

Orientações para utilização de Teste Rápido para Detecção da COVID-19

Enf^a Lillian A. Zanchettin
Epidemiologia – DEPEN-PR

Referência utilizada

Nota Técnica n.º 29/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ

PROCESSO Nº 08016.008017/2020-08

INTERESSADO: COS

ASSUNTO: Orientações para a utilização de teste rápido para detecção da COVID-19 no sistema penitenciário

1.1. A presente Nota Técnica apresenta orientações ao Sistema Prisional a respeito da conduta sobre casos suspeitos de COVID-19 entre os **servidores que atuam no sistema penitenciário e as pessoas privadas de liberdade**. Versa sobre a disponibilização de testes rápidos para detecção de anticorpos contra o novo coronavírus (SARS-CoV-2), bem como as recomendações de grupos prioritários para realização do teste.

1.2. Considera-se para tanto a doação de teste rápido para detecção qualitativa específica de IgG e IgM da COVID-19 pelo Departamento Penitenciário Nacional às Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária frente à pandemia decretada pela Organização Mundial da Saúde.

Isolamento: medida utilizada para evitar a propagação da doença.

14 dias do início dos sintomas

2.3. Os servidores penitenciários devem ficar em isolamento quando apresentarem sintomas de síndrome gripal, e também quando forem contatos domiciliares de pessoas sintomáticas. Porém, sendo este grupo uma força de resposta essencial, é importante que sejam adotadas medidas que mantenham a atuação dos profissionais sem causar prejuízo à prestação dos serviços penitenciários, bem como a manutenção das medidas de controle para proteção efetiva. A realização de testes de detecção de anticorpos contra SARS-CoV-2 permite a avaliação quanto ao retorno dos servidores penitenciários ao trabalho e que as medidas de isolamento, acompanhamento e intervenção possam ser realizadas com maior eficácia.

2.4. As pessoas privadas de liberdade devem ficar em isolamento quando apresentarem sintomas de síndrome gripal. A Portaria Interministerial MS e MISP nº 7, de 18 de março de 2020 e a Portaria MISP nº 135, de 18 de março de 2020 orientam a respeito das estratégias para o correto isolamento das pessoas presas. A realização de testes de detecção de anticorpos contra SARS-CoV-2, conforme as diretrizes e orientações do Ministério da Saúde permite a avaliação quanto a conduta a ser adotada.

Síndrome Gripal

DEFINIÇÃO DE CASO

DEFINIÇÃO: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre (acima de 37,8°), mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

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.

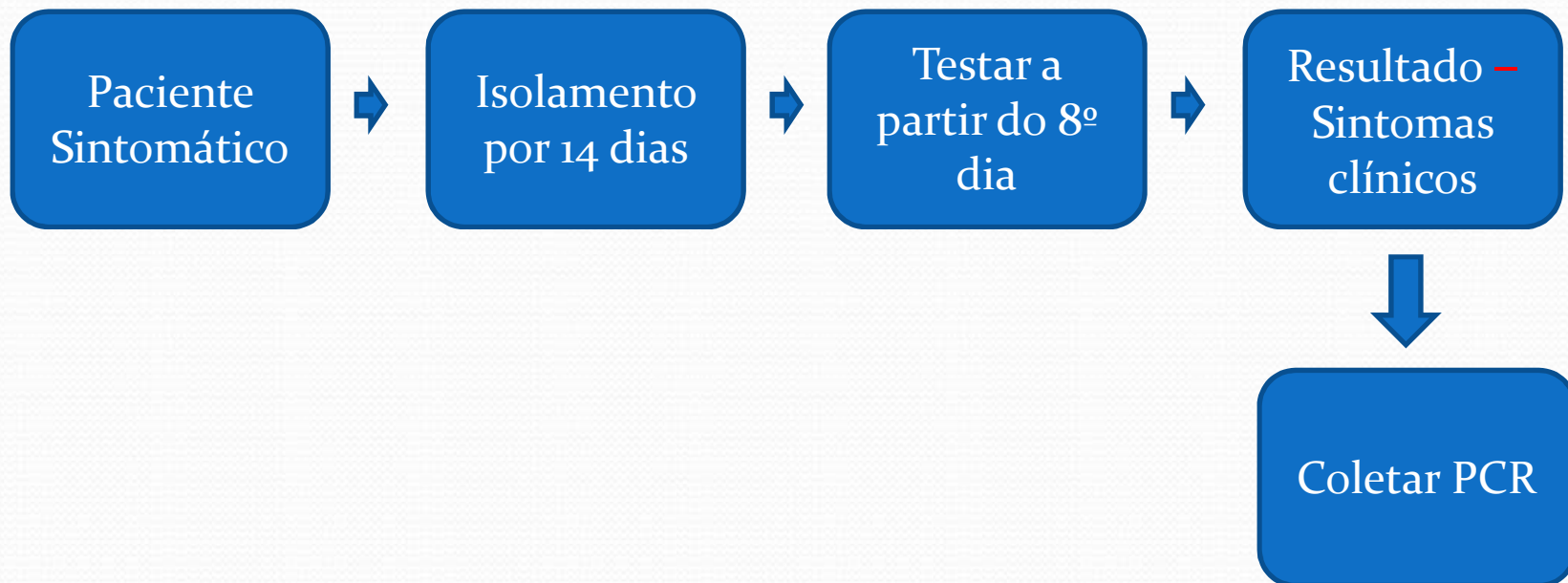
Disponibilização de Testes

2.10. O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN/MJSP) compreendendo a necessidade de ampliar a testagem para detecção de anticorpos contra SARS-CoV-2 no contexto do sistema penitenciário está efetuando a doação 87 mil kits de testes rápidos para todas as Unidades da Federação, de forma complementar aos testes já disponibilizados pela rede pública de saúde e alcançar um número maior de servidores que atuam no sistema penitenciário e também as pessoas privadas de liberdade.



2.9. Nesse sentido, reforça-se que os profissionais de segurança podem buscar os serviços de saúde de seus territórios em caso de suspeita, visando a realização do teste conforme explicita a Nota Técnica nº 11/2020-DESF/SAPS/MS.

2.11. O teste fornecido será o MedTeste Coronavírus (COVID-19) *IgG/IgM* (TESTE RÁPIDO), para uso exclusivo em diagnóstico in vitro. O teste deve ser utilizado para detecção de anticorpos para COVID-19 em sangue total, soro ou plasma. O teste irá apenas indicar a presença de anticorpos para COVID-19 na amostra e não deve ser utilizado como único critério diagnóstico para COVID-19. É importante frisar que testes do tipo sorológico têm maior sensibilidade se realizados a partir do 8º dia do início dos sintomas. Ainda, caso o resultado do teste seja negativo e os sintomas clínicos persistirem, é recomendada a realização de testes adicionais utilizando outros métodos. Um resultado negativo não exclui em nenhum momento a possibilidade de infecção por COVID-19.



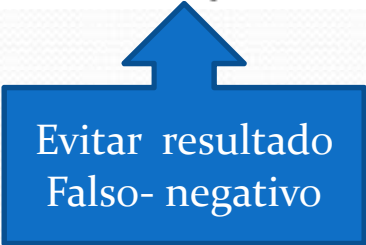
Testagem em servidores penitenciários

3.1. Recomenda-se que a realização dos referidos testes ocorra somente para pessoas sintomáticas. Para fazerem o referido teste, estas pessoas devem se enquadrar em uma das seguintes categorias:

- Profissionais de segurança pública/saúde em atividade COM o mínimo de 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal E o mínimo de 72 horas assintomático.

4.1. Caso sejam identificados sintomas suspeitos de Síndrome Gripal, o servidor penitenciário deve comunicar à chefia e ficar em isolamento domiciliar. Caso precise de mais esclarecimentos ou orientações, poderá ligar para o Disque-Saúde 136 ou dirigir-se até uma Unidade Básica de Saúde.

4.2. Após 7 dias completos desde o início dos sintomas gripais e há pelo menos 72 horas sem sintomas, o servidor pode dirigir-se a uma Unidade Básica de Saúde ou verificar o local indicado pela secretaria de administração prisional para realização do teste rápido. É muito importante que o profissional obtenha o laudo com o resultado do exame realizado e o apresente ao setor responsável na Secretaria Estadual de Administração Penitenciária.

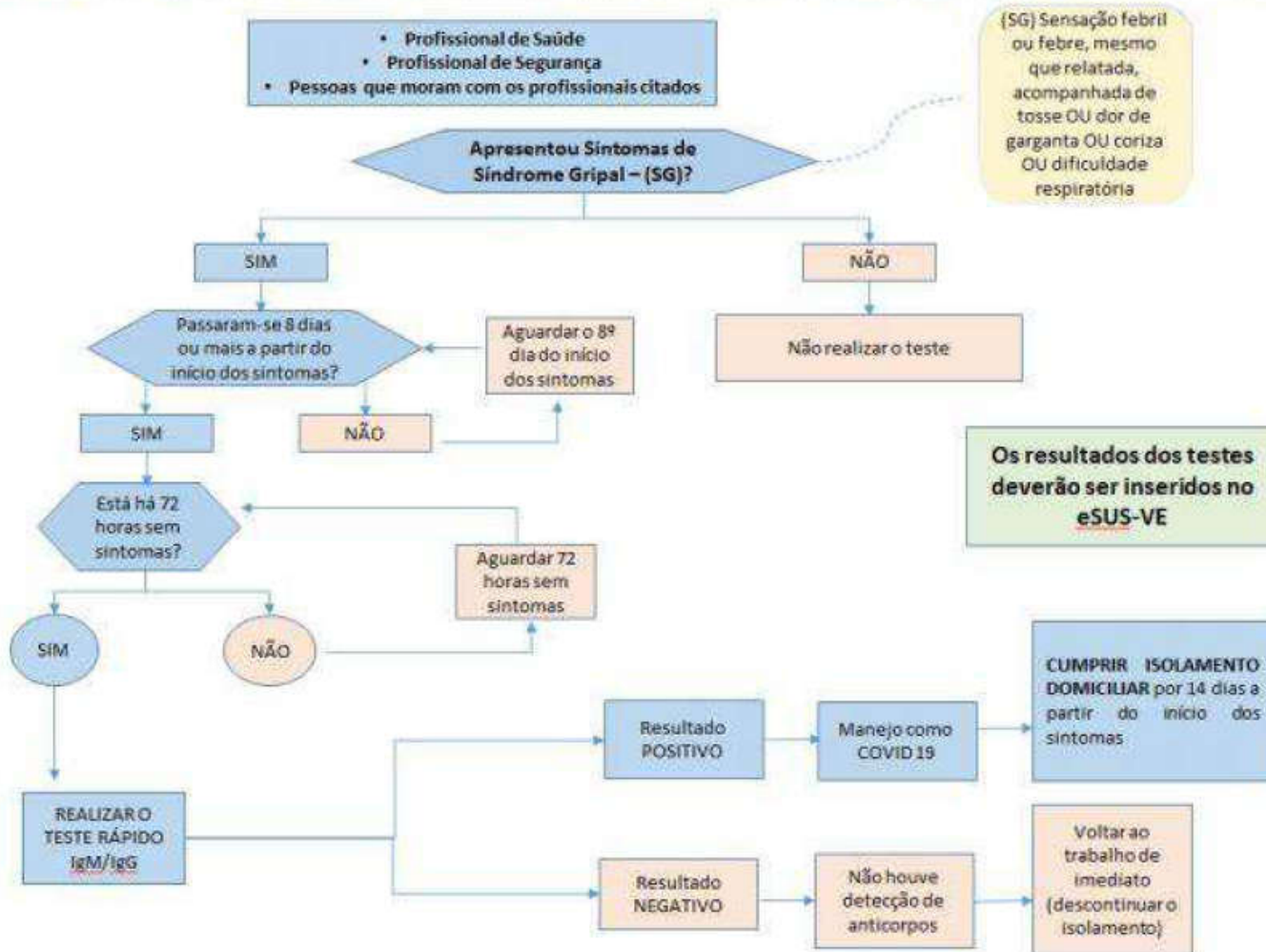


Evitar resultado
Falso- negativo

Conduta após o resultado do teste

- 5.1. Interpretação da testagem: caso o **resultado do teste seja negativo**, os profissionais ficam aptos a retornar imediatamente ao trabalho.
- 5.2. Um **resultado positivo** determina afastamento de 14 dias, a contar-se a partir do início dos sintomas. O resultado do teste positivo indica a presença de anticorpos contra o SARS-CoV-2, o que significa que houve exposição ao vírus, não sendo possível definir apenas pelo resultado do teste se há ou não infecção ativa no momento da testagem. Ao resultado do teste é imprescindível a identificação de sinais e sintomas de Síndrome Gripal e o juízo clínico subsequente
- 5.3. A mesma recomendação vale para os resultados do teste da pessoa com Síndrome Gripal que reside no mesmo domicílio de um profissional de segurança. Se o teste do contato domiciliar for positivo, o profissional de segurança deverá realizar 14 dias de isolamento domiciliar. Se o teste do contato domiciliar for negativo e o profissional se mantiver assintomático, pode retornar ao trabalho.
- 5.4. 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 de saúde.
- 5.5. Para retorno ao trabalho, em caso de teste negativo, é importante que os serviços de saúde que aplicaram o teste forneçam laudo atestando a liberação do profissional para a realização de suas atividades laborais.
- 5.6. Em qualquer caso, o Ministério da Saúde reforça a necessidade dos cuidados de etiqueta respiratória e distanciamento social.

Anexo 1: Fluxo para a utilização de testes rápidos para detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2 em trabalhadores ativos da área da saúde, da área de segurança e seus contactantes:



Testagem e acompanhamento em PPL

7.1. Recomenda-se que a realização dos referidos testes ocorra somente para pessoas sintomáticas. Para realizarem o referido teste, estas pessoas devem:

- **Pessoas privadas de liberdade COM o mínimo de 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal**

7.2. Os testes para as pessoas privadas de liberdade serão realizados nos espaços de saúde das unidades prisionais e deverão ser controlados pelas equipes de cada localidade.

7.3. Orienta-se que as pessoas privadas de liberdade que pertencem a grupos de risco sejam isoladas. Reitera-se que são considerados grupos de risco: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; cardiopatias e pneumopatias graves ou descompensados; imunodepressão; doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); diabetes mellitus, conforme juízo clínico; doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica e gestação de alto risco.

Avaliação de contatos de casos positivos

- 8.1. Após a identificação de caso positivo de COVID-19 entre servidores ou presos é preciso identificar as pessoas que tiveram contato para verificar a existência de casos sintomáticos para síndrome gripal.
- 8.2. Os servidores devem ser orientados quanto aos sintomas e nos casos necessários, sobre o isolamento e a realização de testagem.
- 8.3. É necessária a avaliação e o acompanhamento de contatos entre pessoas privadas de liberdade com diagnóstico positivo pela equipe de saúde da unidade prisional, para a identificação de surgimento de sintomas gripais.
- 8.4. No caso de familiares que residam no mesmo domicílio de servidores penitenciários em atividade, esses devem procurar a rede de saúde do SUS para realizarem a testagem quando **apresentarem diagnóstico de Síndrome Gripal COM o mínimo de 7 dias completos desde o início dos sintomas de Síndrome Gripal.**

Notificação dos casos

9.3. A equipe de saúde de cada unidade prisional deverá obrigatoriamente notificar nos sistemas próprios da vigilância epidemiológica ou comunicar a Secretaria de Saúde da localidade, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/

Memorando circular nº: **17/2020**

De: CIEVS/DAV/SESA

Para: Todas as Regionais de Saúde

Assunto: Orientação para notificações de COVID-19



Curitiba, 23 de abril de 2020.

Memorando circular nº: **18/2020**

De: CIEVS/DAV/SESA

Para: Todas as Regionais de Saúde

Assunto: Orientações para qualificação dos bancos de dados de COVID-19



Curitiba, 23 de abril de 2020.

NOTIFICAÇÃO

Casos leves atendidos nas unidades públicas (Atenção Primária, Ambulatório, Hospitalar e Pronto Atendimento) e unidades privadas (clínicas, consultórios, entre outros) Devem ser notificados por meio do sistema **Notifica COVID-19** da SESA/PR.

Clique aqui: » <http://covid19.appsaude.pr.gov.br>



Síndrome Gripal

Casos assintomáticos que fizeram testes para COVID-19	Notificar todos os casos positivos ou negativos no Notifica COVID-19 . Clique aqui: » http://covid19.appsaude.pr.gov.br
Casos confirmados por vínculo clínico epidemiológico	O critério clínico epidemiológico poderá ser utilizado apenas nos casos de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19. Notificar no Notifica COVID-19 . Clique aqui: » http://covid19.appsaude.pr.gov.br

Critérios para confirmação dos casos

CONFIRMAÇÃO DE CASOS	
Critério laboratorial	RT PCR em tempo real: resultados positivos no LACEN ou laboratórios habilitados para realização deste teste diagnóstico. A listagem de laboratórios habilitados está disponível em http://www.lacen.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=38&tit=COVID-19-Laboratorios-Habilitados
	Testes rápidos: No Paraná serão confirmados como positivos apenas os resultados de testes rápidos validados pelo Ministério da Saúde. Os demais testes rápidos devem ser notificados, mas permanecerão como caso em investigação até que sejam validados pelo Ministério da Saúde.
Critério clínico epidemiológico	Caso positivo como critério clínico epidemiológico é considerado o contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19.

DEFINIÇÃO DE CASO			
DEFINIÇÃO: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre (acima de 37,8º), mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória. 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. CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Favor notificar no SIVEP-GRIPE .			
IDENTIFICAÇÃO			
Data da notificação: _____			
DADOS DO PACIENTE			
Possui CPF:		Tipo do paciente (Sem CPF):	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Criança até 12 Anos <input type="radio"/> Em situação de rua <input type="radio"/> Estrangeiro <input type="radio"/> Indígena	
Pais de residência:	Município (Outro País):	Passaporte:	CNS:
_____	_____	_____	_____
Paciente:		Raça/Cor:	
_____		<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorado	
CPF:	Etnia Indígena:	Sexo:	
_____	_____	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Não informado	
Data de nascimento:	Idade:	Nome da mãe:	
_____	_____	_____	
UF:	Município:	Logradouro:	
_____	_____	_____	
Número:	Bairro:	CEP:	Telefone:
_____	_____	_____	_____
Ocupação:			
<input type="radio"/> Trabalhador/Profissional da saúde <input type="radio"/> Estudante de área de saúde <input type="radio"/> Trabalhador/Profissional de laboratório <input type="radio"/> Profissional de segurança pública <input type="radio"/> Outros			
Descrição da ocupação: _____			
Paciente assintomático:		Gestante:	Gestante de Alto Risco:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Período de gestação:			
<input type="radio"/> 1º Trimestre <input type="radio"/> 2º Trimestre <input type="radio"/> 3º Trimestre <input type="radio"/> Idade gestacional ignorada			
DADOS CLÍNICOS			
Data dos 1º sintomas:		Febre (aférida / referida):	Tosse:
_____		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Dispneia (dificuldade de respirar):		Saturação O2 ≤ 95%:	Dor de garganta:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Diarreia:		Mialgia / Dor muscular:	Artralgia:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Náusea / Vômito:		Cefaléia:	Coriza:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Irritabilidade / Confusão:		Adinamia / Fraqueza:	Escarro:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Calafrios:		Congestão nasal:	Congestão conjuntiva:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Dificuldade de deglutir:		Manchas vermelhas:	Gânglios linfáticos:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Batimento de asas nasais:		Cianose:	Tiragem intercostal:
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
<input type="radio"/> Outros sintomas: _____			

ACHADOS DE IMAGEM		
Raio X de tórax: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Misto <input type="radio"/> Infiltrado intersticial <input type="radio"/> Consolidado <input type="radio"/> Outro: _____		
Tomografia: <input type="radio"/> Vidro fosco de predomínio periférico basal <input type="radio"/> Ausência de linfonodo mediastinal <input type="radio"/> Ausência de derrame pleural <input type="radio"/> Outro: _____		
MORBIDADES PREVIAS/FATORES DE RISCO		
Doença cardiovascular: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Hipertensão: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Diabetes: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença hepática: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Síndrome de Down: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença neurológica: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Imunodeficiência: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Infecção HIV: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença renal: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença pulmonar: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Neoplasia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Puerpério: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Obesidade <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Tabagismo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	
<input type="radio"/> Outras morbidades: _____		
MEDICAMENTO		
Usou medicamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Descrição do medicamento: <input type="radio"/> Oseltamivir (Tamiflu) <input type="radio"/> Hidroxicloroquina	
<input type="radio"/> Outro: _____		
DADOS LABORATORIAIS		
Coletou amostra: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Código do exame: _____	Requisição _____
Laboratório executor: _____	Data do cadastro: _____	Data da coleta: _____
Data do recebimento: _____	Data da liberação: _____	
Exame: <input type="radio"/> Anti COVID-19 IgG/IgM Rapid Test <input type="radio"/> BasePoint COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> BIOSYNEX COVID-19 BSS <input type="radio"/> CORONAVÍRUS IgG/IgM (COVID-19) <input type="radio"/> BasePoint COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> COVID-19 Ag ECO Teste <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM Bio <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM Eco Teste <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM LF <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM test <input type="radio"/> DPP® COVID-19 IgG/IgM System <input type="radio"/> Família COVID-19 IgG/IgM Teste Rápido (Sangue total/ Soro/ Plasma) <input type="radio"/> Influenza <input type="radio"/> Família Teste Rápido em Cassete 2019-nCoV IgG/IgM (Sangue total/ Soro/ Plasma) <input type="radio"/> Lumiratek COVID-19 (IgG/IgM) <input type="radio"/> MedTeste Coronavírus (COVID-19) IgG/IgM (TESTE RÁPIDO) <input type="radio"/> One Step COVID-2019 Test <input type="radio"/> QuickProfile COVID-19 Combo Test Card <input type="radio"/> Smart Test Covid-19 Vyttra <input type="radio"/> Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex <input type="radio"/> Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex <input type="radio"/> TR DPP® COVID-19 IGG/IgM - Bio-Manguinhos <input type="radio"/> Vírus Respiratório		
Resultado: <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Inconclusivo	Método do exame: <input type="radio"/> RT-PCR <input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Não informado	
Resultado para vírus respiratório: <input type="radio"/> Influenza A <input type="radio"/> Influenza B <input type="radio"/> Adenovírus <input type="radio"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="radio"/> Parainfluenza (1-4) <input type="radio"/> Rinovírus <input type="radio"/> Metapneumo <input type="radio"/> Coronavírus (OC43, 229E, HKU1, NL63) <input type="radio"/> Coronavírus (SARS-COV2) <input type="radio"/> Negativo para o painel viral <input type="radio"/> Outro vírus		



FICHA - NOTIFICA COVID-19

23/04/2020


DESLOCAMENTO		
Histórico de viagem: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Local: _____	Data de ida: _____
Data do retorno _____	Descritivo da viagem: _____	Data de chegada ao Brasil: _____
Contato com suspeito: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado	Local do contato: <input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Unidade de saúde <input type="radio"/> Local de trabalho <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Outro local	
Nome do caso fonte: _____	Descrição do local: _____	Frequentou Unidade de Saúde: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
CNES da unidade: _____	Descrição da unidade: _____	
DADOS DO NOTIFICANTE		
CNES: _____	Unidade: _____	UF: _____
Município: _____	Notificador: _____	
Email: _____	Ocupação: _____	Telefone: _____
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
Classificação de caso: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado	Critério: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Clínico/Epidemiológico <input type="radio"/> Não aplica	
Evolução: <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Ignorado	Número da DO: _____	
Data da evolução: _____	Data de encerramento: _____	Excluir ficha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Motivo exclusão: _____		



NOTIFICA COVID-19

E-mail *

Senha *

 Solicitar usuário

 Entrar

 Esqueci minha senha



<https://covid19.appsesa.pr.gov.br/menuNotificadora/>