



Prefeitura Municipal de São José do Norte - RS
Secretaria Municipal de Saúde

PORTARIA 460/2020/SMS

Organiza o protocolo para conduta e testagem para confirmação de infecção pelo vírus Covid-19

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO NORTE, Estado do Rio Grande do Sul, República Federativa do Brasil, nomeado pelo Decreto 15491/2020, nas atribuições que lhe confere a Lei Orgânica Municipal;

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Organização Mundial da Saúde com relação às testagens para a infecção pelo Covid-19;

Considerando a necessidade de estabelecer protocolo municipal para reforço na conduta médica para fechamento de hipótese diagnóstica da suspeita de infecção por Covid-19;

RESOLVE:

Art. 1º Fica estabelecido o Protocolo de conduta e testagem para confirmação da infecção pelo vírus Covid-19, referente aos testes rápidos, nos termos desta Portaria.

Art. 2º Fica estabelecido o Anexo I desta Portaria como o Protocolo a ser seguido por toda a rede municipal de saúde.

§ 1º O Hospital Municipal de São José do Norte, na condição de serviço referência para atendimento às síndromes respiratórias e a suspeitas de infecção por Covid-19, será responsável pela guarda e aplicação dos testes nos usuários do SUS no âmbito de São José do Norte.

§ 2º Fica determinada a guarda de reserva técnica de testes rápidos junto à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, a qual, mediante necessidade, poderá acessar os testes sob guarda do HMSJN.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

São José do Norte, RS, 22 de maio de 2020

Lucas Oliveira Penteado
Secretário Municipal da Saúde
Decreto 15491/2020



ANEXO I

I. DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE TESTE RÁPIDO

São testes para a detecção de anticorpos IgM e IgG para o SARS-COV-2, para aqueles casos de pacientes com infecção atual ou pregressa. O teste rápido assim classificado é aquele que utiliza a metodologia da imunocromatografia, ou seja, a mensuração da existência de anticorpos IgM e IgG através da análise de amostra sanguínea, em reação do antígeno e anticorpo.

II. RECOMENDAÇÃO DO USO DOS TESTES RÁPIDOS

O uso dos testes rápidos tem as seguintes recomendações:

- a) Estudo de prevalência da contaminação pelo Covid-19;
- b) Identificação de pacientes com alta suspeita clínica para infecção por Covid-19;
- c) Indisponibilidade do teste RT-PCR, ou resultado negativo do RT-PCR, em casos de análise do RT-PCR descartada por problemas técnicos, como coleta insuficiente ou em período em desacordo com o preconizado.

III. USO DOS TESTES RÁPIDOS NO CONTEXTO DE SÃO JOSÉ DO NORTE

Dada a condição de relativo isolamento geográfico do Município de São José do Norte, bem como o avanço da pandemia no Brasil, a qual tende, durante o mês de junho, ao pico de contaminação e superlotação do sistema de saúde nacional, o uso dos testes rápidos no âmbito do Município de São José do Norte demonstra-se necessário para conferir maior margem de segurança à conduta médica nos atendimentos da referência municipal, qual seja o Hospital Municipal.

IV. DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DOS TESTES

O uso de testes rápidos para detecção da infecção por Covid-19 deverá observar os seguintes critérios:
1) Presença de condições clínicas que indiquem suspeita por infecção por Covid-19, na qual deverão, entre outros possíveis, estar presentes os seguintes sintomas clínicos, além de outros elencados pelo Ministério da Saúde:

- a) Sintomas comuns
 - a.1) Febre
 - a.2) Tosse
 - a.3) Dispneia
 - a.4) Coriza
 - a.5) Dor de garganta
- b) Graves
 - b.1) Dificuldade para respirar
 - b.2) Saturação de O₂ >95%
 - b.3) Sinais de cianose
 - b.4) Batimento de asa de nariz

2) Realização de exames complementares (quando possível), tais como:

- a) Raio X
- b) Exame laboratorial para verificação de:
 - b.1) diminuição da albumina;
 - b.2) elevação da proteína C reativa e da lactato desidrogenase;
 - b.3) linfopenia;



b.4) alta taxa de sedimentação de eritrócitos;

3) Realização necessária

Fica indicada como necessária a realização de teste rápido em pacientes cujo relato seja de viagem a áreas com transmissão local do Covid-19 ou contato direto com pessoas nessas condições, ambos nos últimos 14 dias anteriores ao da consulta médica.

4) Público alvo

4.1) Pacientes assintomáticos:

- a) Profissionais da saúde que atuam na rede municipal, em área assistencial ou de gestão;
- b) Contatos próximos e familiares que tenham tido contato com caso confirmado.

4.2) Pacientes sintomáticos

- a) Profissionais da área da saúde ou segurança, em área assistencial ou de gestão;
- b) Contatos próximos e familiares que tenham tido contato com caso confirmado;
- c) Pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- d) Pessoas com condições que as enquadrem nas classificações de grupo de risco para infecção por Covid-19;
- e) População economicamente ativa, com a devida comprovação de atuação profissional. Considera-se, aqui, indivíduos entre 15 e 59 anos de idade.

5) Critério temporal de infecção

Deve ser levado em conta o tempo relatado do começo dos sintomas, dado que os estudos feitos relativos à aplicação dos testes rápidos revelam que há um hiato temporal entre a infecção e a produção detectável de anticorpos. Assim, deve ser considerado o seguinte:

- a) Exclusão da aplicação de teste rápido em período menor do que o 8º dia de início dos sintomas;
- b) Preferência por aplicação do teste após o 10º dia de início dos sintomas.

Caso o paciente que apresente síndrome respiratória ou suspeita de infecção por Covid-19 não tenha agravamento do quadro geral, o que, pelo protocolo do Ministério da Saúde, apenas recomenda o isolamento domiciliar pessoal e do conjunto familiar, é recomendável que a aplicação do teste seja realizada em domicílio, com o apoio da Vigilância Epidemiológica, após o 10º dia de início dos sintomas.

V. DAS NOTIFICAÇÕES

1. São compulsórias as notificações de classificação como suspeita de Covid-19, devendo ser registradas pelo E-SUS VE em caso de síndrome gripal e SIVEP GRIPE para casos de SRAG. Toda a internação deve acompanhar a devida notificação e cadastro no sistema GERINT (Gerenciador de Internações). O link do E-SUS ve é o seguinte: <http://notifica.saude.gov.br>. Segue anexa a ficha do SIVEP GRIPE.

2. Todos os casos de atendimento que se enquadrem como síndrome respiratória e, ou, suspeita de infecção por Covid-19, os quais não demandem internação hospitalar, deverão ser encaminhados à Vigilância Epidemiológica municipal, para acompanhamento.

3. Toda a realização de testes deverá ser informada à Vigilância Epidemiológica, com os seguintes dados dos pacientes testados:

- a) Nome completo;
- b) Endereço completo;
- c) CPF;



Prefeitura Municipal de São José do Norte - RS

Secretaria Municipal de Saúde

d) Telefone para contato;

e) Data de nascimento;

4. Todos os casos de atendimento às síndromes respiratórias, suspeita de infecção por Covid-19 e outros atinentes, deverão ser informados à Vigilância Epidemiológica, com breve relato da conduta médica, exames realizados, quando foi o caso, e breve conclusão da hipótese diagnóstica que justificou a conduta e o encaminhamento.

5. Caberá à Vigilância Epidemiológica, além de organizar o monitoramento, proceder levantamento estatístico dos casos de síndromes respiratórias e possíveis suspeitas de infecção por Covid-19, elencando:

a) Gênero, idade e local (bairro/localidade) de residência do paciente;

b) Sintomas manifestos;

c) Históricos de atendimento, apontando as circunstâncias comuns.

d) Outros dados relevantes, conforme critérios da VE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

https://www.ufrgs.br/telessauders/posts_coronavirus/qual-a-aplicabilidade-dos-testes-diagnosticos-para-covid-19/

https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Acurcia_dos_testes_para_COVID_19_1586558625.pdf.pdf

<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#sintomas>

<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/notatestesrapidos.pdf>

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/COVID+19+-+Nota+informativa-testes+rapidos+%281%29.pdf/4f8e64c5-4049-4ca1-aa3a-1374b10b421e>

http://portal.anvisa.gov.br/noticias?p_p_id=101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_groupId=219201&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_urlTitle=covid-19-saiba-mais-sobre-testes-rapidos&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_assetEntryId=5855858&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_type=content



FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^{os} sintomas:		
3	UF:	4	Município:		
			Código (IBGE):		
5	Unidade de Saúde:		Código (CNES):		
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: _____			
	7	Nome:	8	Sexo: __ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign	
	9	Data de nascimento:	10	(ou) Idade: __ __ __ 1-Dia 2-Mês 3-Ano __	
	11	Gestante: __			
	12	Raça/Cor: __ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado			
	13	Se indígena, qual etnia?			
14	Escolaridade: __ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado				
15	Ocupação:	16	Nome da mãe:		
Dados de residência	17	CEP: _____			
	18	UF:	19	Município:	
				Código (IBGE): _____	
	20	Bairro:	21	Logradouro (Rua, Avenida, etc.):	
				22	Nº:
	23	Complemento (apto, casa, etc...):		24	(DDD) Telefone:
25	Zona: __ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	26	País: (se residente fora do Brasil) _____		
Dados Clínicos e Epidemiológicos	27	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? __ 1-Sim 2-Não 9-Ign			
	28	Se sim: Qual país? _____	29	Em qual local? _____	
	30	Data da viagem: _____	31	Data do retorno: _____	
	32	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	33	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	34	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	35	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
		__ Febre __ Tosse __ Dor de Garganta __ Dispneia __ Desconforto Respiratório			
		__ Saturação O ₂ < 95% __ Diarreia __ Vômito __ Outros _____			
	36	Possui fatores de risco/comorbidades? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
		Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
		__ Puérpera (até 45 dias do parto)	__ Doença Cardiovascular Crônica	__ Doença Hematológica Crônica	
		__ Síndrome de Down	__ Doença Hepática Crônica	__ Asma	
		__ Diabetes <i>mellitus</i>	__ Doença Neurológica Crônica	__ Outra Pneumopatia Crônica	
	__ Imunodeficiência/Imunodepressão	__ Doença Renal Crônica	__ Obesidade, IMC ____		
	__ Outros _____				
37	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		38	Data da vacinação:	

	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____		
	a mãe amamenta a criança? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				
	Se >= 6 meses e <= 8 anos:				
	Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)				
	Data da 1ª dose: _____ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				
	Data da 2ª dose: _____ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)				

Dados de Atendimento	39	Usou antiviral para gripe? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	40	Qual antiviral? __ 1-Osetamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	41	Data início do tratamento ____ ____ ____
	42	Houve internação? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	43	Data da internação por SRAG: ____ ____ ____	44	UF de internação: ____ __
	45	Município de internação: _____	Código (IBGE): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	46	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	47	Internado em UTI? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	48	Data da entrada na UTI: ____ ____ ____	49	Data da saída da UTI: ____ ____ ____
	50	Uso de suporte ventilatório: __ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	51	Raio X de Tórax: __ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	52	Data do Raio X: ____ ____ ____
	53	Coletou amostra? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	54	Data da coleta: ____ ____ ____	55	Tipo de amostra: __ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
Dados Laboratoriais	56	Nº Requisição do GAL: _____				
	57	Resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: __ 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	58	Data do resultado da IF/outro método que não seja Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	59	Agente Etiológico – IF/outro método que não seja Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Adenovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	60	Laboratório que realizou IF/outro método que não seja Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
	61	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: __ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado	62	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: ____ ____ ____		
	63	Agente Etiológico – RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? __ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? __ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? __ 1-Victoria 2-Yamagatha 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? __ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) __ SARS-CoV-2 __ Vírus Sincial Respiratório __ Parainfluenza 1 __ Parainfluenza 2 __ Parainfluenza 3 __ Parainfluenza 4 __ Adenovírus __ Metapneumovírus __ Bocavírus __ Rinovírus __ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	64	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____	Código (CNES): ____ ____ ____ ____ ____ ____			
Conclusão	65	Classificação final do caso: __ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5- COVID-19	66	Critério de Encerramento: __ 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico		
	67	Evolução do Caso: __ 1-Cura 2-Óbito 9-Ignorado	68	Data da alta ou óbito: ____ ____ ____	69	Data do Encerramento: ____ ____ ____
70	OBSERVAÇÕES:					
71	Profissional de Saúde Responsável: _____				72	Registro Conselho/Matrícula: ____ ____ ____ ____ ____ ____