encefalopatia e degeneração gordurosa do fígado, após o uso do ácido acetilsalicílico, na vigência de um destes dois quadros virais. Recomenda-se, portanto, que não sejam utilizados medicamentos do tipo ácido acetilsalicílico em crianças com síndrome gripal ou varicela.

Outras complicações incluem miosite, miocardite, pericardite, síndrome do choque

tóxico, síndrome de Guillain-Barré e, mais raramente, encefalite e mielite transversa.

1.1.7 Diagnóstico clínico

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como SG. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

1.1.8 Diagnóstico laboratorial

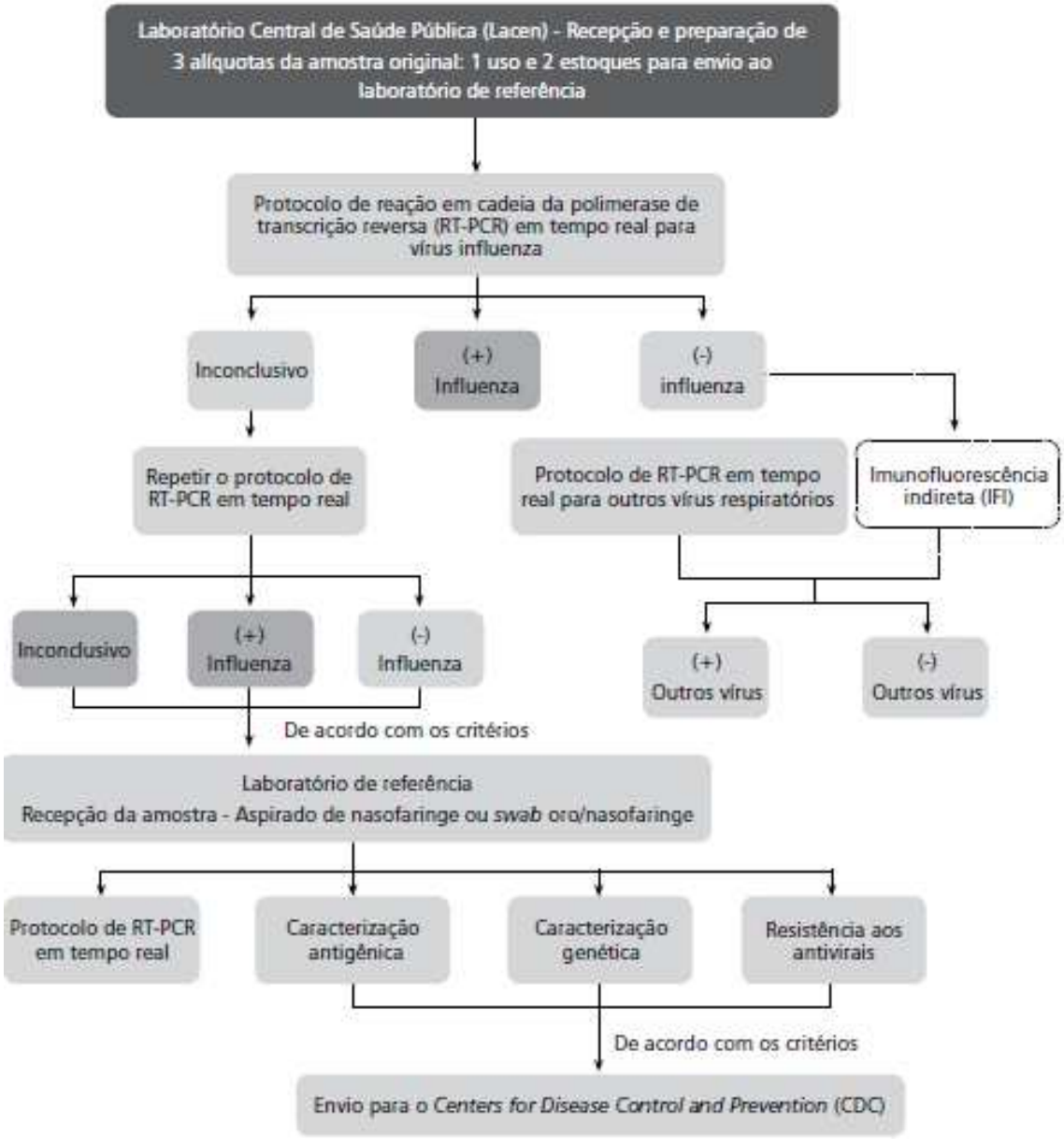
A amostra clínica preferencial é a secreção da nasofaringe (SNF). Considerando a influenza sazonal, o período para coleta é preferencialmente entre o 3º e o 7º dia após o início dos primeiros sintomas. Nos casos de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG a coleta deve ser realizada independente do dia de início dos sintomas, incluindo os casos em unidade de terapia intensiva (UTI). O diagnóstico laboratorial pela pesquisa de vírus da influenza é um dos componentes da vigilância de influenza, a qual se baseia nas estratégias de vigilância sentinela de SG, SRAG em UTI e vigilância universal da SRAG. Nas unidades de saúde sentinelas de SG preconiza-se a coleta de cinco amostras de SNF e/ou orofaringe, conforme a técnica de coleta, por semana epidemiológica (SE). Para as unidades de saúde sentinelas de SRAG, devem ser coletadas amostras de todos os casos de SRAG internados em UTI. Para a vigilância universal de SRAG, a coleta de amostras deve ocorrer em todos os casos hospitalizados. As amostras são processadas por biologia molecular, pela técnica de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa (RT-PCR) em tempo real. Nos laboratórios que ainda não realizam as técnicas moleculares, as amostras devem ser processadas pelo método da imunofluorescência indireta (IFI). Na técnica de IFI, utiliza-se um painel de soros que detecta, além das influenzas A e B, outros vírus respiratórios de interesse (vírus sincicial respiratório, parainfluenza 1, 2 e 3 e adenovírus). De forma complementar e para controle de qualidade, são utilizadas as técnicas de biologia molecular e isolamento viral. Os exames iniciais são realizados nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e os complementares, como a caracterização antigênica e genética dos vírus isolados, além da análise de resistências aos antivirais, nos laboratórios de referência qualificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A caracterização complementar para influenza, das amostras enviadas pelos laboratórios de referência, é realizada no Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o qual é a referência para as Américas como centro colaborador da OMS.

1.1.9 Diagnóstico diferencial

As características clínicas não são específicas e podem ser similares àquelas causadas por outros vírus respiratórios, que também ocorrem sob a forma de surtos e, eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como rinovírus, parainfluenza, vírus sincicial respiratório, adenovírus, coronavírus, entre outros.

Apesar de os sintomas sistêmicos serem mais intensos na influenza que nas demais infecções virais, elas cursam com quadro clínico semelhante, daí a denominação de síndrome gripal, o que torna difícil o diagnóstico diferencial apenas pelo exame clínico. Desse modo, orienta-se seguir o algoritmo de diagnóstico laboratorial de vírus respiratórios (Figura 1).

Figura 1 – Algoritmo de diagnóstico laboratorial para influenza e outros vírus respiratórios



1.1.10 Tratamento

Os antivirais fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) e zanamivir (Relenza®) são medicamentos de escolha para o tratamento de influenza (Quadro 1).

Quadro 1 – Posologia e administração dos medicamentos utilizados para o tratamento de influenza.

Quadro 1 – Posologia e administração dos medicamentos utilizados para o tratamento de influenza

Droga	Faixa etária		Posologia
Oseltamivir	Adulto		75mg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤15kg	30mg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
		>15kg a 23kg	45mg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
		>23kg a 40kg	60mg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
		>40kg	75mg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3mg/kg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
		9 a 11meses	3,5mg/kg, via oral, 12 em 12 horas por 5 dias
Zanamivir	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, 12 em 12 horas por 5 dias
	Criança ≥7 anos		10mg: duas inalações de 5mg, 12 em 12 horas por 5 dias

Fonte: GSK/Roche e CDC.

Para o tratamento no período neonatal (tratamento durante 5 dias), recomenda-se:

- recém-nascido pré-termo: 1mg/kg/dose, de 12 em 12 horas até 38 semanas de idade;
- período neonatal: - recém-nascidos com menos de 38 semanas de idade: 1mg/kg/dose, de 12 em12 horas;
- recém-nascidos entre 38 a 40 semanas de idade: 1,5mg/kg/dose, de 12 em12 horas;
- recém-nascidos com mais de 40 semanas de idade: 3mg/kg/dose, de 12 em 12 horas.

A indicação de zanamivir somente está autorizada em casos de intolerância gastrointestinal grave, alergia e resistência ao oseltamivir. O zanamivir é contraindicado em menores de 5 anos para tratamento ou quimioprofilaxia e para todo paciente com doença respiratória crônica pelo risco de broncoespasmo severo. O zanamivir não pode ser administrado para paciente em ventilação mecânica porque essa medicação pode obstruir os circuitos do ventilador.

O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas, principalmente em pacientes com imunossupressão.

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza estes medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS); para isso, é recomendado o uso do receituário simples para a prescrição do

medicamento.

Recomenda-se seguir o Protocolo para a classificação de atendimento e manejo clínico do paciente suspeito de infecção por influenza.

Devem ser tratados imediatamente com fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) os pacientes com:

- SRAG – indivíduo de qualquer idade com SG e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:
- saturação de SpO_2 <95% em ar ambiente;
- sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com idade;
- piora nas condições clínicas de doença de base;
- hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.
- SG – indivíduos considerados com condições de risco para complicações:
- grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);
- adultos ≥60 anos; crianças <5 anos (sendo que o maior risco de hospitalização é em menores de 2 anos, especialmente nos menores de 6 meses, que apresentam maior taxa de mortalidade);
- população indígena aldeada; indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma); pacientes com tuberculose de todas as formas (há evidências de maior complicação e possibilidade de reativação); cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica); nefropatias; hepatopatias; doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme); distúrbios metabólicos (incluindo diabetes *mellitus*); transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprome- ter a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, acidente vascular cerebral – AVC, (ou doenças neuromusculares); imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros; obesidade (especialmente aqueles com índice de massa corporal – IMC ≥ 40kg/m^2 em adultos).
- Indivíduos sem condições de risco para complicações e se o critério médico considerar necessário.
- Indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda

durante o periodo sazonal.

1.1.11 Definição de Caso

1.1.11.1 Vigilância sentinela

- **SG** – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos 7 dias.
- **SRAG** – indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta que apresente dispneia e que foi hospitalizado em UTI.

1.1.11.2 Vigilância universal de SRAG

- Caso de SRAG – indivíduo de qualquer idade, internado com SG e que apresente dispneia ou saturação de O_2 <95% ou desconforto respiratório. Deve ser registrado o óbito por SRAG indepen- dentemente de internação.
- Em indivíduos com mais de 6 meses de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia;
- Em indivíduos com menos de meses de vida, a SG é caracterizada por febre de início súbito, mesmo que referida, e sintomas respiratórios.

1.1.11.3 SRAG confirmado para influenza ou outro vírus respiratório

- Indivíduo com SRAG pelo vírus influenza ou outro vírus respiratório confirmado por laboratório.
- Caso de SRAG para o qual não foi possível coletar ou processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial e que tenha sido contato próximo de um caso laboratorialmente confirmado ou per- tença à mesma cadeia de transmissão para influenza.

1.1.11.4 Vigilância de surto de SG

- Surto em comunidade fechada ou semifechada – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou óbi- tos, observando-se as datas de início dos sintomas.

- Surto em ambiente hospitalar – ocorrência de pelo menos 3 casos de SG ou casos e óbitos confirmados para influenza vinculados epidemiologicamente, em uma determinada unidade (enfermaria, UTI), observando-se as datas de início dos sintomas, e que tenham ocorrido no mínimo 72 horas após a admissão.

1.1.11.5 Critério de confirmação de agente etiológico em um surto de SG

Resultado laboratorial positivo em, pelo menos, uma das 3 amostras coletadas. Nessa situação, todos os demais casos suspeitos relacionados ao surto, ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão, deverão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

1.1.11.6 Critério de descarte de agente etiológico em um surto de SG

Resultado laboratorial negativo nas amostras coletadas, conservadas e transportadas de modo adequado ao laboratório. Nessa situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

1.1.12 Notificação

O que deve ser notificado?

- Caso de SRAG hospitalizado – deve ser notificado de forma individual em sistema informatizado específico.
- Surto de SG – deve ser notificado de forma agregada no módulo de surto do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET), assinalando, no campo Código do Agravo/Doença da Ficha de Investigação de Surto, o CID J06. Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada.

O que não deve ser notificado?

Casos isolados de SG, com ou sem fator de risco para complicações pela doença, inclusive aqueles para os quais foi administrado o antiviral.

Quando casos isolados de SG forem atendidos em unidades sentinelas e triados para

coleta de amostras, devem ser registrados no SIVEP-Gripe.

1.1.13 Investigação

Recomenda-se a investigação de surtos pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, se necessário com apoio do nível federal, com os seguintes objetivos:

- confirmar a ocorrência do surto de síndrome gripal;
- descrever o surto por tempo, pessoa e lugar;
- caracterizar o processo de transmissão;
- identificar e caracterizar o vírus respiratório;
- monitorar os grupos de maior risco para complicações da doença;
- avaliar o impacto do surto na morbidade e na mortalidade;
- avaliar a necessidade da adoção de medidas emergenciais de controle;
- recomendar medidas de prevenção e controle de surtos.

Sugere-se realizar busca ativa de pessoas com síndrome gripal, utilizando a definição de caso ou os códigos das CID descritos anteriormente. O local alvo para a busca ativa são as unidades de saúde (centros de saúde, hospitais) do município, as unidades de ensino, creches, asilos, entre outras.

Para padronizar as informações coletadas na busca ativa recomenda-se a utilização de um formulário que permita agregar os dados por semana epidemiológica e que contenha as seguintes variáveis: total de pessoas com síndrome gripal e total de pessoas, unidade de saúde por faixa etária (Anexo 1).

Deve-se coletar amostras para análise laboratorial. Se o município onde estiver ocorrendo o surto de síndrome gripal não pertencer à rede de vigilância da influenza, a secretaria estadual de saúde deve entrar em contato imediatamente com a Coordenação de Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis (Cover) e com a Coordenação Geral de Laboratório (CGLAB) do Ministério da Saúde/SVS, com vistas a possibilitar a coleta, transporte e análise laboratorial das amostras.

Sugere-se realizar estudo descritivo detalhado da população doente ou pelo menos em uma amostra desta. Para isso, é importante a aplicação de um questionário padronizado a todas as pessoas do estudo. Este instrumento deve conter, entre outras, as seguintes variáveis:

- demográficas (idade, sexo, endereço, ocupação);
- sinais e sintomas (febre, tosse, dor de garganta, dor no corpo, dor de ouvido, dor nas articulações, dor de cabeça etc.);
- uso da vacina contra a influenza;
- participação em festas, shows (aglomerado), viagem recente;
- contato com pessoas que adoeceram com síndrome gripal;
- presença de doenças crônicas (diabetes, cardiopatas, renais crônicos, hipertensos, pneumopatas, etc.) e doenças imunosupressoras (aids, lúpus, etc.);
- uso de medicamentos;
- presença de alergia;
- necessidade de hospitalização;
- história de exposição a aves e suínos, principalmente criadouros de aves, bem como relato de contato com aves doentes ou mortas;
- outras variáveis consideradas importante de acordo com as características do surto.

Em situações de surto, orientações específicas deverão ser buscadas junto à SVS/MS.

1.1.14 Imunização

Desde 1999, o Ministério da Saúde implantou a vacinação contra gripe no Brasil, com o objetivo de proteger os grupos de maior risco contra as complicações da influenza, ou seja, os idosos e os portadores de doenças crônicas (doenças pulmonares ou cardiovasculares, imunocomprometidos, transplantados, dentre outros). É também recomendável a vacinação de profissionais de saúde que atuam na assistência individual de casos de infecção respiratória e de trabalhadores de asilos e creches, como forma de reduzir o potencial de transmissão da doença em comunidades fechadas e grupos mais vulneráveis à infecção. Outro grupo de risco são os trabalhadores de avicultura, cuja vacinação visa protegê-los contra infecção cruzada com vírus da influenza aviária.

A vacina é a melhor estratégia disponível para a prevenção da influenza e suas conseqüências, proporcionando redução da morbidade, diminuição do absenteísmo no trabalho e dos gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias.

A vacinação ocorre na forma de campanhas prolongadas, em geral duas semanas. O período para a realização dessas campanhas deve ser anterior ao período de maior circulação

do vírus na população das diferentes regiões do país. Este imunógeno também encontra-se disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries) dos estados.

A vacina é constituída por três tipos de cepas dos vírus influenza, cultivados em ovos embrionados de galinha e posteriormente inativados e purificados. Contém ainda neomicina, gentamicina e o timerosal como conservantes. É composta por dois tipos de vírus de influenza A e um vírus de influenza B. Para conferir proteção adequada a vacina deve ser administrada a cada ano, já que sua composição também varia anualmente, em função das cepas circulantes.

O esquema vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde varia conforme a faixa etária da pessoa a ser vacinada, demonstrado na tabela a seguir:

Idade	Dose (ml)	Nº de doses
6-35 meses	0,25 ml	1-2*
3-8 anos	0,5 ml	1-2*
> 9 anos e adultos	0,5 ml	1

*A segunda dose com intervalo de 4 a 6 semanas.

Após a vacinação em adultos saudáveis, a detecção de anticorpos protetores ocorre entre 1 a 2 semanas e seu pico máximo é após 4 a 6 semanas.

A imunidade obtida com a vacinação pode variar:

- em idosos, uma vez que a formação de anticorpos é modulada pela experiência cumulativa através dos anos de estimulação repetitiva do sistema imunológico com o vírus influenza;
- em pacientes com câncer, pois a produção de anticorpos é menor do que em controles sadios. A soroconversão é de 24% a 71%, sendo a terapia antineoplásica o fator determinante da resposta mais baixa nesse grupo. As crianças que não estão em quimioterapia há mais de quatro semanas e com linfócitos >1000/mm3 possuem altas taxas de soroconversão com o uso da vacina;
- em transplantados, a imunização deve ser feita previamente à realização do procedimento. No transplante de rim a soroconversão ocorre em cerca de 50% dos casos um mês após a vacinação;
- em portadores do HIV/aids, a vacina contra influenza produz títulos protetores de anticorpos em pessoas infectadas por HIV pouco sintomáticas e com contagens adequadas de linfócitos CD4. No entanto, nos pacientes com a doença avançada e/ou contagem baixa de CD4 a vacina pode não induzir anticorpos protetores e uma segunda dose não melhora a resposta imunológica à mesma.

A contra-indicação para esta vacina é a presença de reação de hipersensibilidade do tipo anafilática a proteínas do ovo de galinha e indivíduos com história pregressa de síndrome de Guillain-Barré.

Os eventos adversos mais freqüentemente associados temporalmente à vacina são locais e resolvidos geralmente em 48 horas: dor leve no local da aplicação e eritema ocorrendo em 10% a 64% dos vacinados. Outras reações sistêmicas também podem estar presentes tais como febre, astenia, mialgia e cefaléia que, geralmente se apresentam entre 6 a 12 horas após a aplicação.

Como a vacina é composta por vírus inativados, não tem o poder de provocar doença. "Casos de gripe" eventualmente diagnosticados em pessoas recentemente vacinadas podem ser devidos a infecção por outras cepas não presentes na vacina, a falhas de conversão sorológica ou a infecção por outros vírus respiratórios.

1.2 CORONA VIRUS (COV)

1.2.1 Agente Etiológico

Coronavírus (CoV) é uma ampla família de RNA vírus que em humanos podem causar síndromes respiratórias e gastrointestinais. O novo coronavírus SARS-CoV-2 é uma nova cepa que ainda não havia sido previamente identificada em humanos.

1.2.2 Período de Incubação

Conforme estudos o período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5 dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias.

1.2.3 Transmissão

A disseminação de pessoa para pessoa nos casos do MERS-CoV e SARS-CoV acredita-se que tenha ocorrido principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra, semelhante à maneira como a influenza e outros patógenos respiratórios se espalham (BRASIL,2020).

1.2.4 Período de Transmissibilidade

O que se sabe é que a transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV ocorre entre pessoas em média 7 dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do Novo Coronavírus (COVID-19) sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Até o momento, não há informação suficiente de quantos dias anteriores ao início dos sinais e sintomas que uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus.

1.2.5 Manifestações Clínicas

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. As manifestações clínicas do novo coronavírus não estão estabelecidas, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Os principais sinais e sintomas referidos são respiratórios, sendo que o paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar.

1.2.6 Diagnóstico Diferencial

Doenças causadas por outros vírus respiratórios como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, coqueluche, infecções fúngicas e outros coronavírus.

1.2.7 Diagnóstico Laboratorial

Em serviços de saúde PÚBLICOS, é necessária a coleta de 1 (uma) amostra respiratória. Esta amostra deverá ser encaminhada com urgência para o LACEN.

Em serviços de saúde PRIVADOS, que tenham condições de realizar o diagnóstico laboratorial para vírus respiratórios, exceto COVID-19, é necessário realizar a coleta de 1 amostra que será aliquotada em 2 partes (no mínimo de 2 ml) e encaminhar uma delas para o Lacen.

1.2.8 Tratamento

Não há nenhum antiviral específico recomendado para o tratamento de infecções por COVID-19. Pessoas infectadas com este vírus devem receber tratamento para auxiliar no alívio de sintomas. Para casos severos, tratamento deve incluir suporte de terapia intensiva.

1.2.9 Definição de Caso

1.2.9.1 Caso suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19)

- Situação 1 – VIAJANTE: pessoa que, nos últimos 14 dias, retornou de viagem internacional de qualquer país E 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 O2 < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia); OU
- Situação 2 – CONTATO PRÓXIMO: pessoa que, nos últimos 14 dias, teve 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) (figura 1).

1.2.9.2 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

1.2.9.3 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.

1.2.9.4 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.

1.2.9.5 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.

1.2.9.6 Caso curado de 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 o Plano de Contingência local, a considerar a capacidade operacional, podendo ser realizada a partir de visita domiciliar ou remota (telefone ou telemedicina).

1.2.10 Definições

- FEBRE: Considera-se febre temperatura acima de 37,8°. 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. Nessas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação. Considerar a febre relatada pelo paciente, mesmo não mensurada.

- CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:
    - Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);
    - Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, gotículas de tosse, contato sem proteção com tecido ou lenços de papel usados e que contenham secreções);
    - Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
    - ○ Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;
    - Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuide diretamente de um caso de COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso de COVID-19 sem Equipamento de Proteção Individual (EPI) recomendado, ou com uma possível violação do EPI;
    - Um passageiro de uma aeronave sentado no raio de dois assentos de distância (em qualquer direção) de um caso confirmado de COVID-19; seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.
- CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:
    - Uma pessoa que resida na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

*Definição de caso conforme Boletim Epidemiológico 05, do Centro de Operações de Emergências em Saúde Publica – Secretaria de Vigilância em Saúde.

1.2.11 Casos a serem coletados e notificados:

Em virtude da mudança no cenário epidemiológico de Santa Catarina, com o registro de transmissão comunitária do vírus SARS-CoV-2, a Secretaria de Estado da Saúde altera os critérios para a vigilância dos casos e coleta de amostras. Assim, as condutas seguem os critérios a seguir:

- **Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que estão internados em Unidades Hospitalares**: Deve ser realizada a coleta de todos os pacientes com SRAG, independentemente do histórico de viagens e contato com pacientes suspeitos ou confirmados para SARS-CoV-2;
- **Profissionais de Saúde sintomáticos:** envolvidos no atendimento direto aos pacientes, que apresentem pelo menos dois dos sinais e sintomas (sendo um deles respiratório): febre, tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, dispneia, mialgia ou diarreia;
- **Gestantes** que internarem com sintomas compatíveis com COVID-19 (febre, tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 < 95%, cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, dispneia, mialgia ou diarreia), independentemente da idade gestacional;
- **Recém-nascidos de mães positivas para o SARS-CoV-**2 ou com sintomas de COVID-19 (conforme definição anterior) aguardando o resultado de exame, devem coletar PCR em via respiratória após 48 horas do nascimento;
- Pacientes, sintomáticos ou não, com resultado positivo para SARS-CoV-2 em exame realizado em laboratório particular deverão ser notificados.

1.2.12 Notificação de Casos

A notificação imediata de casos suspeitos deve ser feita obrigatoriamente para a Seção de Vigilância Epidemiológica Municipal pelo telefone de plantão 08006424208 ou fixo (49) 3445-4208 e preencher o formulário próprio conforme link (http://bit.ly/notificaCOVID19). Ao preencher o formulário eletrônico de notificação, baixar o PDF da ficha de notificação e enviar eletronicamente para saude@frosinet.com.br ou enviar impresso.

Em todas as situações descritas, a notificação deverá ser realizada **IMEDIATAMENTE PELO SERVIÇO DE SAÚDE** na plataforma FormSUScap 2019-nCoV (RedCap) (http://bit.ly/notificaCOVID19), sendo que os casos que internarem também deverão seguir o fluxo de notificação já estabelecido de SRAG.

Laboratórios Privados: devem realizar a notificação dos casos confirmados na plataforma FormSUScap 2019-nCoV (RedCap) (http://bit.ly/notificaCOVID19), conforme Portaria de Consolidação n° 4, de 28 de setembro de 2017. A não notificação constitui descumprimento de norma sanitária e pode gerar autuação.

Óbitos: Todos os óbitos de casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 devem ser comunicados imediatamente à Vigilância Epidemiológica Municipal e concomitantemente através do e-mail obitoscoronavirus.sc@gmail.com contendo todas as informações pertinentes ao caso.

1.2.13 Coleta de exames

As amostras coletadas devem ser encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN/SC, de acordo com os fluxos já revistos para as demais amostras biológicas, de maneira prioritária.

A coleta de amostra **deverá ser realizada até o 5° dia dos primeiros sintomas**, preferencialmente até o 3° dia e deverá ser encaminhada com urgência para o LACEN.

O profissional que realizar a coleta deve utilizar medidas de precaução padrão (higienização das mãos, luvas, avental, máscara, óculos, protetor facial e descontaminação de superfícies). Para uma maior segurança do profissional recomenda-se o uso de máscara N95.

Coletar **1 (uma)** amostra, seguindo o protocolo de vírus respiratório, utilizando o kit disponibilizado pelo LACEN, indiferente da idade do paciente. As orientações para os procedimentos de coleta, armazenamento e transporte estão nas páginas 25 a 28 do Manual de coleta disponível em http://bit.ly/Manualcoleta.

As seguintes amostras clínicas são indicadas para o diagnóstico do SARS-CoV-2:

- *Swabs* combinado (nasal/oral) (Figura 1);
- Amostra de Aspirado nasofaríngeo (ANF) (Figura 1);
- Amostra de Secreção respiratória inferior: escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar;

Nos pacientes em ventilação mecânica coletar preferencialmente secreção traqueal, utilizando o calibre da sonda compatível à idade.

FIGURA 1. Técnica para a coleta de swab combinado e aspirado de nasofaringe

Swab nasal *Swab* oral Aspirado de nasofaringe.

Fonte: BRASIL, 2014.

As amostras deverão ser acondicionadas em meio de transporte viral (MTV) cedido pelo LACEN (o mesmo disponibilizado para o diagnóstico de influenza), e mantidas refrigeradas durante armazenamento e transporte (4-8°C). As amostras devem ser processadas dentro de 24 a 72 horas da coleta, portanto devem ser encaminhadas ao LACEN antes deste prazo. Após esse período, recomenda-se congelar as amostras a -70°C até o envio ao laboratório, evitando o descongelamento da amostra.

Amostras coletadas de pacientes que não se enquadrem nos critérios estabelecidos neste documento, não serão processadas pelo Lacen, salvo exceções avaliadas pela SES.

1.2.13.1 Amostras Pós-óbito

Todas as amostras pós-óbito devem ser coletadas até 12 horas após a morte, preferencialmente ainda em ambiente hospitalar, com uso da paramentação completa, sendo que a forma de aspirado parece aumentar a positividade.

1.2.13.2 Aspirado da Nasofaringe:

Aspirar as secreções de nasofaringe imediatamente o óbito, no caso de secreções espessas recomenda-se proceder à nebulização ou instilação com gotas de solução fisiológica estéril 0,9%, (em ambas as narinas) a fim de promover a fluidez do muco, facilitando a aspiração; enviar imediatamente o material até o Laboratório acondicionado em gelo ou gelox. Frente à impossibilidade desta logística poderão ser armazenadas até 72 horas de (+) 4 a (+) 8 °C. Encaminhar para o Laboratório acondicionado em banho de gelo ou gelox.

Figura 2: Ilustração da técnica para a coleta de aspirado nasofaríngeo.

Fonte: Brasil, 2014

IMPORTANTE: Secreções respiratórias enviadas ao laboratório no interior da sonda utilizada para a aspiração, não serão processadas em função do risco de contaminação operacional.

1.2.13.3 Fragmento de tecidos (material post-mortem):

Amostra preferencial: fragmento de tecido dos seguintes sítios:

- região central dos brônquios (hilar);
- brônquios direito e esquerdo e da traqueia proximal e distal;
- parênquima pulmonar direito e esquerdo;
- tonsilas e mucosa nasal.

Observação: Para o diagnóstico viral, as amostras frescas coletadas devem ser acondicionadas individualmente, em meio de transporte viral (MTV), imediatamente após a coleta. Os espécimes identificados com sua origem tecidual devem ser congelados e preferencialmente transportados em gelo seco e enviadas ao LACEN/SC.

Para o diagnóstico histopatológico, a coleta de amostras deve ser feita, observando-se os protocolos em vigência, nos serviços locais de patologia. Acondicionar as amostras em frasco de vidro com boca larga com formalina tamponada a 10%. Utilizar parafina sem compostos adicionais (por exemplo: cera de abelha, cera de carnaúba etc.) no processo de parafinização dos fragmentos.

Orientações sobre velório, cremação, transladação estão disponíveis em http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NotaTecnicaConjunta-015-2020-DIVS-SUV-SES-SC.pdf

1.3 OBJETIVOS DO PLANO DE CONTINGÊNCIA

- Definir a estratégia de atuação da Secretaria Municipal de Saúde em alinhamento com as definições constantes do Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública;
- Adotar medidas para reduzir a morbimortalidade decorrente da disseminação do novo Coronavírus (2019-nCoV);
- Estabelecer a utilização de protocolos e procedimentos padronizados para a

resposta ao novo Coronavírus (2019-nCoV).

- Garantir adequada assistência ao paciente, com garantia de acesso e manejo clínico adequado;
- Definir responsabilidades e prioridades na esfera municipal, assim como também organizar o fluxograma de resposta às emergências em saúde pública;
- Orientar e recomendar medidas de controle e prevenção da doença, de forma ativa, imediata e oportuna.

Descreve – se a seguir a estrutura física, recursos humanos e ações para conter o avanço e/ou intervir nos casos suspeitos de Influenza e Coronavírus.

2. RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS

2.1 ESF I UBS VEREADOR ARCY ROMANO

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	03
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	01
AGENTE COMUNITÁRIA	06

2.2 ESF II – UNIDADE BÁSICA AMANTINO SOARES BORGES (INTERIOR)

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	02
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	00
AGENTE COMUNITÁRIA	06

2.3 ESF III UBS IRMA AUGUSTA (INTERIOR)

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	02
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	-
AGENTE COMUNITÁRIA	06

2.4 ESF IV UBS MARLENE AGHETA PICCININ

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	03
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	01
AGENTE COMUNITÁRIA	05

2.5 ESF V CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	01
AGENTE COMUNITÁRIA	05

2.6 ESF VI CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	01
AGENTE COMUNITÁRIA	06

2.7 ESF VII UBS MAURILIA BENITES (INTERIOR)

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	-
AGENTE COMUNITÁRIA	04

2.8 ESF VIII CENTRO DE SAÚDE ANGELA NARDINO BERTONCELLO

ENFERMEIRA	01
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	01
MÉDICO	01
RECEPÇÃO	01
AGENTE COMUNITÁRIA	05

2.9 HOSPITAL ROGACIONISTA EVANGÉLICO

ENFERMEIRA	
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	
MÉDICO	
RECEPÇÃO	

2.10 NÍVEIS DE ATIVAÇÃO

Três níveis de ativação compõe este plano de contingência: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Cada nível é baseado na avaliação do risco do Coronavírus e o impacto na saúde pública.

Questões importantes são consideradas nessa avaliação:

a) Transmissibilidade da doença: como é seu modo de transmissão;

b) Propagação geográfica do COVID-19;

c) Gravidade clínica da doença: Complicações graves, internações e mortes;

d) Vulnerabilidade da população: Incluindo imunidade pré-existente, grupos alvo com maior risco de graves doenças;

e) Disponibilidade de medidas preventivas: Vacinas e possíveis tratamentos.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) destaca que, até o momento, fatos e conhecimentos sobre o COVID-19 disponíveis são limitados. Há muitas incertezas, as taxas de letalidade, mortalidade e transmissibilidade não são definitivas e podem estar sendo subestimadas ou superestimadas. As evidências epidemiológicas e clínicas ainda estão sendo descritas e a história natural desta doença está sendo construída.

O risco será avaliado e revisto periodicamente pelo Ministério da Saúde, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento científico e situação em evolução, para garantir que o nível de resposta seja ativado e as medidas correspondentes sejam adotadas.

- **ALERTA**: Corresponde a uma situação em que o risco de introdução do COVID-19 no Município seja elevado e não apresente casos suspeitos.
- **PERIGO IMINENTE**: Corresponde a uma situação em que há confirmação de caso suspeito.
- **EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN):** Situação em que há confirmação de transmissão local do primeiro caso de Coronavírus (COVID-19), no território do Município, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estas situações configuram condições para recomendação ao Ministro da Saúde de declaração de ESPIN, conforme previsto no Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. Destaca-se aqui, a publicação da Portaria nº 188, de 03 de Fevereiro de 2020 a qual: "Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) de decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)".

2.11 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS SETORES DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Para o enfrentamento da pandemia, os serviços de saúde do município devem ter suas rotinas interrompidas ou modificadas. Atendimentos coletivos, eletivos e demanda

programada deverão ser suspensos por período estipulado em Decreto Municipal.

2.12 ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A elaboração deste plano visa nortear as ações no município, definindo objetivos e metas e seguindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dentre as atribuições a serem seguidas, podemos citar:

- Notificação de casos suspeitos e análise das informações das unidades notificantes;
- Busca ativa de casos suspeitos, surto e óbitos, assim como investigação de comunicantes;
- Coleta e envio aos laboratórios de referência de amostras clínicas de suspeitos para diagnóstico e/ou isolamento viral;
- Organização do fluxo de assistência diante de casos suspeitos de infecção por COVID- 19, o que inclui regulação de casos;
- Ampla divulgação de informações e análises epidemiológicas sobre a doença;
- Gestão dos insumos no município;
- Capacitação de recursos humanos para execução das ações de assistência e Vigilância em Saúde;
- Criar sala de situação municipal após detecção da circulação viral do 2019-nCoV em território municipal, acompanhando indicadores epidemiológicos, operacionais e assistenciais;
- Apoiar a intensificação da Vigilância dos Vírus Respiratórios frente à investigação de casos suspeitos e confirmados de 2019-nCoV na esfera municipal;
- Consolidar as informações epidemiológicas e laboratoriais no âmbito municipal para subsidiar a tomada de decisão;
- Editar boletins epidemiológicos e notas técnicas se necessário;
- Capacitar os profissionais para a realização dos procedimentos necessários no atendimento relacionado ao 2019-nCoV;
- Sensibilizar os profissionais para a notificação, investigação e realização das ações de prevenção, diagnóstico e controle do 2019-nCoV, de forma oportuna;
- Estabelecer parcerias intersetoriais.

3. AÇÕES E ATIVIDADES

3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Monitorar casos suspeitos e acompanhar os casos confirmados e contatos;
- Acompanhar e alimentar os dados epidemiológicos sobre a circulação de SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios no estado e município;
- Capacitar profissionais de saúde nos fluxos epidemiológicos;
- Emitir alertas para os profissionais de saúde;
- Manter o funcionamento de sala de situação no município, acompanhando dados epidemiológicos e fluxos da rede assistencial;
- Elaborar e divulgar os informativos Epidemiológicos e outras análises necessárias conforme de manda da gestão e a necessidade da situação;
- Emitir alertas para os serviços de saúde do município;
- Assessorar as equipes do município na investigação de surtos;
- Apoiar os profissionais de saúde na investigação oportuna dos óbitos, surtos e situações inusitadas, de acordo com a capacidade operacional da equipe e colaboradores e sempre que solicitado ou identificado à necessidade de apoio da esfera local;
- Participar videoconferência com gestores das Gerências Regionais de Saúde prioritárias (conforme número de casos e óbitos), sempre que necessário;
- Coordenar a execução de medidas preparatórias de contenção e de mitigação;
- Desenvolver estratégias e mecanismos de cooperação;
- Elaborar material informativo e educativo;
- Fornecimento de material educativo para as empresas e demais entidades;
- Manter os serviços de saúde atualizados quanto aos níveis de alerta.
- Garantir a distribuição de kit de coleta para vírus respiratórios, conforme a disponibilidade da Regional de Saúde;
- Realizar a detecção de outros vírus respiratórios identificados na rotina para exclusão de casos suspeitos de COVID-19;
- Enviar amostras biológicas para o laboratório de referência do estado;
- Realizar capacitação para os profissionais da rede de saúde para realização da coleta do exame.

3.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

- Intensificar a verificação da existência e cumprimento do protocolo e do processo de Higienização das mãos nos serviços de saúde (Protocolo de segurança do paciente: Higienização das Mãos);

Verificar em inspeção se há disponibilidade contínua de insumos para a correta higiene das mãos, conforme a RDC n° 42/2010 (Anvisa, 2010); http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html

- Verificar em inspeção se o serviço de saúde está instituindo os protocolos de isolamento de pacientes suspeitos e confirmados desde a triagem até a internação e transferência
- em caso de necessidade;
- Reforçar a aplicação de precauções de contato, em adição às precauções padrão para profissionais de saúde, visitantes e acompanhantes;
- Verificar a disponibilidade de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para o manejo do paciente e suas secreções, além da correta paramentação para lidar com o ambiente em torno do paciente, suspeito e ou confirmado;
- Verificar a implementação dos protocolos e processos de limpeza e desinfecção de ambientes (Segurança do paciente em serviços de saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies/ANVISA, 2012);
- Verificar o cumprimento da Nota Técnica 04/2020/ANVISA, ou outra que vier a substituí- la;
- Realizar atualizações (treinamentos/ capacitações) quanto à higiene das mãos observando os cinco momentos, precauções e isolamentos, uso de EPIs, limpeza e desinfecção de superfícies e etiqueta da tosse;
- As superfícies envolvem aquelas próximas, exemplo mobiliário e equipamentos que ficam a um raio de aproximadamente dois metros do paciente, além de maçanetas, interruptores de luz, chave, entre outros;
- A limpeza e desinfecção de superfícies, processamento de roupas e produtos para a saúde;
- Orientar os profissionais e trabalhadores de saúde quanto a: “Precaução Padrão” no atendimento a todos os pacientes, “Precaução por Gotícula” para os casos suspeitos ou confirmados de influenza e “Precaução por Aerossol” para os casos em que o atendimento gere aerossolização das secreções como: aspiração de secreções, entubação etc.

- Uso de EPI pelos profissionais da saúde durante a assistência direta ao paciente, conforme a indicação, pelos trabalhadores de saúde que tenham contato com o paciente e ou superfícies e materiais utilizado pelo mesmo ou visitante;
- Oferecer máscara cirúrgica aos pacientes suspeitos para síndrome gripal;
- Orientar sobre a frequente higienização das mãos, observando os cinco momentos;
- Orientar etiqueta respiratória: utilizar lenço descartável para higiene nasal, cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir utilizando lenço descartável e/ou com a parte interna da dobra do braço na altura do cotovelo, evitar tocar as mucosas dos olhos, boca e nariz, higienizar as mãos após tossir e espirrar;
- Orientar os profissionais de saúde com relação a utilização dos EPIs, estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria ou áreas de isolamento;
- Evitar tocar superfícies com luvas, mãos e/ou outro EPI contaminado;
- Orientar os profissionais de saúde quando da realização de procedimentos que gerem aerossóis e gotículas para a possibilidade do uso de máscara cirúrgica descartável sobre o respirador particulado (N95 ou PFF2), a fim de evitar a contaminação externa deste último, aumentando sua vida útil.
- Fornecer material educativo e informativo para todos os serviços de saúde.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere ao enfrentamento da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Ampliar o horário de atendimento para situações da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Organizar o processo de trabalho das equipes para garantir que os casos da SRAG pelo novo Coronavírus tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas para o período;
- Avaliar os casos suspeitos e confirmados para COVID-19 que não necessitam de hospitalização, levando-se em consideração se o ambiente residencial é adequado e se o paciente é capaz de seguir as medidas de precaução recomendadas pela equipe de saúde.

- Garantir espaços institucionalizados para Educação Permanente em Saúde no cotidiano das equipes, na carga horária para reuniões, fóruns e videoconferência;
- Desenvolver ações intersetoriais em interlocução com escolas, associação de moradores, entre outros que tenham relevância na comunidade, para atenção integral;
- Contribuir, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas para garantir a integralidade do cuidado da SRAG pelo novo Coronavírus;
- Notificar à vigilância epidemiologica a ocorrência de casos suspeitos através de e- mail;
- Realizar a coleta de material biológico para analise no caso suspeito, conforme orientaçao do protocolo estadual;
- Seguir os fluxos internos dos serviços;
- O transporte se dará com ambulância em pacientes que necessitam de hospitalização.

3.4 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Apoiar as ações da vigilância à investigação de casos suspeitos;
- Notificar à vigilância a ocorrência de casos suspeitos através de e-mail ou telefone;
- Realizar o preenchimento da notificação, FormSUScap (ttp://bit.ly/2019ncov)GAL, nos casos suspeitos;
- Realizar a coleta de material biológico para analise no caso suspeito, conforme orientação do protocolo estadual;
- Participar de treinamentos, reuniões, capacitações e videoconferências;
- Capacitação para diagnóstico precoce e manejo dos casos;
- Estruturação com EPIs e equipamentos essenciais;
- Seguir os fluxos internos dos serviços;
- O transporte se dará com ambulância em pacientes que necessitam de hospitalização.

3.5 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

- Dimensionar e estabelecer fluxo de transporte de pacientes para unidades especializadas;
- Identificar e normatizar fluxos de referência e contra referência;
- Promover a revisão ou elaboração de protocolos de contingência no hospital para casos de COVID-19 (recepção, setores de isolamento, sinalização, EPI);
- Incentivar a realização de reuniões técnicas sobre COVID-19;
- Prestar informações diárias sobre os casos de pacientes internados com COVID-19;
- Avaliar as condições de acesso da população aos serviços de assistência;
- Disponibilizar equipe técnica para discussão da organização da rede de manejo clínico, do fluxo de pacientes com COVID-19.

3.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Monitorar os estoques de antiviral disponíveis no município em todas as suas apresentações; (Oseltamivir - VE);
- Realizar programação de medicamentos (Oseltamivir) em conjunto com a Vigilância Epidemiológica e encaminhar para a Regional de Saúde;
- Emitir relatórios mensais para acompanhamento do estoque.

3.7 LOGÍSTICA

- Garantir o antiviral para os serviços de saúde;
- Aprimorar mecanismos de envio de medicamentos e insumos para as Unidades de Saúde do município em situação emergencial.
- Garantir o transporte e uso de EPI's adequado ao paciente suspeito grave ou que necessite de um diagnostico complementar, preferencialmente com ambulância e motorista capacitado. (Utilizar orientação do anexo 2)
- Garantir recursos humanos de acordo com os níveis de ativação.

4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.1 ARTICULAÇÃO PARA MOBILIZAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OUTRAS SECRETARIAS E A IMPRENSA LOCAL/REGIONAL

Com o auxílio da imprensa escrita e falada (redes sociais, e-mail e jornais locais), será realizada a divulgação necessária sobre os cuidados individuais e coletivos acerca da INFLUENZA/CORONAVÍRUS.

Porta voz: Secretário de Saúde Municipal/ representante, sempre que necessário, para os meios de comunicação o boletim epidemiológico.

4.2 ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Capacitação para os médicos e enfermeiros;
- Capacitação para os técnicos de enfermagem, ACS e outros profissionais;
- Capacitação para profissionais da Secretaria Municipal de Educação;
- Capacitação a outros setores conforme necessidade.

4.3 ATIVIDADES VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO

Serão executadas pelas equipes de ESFs, CAPS e outros profissionais por meio de orientações e acolhimento. São elas:

- As ESF'S deverão orientar todas as escolas sobre prevenção e transmissão dos vírus respiratórios;
- As equipes multiprofissionais deverão orientar os participantes dos clubes de mães e idosos à cerca do assunto;
- Após confecção dos panfletos serão realizadas novas visitas às escolas para distribuição do material aos alunos.

Disponibilização da estrutura física, e material se elevado número de casos e sintomas. Todas as atividades estão previstas para serem executadas no período de epidemia, a partir de 06/03/2020.

5. RECURSOS MATERIAIS E FÍSICOS – NA EPIDEMIA

Em cada Unidade Básica de Saúde	02 aparelho de Pressão – adulto 01 aparelho de Pressão – Infantil 02 estetoscópio 02 consultórios 01 oxímetro.
No Ambiente Hospitalar	

Com o aumento dos casos de síndrome gripal as unidades básicas de saúde, estenderão atendimento e haverá contratação de emergência de profissionais de saúde caso haja necessidade. Funcionários com férias previstas ou em gozo, terão as férias canceladas se houver necessidade.

6. CONDUTA CLÍNICA NOS ATENDIMENTOS DE PACIENTES SUSPEITOS

6.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PACIENTE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Município de Abelardo Luz contará com estrutura especializada para o atendimento de pacientes com Sindrome Gripal, um Centro de Triagem, localizado na **Unidade Básica de Saúde Angela Nardino Bertoncelo,** com horario de funcionamento ampliado das 07:00 ás 19:00h. Entre as medidas relacionadas à diminuição da transmissibilidade do Coronavírus, uma das medidas eficazes é minimizar o fluxo e aglomeração de pessoas.

A partir do início das atividades do Centro de Triagem (23/03/2020), o atendimento na **Atençao básica,** sofre reestruturação, conforme orientação do Ministério de Saúde, onde, a **Unidade Básica de Saúde Arcy Romano**, realizará os atendimentos aos **Idosos** do municipio, com horario de atendimento das 07:00 ás 13:00H.

A **Unidade Básica de Saúde Marlene Agheta Piccinin**, realizará os atendimentos das Gestantes do municipio, com horario de atendimento das 07:00 ás 13:00H. E por final, as unidades do Interior do Municipio **Unidade Básica de Saúde Amantino Soares Borges**, **Unidade Básica de Saúde Irmã Augusta**, **Unidade Básica de Saúde Maurilia Benites**, seguem com atendimento normal a populaçao, entretanto seguem as orientações da Regional de Saúde, separando os atendimentos dos grupos de risco, dos demais pacientes, com horario de atendimento das 07:30 ás 12:00H e das 13:00 ás 16:30H.

6.1.1 Síndrome Gripal SRAG (INFLUENZA E CORONAVÍRUS)

Na ausência de outro diagnóstico específico, considerar o paciente com febre, de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: mialgia, cefaleia ou artralgia.

Crianças com menos de 2 anos de idade considerar, na ausência de outro diagnóstico específico, febre de início súbito, mesmo que referida **E** sintomas respiratórios: tosse, coriza e obstrução nasal;

As definições de caso suspeito de Doença pelo SARS-CoV-2, denominada pela OMS como COVID-19, são baseadas nas informações atualmente disponíveis e podem

ser revisadas a qualquer momento. Todos os casos suspeitos devem ser notificados imediatamente às autoridades epidemiológicas locais através de contato telefônico, seguindo o fluxo de notificação já estabelecido: Município – Estado – Ministério da Saúde.

As informações devem ser inseridas na ficha de notificação (http://bit.ly/2019-ncov). Quando solicitado, os códigos CID10 a serem usados são: B34.2 – Infecção por coronavírus de localização não especificada e U07.1 – Infecção respiratória pelo novo coronavírus.

Os casos suspeitos enquadram-se nas seguintes situações:

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 O2 < 95%, sinais de cianose, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal e dispneia) **E** com histórico de viagem para país com transmissão sustentada **OU** área com transmissão local nos últimos 14 dias; **OU**

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 O2 < 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.

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 O2 < 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.

Até o momento não foi possível comprovar ou refutar a hipótese de que a transmissão do SARS-CoV-2 possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e

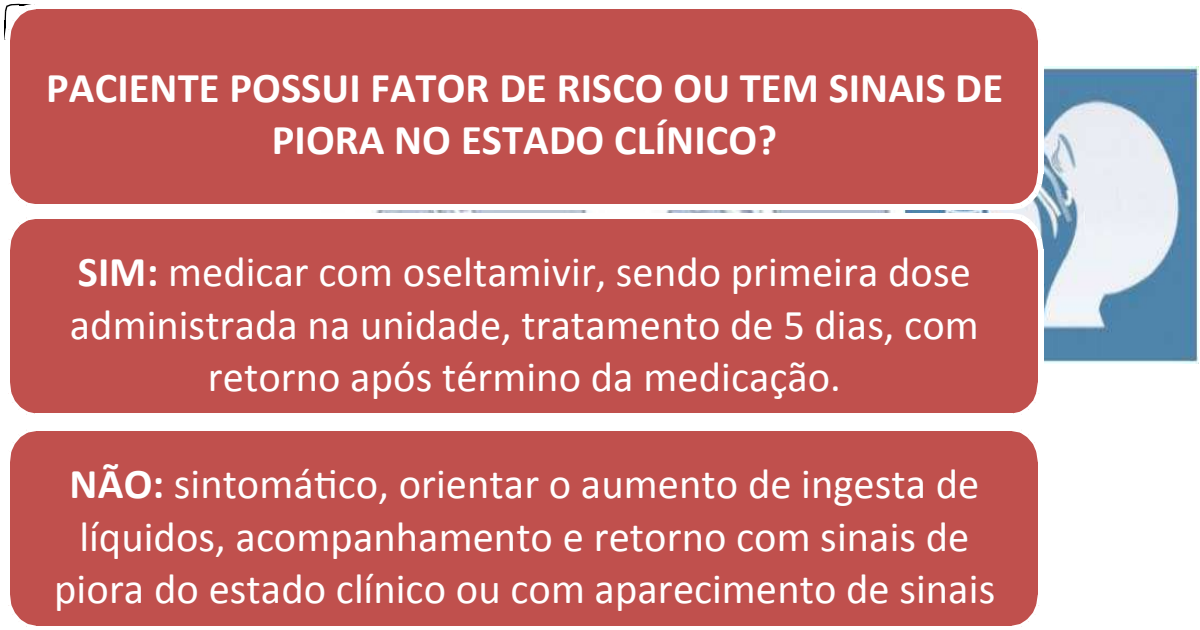
sintomas. A transmissão pessoa-pessoa se dá através da via respiratória, por secreções produzidas durante episódios de tosse, espirros e coriza, semelhante à transmissão do vírus da influenza.

6.1.2 Condutas

Na Unidade Básica de Saúde: Consulta de enfermagem com ênfase, para sintomatologia da síndrome, exame físico, sinais vitais, acrescido de saturação. Todo paciente ao chegar na unidade com sintomas será ofertado uma máscara e encaminhado a um local reservado e terá prioridade no atendimento médico e de enfermagem***, com espera máxima de 20 minutos.***

- Suspeitando de **SG** iniciar imediatamente o tratamento com Osetalmivir por 5 dias (no mínimo);
- Retornar à Unidade de Origem após o término do tratamento independente do primeiro local de atendimento;
- Apresentando piora do quadro retornar a Unidade imediatamente;

6.2 CONSULTA MÉDICA SÍNDROME GRIPAL (SG)



6.3 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Encaminhar para o Hospital com o encaminhamento prescrito com triagem e CID, na requisição do raio x em dados clínicos, destacar ***SRAG .*** Paciente deverá chegar no Hospital com **máscara** para ser atendido como prioridade ***SRAG***.

6.3.1 Atendimento Hospitalar

Caso síndrome respiratória aguda grave (SRAG), e internação, coletar exame conforme NOTA TÉCNICA N° 001/2020 DIVE/LACEN/SES/SC, para detecção do vírus. Notificar, investigar e comunicar a vigilância epidemiológica em horário comercial. Após horário comercial, final de semana e feriados, entrar com medicação profilática e assim que possível entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica para encaminhamento da coleta.

Após paciente ser avaliado no Hospital, e o mesmo não apresentar sintomas graves, mesmo com suspeita de INFLUENZA/CORONAVIRUS entrar com a profilaxia, o paciente deve sair do Hospital (independentemente de estar no PS ou em internação) com tratamento completo e orientação de isolamento domiciliar. Orientar o paciente que após término do tratamento deverá retornar a sua Unidade de Saúde para avaliação. Cabe ao **ROGAE** comunicar a vigilância epidemiológica todos os casos atendidos.

Fica de responsabilidade da secretaria de saúde o transporte e envio da coleta do paciente internado, dentro de 24 horas, para o LACEN de Florianópolis em temperatura de 2° a 8°C.

Todo e qualquer paciente, **independentemente de seu município de residência**, estando internado com sintomas graves no Hospital Rogacionista Evangélico, deverá ser realizada sua coleta, notificado pelo Hospital e transportado pela secretaria de saúde. É de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica comunicar à Unidade de Saúde de origem dos pacientes egressos do Hospital.

7. MEDICAÇÕES, EXAMES E MATERIAIS PARA PROTEÇÃO DA EQUIPE E PACIENTE

Será necessário o fornecimento de recursos da Secretaria Municipal de Saúde, para manutenção do Plano Municipal de Contingência da INFLUENZA E CORONAVÍRUS (vírus respiratórios), conforme estimativa de casos de influenza no município, segue tabela abaixo:

DESCRIÇÃO
Paracetamol cp
Paracetamol gts
Dipirona cp
Dipirona gts
Azitromicina cp
Azitromicina susp
Amoxicilina + Clavulanato cp
Amoxilina+ Clavulanato susp
Levofloxacino cp
Ciprofloxacino cp
Sulfametoxazol + trimetopina
Luva de procedimento P
Luva de procedimento M
Luva d procedimento G
Avental descartável
Máscara descartável
Máscara N95
Álcool Gel
Álcool líquido 70
Óculos
Oxímetro
Papel Toalha
Lençol descartável
Raio X – PA e Perfil

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), 10 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 05. Brasília. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 05 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE – Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da Campanha Nacional contra influenza. Brasília, 2019. Disponível em: <http:// http:// portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/28/Informe-Cp-Influenza-28-02-2019-final.pdf. Acesso em:23 abril. 2019.

Nota Técnica Conjunta nº. 002/2020 – COSEMS/SUV/SPS/SES/SC – COE (Atualizada em 23/03/2020) – Secretaria de Estado da Saúde – Departamento de Vigilância Epidemiologica do Estado de Santa Catarina.

Organización Panamericana De La Salud. Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCov) en establecimientos de salud. 06 de fevereiro de 2020.

Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV) – Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – COMITÊ DE CRISE

Criada um comite de crise para enfrentamento da pandemia por CORONAVÍRUS/INFLUENZA, formando uma rede de comunicação entre **SMS** e **ROGAE**. Definiu-se:

AÇÃO	RESPONSÁVEL
Vigilância epidemiológica fica responsável pela vinculação de informação nas mídias;	Rosane Aparecida Gonçalves Lins Ribeiro
Criar central de informações sobre CORONAVÍRUS	
Um motorista da SMS fica de sobre aviso para buscar o KIT de coleta quando for necessário realizar a testagem em paciente internado;	
Rastreamento e monitoramento dos casos;	ESF's, Vigilância Epidemiológica e ROGAE.
Levantamento de casos a cada 24h;	ESF's, Vigilância Epidemiológica e ROGAE.
Envio de planilha de monitoramento diário a vigilância epidemiológica;	EFS's e ROGAE.
Iniciar horário estendido na Unidade Básica Angela Nardino Bertoncelo a partir da próxima semana conforme evolução dos casos;	Coordenação de Atenção Básica.

ESTADO DE SANTA CATARINA

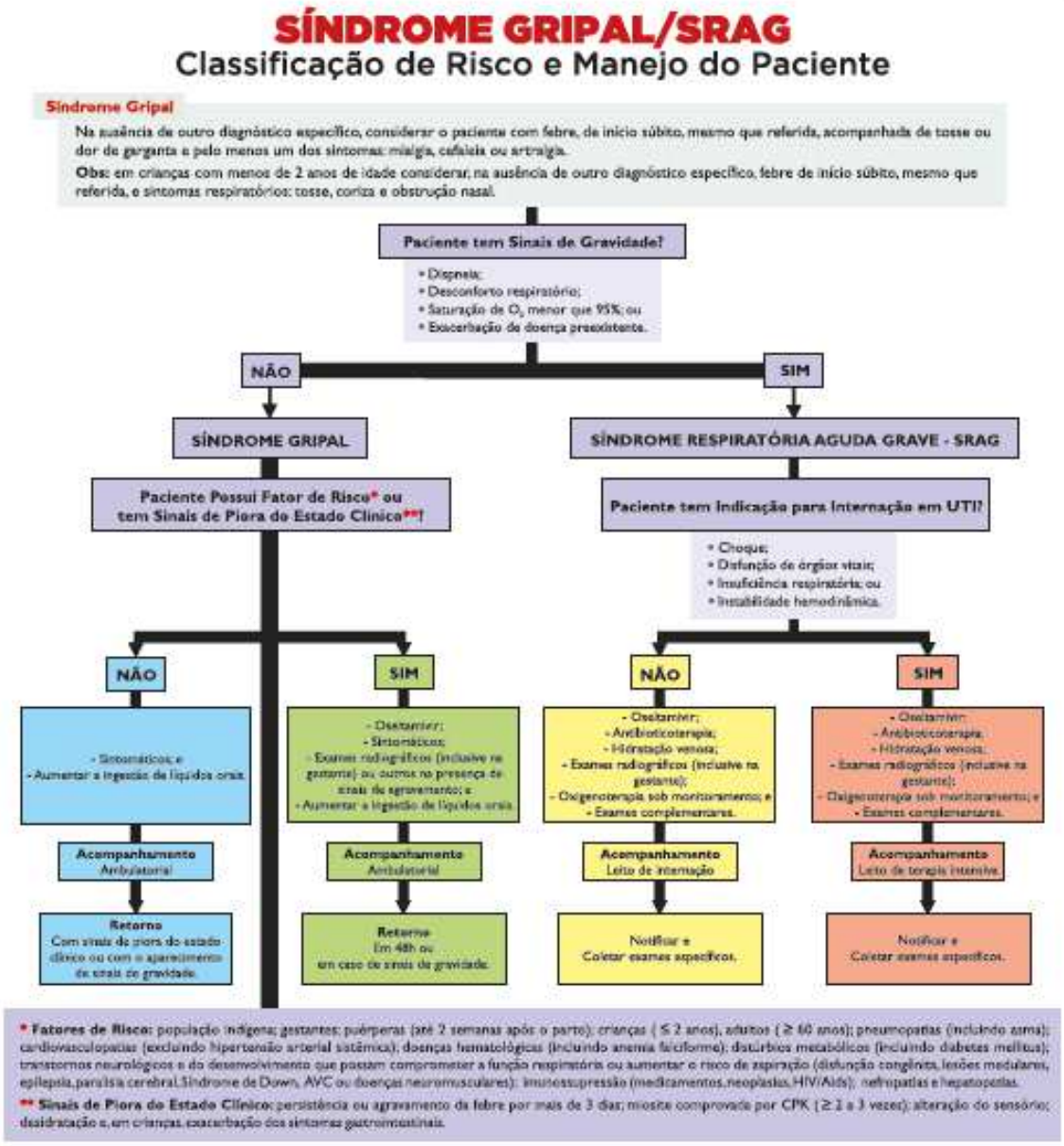
GOVERNO MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ

Capital Nacional da Semente de Soja

ANEXO 2 –MANEJO CLÍNICO INFLUENZA E CORONAVÍRUS (VÍRUS RESPIRATÓRIOS)

DATA CONSULTA	NOME	DATA NASCIMENTO	USO TAMIFLU		OUTRAS MEDICAÇÕES	ACS
			SIM	NÃO		

ANEXO 3 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MA NEJO DO PACIENTE COM SRAG



DROGA	FAIXA ETÁRIA		TRATAMENTO
OSELTAMIVIR	Adulto		75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Maior de 1 Ano de Idade	≤ 15 kg	30mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 a 23 kg	45mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 a 40 kg	60mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75mg, 12/12h, 5 dias
	Criança Menor de 1 Ano de Idade	< 3 meses	12mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20mg, 12/12h, 5 dias
		6 a 11 meses	25mg, 12/12h, 5 dias
ZANAMIVIR	Adulto		10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10mg: duas inalações de 5mg, 12/12h, 5 dias

Quando indicado,
iniciar mesmo na suspeita clínica
GRIPE TEM TRATAMENTO

ANEXO 4 – USO DE OSELTAMIVIR

DROGA	FAIXA ETÁRIA		POSOLOGIA
Oseltamivir	Adulto		75 mg, vo*, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, vo, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, vo, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
		9 a 11 meses	3,5 mg por kg, vo, 12/12h, 5 dias
Zanamivir	Adulto		10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança	≥ 7 anos	10 mg: duas inalações de 5 mg, 12/12h, 5 dias
Dose para tratamento em recém-nascidos – Tratamento durante cinco dias			
Oseltamivir	1 mg/kg/dose 12/12 horas – em prematuros		
	1 mg/kg/dose 12/12 horas de 37 a <38 semanas de idade gestacional		
	1,5 mg/kg/dose 12/12 horas de 38 a 40 semanas de idade gestacional		
	3 mg/kg/dose de 12/12 horas >40 semanas de idade gestacional		

*Via oral.

Tratamento deverá ser realizado por 5 dias.

Administração de antivirais no tratamento de influenza – orientações sobre preparo de diluições. Preparo das diluições:

- Abrir a cápsula imediatamente antes do preparo cortando a ponta superior com uma tesoura limpa;
- Usar um recipiente de vidro limpo e água potável;
- Não é necessário retirar qualquer pó branco não dissolvido, por ser excipiente inerte;
- Cápsulas de 30, 45 e 75 mg – em pacientes sem condições de engolir cápsulas pode-se proceder a diluição de todo o conteúdo dela em 2 ml de água e adicionar uma pequena quantidade de alimento adocicado apropriado (máximo 1 colher de chá) à mistura, a fim de mascarar o gosto amargo.
- Agite essa mistura e administre todo o conteúdo para o paciente. Essa mistura deve ser administrada imediatamente após o preparo.;
- Repita esse procedimento para cada dose que será administrada;
- Solução oral a partir do Fosfato de oseltamivir 75 mg – adicione todo o conteúdo da cápsula em um copo de vidro limpo e com uma seringa graduada adicione 5 ml

de água. Misture bem o pó com a água.

- A concentração da suspensão preparada à partir da cápsula de 75 mg é de 15 mg/ml. Aspire com a seringa a quantidade prescrita ao paciente, de acordo com a receita médica.

ANEXO 5 – USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO

Nível de Atenção	Higiene das Mãos	Avental descartável	Máscara cirúrgica	Respirador Particulado	Protetor ocular	Gorro	Luvas
Triagem	X		X				
Coleta de amostras p para diagnóstico laboratorial	X	X		X	X	X	X
Caso suspeito ou confirmado de COVID-19 que necessita de internação em serviço de saúde (sem procedimentos geradores de aerossóis)	X	X	X		X	X	X
Caso suspeito ou confirmado de COVID-19 que necessita de internação em serviço de saúde com necessidade de procedimentos geradores de aerossóis	X	X		X	X	X	X

Fonte: Modificado de OPAS - Requerimientos para uso de equipos de protección personal (EPP) para el nuevo coronavirus (2019-nCoV) en establecimientos de salud. Recomendaciones interinas, 2/6/2020.

ANEXO 6 – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO COVID-19 NA APS

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO COVID 19 NA APS Versão 02/2020 SES/COSEMS/SC
Atualizado em 23/03/20

Usuário com dificuldade para respirar ou tosse seca ou dor de garganta associado a febre ou não maior ou igual a 38° C, aferida ou referida.

Profissional de saúde: Lave as mãos, use gorro, óculos, máscara cirúrgica, avental e luvas de procedimento

Priorizar atendimento, fornecer máscara cirúrgica e colocar em isolamento

Suspeito COVID 19

Realizar avaliação da gravidade (médico /enfermeiro)

SEM SINAIS DE GRAVIDADE
- Tratar sintomas com medicação adequada;
- Aumentar ingestão hídrica;
- Isolamento por 14 dias e conforme avaliação médica para o paciente e seus contatos domiciliares.

Monitoramento pela APS e/ou VE municipal:
- Acompanhamento a cada 48 h por telefone;
- Consulta Presencial se necessidade de exame físico;
- Visita domiciliar, quando necessário, com medidas de precaução de contato.

***COM SINAIS DE GRAVIDADE**
- Manter estabilidade clínica e isolamento até a transferência;
- Ofertar oxigenoterapia;
- Infusão de fluidos, se necessário.

Contatar SAMU ou transporte disponível

Remoção para a rede de Urgência e Emergência

A regulação de leitos é feita via SISREG, conforme rotina

***SINAIS DE GRAVIDADE: Aumento da frequência respiratória de acordo com a idade, dispneia (uso de musculatura acessória para respiração, batimento de asa nasal, SpO_2 menor que 95% em ar ambiente, cianose), persistência ou aumento da febre por mais de 3 dias, piora das condições clínicas de doenças de base (diminuição do pulso periférico, hipotensão), alteração do estado mental. Crianças podem ainda apresentar: incapacidade ou recusa de ingerir líquidos ou leite materno, palidez cutânea, sibilância ou estridor em repouso, vômito, irritabilidade ou sonolência e convulsões.**

RECOMENDAÇÕES

1. **Evitar aglomeração de pessoas**
2. **Incentivar atendimento à distância (telefone, aplicativo, WhatsApp, rede social), de acordo com a realidade do seu município;**
3. **Triar as pessoas sintomáticas respiratórias antes de entrar na unidade (tendas em ambiente externo; separar a entrada ou dividir as unidades do município em atendimento às pessoas sintomáticas respiratórias e pessoas com outras demandas);**
4. **Fazer Notificação e coletar amostras conforme Nota Técnica 001/2020 DIVE/LACEN/SES/SC.**

ANEXO 7 – FLUXOGRAMA PARA NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE COVID-19

ANEXO 8 – RECOMENDAÇÕES PARA CUIDADO DOMICILIAR DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMARDOS PARA COVID-19

Recomendações para cuidado domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 apresentando sintomas leves:

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

- O paciente deve ser mantido preferencialmente em quarto individual e ventilado, com janela e porta aberta. Caso não seja possível, reservar um quarto privativo, manter a distância de pelo menos 2 metros da pessoa doente;

- O paciente deve utilizar máscara cirúrgica para conter as secreções respiratórias (enquanto estiver apresentando sintomas);

- O cuidador deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada ao rosto para que cubra a boca e o nariz ao manipular o paciente ou quando estiver no mesmo recinto que ele;

- A máscara deve ser descartada imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos na sequência. A máscara não deve ser usada por períodos superiores a duas horas;

- Limitar o número de cuidadores do paciente. Além disso, a boa saúde do cuidador é fundamental para que possa cuidar bem do paciente;

- Visitantes não devem ser permitidos até que o paciente tenha se recuperado completamente dos sinais e sintomas;

- Realizar a higiene das mãos antes e após qualquer tipo de contato com o paciente ou com o recinto no qual o mesmo se encontra; antes e depois da preparação dos alimentos, antes de comer, depois de usar o banheiro e sempre que as mãos parecerem sujas;

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabão e passar álcool em gel; orienta-se preferencialmente o uso de toalhas de papel descartáveis para secar as mãos. Se não disponível, utilizar toalhas limpas e identificadas para cada morador da casa;

- As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso. Se a máscara ficar úmida ou suja com secreções, deve ser substituída imediatamente. As máscaras não devem ser usada por períodos superiores a duas horas. Neste caso, devem ser substituídas por novas;

- Utilizar luvas descartáveis para realizar a higiene do paciente;

- Evitar contato com fluidos corporais, principalmente orais ou secreções respiratórias, além de fezes, urina e resíduos do paciente;

- Não reutilizar máscaras ou luvas;

Recomendações para cuidado domiciliar de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 apresentando sintomas leves:

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

- Luvas, máscaras e outros resíduos gerados pelo paciente ou durante os cuidados com o paciente devem ser desprezados separadamente do lixo doméstico;

- Usar roupas de cama, toalhas, utensílios (talheres, pratos, copos, escovas de dentes) exclusivos para o paciente, estes itens devem ser limpos com água e sabão separadamente das roupas e utensílios dos demais familiares;

- Usar luvas descartáveis e roupas de proteção (por exemplo, aventais de plástico) ao limpar ou manusear superfícies e roupas com fluidos corporais. Retirar o avental antes da remoção das luvas e realizar higiene das mãos imediatamente;

- Limitar o movimento do paciente e reduzir o compartilhamento de espaço. Garantir que espaços compartilhados (por exemplo, cozinha, banheiro) sejam bem ventilados e as superfícies tocadas sejam frequentemente higienizadas com álcool 70%desinfetante doméstico comum, contendo hipoclorito de sódio a 0,2%;

- Evitar agitar a roupa suja, ela deve ser recolhida cuidadosamente para lavagem;

- Evitar o compartilhamento de bebidas como chimarrão e tereré;

- A etiqueta respiratória deve ser praticada por todos os familiares. É importante cobrir a boca e o nariz durante a tosse e espirros usando máscara, lenços de papel ou cotovelo flexionado, seguido de higiene das mãos;

- Os pacientes devem permanecer em casa até a resolução completa dos sinais e sintomas;

- Em caso de piora dos sintomas, retornar imediatamente ao serviço de saúde para uma reavaliação.

EM CASO DE DÚVIDA CONSULTAR O SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SEU MUNICÍPIO!

Adaptado de: WHO. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts. Interim guidance. WHO. Geneva. 4 February 2020. WHO/nCov/IPC/HomeCare/2020.2

ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNO MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ

Capital Nacional da Semente de Soja

ANEXO 9 – PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS CASOS DE SÍNDROME GRIPAL

NOME	SEXO	IDADE	COMORBIDADES	SINAIS E SINTOMAS	ENDEREÇO

Obs.: a) ESF's enviar para Vigilância Epidemiológica diariamente às 16:00h;

b) ROGAE enviar para Vigilância Epidemiológica diariamente às 8:00h.

ANEXO 10 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nº

SIVEP Gripe
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE

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_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 1ºs sintomas da SRAG: __|__|____

3 UF: __|__ 4 Município: _____ Código (IBGE): __|__|__|__|__|__

5 Unidade de Saúde: _____ Código (CNES): __|__|__|__|__|__|__

Dados do Paciente

6 CNS do cidadão: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

7 Nome: _____
8 Sexo: |__| 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado

9 Data de nascimento: __|__|____
10 (ou) Idade: __|__|__ 1-Dia 2-Mês 3-Ano |__|
11 Gestante: |__| 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado

12 Raça/Cor: |__| 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

13 Se indígena, qual etnia? _____

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 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

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: |__| 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado
25 País: (se residente fora do Brasil) _____

Dados Clínicos e Epidemiológicos

26 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

27 Trata-se de caso com infecção de SRAG adquirida após internação hospitalar? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

28 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

29 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
|__| Febre |__| Tosse |__| Dor de Garganta |__| Dispneia |__| Desconforto Respiratório
|__| Saturação O_2< 95% |__| Diarreia |__| Vômito |__| Outros _____

30 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 *mellitus* |__| Doença Neurológica Crônica |__| Outra Pneumopatia Crônica
|__| Imunodeficiência/Imunodepressão |__| Doença Renal Crônica |__| Obesidade, IMC |_____|
|__| Outros _____

31 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? |__| 1-Sim 2-Não 9-Ignorado
32 Data da vacinação: __|__|____

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

33 Usou antiviral para gripe? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

34 Qual antiviral? |__|
1-Oseltamivir 2-Zanamivir
3-Outro, especifique: _____

35 Data início do tratamento
___|___|_____

36 Houve internação? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

37 Data da internação por SRAG:
___|___|_____

38 UF de internação:
__|__

39 Município de internação:
_____
Código (IBGE):
__|__|__|__|__|__|__

40 Unidade de Saúde de internação:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

41 Internado em UTI? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

42 Data da entrada na UTI:
___|___|_____

43 Data da saída da UTI:
___|___|_____

44 Uso de suporte ventilatório: |__|
1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo
3-Não 9-Ignorado

45 Raio X de Tórax: |__|
1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação
4-Misto 5-Outro: _____
6-Não realizado 9-Ignorado

46 Data do Raio X:
___|___|_____

47 Coletou amostra? |__|
1-Sim 2-Não 9-Ignorado

48 Data da coleta:
___|___|_____

49 Tipo de amostra: |__|
1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar
3-Tecido *post-mortem* 4-Outra, qual? _____
9-Ignorado

Dados Laboratoriais

50 Nº Requisição do GAL: _____

51 Resultado da IF: |__|
1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado
9-Ignorado

52 Data do resultado da IF:
___|___|_____

53 Agente Etiológico – IF:

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 Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Adenovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____

54 Laboratório que realizou IF:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

55 Resultado da RT-PCR: |__|
1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado
9-Ignorado

56 Data do resultado RT-PCR:
___|___|_____

57 Agente Etiológico – RT-PCR:

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-Vitória 2-Yamagatha 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)
|__| Vírus Sincicial Respiratório |__| Parainfluenza 1 |__| Parainfluenza 2 |__| Parainfluenza 3 |__| Parainfluenza 4
|__| Adenovírus |__| Metapneumovírus |__| Bocavírus |__| Rinovírus
|__| Outro vírus respiratório, especifique: _____

58 Laboratório que realizou RT-PCR:
_____
Código (CNES):
__|__|__|__|__|__|__

Conclusão

59 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

60 Critério de Encerramento: |__|
1-Laboratorial
2-Vínculo-Epidemiológico
3-Clínico

61 Evolução do Caso: |__|
1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado

62 Data da alta ou óbito:
___|___|_____

63 Data do Encerramento:
___|___|_____

64 OBSERVAÇÕES:

65 Profissional de Saúde Responsável:
_____

66 Registro Conselho/Matrícula:
__|__|__|__|__|__|__