



PREFEITURA DE PARÁ DE MINAS

## PREFEITURA MUNICIPAL DE PARÁ DE MINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Orlando Maurício dos Santos n 222 3º andar Bairro Senador Valadares  
Pará de Minas/ MG – CEP:35661-034 / Telefone: (37) 3233-5800 Fax: (37) 3233-5829

Pará de Minas, 16 de Novembro de 2020

### Nota Informativa nº 37/2020

**Responsáveis:** Wagner Magesty Silveira– Secretário Municipal de Saúde, Núcleo de Atenção de Primária à Saúde, Equipe Multidisciplinar (EMAD) e Comissão Técnica de Enfrentamento ao COVID-19.

**Assunto:** Orientação sobre a realização dos testes rápidos.

Considerando a Nota Técnica COES MINAS COVID-19 nº 25, a Nota Técnica nº04/2020 – SAPS/MS, a Nota Técnica nº 11/2020-SAPS/MS, Nota Informativa nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS: Coleta de SWAB por Cirurgiões-Dentistas no SUS; a Nota Técnica nº 16/2020- CGSB/DESF/SAPS/MS: COVID-19 e Atendimento Odontológico no SUS; o Ofício nº 572/2020/CFO: Participação dos cirurgiões-dentistas no processo de combate ao novo coronavírus e o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde, define-se:

#### REALIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS

- Por se tratar de teste de detecção de anticorpos, **é necessário que ele seja realizado após o sétimo dia do início dos sintomas, preferencialmente no 8º dia, no município pactuamos o 14º dia do início dos sintomas.**
- Este teste utiliza amostras de sangue capilar ou venoso.
- Para a coleta de sangue capilar, recomenda-se a utilização de lancetas disponíveis nos serviços de saúde. A execução do teste e leitura dos resultados devem ser realizadas **por profissionais da saúde de nível médio, com supervisão, e/ou de nível superior.** O resultado é verificado após 15 minutos da realização do teste, conforme descrito na bula do produto, e verificável no vídeo de treinamento, disponível na página <https://aps.saude.gov.br/ape/corona> .
- **O resultado do teste isoladamente não confirma nem exclui completamente o diagnóstico de COVID-19.** Contudo, em conjunto com as informações clínico-epidemiológicas, é possível que o resultado do teste seja utilizado para qualificar a decisão dos profissionais.
- No município de Pará de Minas as Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal estão responsáveis pela testagem dos usuários sintomáticos, com quadro leve, isolados e manejados no domicílio.
- A testagem será realizada pelos Técnicos de Enfermagem com supervisão do Enfermeiro, Enfermeiros e Odontólogos, seguindo esta ordem de prioridade de escolha do profissional para testagem. Devendo ser encaminhado para aquele que estiver disponível no momento do agendamento, evitando que o usuário permaneça muito tempo na Unidade de Saúde, como, inclusive medida de biossegurança.

#### NOTIFICAÇÃO E REGISTRO DE RESULTADOS

- É mandatória a notificação imediata de caso de Síndrome Gripal (SG), via plataforma do e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br>). Caso o paciente já tenha sido notificado, é necessário que o procedimento seja realizado novamente, informando o resultado do teste.
- **Também é considerado caso confirmado de COVID-19 a pessoa com SG e histórico de**

**contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para CoVid-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.**

- Pessoas com SG e exame negativo para COVID-19 são consideradas casos descartados.
- Os laudos dos testes realizados deverão ser emitidos pela plataforma FormSUS, através do preenchimento do formulário que consta no link ([http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=55514](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=55514)) e os mesmos podem ser impressos ou enviados por meios digitais.

#### **GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA TRIAGEM – TESTE RÁPIDO**

- Os testes têm como populações-alvo indivíduos que apresentem **síndrome gripal leve manejados pela APS**, ou seja, apresentando o quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada – admitindo que idosos eventualmente não apresentem febre, mas podem ter a concomitância de outros sinais de agravamento, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência – acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.
- Os indivíduos que acessarem o Centro de Atendimento à Covid-19 – Hospital Padre Libério, serão testados com o RT-PCR, independente de gravidade dos sintomas, se comparecerem do 3º ao 7º dia de sintomas, assim como os indivíduos acompanhados pela EMAD-COVID19.
- Todos os casos positivos deverão ser notificados, conforme ANEXO I, e encaminhados para a Referência em Vigilância Epidemiológica Maria de Lourdes Luguori. As notificações poderão ser realizadas por qualquer profissional de nível superior.

As informações mais atualizadas sobre a pandemia estarão disponíveis nos links da Secretaria de Saúde (<https://www.saude.mg.gov.br/coronavirus>) e do (<http://coronavirus.saude.gov.br/>).

#### **Referências**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária a Saúde. Brasília – DF. Março de 2020
- Nota Informativa nº 1/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS: Coleta de SWAB por Cirurgiões-Dentistas no SUS;
- Nota Técnica nº 16/2020- CGSB/DESF/SAPS/MS: COVID-19 e Atendimento Odontológico no SUS;
- Ofício nº 572/2020/CFO: Participação dos cirurgiões-dentistas no processo de combate ao novo coronavírus.



Wagner Magesty Silveira  
Secretário Municipal de Saúde



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

**Definição de caso:** indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.

**Em crianças:** considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

**Em idosos:** a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

UF: \_\_\_\_\_ Município de Notificação: \_\_\_\_\_ Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	É profissional de saúde? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO: _____		CPF: _____
	CNS: _____		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _____		País de origem: _____
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Passaporte: _____

CEP: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ Município de Residência: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: \_\_\_\_\_ Telefone do contato: \_\_\_\_\_

Data da Notificação: \_\_\_\_\_

<b>DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros _____	Data do início dos sintomas: _____
---------------------------------------	---	------------------------------------

**Condições:** (Marcar X)

Idade igual ou superior a 60 anos

Doenças respiratórias crônicas descompensadas

Doenças cardíacas crônicas

Diabetes

Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)

Imunossupressão

Gestante de alto risco

Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica

Doença hepática em estágio avançado

Obesidade (IMC>=40)

<b>DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
---------------------------------------	---	--------------------------------	---	--

<b>DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado	Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Internado em UTI <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar
---------------------------------------	--	--

Data de encerramento: \_\_\_\_\_

Profissional Solicitante/Carimbo: \_\_\_\_\_

Informações complementares e observações