



Governo de
Mato Grosso

**Secretaria de Estado de Saúde de
Mato Grosso**

PAINEL INTERATIVO COVID-19

Nota metodológica

Resumo

A transparência dos dados relacionados a pandemia de COVID-19 é de suma importância para a tomada de decisão e mudança de comportamento com foco na prevenção e redução do contágio da sociedade. Nesta nota apresentamos a metodologia usada para construção do painel interativo, indicadores e estruturas utilizadas para garantir o acesso as informações geradas no território do estado de Mato Grosso

Sumário

1.	Introdução	4
2.	Atualizações	4
3.	Limitações	4
4.	Casos confirmados por COVID-19	5
5.	Critério clínico	5
a.	Critério clínico-epidemiológico	5
b.	Critério clínico-imagem	5
c.	Critério laboratorial	6
d.	Critério laboratorial em indivíduo assintomático	6
6.	Casos recuperados	7
7.	Casos em monitoramento	7
8.	Total de Óbitos	7
9.	Casos Confirmados para 100.000 hab (Coeficiente de Incidência de COVID-19)	8
a.	Conceituação	8
b.	Interpretação	8
c.	Usos	8
d.	Limitações	8
e.	Fonte	8
f.	Método de cálculo	9
10.	Coeficiente de Mortalidade por COVID-19	9
a.	Conceituação	9
b.	Interpretação	9
c.	Usos	9
d.	Limitações	9
e.	Fonte	10
f.	Método de cálculo	10
11.	Taxa de Letalidade por COVID-19	10
a.	Conceituação	10
b.	Interpretação	10
c.	Usos	10
d.	Limitações	10
e.	Fonte	11
f.	Método de cálculo	11
12.	Internações	11
a.	Conceituação	11
b.	Interpretação	11

c.Uso.....	11
d.Limitações	11
e.Fonte:	11
f.Método de Cálculo.....	12

1. Introdução

Este painel foi desenvolvido para ser o veículo oficial de comunicação sobre a situação epidemiológica da COVID-19 no Mato Grosso.

2. Atualizações

O processo de atualização dos dados sobre casos e óbitos confirmados por COVID-19 no Mato Grosso é realizado diariamente pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) através das informações oficiais repassadas pelas Secretarias Municipais de Saúde dos 141 municípios do estado de Mato Grosso. Os dados fornecidos pelos municípios são consolidados e disponibilizados publicamente todos os dias às 14:30 h. A consolidação dos dados é feita através do **Painel de Indicadores do Estado do Mato Grosso (IndicaSUS módulos Internação e Notifica)**.

3. Limitações

O processo de atualização das informações nos municípios, estados e na esfera federal é dinâmico e complexo. Os dados informados diariamente são sujeitos a alterações. Considerando a pluralidade de cada município do estado no que diz respeito a porte populacional, infraestrutura e organização dos serviços de saúde, além de todos os desafios que a pandemia de COVID-19 impõe, é possível que haja mudanças no número de casos ou óbitos em decorrência de erros ou atrasos no repasse das informações.

Em nível municipal, o dado do dia atual pode ser menor que o do dia anterior: isso acontece porque o município de notificação não é necessariamente o mesmo local de residência do caso ou óbito notificado. Assim, ao concluir o processo de investigação de cada ocorrência individualmente, as Secretarias Municipais possuem autonomia para corrigir a informação e repassá-la a SES-MT.

Os casos e óbitos são atualizados por data de encerramento e data do óbito.

Conceitos básicos

4. Casos confirmados por COVID-19

Reflete o número de casos diagnosticados e registrados pelas secretarias de saúde, não significando a data de início dos sintomas. Os casos suspeitos de Covid-19 podem ser confirmados da seguinte forma:

5. Critério clínico

Caso de SG ou SRAG com confirmação clínica associado a anosmia (disfunção olfativa) OU ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.

a. Critério clínico-epidemiológico

Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19.

b. Critério clínico-imagem

Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial E que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas:

OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU

OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU

SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).

Observação: segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução

(TCAR), , se possível com protocolo de baixa dose. O uso de meio de contraste endovenoso, em geral, não está indicado, sendo reservado para situações específicas a serem determinadas pelo radiologista.

c. Critério laboratorial

Caso de SG ou SRAG com teste de:

BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG* realizado pelos seguintes métodos:

Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos;
Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA),

PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

Observação: *Considerar o resultado IgG reagente como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para COVID-19.

d. Critério laboratorial em indivíduo assintomático

Indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame:

BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real.

IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM e/ou IgA realizado pelos seguintes métodos:

- Ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA);
- Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.

Fonte: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>

6. Casos recuperados

Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-qPCR negativo, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Os casos recuperados são identificados pelos municípios conforme a definição acima descrita e registradas no sistema IndicaSUS Notifica.

7. Casos em monitoramento

São considerados como “em acompanhamento” todos os casos notificados nos últimos 14 dias pelas Secretarias Municipais de Saúde e que não evoluíram para óbito. Além disso, dentre os casos que apresentaram SRAG e foram hospitalizados, considera-se “em acompanhamento” todos aqueles que foram internados nos últimos 14 dias e que não apresentam registro de alta ou óbito.

8. Total de Óbitos

Reflete o número de óbitos reportados pelas secretarias municipais de saúde na data em que tiveram a confirmação do caso.

Também devem ser observados os registros de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

9. Casos Confirmados para 100.000 hab (Coeficiente de Incidência de COVID-19)

a. Conceituação

Número de casos confirmados de COVID-19 por 100.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

A definição de caso confirmado de COVID-19 baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país.

b. Interpretação

Estima o risco de ocorrência de casos de COVID-19 numa determinada população num período considerado.

c. Usos

Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos casos confirmados de COVID-19, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica da doença.

Contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o enfrentamento do COVID-19 no contexto da prevenção e controle das doenças.

d. Limitações

Depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica de casos de COVID-19.

e. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19.

Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

População: Estimativas de 2019 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária). Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/>

f. Método de cálculo

Número de casos confirmados de COVID-19 em residentes X 100.000
População* total residente no período determinado.

10. Coeficiente de Mortalidade por COVID-19

a. Conceituação

Número de óbitos por doenças COVID-19, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

b. Interpretação

Estima o risco de morte pela COVID-19 consideradas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

Reflete também a efetividade de medidas de prevenção e controle, bem como as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada.

A taxa de mortalidade específica não padronizada por idade está sujeita à influência de variações na composição etária da população, o que exige cautela nas comparações entre áreas geográficas e para períodos distintos.

c. Usos

Analizar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por COVID-19 em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para comparações nacionais e internacionais.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes à COVID-19.

d. Limitações

Apresenta restrição de uso sempre que ocorra elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas.

Requer análise de tendências das causas específicas que compõem o indicador, as quais seguem padrões epidemiológicos próprios e diferenciados.

e. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Guia de vigilância Epidemiológica.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

*População: Estimativas de 2019 utilizadas pelo TCU para determinação das cotas do FPM (sem sexo e faixa etária) Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/populacao-residente/>

f. Método de cálculo

Número de óbitos confirmados de COVID-19 em residentes X 1.000
População* total residente no período determinado.

11. Taxa de Letalidade por COVID-19

a. Conceituação

Número de óbitos confirmados de COVID-19 em relação ao total de casos confirmados, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

b. Interpretação

Esta taxa dá a ideia de gravidade da doença, pois indica o percentual de pessoas que morreram dentre os casos confirmados da doença.

c. Usos

Relacionar o número de óbitos por determinada causa e o número de pessoas que foram acometidas por tal doença.

Acompanhar a qualidade da assistência médica oferecida à população.

d. Limitações

Depende necessariamente do número de casos diagnosticados, que no caso do COVID-19, depende da quantidade de exames diagnósticos realizados.

e. Fonte

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Guia de vigilância Epidemiológica.

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

f. Método de cálculo

Número de óbitos confirmados de COVID-19 em determinada área e período X 100

Número de casos confirmados de COVID-19 em determinada área e período.

12. Internações

a. Conceituação

Avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital.

b. Interpretação

Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na UTI do hospital.

c.Uso

Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência na UTI.

d.Limitações

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e leitos-dia refletem de forma precisa a ocupação do leito hospitalar no pernoite. Caso isto não seja respeitado, poderá se obter taxa de ocupação menor do que a de fato observada. Nesse sentido, o cadastro de leitos no sistema de informação deverá ter rotinas de atualização sistemáticas. Hospitais com grande volume de pacientes de curta permanência tendem a ter baixas taxas de ocupação, pois o movimento de hospital-dia (curta permanência) está misturado com a demanda de internações que exigem permanência maior de 24 horas. Recomenda-se separar esta demanda em unidades de curta permanência e analisá-la com indicadores específicos.

e.Fonte: Agencia Nacional de Saúde Suplementar
(<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-03.pdf>)

f. Método de Cálculo

Adulto

Número de pacientes-dia UTI/enfermaria adulto no período X 100

Número de leitos-dia operacionais UTI/enfermaria adulto no período.

Pediátrica

Número de pacientes-dia UTI/enfermaria pediátrica no período X 100

Número de leitos-dia operacionais UTI/enfermaria pediátrica no período.

Legendas

As cores utilizadas nos gráficos obedecem a convenção de mais intensa para indicar o número maior e menos intensa para indicar o número menor.