

São Paulo, 21 de setembro de 2020.

Ofício nº 1512/2020/ATeCC/CC

Assunto: Requerimento de Informação nº 263, de 2020

Senhor Deputado,

Com fundamento no artigo 20, inciso XVI da Constituição do Estado de São Paulo, encaminho as informações prestadas pela Secretaria da Saúde, em atendimento ao Requerimento acima citado, de autoria da Deputada Valeria Bolsonaro.

Atenciosamente,

ANTONIO CARLOS RIZEQUE MALUFE
Secretário Executivo, respondendo pelo
expediente da Casa Civil

Exmo. Senhor Deputado
EnioTatto
1º Secretário
Mesa da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo



D.O. DE 13/05/2020 – PÁG. 7

REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO Nº 263, DE 2020

Nos termos do artigo 20, inciso XVI, da Constituição do Estado, combinado com o artigo 166, da XIV Consolidação do Regimento Interno, requeiro seja oficiado ao Secretário de Estado da Secretaria de Saúde, para que responda sobre quais são as evidências científicas utilizadas para estabelecimento de protocolos de isolamento horizontal e quarentena, adotados na elaboração de decretos, bem como nas declarações públicas e durante as entrevistas do tipo "Live" realizadas diuturnamente nas dependências do Palácio dos Bandeirantes. Nessa esteira, requer que seja encaminhado, afim de verificar o preenchimento dos requisitos do ato normativo emanado pela Autoridade, cumprindo com requisitos de competência ou sujeito; finalidade; forma; motivo; objeto, respondendo aos questionamentos:

1. Quais são as referências científicas apontadas pelo Senhor Governador durante as declarações em entrevistas?
2. Quais são os responsáveis técnicos pela elaboração de parecer sobre a realização de um isolamento na modalidade horizontal?
3. Existe um estudo sobre a eficácia do isolamento horizontal? Se sim, requer que seja encaminhado cópia.
4. Foram elaborados critérios de classificação de "suspeitos" de contaminação pelo COVID-19? Se sim, quantos utilizavam meio de transporte público? Quantos possuíam doenças pré-existentes? Quais as doenças pré-existentes se apresentaram em doentes com confirmação de contaminação pelo COVID-19? Quais são as faixas etárias acometidas pelo vírus COVID-19?
5. Qual foi e qual é o protocolo de tratamento adotado para pacientes com suspeita de contaminação pelo COVI-19 desde fevereiro de 2020 em São Paulo?

6. Existe um estudo sobre a regionalização das ocorrências de contaminação pelo COVID-19? Se sim, encaminhar cópia.
7. Qual é o índice de contaminação entre as populações mais vulneráveis?
8. Quais as principais ocupações dos doentes acometidos pelo vírus do COVID-19?

JUSTIFICATIVA

Fiscalização Legislativa de Atos do Poder Executivo, no enfrentamento da pandemia COVID-19.

Considerando todo o exposto, objetiva-se buscar os esclarecimentos dos fatos.

Sala das Sessões, em 12/5/2020.

a) Valeria Bolsonaro



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo

Ofício

Número de Referência: RI nº 263/2020
Interessado: CASA CIVIL
Assunto: Requerimento de Informação nº 263_2020

Ofício G. S. 1626-A/2020

Excelentíssimo Senhor

Dr. ANTONIO CARLOS RIZEQUE MALUFE

DD. Respondendo pelo Expediente da Casa Civil.

Senhor Secretário,

Confirmo o recebimento da Mensagem Eletrônica (Processo ATL 263/2020), que encaminhou, para manifestação desta Secretaria de Estado da Saúde, o Requerimento de Informação 263, de 2020, de autoria da Deputada Valéria Bolsonaro, solicitando informações sobre as evidências científicas utilizadas para estabelecimento dos protocolos de isolamento social e quarentena adotados na elaboração de decretos e nas declarações públicas sobre a pandemia de Covid 19.

Sobre o assunto, após consultar a Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão técnico competente desta Pasta, tenho a informar o que segue:

As diretrizes/regras elaboradas para enfrentamento da pandemia de COVID-19 são discutidas e decididas em reuniões realizadas com a presença do Senhor Governador, do Vice Governador, de vários secretários estaduais, prefeitos de cidades-sede das regiões administrativas do Estado e com especialistas da área da saúde-infectologistas, epidemiologistas, gestores em saúde, contribuindo com conhecimentos técnicos para auxílio na tomada de decisões.

Classif. documental

006.01.10.003





Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo

As questões relativas ao isolamento social foram e são debatidas com especialistas do mundo inteiro e a Organização Mundial de Saúde orientava a adoção do isolamento social desde o início da pandemia.

Acompanhando a evolução da pandemia em vários países, constatou-se a necessidade de retorno de medidas restritivas em locais onde se adotara flexibilização das medidas de quarentena, com recrudescimento do número de casos e óbitos após relaxamento das medidas de isolamento social. Ressaltamos que o mundo está enfrentando uma doença nova, desconhecida até o momento e especialistas são obrigados a estudar e rever conceitos conforme acompanham os conhecimentos advindos de varias regiões do mundo.

A adoção de protocolos de tratamento depende da experiência dos profissionais envolvidos no atendimento, não contamos com protocolo único em nosso Estado. Tratando-se de doença pouco conhecida, os infectologistas utilizam seus conhecimentos adquiridos anteriormente em outras patologias, tentando terapias utilizadas em situações clínicas semelhantes. Ressaltamos que estudos estão mostrando que a mortalidade está diminuindo conforme o transcorrer da epidemia, demonstrando aprimorando no tratamento aplicado aos pacientes.

As fichas de doenças e agravos de notificação são elaboradas e pactuadas entre os 3 níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal - e são utilizadas por todos os serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A Utilização de transporte público pelos pacientes não consta das fichas de notificação.

A Ocupação dos pacientes consta na ficha SIVEP-GRIPE, mas assim como o item Raça/Cor é frequentemente não preenchido, dificultando as análises; os técnicos desta Coordenadoria estão trabalhando visando sanar /atenuar estas lacunas.

A divulgação de dados como número de casos positivos, número de óbitos, taxa de ocupação dos leitos, número de pacientes curados, estão disponíveis DIARIAMENTE nos sites: www.seade.gov.br/coronavirus e www.saopaulo.sp.gov.br/coronavirus.

A % de contaminação de alguns grupos mais vulneráveis como: portadores de doenças crônicas, indígenas, pacientes com síndrome de DOWN, gestantes estão disponíveis no BOLETIM DIÁRIO no site do centro de Vigilância Epidemiológica/CCD/SES-SP.





Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo

Na oportunidade, renovo protestos de estima e consideração.

São Paulo, 03 de setembro de 2020.

Eduardo Ribeiro Adriano
Secretário Executivo
GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo





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

CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG):

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

		1		Data do preenchimento: _____		
2		UF: _____	3		Município: _____	
				Código (IBGE): _____		
4		Unidade Sentinela: _____		Código (CNES): _____		
Dados do Paciente	5		Nome: _____		6	
					Sexo: 1-Masculino 2-Feminino __ 9-Ignorado	
	7		Data de nascimento: _____		8	
			(ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __		9	
					Ocupação: _____	
	10		Gestante: __ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado			
11		Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Negra 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado				
12		Se indígena, qual etnia? _____				
13		Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
14		Nome da mãe: _____				
Dados de Residência	15		CEP: __ __ __ __ __ - __ __			
	16		UF: __ __	17		
			Município: _____		Código (IBGE): __ __ __ __ __	
	18		Bairro: _____		19	
			Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____		20	
				Nº _____		
21		Complemento (apto, casa, etc.) _____		22		
				(DDD) Telefone: _____		
23		Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		24		
				País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	25		Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	26		Data dos 1ºs Sintomas: _____		27	
					Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
					__ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Outros _____	
28		Fatores de risco: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
		__ Puérpera (até 42 dias do parto)		__ Doença Cardiovascular Crônica		
		__ Síndrome de Down		__ Doença Hepática Crônica		
		__ Diabetes mellitus		__ Doença Neurológica Crônica		
		__ Imunodeficiência/Imunodepressão		__ Doença Renal Crônica		
29		Recebeu vacina contra Gripe? (últimos 12 meses)		30		
		1-Sim 2-Não 9-Ignorado __		Nº de doses		
				31		
				Data da última dose		

Atendimento	32	Uso de antiviral: <input type="checkbox"/> 1-Não 2-Oseltamivir 3-Zanamivir 4-Outro, especifique: _____ 9-Ignorado	33	Data do início do tratamento ____ ____ ____
	34	Data da coleta: ____ ____ ____	35	Tipo de amostra: <input type="checkbox"/> 1-Secreção de Nasofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado

Dados Laboratoriais	36			Nº Requisição do GAL: _____
	IFI			
	37	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	38	Data do resultado ____ ____ ____
	39	Agente Etiológico		
	<u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
	40	Laboratório: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____	
	RT-PCR			
	41	Resultado <input type="checkbox"/> 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	42	Data do resultado ____ ____ ____
	43	Agente Etiológico		
	<u>Influenza:</u> <input type="checkbox"/> 1- Influenza A 2- Influenza B <u>Se Influenza A, subtipo:</u> <input type="checkbox"/> 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H1 Sazonal 3-Influenza A/H3 Sazonal 4-Influenza A não subtipado 5-Outro, especifique: _____ <u>Outros vírus respiratórios:</u> (marcar X) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 2 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 3 <input type="checkbox"/> Parainfluenza 4 <input type="checkbox"/> Adenovírus <input type="checkbox"/> Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Bocavirus <input type="checkbox"/> Rinovirus <input type="checkbox"/> Outro vírus respiratório, especifique: _____			
44	Laboratório: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____		

Conclusão	45	Classificação final do caso <input type="checkbox"/> Tipo Subtipo, se influenza A. 1-SG por influenza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (marcar conforme categorias do campo agente etiológico) 2-SG por outro vírus respiratório 3-SG por outro agente etiológico, especifique: _____ 4-SG não especificado	46	Data do Encerramento ____ ____ ____
-----------	----	---	----	--

47	Observações:
----	--

48	Profissional de Saúde Responsável: _____	49	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____
----	--	----	---