



**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 O<sub>2</sub> >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.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://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](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 O<sub>2</sub> < 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 <sup>os</sup> 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 <sub>2</sub> < 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?		38	Data da vacinação:
		__  1-Sim 2-Não 9-Ignorado			_____
	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: ____ ____ ____ ____ ____ ____	