

2º RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Data: 18/08/2020 às 14:00 horas por videoconferência

1 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

1.1 – Dados do Bem (Flúvia/SUVISA)

* Esse item não foi apresentado.

1.2 – " Abordagem das novas definições de caso para COVID-19" de acordo com Guia de Vigilância Epidemiológica (05-08-2020).

Dra. Magna, SUVISA, informou a publicação do novo Guia de Vigilância com novas definições de casos que será apresentado peça Dra. Cristhiane. Ainda existem muitas dúvidas, deu exemplo que o Guia as vezes não conversa com o próprio Guia. Exemplificou que existe uma definição no início e quando está no monitoramento de casos ele contradiz o início. Informou que a equipe se juntou e tentaram esclarecer uma série de questões que geravam dúvidas. Houve uma reunião com o Ministério onde a Dra. Flúvia estava presente. O Dr. Eduardo Macário apresentou o novo guia. Foi feito uma série de questionamentos, inclusive coisas que não concordavam, principalmente em relação ao rastreamento de contatos. Algumas questões, o pessoal do Ministério da Saúde até concordou que não ficaram claras no Guia. Pediram para que os estados escrevessem aquilo que estivesse contraditório. Dra. Magna crê que será publicada uma nova versão do Guia, errata ou nova versão daquilo que está mais confuso para ser esclarecido. Informou que a Dra. Cristhiane apresentará, focar na primeira parte das definições de casos, a parte de rastreamento de contatos terá um sistema novo do Ministério que será específico.

Dra. Cristhiane, CIEVS, disse que o Guia de Vigilância Epidemiológica, publicado no dia 05 de Agosto de 2020, traz definições operacionais com a Definição 1 sendo a Síndrome Gripal: o indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por, pelo menos, dois dos seguintes sinais e sintomas: febre mesmo que referida, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Não tem mais aquela obrigatoriedade de antes de ter febre, pode ser quaisquer dois desses sintomas. Na suspeita de COVID-19 a febre pode estar ausente a sintomas gastrointestinais como diarreia podem estar presentes. Em crianças além dos itens anteriores consideram-se também congestão nasal na ausência de outro diagnóstico específico e em idosos deve-se critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. A segunda definição é a Síndrome respiratória aguda grave. São indivíduos com síndrome gripal que apresente dispneia ou desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente ou ainda coloração azulada cianose nos lábios. Em crianças além desses itens, observar também batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. Disse que para efeito de notificação no Sivep- gripe devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização. Pontuou sobre os casos confirmados de Covid-19, casos confirmados por critério clínico: caso de síndrome gripal ou SRAG associado a anosmia

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

(disfunção olfativa) ou ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa. Quanto a caso confirmado por critério clínico-epidemiológico, caso de síndrome gripal ou SRAG com histórico de contato próximo domiciliar dos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para Covid-19. Apresentou por critério clínico imagem, caso de síndrome gripal ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: opacidade em vidro fosco periférico bilateral com ou sem a consolidação ou linhas intralobulares visíveis (aspecto pavimentação); ou opacidade em vidro fosco multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação linhas intralobulares visíveis; ou ainda sinal de Halo reverso ou outros achados de pneumonia em organização, observados posteriormente na doença. Quanto a caso confirmado por critério laboratorial disse que então caso de síndrome gripal ou SARG com teste de biologia molecular, resultado detectável para SARS-Cov-2 realizado pelo método RT-qPCR. Explicou que não colocaram o imunológico, então por critério laboratorial seria biologia molecular e pesquisa de antígeno com resultado reagente para SARS-Cov-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno. Complementou que inclusive esse foi um dos questionamentos, porque o guia continua no sintomático e no assintomático não tem mais o critério imunológico, então indivíduo assintomático com resultado de exame. Pontuou que ficaria como síndrome gripal ou SRAG não especificada, caso de síndrome gripal ou de SRAG para qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico ou que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial ou que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico. Abordou sobre caso descartado de Síndrome Gripal para Covi-19, caso de síndrome gripal para o qual houve identificação de outro agente etiológico confirmado por método laboratorial específico, excluindo-se a possibilidade de uma co-infecção, ou confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável. Ressaltou que um exame negativo para COVID-19 isoladamente não é suficiente para descartar um caso para COVID-19. Expôs que o registro de casos descartados de síndrome gripal para COVID-19 deve ser feito no e-SUS notifica. Leu a observação, que para fins de vigilância, notificação e investigação de casos e monitoramento de contatos, o critério laboratorial deve ser considerado o padrão ouro, não excluindo os demais critérios de confirmação. Em relação a notificação e registro, explicou o que notificar, que são os casos de síndrome gripal, de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, independente de hospitalização, que atendam à definição de caso; e também indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por Covid-19. Falou que entra a confusão com aquela definição de caso, indivíduo assintomático por critério Laboratorial e sua hipótese é que queiram especificamente notificar e nessa outra situação abordar questão de isolamento. Falou quem deve notificar, que são profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente. Disse que todos os laboratórios das redes públicas, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes diagnósticos para detecção da COVID-19. Quanto a “quando notificar”, devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito, e os laboratórios devem notificar até 24 horas da data do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações da rede nacional de dados em saúde. Explicou onde notificar: as unidades públicas e privadas (unidades de atenção primária, consultórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT) vão notificar os casos de síndrome gripal por meio do sistema e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/login>); as unidades de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal, também vão notificar os casos de síndrome gripal seguindo os

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

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; e todos os hospitais públicos ou privados vão notificar os casos de SRAG hospitalizados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe, SIVEP-Gripe. Colocou que questionaram foi a questão principalmente do indivíduo assintomático que tira a sorologia, quer seja por teste rápido quer seja por Elisa. Reforçou que tiraram do indivíduo assintomático a sorologia, porém continuam na parte de notificação falando que os indivíduos assintomáticos são confirmados achando antígeno ou imunológico, quer dizer o anticorpo. Disse que então de qualquer forma para notificar continua tendo que notificar os assintomáticos com o IGM positivo, conforme esse guia.

Dra. Magna da SUVISA sugeriu passar para dúvida e ver o que o pessoal acha, porque na web que participaram o Dr. Macário não concorda com notificação de assintomáticos pelo teste rápido, por isso que entenderam que não era para notificar. Falou que no guia realmente fica confuso na hora de confirmar o caso não coloca o teste rápido, mas na hora de notificar coloca. Falou que é estranho como que vai notificar, se não tem como depois confirmar. Falou que pensa que não deveriam nesse momento orientar as pessoas para parar de notificar os casos assintomáticos confirmados por teste rápido. Complementou que não faria essa mudança nesse momento, até o Ministério pronunciar novamente. Os casos continuam entrando e se entenderem que não serão computados, para limpar o banco é fácil tirar, porém se uma modificação na nota for feita no sentido de orientar as pessoas a não mais notificar, esses casos não serão mais resgatados. Como todos já estão notificando desde o começo, o melhor é deixar do jeito que está e caso o Ministério disser que esses casos não serão computados é só retirá-los do banco. Informou que em um levantamento feito pela Érica, em torno de 20% dos casos confirmados no banco, são de pessoas assintomáticas confirmadas por teste rápido. São casos positivos, por exemplo, dos inquéritos que estão sendo considerados. A retirada desses casos poderia gerar uma falsa impressão de que os dados estão sendo manipulados para mostrar que estes estão diminuindo, o que não é verdade.

Dra. Samanta da SUVISA pontuou os casos que estão no eSUS e são manipuláveis como em um boletim podendo diferenciar casos sintomáticos por testes sorológicos, esses casos representam um percentual da população que já teve contato e desenvolveu anticorpos. Apesar de existir uma série de restrições e observações que serão descobertos nestes testes, ainda não tem nada evidente de percentual de reação cruzada, de quanto desses resultados são falsos positivos que justificaria a retirada dos dados agora. Perder-se-ia um percentual da população que já desenvolveram anticorpos sem ter um dado fidedigno que justifique a retirada desse exame, sendo que vieram do próprio Ministério e está disseminado no Estado. Em uma análise é fácil identificar quantos foram de PCR ou testes rápidos. As fichas estão melhorando e possibilitando a análise de qual é a situação do Estado permanecendo com esses casos. Conclui dizendo que concorda com a Magna.

Dra. Cristhiane, do CIEVS, disse que também concorda com a Magna, que fazer isso neste momento geraria uma grande confusão, que as pessoas já estão desacreditadas com os números que são publicados, com a retirada traria a falsa impressão de que está tudo bem, que melhorou. Acrescentou que ficará muito confuso para a população, acreditando que já passou e que não precisa mais do distanciamento social e sabemos que isso não é verdade.

Dra. Lucélia, do COSEMS, questionou qual é a proposta então, não considerando as referências e orientações que são dadas no guia neste momento. Disse que a justificativa feita

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

pela Magna tem fundamento que poderá gerar muito mais conflito e desconfiança nas informações que já encontram muitas dificuldades, causando exacerbação nestas situações. Então perguntou qual seria a proposta porque precisa ter um documento do Estado de Goiás, que tem todas as condições de fazer uma definição ou adiar uma tomada de decisão que tem um parâmetro a nível nacional que está sendo usado por todos. Seria então um documento para que se fizesse este alinhamento, amparando os municípios para utilizarem a mesma definição que não a do guia.

Dra. Magna, gerente da SUVISA, respondeu que é preciso distinguir as coisas, que não significa que o grupo entende que o teste rápido é um bom teste para confirmar casos, nunca foi. Nas reuniões do COE onde ela apresenta os gráficos, percebe-se a evolução dos casos e que no início a maioria eram confirmados por PCR. Hoje 60% são confirmados por PCR, outra parte é por outros exames e os demais por teste rápido. Concorde que o teste rápido não é o ideal. Afirmou que o que está sendo colocado pelo guia é confuso, mostrando algumas contradições, em uma página cita quais casos são notificados, cita situações como PCR positivo e exame imunológico positivo, porém onde traz a definição de casos confirmados já não fala dos testes rápidos. Disse que a Cristhiane acha que é para o monitoramento, para o rastreamento, mas que não deixa isso claro. A sugestão é adotar o guia, no entanto, considerar a página que fala para notificar os casos de pessoas assintomáticas com o teste imunológico positivo, ou seja, por enquanto continuar fazendo o que já vem sendo feito. Falou que em reunião com Dr Macário, este solicitou que fosse feito relatórios de toda inconsistência que fosse encontrada no guia e que fossem passadas para adequações. Entende que enquanto todas essas inconsistências não forem corrigidas, é importante continuar notificando. Continuar seguindo a orientação que está na página 15 do guia. Seguindo o critério de definição de casos, e conforme as modificações que o Ministério fizer nos guias, ou ele nos respondendo de como ficaria essas inconsistências, mudamos um pouco mais para frente e podemos fazer um boletim, e pedir o pessoal da TI para separar esses casos, casos confirmados só por PCR, e pelos testes de antígenos e separar os casos confirmados por testes rápidos e seria como o Ministério está sugerindo.

Dra. Lucélia, COSEMS, disse que entendeu bem, mas que precisava pelo menos alinhar, ou fazer um documento que por enquanto continuamos a notificação da mesma forma, mas que todos tenham esse entendimento. Disse que já divulgaram muito o guia, todos os profissionais de saúde, e o que está dizendo é que seria só para ter um documento técnico e que possa dizer que continuamos a notificação da mesma forma, porque vai ter gente que vai deixar de notificar.

Dra. Christiane, CIEVS, acha importante enfatizar, porque fala que não participou dessa reunião, mas o que ela entendeu do guia a tônica é essa; a notificação para esses casos assintomáticos, com sorologia, inclusive fala imunológico recente, ou seja, IGM ou IGA essa notificação precisa continuar acontecendo, a menos que venha alguma coisa muito clara para que não seja feita a notificação. Entende que tenha sim que fazer a notificação. Em relação a considerar o caso, acredita que seja para monitoramento mesmo, disse que inclusive no guia de vigilância, na parte que fala de monitoramento de indivíduos assintomáticos, orientações para isolamento para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para Covid, resultados detectados por RT-PCR, ou teste rápido para detecção de antígeno, então nessa questão de isolamento eles consideram isso, então pensa que queriam dizer com essas situações disparens foi isso.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Regional Centro Sul perguntou se o teste antigênico está disponível, e qual seria esse teste porque a imunocromatografia também é teste rápido.

Dra. Samanta respondeu que aparece a definição dele nos exames laboratoriais, é um exame recente, disse que não teve acesso a bula, mas pelo que entendeu pelo guia é um teste tipo swab que colhe nasal, e ele tem alguma reação que vai procurar os antígenos, proteína do vírus, e faz uma reação rápida, então não é um teste rápido sanguíneo, é um teste rápido de secreção nasal, feito em 25 minutos. Perguntou se tem alguém de Senador Canedo para falar, pois sabe que o município está fazendo este teste.

Dra. Magna, SUVISA, respondeu que Goiânia está fazendo nessas tendas de Goiânia que está rodando cada semana em um bairro seria com esse teste, estão entregando esse resultado cerca de uma hora, mas teve comentário que é um bom teste.

Dra. Samanta falou que a sensibilidade dele é bem melhor que o sanguíneo.

Regional Centro Sul perguntou se não seria bom perguntar ao Ministério se não seria um erro de impressão.

Dra. Samanta respondeu que isso é feito e questionaram para o Ministério Público e já foi feito um relatório pelo Estado das dúvidas e enviados para o Ministério, só que ainda não tiveram um retorno.

Regional Centro Sul falou que se for um erro de impressão tem uma coerência entre as duas avaliações, aquele assintomático recomenda realmente essa abordagem de RT-PCR e pesquisa de antígeno, que também é um teste rápido e pode ter feito confusão com o teste imunológico.

Dra. Magna falou que acha que não seria, mas que vai aguardar.

Dra. Samanta falou que viu os testes e está escrito, testes imunobiológicos de infecção recente e perguntou se só querem que notifiquem os assintomáticos que tenham IGG e IGM. Disse que cada hora que lê tem uma impressão diferente e que já leu umas dez vezes e cada hora enxerga uma coisa diferente.

Dra. Magna perguntou como que o Ministério recomendaria se os testes que disponibiliza não separa.

Dra. Samanta falou que não deixa de ser incoerente, mas precisa questionar.

Dra. Eleonora, Regional Saúde Sudoeste I, falou que tem duas dúvidas, fora essas inconsistências que tem no guia, mas uma seria como ficará e como orientarão os isolamentos desses assintomáticos com sorologia positivo por testes rápidos. Complementou se mantêm as orientações dos isolamentos deles, porque no guia fala que fechado não devem servir para definir isolamento. Sobre síndrome gripal descartado disse que antes considerava PCR negativo e antígeno negativo, para descartar no sistema e agora fala que um exame negativo isoladamente não é o suficiente para descartar, que deveria ver se não teve identificação de outros agentes etiológicos, pois não estão fazendo painel viral para os demais vírus. Indagou como vão fazer com esses PCR e antígeno negativos, porque os municípios estão descartando no sistema.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Magna falou que esse é outro problema, era uma das dúvidas que colocou para o Ministério, porque o Ministério não envia mais kits para painel viral e o LACEN parou de fazer, então isso para eles seria complicado utilizar esse critério, porque o LACEN não está fazendo o painel viral, então ficou de marcar uma reunião com Vinícius para ver se existe essa possibilidade de retorno, porque isso é algo que também inviabilizaria esse critério.

Dra. Christiane falou que o valor preditivo negativo desses testes realmente é baixo, realmente tem uma sensibilidade baixa, e não discorda desse critério, o ruim é que ficam sem ter uma definição do que é da etiologia.

Dra. Eleonora, Regional Saúde Sudoeste I, disse que ficaria como suspeito no sistema.

Dra. Cristhiane disse que na sua opinião ficaria como essa síndrome gripal ou SRAG não especificada.

Dra. Magna disse que até porque não será mais suspeito, porque hoje tem todos aqueles critérios para confirmar, desde de que tenha se enquadrado nesse caso, tem como classificar de alguma forma.

Dra. Christiane falou que não ter o painel viral se for SRAG não especificada.

Dra. Eleonora, Regional Saúde Sudoeste I, perguntou sobre o isolamento, se vai continuar considerando a sorologia na questão do isolamento, sorologia positiva dos assintomáticos.

Dra. Samanta disse que tem muita gente nova trabalhando SIVEP, os municípios foram descentralizados esse ano, mas quem trabalhava antigamente com SIVEP, essa classificação é muito clara, que a partir do momento que atende as características da Síndrome, seja Síndrome Gripal ou SRAG, e não foi possível isolar um agente, registra como Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave não especificada. Disse que no SIVEP não descarta, só classifica de acordo com o agente etiológico, o que foi entendido é que o Ministério levou isso pra Síndrome gripal, infelizmente não é todos que fazem o melhor exame, mas, de qualquer forma, atende os critérios de Síndrome gripal. Complementou que se não foi isolado um agente, não será descartado, pois o paciente teve a Síndrome gripal, teve sintomas ficou doente tem apenas o agente não especificado.

Dra. Magna, SUVISA, afirmou que manteria o isolamento até porque é um caso suspeito.

Dra. Samanta, SUVISA, continuou afirmando que sim, e no guia novo menciona, quando não consegue isolar o agente pode reduzir o tempo, mas enquanto o indivíduo está sintomático mantém isolado, pode sair do isolamento se estiver 24 horas afebril sem uso de antitérmico e com remissão dos sintomas.

Dra. Magna, SUVISA, mencionou referindo ao paciente assintomático que tem sorologia positiva, o isolamento dele, quis saber se a sorologia não serve para definir isolamento.

Dra. Erika disse que nas páginas 19 e 20 menciona os critérios e orientação para o isolamento, no caso do assintomático, que apenas os casos confirmados com RT-PCR positivo ou teste de antígeno com detecção de antígeno ficará isolado por dez dias, se ele é assintomático e foi feito o teste rápido positivo para algum teste do Ministério não ficaria em isolamento, porque

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

não traz risco previsto no guia.

Dra. Samanta, SUVISA, disse que pensando na lógica médica de fisiopatologia, o paciente que é assintomático já tem uma carga viral baixa, se foi detectado o antígeno no nariz, que é o RT-PCR já este teste novo poderia estar no começo, porque só é detectado na primeira semana, quando ele tem a sorologia positiva já teria uma viragem sorológica, são anticorpos que essa pessoa teria em oito dias em que teve contato, e se ela é assintomática não teria tanto vírus para transmitir, meio que o afrouxamento da situação, o Ministério fez dessa forma, e disse não sabe porquê e não sabe se concorda também.

Dra. Ana Cristina, SUVISA, fez uma colocação dizendo que não pode esquecer do paciente assintomático e o critério clínico epidemiológico, tem que estar atento, fazer a busca e investigação, se o teste rápido foi negativo mas teve contato com um caso positivo a situação muda, mantém o isolamento pela definição do contato.

Dra. Samanta, SUVISA, concordou com a Dra. Ana Cristina, afirmando que, se tem na casa alguém muito próximo com PCR positivo ou antígeno positivo, é contato e entra na linha do isolamento domiciliar junto com os de contatos.

Dra. Christiane, CIEVS GO, disse que foi bem lembrado, as vezes a pessoa teve contato, faz o teste rápido, sorologia, tem resultado negativo e desconsidera o isolamento. Explicou que está dentro do período de incubação, esse contato confirmado tem que ficar isolado, se tive assintomático manter isolado por 14 dias desde o período do início do contato.

Regional Sul Itumbiara disse que antes quando os testes rápidos testavam negativos estavam colocando na classificação final como suspeitos, ou seja, em branco, agora se o paciente teve sintomas, poderia colocar na classificação final como Síndrome gripal não especificada. Falou que até então estavam todos sendo deixado os espaços em branco para classificação final, a evolução deixava como ignorada, se o paciente estava curado com mais de 72 horas sem sintomas, era anotado como “cura” porém em alguns casos era deixado como ignorado, como não foi possível começar teste, o paciente não comparece na unidade, na evolução é deixado como ignorado e a classificação final ficava em branco, pediu para alguém confirmar se pode colocar na classificação como Síndrome gripal não especificada.

Dra. Christiane, CIEVS GO, respondeu que é preciso avaliar e colocar todos os outros critérios também. Explicou que se o paciente teve os sintomas de Anosmia ou Ageusia que é característica dessa doença de agora e que não tem uma outra causa definida, então entra como confirmado por critério clínico, apesar de todos saberem que não é patognomônico, porém estão assumindo dessa forma entra como critério Clínico. Ressaltou que se tem o exame de imagem com a característica explicitada no guia, entra por critério Clínico de imagem.

Dra. Samanta, SUVISA respondeu que dessa forma será classificado como COVID-19.

Dra. Christiane, CIEVS GO, pontuou que esse fato não é patognomônico, mas que é de quadro viral, é o momento entrar como COVID-19. Falou que outra situação é o de vínculo epidemiológico, se tem a clínica, a Síndrome Gripal ou SRAG, e tem o vínculo epidemiológico fecha também como COVID-19 por vínculo epidemiológico. Disse para sempre atentar para ser uma Síndrome não especificada, gripal ou SRAG, Epidemiológica

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

não especificada tem que descartar tudo isso, não tem Anosmia nem Ageusia, não tem a imagem compatível, não tem vínculo epidemiológico nenhum.

Dra. Samanta, SUVISA, disse que trabalha no banco do SIVEP e ficou um pouco afastada, e segunda feira voltou a trabalhar em relação as classificações, e encontrou dois problemas: pacientes com PCR positivo, foi anotado no local certo, mas sem a classificação. Observou para sempre incluir o exame PCR ou o resultado do exame, já classificar como COVID, porque no boletim automatizado do Estado os casos são contados por classificação, e quando insere um caso positivo esperando a evolução para classificar, esse caso já fica contabilizado, acrescentou que de segunda feira até hoje a baixar o banco continha 95 casos do Estado com PCR positivo que não estavam classificados, haverá municípios com dez casos de hoje para amanhã, porque já foram todos classificados, outra situação notada, é que os Hospitais estão internando pacientes, fazendo teste rápido e não estão colhendo PCR, isso já foi conversado bastante, mesmo que tiver que estender um pouco a data, conversa no LACEN ou faz um acordo com a equipe, e se for um paciente altamente sugestivo de COVID, mesmo com o Teste Rápido positivo, deve colher o PCR, principalmente se esse paciente for a óbito, observou que tem encontrado situação que colhe o teste rápido, escreve em outra amostra colocando o resultado no PCR, pontuou que os Municípios vem com dificuldade de entender aonde insere o resultado, portando as Regionais precisam dar uma olhada nas fichas, pelo fato de ter encontrado erros, como está sendo contado os casos pela classificação, a análise de classificação tem que estar certa, antes faziam a análise para o boletim SRAG, mas no boletim de COVID não tinha como fazer aquela análise e ela estava fazendo de forma manual e ficava enviando para que entrassem em contato, que a maioria ela já corrigia de imediato, mas precisava que fosse repassado às unidades e percebessem qual Unidade estaria com mais dificuldade e conversassem com as pessoas daquela Unidade, sendo que às vezes na hora da digitação em que percebia um erro, já fazia a correção porque alguns hospitais eram particulares e a digitação era feita em outro local e o erro da ficha era mantido.

Dra. Ana Cristina, CIEVS, informou que estavam pedindo também apoio aos municípios para correção das fichas como duplicidade, inconsistência no banco, como gestante com sessenta anos de idade, pessoas com cento e vinte anos de idade, tendo ainda nos bancos notificados no mês de janeiro, em que não tinha caso notificado e estava aparecendo no banco deles como caso confirmado em janeiro, fevereiro e que tinham casos de setembro do ano corrente, fazendo previsão, inserindo pessoas no banco no mês de setembro e pediu que tivessem uma atenção especial e que outra questão por ela observada, principalmente nos últimos dois dias, eram óbitos sem coleta de PCR com BO suspeita de COVID, porém sem a coleta de PCR, sabendo que teriam uma dificuldade posteriormente para encerrar aquele caso e pediu mais atenção para que divulgassem para os municípios e que se houvesse suspeita de COVID com óbito teria que ter coleta de PCR .

Dra. Samanta, SUVISA, completou que para os casos de óbitos em que houvesse dúvida que poderiam fechar por outro vínculo, epidemiológico ou por tomografia, estavam tendo comitê do Estado, tendo tido a participação de várias Regionais e havendo dúvida se o óbito deveria ser classificado ou não, poderiam classificar como COVID, sem colocar a evolução e escrevendo na observação “o caso será encaminhado para o Comitê” e entraria em contato com a equipe do SIM, para que o caso fosse discutido no Comitê porque não havendo evolução, não seria contabilizado como óbito, mas como caso e, posteriormente, se achassem que não era um caso, fariam a correção, mas era melhor reverter um caso a um óbito e, então, na dúvida, poderiam deixar a evolução do óbito em aberto e informou ainda que os casos mais

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

angustiante, passariam na frente, tendo o material todo reunido para discussão, e que não estava havendo demora.

Pessoa não identificada, levantou a dúvida quanto ao e-SUS, relativo ao descarte que antes era de síndrome gripal, com a orientação de que para PCR e antígeno negativo descartariam, e como tinha mudado, se teriam que resgatar as informações e alterá-las ou o banco de dados seria a partir daquele momento.

Dra. Magna, SUVISA, respondeu que seria a partir daquele momento e que até tinham questionado o Ministério e que haveria uma reunião na quarta-feira e estavam estudando sobre fazer uma limpeza do banco, mas ainda não tinham repassado nada, sendo qualquer mudança válida a partir daquele momento e que não fariam alterações no banco anterior.

Dra. Ana Cristina, CIEVS, pediu atenção quanto à planilha do LACEN, uma vez que vinham observando que constava resultado positivo, porém já com o resultado do LACEN e o caso constando como suspeito, o que sugeria que os casos não estavam sendo encerrados, o que estava atrasando os boletins paralelos dos municípios, e estavam pedindo para que pudessem atualizar o mais breve possível, para que os dados ficassem semelhantes, sem tanta divergência, e que tinham reuniões com o Ministério Público, sobre o que a Magna também poderia falar, e tinham sido cobrados todas as quartas-feiras, nas reuniões do COE, referente ao banco de dados com relação à divergência entre os boletins dos municípios e os dados do painel do Estado.

Dra. Patrícia Borges, SVEH-CIEVS, enfatizou a fala da Samanta em relação aos casos que estavam sendo registrados no SIVEP já que estavam fazendo um levantamento dos óbitos no SIVEP, e estavam encontrando pendências, tanto no SIVEP quanto no SIM, havendo uma grande quantidade de BOs codificada para COVID e que não constava no e-SUS nem no SIVEP, tendo algumas notificadas no e-SUS, e então eles pediam que vissem estes casos, que tinha resultado de PCR positivo e constavam apenas no e-SUS ou não estavam em nenhum dos sistemas porque ainda estavam com uma diferença grande de óbitos confirmados e os que eram gerados pelo painel, que só contava os casos que constavam no SIVEP e os casos que gerassem dúvidas, poderiam enviar para o e-mail tanto do SIM quanto da sub-coordenação de Vigilância Epidemiológica e encaminhariam para o Comitê e, com relação aos casos do Lacen, ela estava trabalhando com a planilha naquele dia, tendo separado os das Regionais e enviado para que fosse atualizado e que eram casos com resultado detectável no LACEN e que ainda estavam com a classificação aberta como suspeita, sendo um trabalho realizado semanalmente e, então, estavam pedindo a colaboração para que os casos não ficassem tão fora da realidade da pandemia.

Dra. Ana Cristina, CIEVS, perguntou se havia alguma dúvida.

Dra. Tanize, Regional São Patrício I, comentou ter feito uma solicitação de capacitação no SIVEP-Gripe em que dos 20 municípios que estavam sob a supervisão dela, apenas 15 sabiam digitar no SIVEP-Gripe sem obteve retorno e, devido ao grande número de óbitos, estavam tendo muita inconsistência, tendo relato de município que os dados migravam do e-SUS para o SIVEP e que não sabiam que no óbito tinha que ser digitado no SIVEP e quis deixar registrado no GT que estavam precisando daquela capacitação via SIVEP-Gripe.

Dra. Samanta, SUVISA, informou que o SIVEP era um sistema que a própria Regional

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

manipulava há muito tempo e eles poderiam fazer aquela capacitação independente do Estado, do nível central, porque estavam com uma demanda muito grande, não conseguindo atender a todos e poderiam fazer a discussão da ficha independente do nível Central por já ser um sistema consolidado, tendo já feito aquela capacitação quando tinham descentralizado, tendo conversado e feito vídeo com todos, e se os municípios tinham dificuldade, ela podia fazer de forma independente. Disse que fez reunião sobre o SIVEP, sobre a ficha e recentemente foi feita a reunião sobre a mudança da ficha, então não vê necessidade do estado está coordenando isso, acrescentando que é uma dificuldade de cada regional e sugeriu que a regional pode dividir por município que tem mais e menos capacidade de chegar próximo. Falou que se quiser que participem isso pode ocorrer, mas não é uma demanda que vê como conseguir cumprir de forma sistemática, visto que tem várias outras demandas e o manejo do SIVEP, do sistema e inserir os dados na ficha é uma coisa muito simples que as vezes resolve numa conversa, uma explicação com aquele município que COVID a classificação é 5 (cinco) e não 2 (dois) é uma coisa rápida que se pode fazer independentemente dessa coordenação da SUVISA. Se colocou a disposição caso a regional se organize e os convide, tentando participar.

Dra. Ana Lúcia, Regional São Patrício I, disse que ficou responsável por mexer com a SIVEP-Gripe, falando que anteriormente quem ficava responsável era a Sra. Aparecida Reis, daí a sua coordenadora passou essa atribuição, porém comentou que nunca teve capacitação para mexer no SIVEP- Gripe, colocando que a única coisa que sabe fazer é olhar os dados de quem está inserido no SIVEP-gripe. Comentou que se for para agendar essa capacitação. Disse que precisaria de um apoio dessa coordenação da SUVISA. Comunicou que não aprendeu como mexer, e o que aprendeu foi com o Sr. Flávio que a instruiu por telefone.

Dra. Samanta, SUVISA, pediu para a Sra. Ana Lúcia da Regional São Patrício I mandar um e-mail para a coordenação para agendarem uma capacitação específica, mas voltou a falar que essa capacitação foi feita assim que o E-SUS estava sendo desenhado e percebeu que isso ia acontecer, desta forma foi feita uma descentralização para os municípios, onde conversaram com todos e realizados treinamentos, foi feito vídeo por cada uma da regional, convidando cada município.

Dra. Ana Lúcia, Regional São Patrício I, disse que entrou nesta pasta em março de 2020 e como já cuida do E-SUS VE e outras coisas, não teve esse treinamento do SIVEP-Gripe. Falou que aprendeu a parte da exportação para ver quem está internado.

Dra. Magna, SUVISA, deixou claro que a Dra. Samanta já dispôs a ajudar, mas também acha que o coordenador da regional, sempre que tiver troca, ele deve organizar internamente o repasse de informação.

Regional de Saúde Estrada de Ferro, disse que tem quatro perguntas para a Dra. Samanta, a primeira foi em relação ao óbito, caso tenha um PCR negativo, teste rápido negativo, caso médico se sinta confiável, perguntou se pode confirmar só pela imagem.

Dra. Samanta, SUVISA, respondeu que pelo guia novo pode sim. Falou que até então vinha trabalhando principalmente nos Comitês dos óbitos o vínculo epidemiológico, então o paciente tinha sintomas, ele evoluía com sinais de COVID e se olhava muito os exames de sangue, leucopenia, alteração de coagulação e a tomografia e tentava fechar com o vínculo epidemiológico, isso em relação aos casos de óbito. Informou, porém que atualmente o guia

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

traz essa liberdade da equipe fechar pelas alterações tomográficas. Voltou a dizer que as alterações em vidro fosco, elas também não são patognomônicas de COVID, se foi uma descoberta para o mundo adulto no mundo da pediatria, toda criança com o vírus respiratório, podia evoluir com o vidro fosco na tomografia, colocando que não é um exame tão comum que fazia, então atualmente se faz mais e a informação está muito mais disseminada. Colocou que em vigência da situação epidemiológica juntando com o quadro de evolução clínica, apesar de um PCR negativo e a equipe achar que é COVID, podem ir justificar no espaço para tomografia e colocar pelo nome que classifica clínico imagem.

Dra. Cristhiane, SUVISA, falou que não descobriram isso para o adulto, também sendo imagem característica de infecção viral.

Dra. Samanta, SUVISA, concordou e falou que quando começou surgir parecia que era a imagem do COVID. Reforçou que é o critério quatro (clínico imagem), então juntará os sinais clínicos da síndrome, cumprindo SRAG e ter a imagem tomográfica.

Regional de Saúde Estrada de Ferro perguntou se isso pode usar tanto para o PCR negativo quanto na ausência de um PCR também.

Dra. Samanta, SUVISA, afirmou dizendo tanto com o PCR negativo como na ausência da coleta, mas voltou a dizer e está escrito no guia que o padrão ouro de diagnóstico de classificação é o PCR e o LACEN de Goiânia, apesar de demorar e ter alguns problemas, ele tá segurando a realização do PCR de todo paciente internado. Voltou a dizer que os municípios têm que se concentrar em colher o PCR dos pacientes internados. Falou que evoluiu a óbito, é orientação do SVO colher PCR pós-morte. Comentou que tem tido caso de UNIMED sem PCR e achou um absurdo, a maioria com teste rápido e acha que isso não está certo. Reforçou que o padrão ouro é fazer o PCR. Comunicou que o guia fala também, na qual terão uma conversa com o LACEN que algumas situações em que a equipe está achando que é COVID e tem o RT-PCR negativo, a orientação do guia é que ela deve repetir esse PCR em 48 horas, orientando até um lavado broncoaveolar se o paciente estiver entubado e depende da equipe que tem capacidade de coleta ou não. Informou que estão pensando em discutir com o LACEN de Goiânia essas situações de repetir o PCR mesmo que ele seja nasofaríngeo, colocando que isso tudo encontra-se no guia novo. Concluiu que acha que precisam se adaptar porque sabe que 40% dos PCR's que são colhidos eles podem ser falsos negativos, dizendo que duas amostras de pacientes graves não é um absurdo, só não pode virar uma rotina, como colher depois dos 10 (dez) dias também não virar uma rotina, onde tem de ser analisado caso a caso. Frisou que as situações é que não podem perder oportunidades de um diagnóstico mais correto.

Regional de Saúde Estrada de Ferro, falou sobre o isolamento, na página 19 que fala sobre o isolamento para síndrome gripal que após 10 (dez) dias e se tiver 24 horas sem febre e sem remissão de sintomas respiratórios. Disse que está claro, mas gostaria que ratificar com a coordenação da SUVISA e exemplificou se a pessoa também tiver diarreia, sem febre e sem sintoma respiratório, mas possui diarreia e dor de cabeça, perguntou, neste caso, se a pessoa da vigilância pode, mesmo assim, tirar a pessoa do isolamento.

Dra. Cristhiane, SUVISA, disse que conforme o guia pode onde fala de 24 horas sem febre e com remissão especificamente dos sintomas respiratórios, mas acha que deve ser feito uma avaliação individual também, onde esse paciente está só com diarreia e dor de cabeça e

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

perguntou se ele está melhorando, ele está piorando, acrescentando que sabe que a piora dos casos que ficam mais graves, eles pioram entre o oitavo e o décimo primeiro e décimo segundo dia, assim acha que é conveniente avaliar a situação clínica do paciente, se ele está piorando ou se ele está melhorando.

Dra. Samanta falou que o que está vendo é que esses pacientes não pioram de um quadro do trato gastrointestinal, o que esses pacientes estão fazendo é uma piora do quadro pulmonar mesmo ou mais a longo prazo esses pacientes estão até infartando ou fazendo acidente vascular cerebral isquêmico, que são devidos aos fenômenos tromboembólicos, mas nessa fase esses pacientes não são transmissores, só tem complicações da fase inflamatória, então é um caso específico e deixaria esse paciente em casa, porque o trato gastrointestinal é uma via importante de transmissão mas segundo o guia pode tirar do isolamento.

Regional Estrada de Ferro, perguntou sobre a síndrome gripal não especificada por conta dos casos antigos que estão em aberto como suspeito e como o guia fala da questão de não ter tido a possibilidade de coletar ou processar as amostras clínicas diagnóstica laboratorial, tem o município de Caldas Novas que busca uma resposta em relação a esse respeito, desses casos suspeitos em aberto e gostaria de saber se essa síndrome gripal não especificada poderia ser utilizada para fechar esses casos após uma investigação.

Dra. Samanta respondeu que se tiver alteração olfativa e gustativa relacionada poderão atender as síndromes gripal que são dois sintomas daqueles e pode fechar pelo clínico, que diz no guia, pode fechar pelo pelo critério clínico e vai ser uma síndrome gripal por coronavírus por critérios clínicos, agora se tem a síndrome gripal e não tenha alteração do olfato ou gustativa e tem os dois sintomas então fecha como não especificada, e pode encerrar todos como não especificadas. Falou que se tiver alteração pulmonar e tiver alteração de olfato e paladar e mas um sintoma da febre ou mialgia pode fechar com o clínico.

Regional Estrada de Ferro, perguntou sobre os assintomáticos se continua notificando, coloca positivo confirmado laboratorialmente e faz o isolamento e monitora contatos.

Dra. Christiane falou que são os assintomáticos com sorologia positiva, porque o guia fala para isolar e monitor naquela situação na definição de assintomático, confirmado por PCR e teste antigênico e não fala de sorologia e depois mais para frente quando fala de isolamento fala para isolar também o assintomático nessa circunstância e não fala para isolar assintomático baseado em sorologia. Repetiu que na definição de caso fala de assintomático confirmado por PCR ou teste de antígeno e na parte de isolamento também fala a mesma coisa, isolar e monitorar os assintomáticos que tenham RT-PCR positivo ou teste antigênico, não cita a sorologia.

Dra. Magna falou que o próprio Ministério ofereceu o teste rápido e não vão comprar mais e não está tendo nenhum incentivo para comprar mais desses testes rápidos, então a tendência é a partir de agora que passa a usar apenas o PCR ou teste de antígeno ou às vezes até esses testes sorológicos, que separam e que às vezes é feito por sangue não capilar, por sangue venoso também, porque já tem mostrado diferença. Acha que a tendência é essa mesma que vai deixando de utilizar e não incentivar os municípios mais a comprarem.

Dra. Christiane perguntou em relação a isolar estes pacientes que fazem estes testes e que dá positivo.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Dra. Magna respondeu que o que está no guia para os pacientes assintomáticos é que o isolamento é com o PCR e com o teste do antígeno.

Dra. Ana Cristina falou que tem que investigar a questão do vínculo epidemiológico, pois não pode preocupar só com ser assintomático.

Dra. Magna respondeu que sim, mas ele passa a ser contato, se for contato de um caso, tiver vínculo e tiver contato entra como contato e tem que ser isolado.

Dra. Cristina, Regional de Saúde Sudoeste I, falou que empresas dentro dos municípios continuam fazendo a testagem dos seus trabalhadores e tem pressionado muito a vigilância dos Municípios nessa questão do isolamento, porque se a empresa faz o teste, mesmo o teste rápido, o trabalhador assintomático testa positivo e a empresa não vai fazer nada com esse trabalhador. A questão dessa testagem feita nos ILPIs como que vai lidar com isso, porque acaba ficando dois pesos e duas Medidas e essa comunicação com os nossos municípios eu precisa ser muito focada, muito direcionada, muito decisiva, porque se não um começa a fazer de um jeito e outro começa a fazer de outro, porque muitas vezes por conta própria começam a fazer a testagem, e não faz a testagem do teste rápido, faz, por exemplo, a sorologia que dá o IGG positivo e IGM negativo e está assintomático, e então tem uma pressão muito grande em cima das vigilâncias no que fazer. Falou que se definir que esses casos assintomáticos não vai haver isolamento, dentro das empresas têm que se ter um critério de detecção muito proposta dos casos sintomáticos para realmente quebrar a cadeia de transmissão dentro dessas empresas, que normalmente tem visto surtos em empresas grandes, médias e pequenas empresas. Gostaria de saber como lidará com isso.

Dra. Magna, SUVISA, concordou, primeiro, em não estimular a compra desses testes e, segundo, em rastrear contato porque, com esse tanto de casos que tem, não estão rastreando. Falou que com tudo liberado igual está aí, quase tudo voltou ao normal exceto escola, se nesse momento não rastreamos e não monitorarmos esse contato será complicado, o isolamento social está diminuindo cada vez mais e a opção que tem é buscar contato, rastrear, buscar e separar, mais do que nunca é importante realizarem a investigação epidemiológica de todos esses casos pois se descobrem um contato de alguém e ele tem outros contatos isolará os contatos. Acredita também que o Ministério não quer usar esse teste de forma indiscriminada, existem muitos resultados falsos, tanto falso negativo quanto falso positivo, tem teste que não separa IGM e IGG, acha que se separasse a pessoa tem IGM positivo e IGG negativo tudo bem, mas esses testes que o pessoal está usando e nem separa na situação atual pensa estar inviável mesmo. Discordou do Ministério quando ele coloca em relação a uma notificação e essas inconsistências que tem no guia, mas acha que a intenção mesmo é não estimular a compra e o uso desses testes de forma indiscriminada, usar só porque têm vontade de testar, mas no sentido de incentivar e fazer com que o monitoramento de contatos desde o início e fazer isso acontecer. Falou que se investiga, busca os contatos, isola esses contatos, acha que pode ter mais sucesso, a única coisa que discorda do Ministério é porque estão fazendo essa busca de contatos a partir de caso confirmado, enfatizou que caso confirmado com resultado de exame de RT/PCR demorando 10 dias, quando começarem a rastrear e monitorar já não adianta mais, por isso discorda do que está no guia na parte de rastreamento, acha que deveria ser suspeito embora foi colocado que seria um número muito grande e que não dariam conta. Falou que não tem essa definição de caso provável e isso dificulta, mas talvez poderiam criar alguns critérios para selecionar um suspeito, então discorda, porque do jeito que está em Goiás que está demorando o exame 5 a 10 dias se monitorar somente confirmado não

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

adiantará mais. Pontuou que várias pessoas discordam entre eles o CONASS, o estado de São Paulo, vários estados presentes e colocaram isso para o Ministério, acham que deveriam monitorar os casos suspeitos.

Regional de Saúde Estrada de Ferro falou de um problema, que o Ministério fornece um teste rápido de antígeno que tem uma boa sensibilidade e está se mostrando interessante na confirmação de casos e dificulta pois os municípios pequenos dessa regional, que não tem condição de comprar esse teste como outros municípios têm feito, dependerá dos insumos do Ministério. Pontuou que se o Ministério baseia tudo em teste de antígeno e no RT/PCR ele teria que subsidiar a rede com esses exames laboratoriais, pois não adianta ele colocar as definições de caso e quem será isolado ou não se na prática não possuem essas condições. Concorde que o ideal é fazer o rastreamento e isolamento de casos que são contatos e de casos prováveis porque com toda essa dificuldade de testagem passará as informações e o município fará de conta.

Regional De Saúde Nordeste II falou que concorda com a Dra. Magna. Relatou que na região Nordeste II começam a monitorar desde o primeiro sintoma antes mesmo do resultado do teste sair e antes de fazer o teste. Disse que estão diminuindo os casos realmente, quase todos os municípios têm o teste, os que não tem fizeram contrato com laboratório particular e estão começando a fazer. Enfatizou que concorda, tem que ter esse monitoramento da população e desses contatos caso contrário perderão a rede dessa quantidade de pessoas que adoecerão.

Dra. Magna, SUVISA, falou que eles sabem que, pela quantidade de casos que possuem, nenhuma vigilância daria conta de tudo, o número é gigantesco, mas eles falam que não querem perder aquele que é positivo por isso utilizam esses exames. Observou que não ampliaram os insumos de testagem para o LACEN. Pensa que a única forma de melhorar esse controle é ir atrás de contatos porque o isolamento está cada vez pior, então tem que buscar isolar as pessoas que estão realmente doentes ou que tem chance de estar doentes e isolar, também, os contatos dela.

Dr. Honório, Coordenador de Vigilância em Saúde da Regional Oeste I, lembrou que isolamento tem que ser com base legal e existem duas portarias que dão sustentação aos isolamentos. Disse que, nos municípios menores e até em Iporá, que tem 35.000 habitantes, o pessoal tem feito o possível e o impossível para manter os isolamentos e estão utilizando os resultados dos testes rápidos de anticorpos, não esse do Ministério que não separa o IGM e o IGG, mas testes melhores que separam e usam o RT/PCR, quando é feito, e tem conseguido com dificuldade manter os isolamentos. Possuem uma tabela de quantas pessoas estão sendo monitoradas naquele dia ou naquela semana e fica temeroso quando ouve alguma regional falando em fazer isolamento sem resultado de exame, isso é contra a lei, não pode, a Lei é clara, a Portaria nº356 e a Portaria nº454 define isto, e outra coisa o isolamento continuará sendo definido por estas Portarias e não pelo guia, e em vários municípios o isolamento tem funcionado e tem segurado um pouco a notificação de casos.

Dra. Magna, SUVISA, lembrou que existe uma Lei que rege as ações de Vigilância Epidemiológica e o isolamento é uma atividade inerente a estas ações, não sendo feito o isolamento somente de casos confirmados, o isolamento está previsto e é feito o isolamento de casos suspeitos, se não qual seria a lógica disso, citando como exemplo a demora do exame, então o isolamento é feito nos casos suspeitos, pois em Vigilância, não somente para COVID, mas para qualquer agravo que for preciso isolar o isolamento é feito frente a um caso suspeito.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

E na reunião o Dr. Macário colocou que todos os outros documentos do Ministério, inclusive um que saiu da Atenção Básica e um da Saúde do Trabalhador já serão adaptados de acordo com o guia.

Dra. Cristina, Regional Sudoeste I, explanou que não pode ficar nenhuma dúvida, com relação aos casos sintomáticos as medidas de prevenção e controle, que incluem o isolamento, precisam ser adotados de imediato, pontuando que estas medidas precisam ser adotadas, porque, se não, perderemos a oportunidade de quebrar a cadeia de transmissão. Colocou que as maiores dúvidas estão em torno daquela pessoa que é assintomática e que tem um teste (sorológico positivo), e sendo assintomático qual seria a medida de prevenção e controle a ser adotada, que eles estão chegando a conclusão de que deve-se investigar, ver se é contato de alguém que já é positivo para COVID e adotar as medidas de isolamento para este caso. Ressaltou que os municípios têm adotado o pronto isolamento após a detecção de casos que atende critério e que é sintomático, sendo assim que eles tem conseguido controlar a pandemia, até porque mesmo aqueles municípios que hoje compram seus testes há um tempo para este resultado sair (mesmo o teste rápido) e o isolamento de sintomático é a partir do primeiro dia de sintoma.

Dra. Samanta, SIVEP/SUVISA, manifestou que as Regionais que precisarem de um apoio, de um treinamento, eles poderão fazer um cronograma, ou então envia para eles no e-mail da Influenza (SIVEP) e organizem a capacitação que eles se organizarão para participar com eles. Observou que havia uma pergunta no chat de como encerrar um caso de evasão hospitalar, esclarecendo que se não conseguir entrar em contato com o paciente, uma alternativa é consultar o Sistema de Investigação de Óbitos para verificar se esta pessoa teria uma Declaração de óbito, caso não tenha e já tenha se passado 30 dias de internação pode encerrar como cura, sendo uma alternativa.

Dra. Ana Cristina, SUVISA, observou que o pessoal está com bastante dúvidas naqueles casos em que a pessoa está internada para tratamento de outra patologia e acaba com diagnóstico de COVID.

Dra. Samanta, SIVEP/SUVISA, esclareceu que se a pessoa estava internada e pegou COVID na internação terá que ser feito uma análise da situação, se a pessoa fez uma Síndrome Gripal e não permaneceu internada por conta do COVID, mas sim pelo seu quadro original, e não teve nenhuma complicação pelo COVID, teve um quadro mais brando ou assintomático, este paciente em um PCR e vai para e-SUS, no entanto, se o paciente internou e apresentou algum indício de que aquela internação original foi agravada pela infecção do COVID ele vai para o SIVEP e daí, tem que manipular um pouco, porque não se coloca na data de internação a data original da internação, mas sim a data do início da manifestação dos sintomas, e coloca que é proveniente de surto de instituição fechada, porque ele pegou dentro de um hospitalar, e este campo é contemplado na ficha. Então há duas situações, aquele que vai se contaminar e ficar com poucos sintomas ou assintomático dentro da Instituição e aquele que complicará, citando que no caso do HUGO eles tiveram de tudo, paciente que passou só com o PCR positivo e não complicou e o paciente que estava em pré alta, teve um SRAG e foi a óbito, então é necessário analisar caso a caso, se for uma Síndrome Gripal ou se for assintomático, paciente com PCR positivo vai para o e-SUS, se causou a permanência no hospital e agravou para uma SRAG vai para o SIVEP, e coloca-se na ficha que foi surto em instituição fechada.

Dra. Ana Cristina, SUVISA, agradeceu a participação de todos, disponibilizou o CIEVS para

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

o apoio aqueles que precisarem e esclareceu que a Superintendente da SUVISA, Dra. Flúvia, por demanda no gabinete não conseguiu participar suspendendo a pauta dela. Acrescentou que no dia seguinte eles terão um Web com o Ministério, e se tiver alguma situação tratada de forma diferente na reunião eles avisarão e informarão para Dra. Danielle para reunirem novamente e discutirem as questões que surgirem e que forem divergentes das tratadas na reunião. Solicitou que todos leem o guia e façam suas considerações, porque eles enviarão para o Ministério todas as considerações e sugestões encaminhadas para o e-mail deles.

1.3 – Solicitação para que seja revista a quantidade de testes SWAB COVID-19 disponibilizados para os Municípios da Região de Saúde São Patrício I para que possam prestar uma melhor assistência à população. (CIR São Patrício I)

* Esse item não foi abordado na reunião