

# FLUXO PARA MONITORAMENTO COVID 19 NA AB

CASOS SUSPEITOS ou CONFIRMADOS COM SÍNDROME GRIPAL



SECRETARIA  
DA SAÚDE



# OBJETIVOS

## GERAL

- Identificar no território pessoas com Síndrome Gripal e prevenir o agravamento súbito da COVID 19.
- Detectar precocemente pessoas com sintomas compatíveis com COVID-19;
- Implementar acompanhamento dos casos no nível domiciliar através da Ficha B – SG;
- Apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias municipais de saúde na operacionalização e uso das informações coletadas no território;
- Realizar capacitação à distância de Gestores e trabalhadores para atuar no combate ao COVID 19, por meio da detecção precoce e monitoramento adequado.

# UTILIZAÇÃO DA FICHA B – SG (Frente)

FICHA B – SG		FICHA DE MONITORAMENTO DE CASOS COM SÍNDROME GRIPAL			
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
MUNICÍPIO:		COD IBGE:		Data da visita: / /	
UBS/USF:		CNEs:		INE:	
EQUIPE:		NOME DO ACS:			
<b>DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO</b>					
ENDEREÇO:		BAIRRO/ VILA/ COMUNIDADE:			
1. Número de moradores no domicílio		1.1 Total:		1.2 Com menos de 5 anos: Com mais de 65 anos:	
<b>DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA</b>					
2. Ocorreu algum óbito na família desde março de 2020:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, data do óbito: / /		A causa do óbito pode estar relacionada ao COVID-19? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NA FAMÍLIA</b>					
3. Nos últimos 14 dias, algum membro da família que reside neste domicílio teve diagnóstico ou suspeita de COVID-19 ou teve Sintomas Gripais?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, quantos tiveram? _____	
<b>ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES</b>					
<b>4. IDENTIFICAÇÃO</b>		<b>5. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS</b>		<b>6. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO</b>	
NOME:		(Marcar X)		Data do sintoma	
		SIM   NÃO		Marque com um x se SIM	
SEXO:		Febre?		HAS	
IDADE:		Tosse?		Diabetes	
OCUPAÇÃO:		Coriza?		Gestante	
RAÇA/COR:		Dor no corpo?		Doença cardíaca	
TELEFONE:		Corpo mole/fraqueza?		Imunossupressão	
		Dor de garganta?		Câncer	
		Enjoo ou vômito?		Obesidade	
		Diarreia?		Tabagismo	
		Perda do paladar e olfato?		Doença Respiratória Descompensada	
		Dificuldade de Respirar?		Outra Doença Crônica	
		Falta de ar?			
		<b>7. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (Não Obrigatório)</b>			
		Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?			
		Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C?			
8. CONTACTANTES EXTERNOS (colegas de trabalho, amigos, etc), se SIM, quantos?					
9. OBSERVAÇÕES:					

# UTILIZAÇÃO DA FICHA B – SG (Verso)

FICHA B – SG		FICHA DE MONITORAMENTO DE CASOS COM SÍNDROME GRIPAL		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
MUNICÍPIO:		COD IBGE:	Data da visita: / /	
UBS/USF:		CNE:	INE:	
EQUIPE:		NOME DO ACS:		
<b>DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO</b>				
ENDEREÇO:		BAIRRO/ VILA/ COMUNIDADE:		
1. Número de moradores no domicílio		1.1 Total:	1.2 Com menos de 5 anos: Com mais de 65 anos:	
<b>DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA</b>				
2. Ocorreu algum óbito na família desde março de 2020:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se SIM, data do óbito: / /	A causa do óbito pode estar relacionada ao COVID-19? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NA FAMÍLIA</b>				
3. Nos últimos 14 dias, algum membro da família que reside neste domicílio teve diagnóstico ou suspeita de COVID-19 ou teve Sintomas Gripais?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quantos <u>foram?</u> _____	
<b>ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES</b>				
4. IDENTIFICAÇÃO		5. SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS		6. MORBIDADE e/ou CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO
NOME:		(Marcar X) SIM    NÃO		Data do sintoma
				Marque com um x se SIM
SEXO:		Febre?		HAS
IDADE:		Tosse?		Diabetes
OCUPAÇÃO:		Coriza?		Gestante
RAÇA/COR:		Dor no corpo?		Doença cardíaca
TELEFONE:		Corpo mole/fraqueza?		Imunossupressão
		Dor de garganta?		Câncer
		Enjoo ou vômito?		Obesidade
		Diarreia?		Tabagismo
		Perda do paladar e olfato?		Doença Respiratória Descompensada
		Dificuldade de Respirar?		Outra Doença Crônica
		Falta de ar?		
		7. REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO (NÃO Obrigatório)		Marque com um x se SIM
		Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?		
		Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C?		
		8. CONTACTANTES EXTERNOS (colegas de trabalho, amigos, etc), se SIM, quantos?		
9. OBSERVAÇÕES:				

# UTILIZAÇÃO DA FICHA B - SG

## Instrução de Preenchimento da Ficha B - SG

### IDENTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido com o nome do **MUNICÍPIO** por extenso, o **CÓDIGO** do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com seis dígitos. **Data da visita** em que a Ficha B – SG foi preenchida pela primeira vez, nome da **UBS/USF** (Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família) conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), número de **CNES** da UBS/USF, número do **INE** (Identificador Nacional de Equipamentos) disponível no CNES, nome da **EQUIPE** por extenso e **NOME DO ACS** com sobrenome por extenso.

### DADOS DO DOMICÍLIO VISITADO

Deve ser preenchido com o **ENDEREÇO** do domicílio por extenso, com o nome da Rua, Avenida, Travessa, Beco e outros, referindo inclusive o **BAIRRO/ VILA/ COMUNIDADE**.

#### 1. Número de moradores no domicílio

1.1 Total: Colocar o número total de pessoas que residem no domicílio

1.2 Com menos de 5 anos: Colocar o total de pessoas com idade inferior a 5 anos

Com mais de 65 anos: Colocar o total de pessoas com idade superior a 55 anos

### DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA

#### 2. Ocorreu algum óbito na família desde março de 2020.

Se **Não**, passar para a questão seguinte.

Se **Sim**, registrar a data do óbito.

Marcar **Sim**, se óbito foi relacionado a COVID (apresentou mais de um dos sintomas seguintes: Febre, Tosse, Coriza, Dor no corpo, Corpo mole/fraqueza, Dor de garganta, Enjoo ou vômito, Diarreia, Dificuldade de Respirar, Perda do paladar e olfato, Falta de ar).

Marcar **Não**, se o óbito não foi relacionado a COVID, passar para a questão seguinte.

### DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SÍNDROME GRIPAL OU COVID-19 NA FAMÍLIA

#### 3. Nos últimos 14 dias, algum membro da família que reside neste domicílio teve diagnóstico ou suspeita de COVID-19 ou teve Sintomas Gripais?

Responder **Sim** se algum membro da família apresentou (NOS ÚLTIMOS 14 DIAS) sintomas como Febre, Tosse, Coriza, Dor no corpo, Corpo mole/fraqueza, Dor de garganta, Enjoo ou vômito, Diarreia, Dificuldade de Respirar, Perda do paladar e olfato, Falta de ar.

Se **Sim**, informar a quantidade de membros da família que apresentou a sintomatologia e solicitar a presença de todos para preencher as questões de 4 a 9 com cada um dos familiares que apresentou sintomatologia.

Se **Não**, o preenchimento da Ficha B – SG é encerrado.

### ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SÍNDROME GRIPAL E CONTACTANTES

4. **IDENTIFICAÇÃO**, informar **NOME** por extenso, **SEXO**, **IDADE**, **OCUPAÇÃO**, **RAÇA/COR** e **TELEFONE** referido pelo membro da família que está apresentando sintoma.

5. **SITUAÇÃO DE SAÚDE REFERIDA NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS**, marcar **Não** se o usuário referir que não apresenta o sintoma ou **Sim** se o usuário referir que apresenta o sintoma, nos casos em que o sintoma estiver presente informar a **Data**.

6. **MORBIDADE** e/ou **CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO**, marcar **X** para os casos em que ao usuário referir a presença de uma ou mais das doenças e/ou condição de risco naquele momento.

7. **REALIZAR MENSURAÇÃO SE EQUIPAMENTO DISPONÍVEL E PROFISSIONAL CAPACITADO**. Esta questão Não é Obrigatória. O profissional deve marcar **X** se: Se termômetro, a temperatura é >37,8 °C? e/Ou Se oxímetro, a saturação de oxigênio é < 95%?

8. **CONTACTANTES EXTERNOS** (colegas de trabalho, amigos, etc). **SIM** se o usuário teve contato com pessoas fora do domicílio. Informar a **quantidade de pessoas** com quem teve contato.

9. **OBSERVAÇÕES**: colocar observações específicas, como necessidade de acompanhamento de um profissional da equipe, consulta e outros.

# CONSOLIDADO SEMANAL

RELATORIO CONSOLIDADO SEMANAL			
FICHA B - \$G			
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
MUNICÍPIO:		COD IBGE:	
UB \$/USF:		CNE\$:	
EQUIPE:		INE:	
<b>ANÁLISE ATUAL</b>			
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE ACOMPANHA		NÚMERO TOTAL DE FAMILIAS QUE ACOMPANHA	
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE VISITOU NA SEMANA		NÚMERO TOTAL DE FAMILIAS QUE VISITOU NA SEMANA	
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPAIS NOS ÚLTIMOS 14 DIAS		NÚMERO TOTAL DE FAMILIAS COM AO MENOS UM SINTOMÁTICO, NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS	
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPAIS QUE APRESENTAM MORBIDADE OU CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO		NÚMERO TOTAL DE CONTACTANTES EXTERNOS DE CASOS SUSPEITOS	
OBSERVAÇÕES:			
<b>ANÁLISE PREGRESSA</b>			
HOUE ALGUM ÓBITO POR COVID NA ÁREA DE \$DE MARÇO? SE SIM, QUANTO\$?			
DA ÚLTIMA VISITA PARA A ATUAL, OCORREU MAIS ALGUM ÓBITO, SE SIM, QUANTO\$? (Utilizar a partir da 2ª visita)			
OBSERVAÇÕES:			

# CONSOLIDADO SEMANAL

## Instrução de Preenchimento da Relatório Consolidado Semanal FICHA B – SG

Este Relatório é o consolidado (soma) das Fichas B – SG preenchidas por todos os ACS da equipe. Deve ser alimentado semanalmente, preferencialmente, nas quartas-feiras

### IDENTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido com o nome do **MUNICÍPIO** por extenso, o **CÓDIGO do IBGE** (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) com seis dígitos, nome da **UBS/USF** (Unidade Básica de Saúde / Unidade de Saúde da Família) conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), número de **CNE** da UBS/USF, nome da **EQUIPE** por extenso número e do **INE** (Identificador Nacional de Equipes) disponível no CNES.

### ANÁLISE ATUAL

**NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE ACOMPANHA** – número de pessoas (cadastradas) que a Equipe acompanha

**NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE VISITOU NA SEMANA** – número de pessoas que recebeu a visita do ACS para preenchimento da Ficha B - SG

**NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPAIS NOS ÚLTIMOS 14 DIAS** – número de pessoas que respondeu SIM ao item 3 da Ficha B - SG

**NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPAIS QUE APRESENTAM MORBIDADE OU CONDIÇÃO DE RISCO NO MOMENTO** – número de pessoas que respondeu SIM ao item 3 e que responderam SIM a uma ou mais questões do item 6 da Ficha B - SG

**NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS QUE ACOMPANHA** - número de famílias que a Equipe acompanha (cadastradas).

**NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS QUE VISITOU NA SEMANA** – número de famílias/domicílios que recebeu a visita do ACS para preenchimento da Ficha B - SG

**NÚMERO TOTAL DE FAMÍLIAS COM AO MENOS UM SINTOMÁTICO, NOS ÚLTIMOS 14 (catorze) DIAS**, número de famílias/domicílios que respondeu SIM ao item 3.

**NÚMERO TOTAL DE CONTACTANTES EXTERNOS DE CASOS SUSPEITOS** – consolidado (soma) do item 8 (~~contactantes~~/comunicantes) da Ficha B – SG.

### ANÁLISE PREGRESSA

**HOVE ALGUM ÓBITO POR COVID NA ÁREA DE SDE MARÇO? SE SIM, QUANTOS?** - consolidado (soma) do item 2 (óbito por COVID-19) de todas as Fichas B – SG, a partir de março de 2020.

**DA ÚLTIMA VISITA PARA A ATUAL, OCORREU MAIS ALGUM ÓBITO, SE SIM, QUANTOS** consolidado (soma) do item 2 (óbito por COVID-19) de todas as Fichas B – SG, a partir da última visita realizada. Este campo só deve ser preenchido a partir da segunda visita.

# FLUXO DO ACOMPANHAMENTO – Ficha B - SG

Preenchimento DIÁRIO com o Agente Comunitário de Saúde (ACS)



Discussão DIÁRIA do Agente Comunitário de Saúde com a Supervisão e notificação dos casos encontrados



Consolidação SEMANAL de cada ACS para entrega à ESF



ESF consolida SEMANALMENTE de todos os ACS e encaminha à SMS



SMS consolidada SEMANALMENTE de todas as ESF e encaminha à SESAB/DAB (link FORMSUS)

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=57498](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=57498)





## Diretoria de Atenção Básica

### Contatos:

Telefone: (71) 3115 – 4375/4198  
sesab.dab@saude.ba.gov.br  
dab.assessoria@saude.ba.gov.br  
<http://www.saude.ba.gov.br/dab>  
<http://geolivres.saude.ba.gov.br>  
<https://www.facebook.com/dab.sesab>  
[https://twitter.com/dab\\_sesab](https://twitter.com/dab_sesab)



SECRETARIA  
DA SAÚDE