

TESTE RÁPIDO E O RASTREAMENTO DA COVID-19 NAS ILPIS

**18 DE SETEMBRO
ÀS 14 HORAS**

Endereço do evento
<https://meet.google.com/snr-qdxe-mrx>

Temas

A aplicação do teste rápido para rastreamento da Covid-19

Prof. Marcos Antônio Nunes Araújo

Fichas de notificação - Como registrar de maneira correta?

Prof^a Christine Grützmann Faustino

Mediadora: Prof^a Márcia Alvarenga



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul



Realização: Centro de ensino, pesquisa e extensão em educação em saúde da UEMS - CEPES

A aplicação do teste rápido para rastreamento da Covid-19

Professor Doutor
Marcos Antonio
Nunes de Araújo

Diagnóstico Clínico

- O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

Diagnóstico laboratorial

- O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

A relevância desse Trabalho

- Quase a metade das mortes pelo Covid-19 na Europa são em asilos. Esses idosos são 10% da população.
- Mais de 40% dos óbitos por Covid-19 nos EUA são de idosos confinados em asilos.
- (<https://www.frontliner.com.br/mais-de-40-dos-obitos-por-covid-19-nos-eua-e-de-idosos-confinados-em-asilos>)

Países	Casos	Recuperados	Mortes	
EUA	6.665.716	3.612.064	198.085	329 634 migo8
Índia	4.930.236	3.859.399	3.859.399	146.800.000
Brasil	4.356.690	3.613.399	132.297	220 milhões
Rússia	1.073.849	884.305	18.785	146 milhões
Peru	733.860	573.364	30.812	31 milhões

- Quase a metade das mortes pelo Covid-19 na Europa são em asilos. Esses idosos são 10% da população.
- Mais de 40% dos óbitos por Covid-19 nos EUA são de idosos confinados em asilos
- (<https://www.frontliner.com.br/mais-de-40-dos-obitos-por-covid-19-nos-eua-e-de-idosos-confinados-em-asilos>)

Teste rápido

- O teste rápido SARSCoV-2 é utilizado para detecção anticorpos IgM e IgG contra o coronavírus tem por base a metodologia de cromatografia de fluxo lateral.
- As amostras humanas que pode ser utilizada neste teste são:
 - Soro
 - Plasma
 - Sangue total (por coleta venosa ou punção digital)

- O teste deve ser usado como uma ferramenta para auxílio no diagnóstico da doença por infecção por coronavírus (COVID 19), causada pelo SARS-CoV2. São testes qualitativos para triagem e auxílio diagnóstico. Resultados negativos não excluem a infecção por SARS-CoV2 e resultados positivos não podem ser usados como evidência absoluta de SARS-CoV2.
- O resultado do teste rápido deve ser interpretado por um médico com auxílio dos dados clínicos e outros exames laboratoriais confirmatórios.

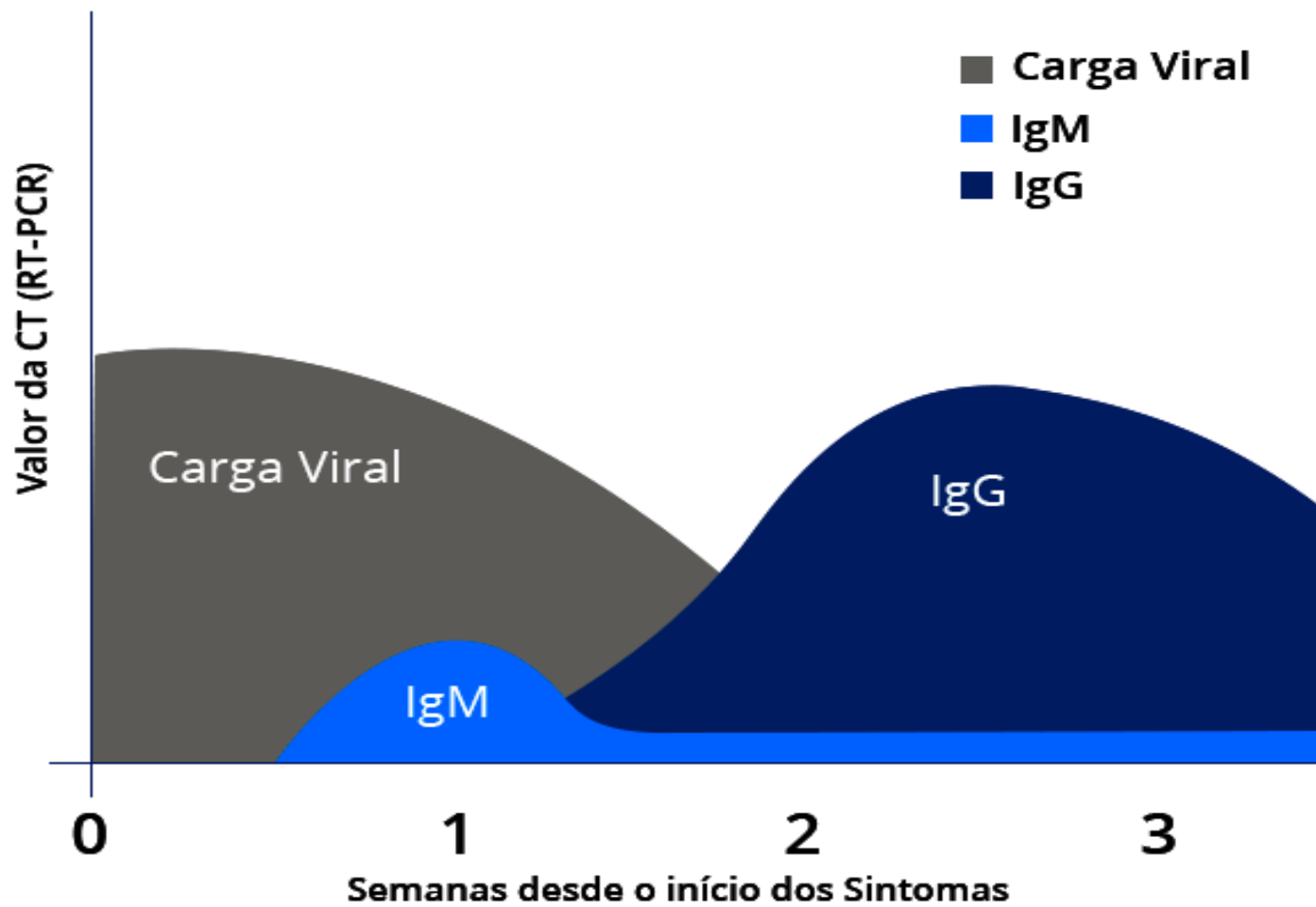
Testagem

- Os testes devem ser feitos a partir do oitavo dia do início dos sintomas de síndrome respiratória, como febre, tosse, dificuldade para respirar ou dor de garganta, para detectar a presença de anticorpos (IgG e IgM), que são defesas produzidas pelo corpo humano contra o vírus SARS-CoV-2, que causa a COVID-19. Esse é um teste qualitativo para triagem que deve ser usado como uma ferramenta para ajudar no diagnóstico.

O teste apresenta 86% de sensibilidade e 99% de especificidade, se aplicado conforme orientação de uso. 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. O resultado do teste negativo reduz muito a chance de que a pessoa esteja infectada pelo SARSCoV-2.

Prioridades

- **Profissionais de saúde**
Profissionais de segurança pública
- **Pessoas com 60 anos ou mais:**
A recomendação é seguir a seguinte ordem de prioridade:
 - Pessoas com 60 anos ou mais, residentes em instituições de longa permanência de idosos (ILPI);
 - Pessoas com 60 anos ou mais portadoras de comorbidades de risco para complicação de COVID-19.



PROCEDIMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE:

- O teste deverá ser executado por um profissional da área da saúde em condições adequadas de higiene e segurança para evitar a disseminação do vírus durante a realização do teste e garantir seu correto manuseio e interpretação.

Passo a Passo do Teste Rápido

- 1. Lave a mão do paciente com sabão e água morna ou limpe com uma compressa embebida em álcool e deixe secar;
- 2. Massageie a mão sem tocar no local da punção, esfregando a mão na direção da ponta do dedo médio ou anelar;
- 3. Perfure a pele com uma lanceta estéril. Limpe o primeiro sinal de sangue;

Passo a Passo do Teste Rápido

- 4. Esfregue suavemente a mão do pulso à palma da mão para formar uma gota arredondada de sangue sobre o local da punção;
- 5. Use o conta-gotas fornecido no kit para transportar o sangue até a região indicada o cassete (ver figura abaixo);
- 6. Adicione 2 gotas de tampão (buffer) no mesmo local onde foi adicionada a amostra de sangue;
- 7. Aguardar 15 minutos para interpretar o resultado. NÃO ler o resultado após 20 minutos.

Materiais

- Álcool gel
- Máscara N95
- Jaleco de mangas longas com elástico e impermeável
- Óculos de proteção ou face shield
- Dois pares de luvas
- Gorro/ toca

Procedimento

- Remova joias e artefatos. Prender o cabelo
- Toca/gorro
- Lavar as mão ou usar o álcool gel 70% no mínimo por 20 seg
- Luvas (1º)
- Avental por cima do para de luvas
- Colocar a máscara (ajuste a máscara)
- Óculos ou face shield
- Colocar o 2º par de luvas



SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Identificar o paciente.
2. Melhorar a comunicação.
3. Melhorar a segurança, no uso de medicamentos.
4. Melhorar a segurança.

NA VIDA QUANTO MAIS SE VIVE, MAIS SE APRENDE.

NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, QUANTO MAIS SE APRENDE, MAIS SE TRABALHA.

MELHOREMOS!

Desparamentação

- 1º luvas
- 2º avental
- 3º óculos
- 4º máscara
- 5º gorro
- 6º luvas
- 7º lavagem das mãos ou álcool gel 70%

Wondfo[®]
Leading POCT Manufacturer

**SARS-CoV-2 Antibody Test
(Lateral Flow Method)**



Contents:

1. 20 individual pouches, each containing:
 - Test cassette
 - Desiccant pouch
2. 20 disposable droppers
3. Detection buffer(1* 6 mL)
4. Leaflet with instructions for use



Version 2.0
No. 20200104

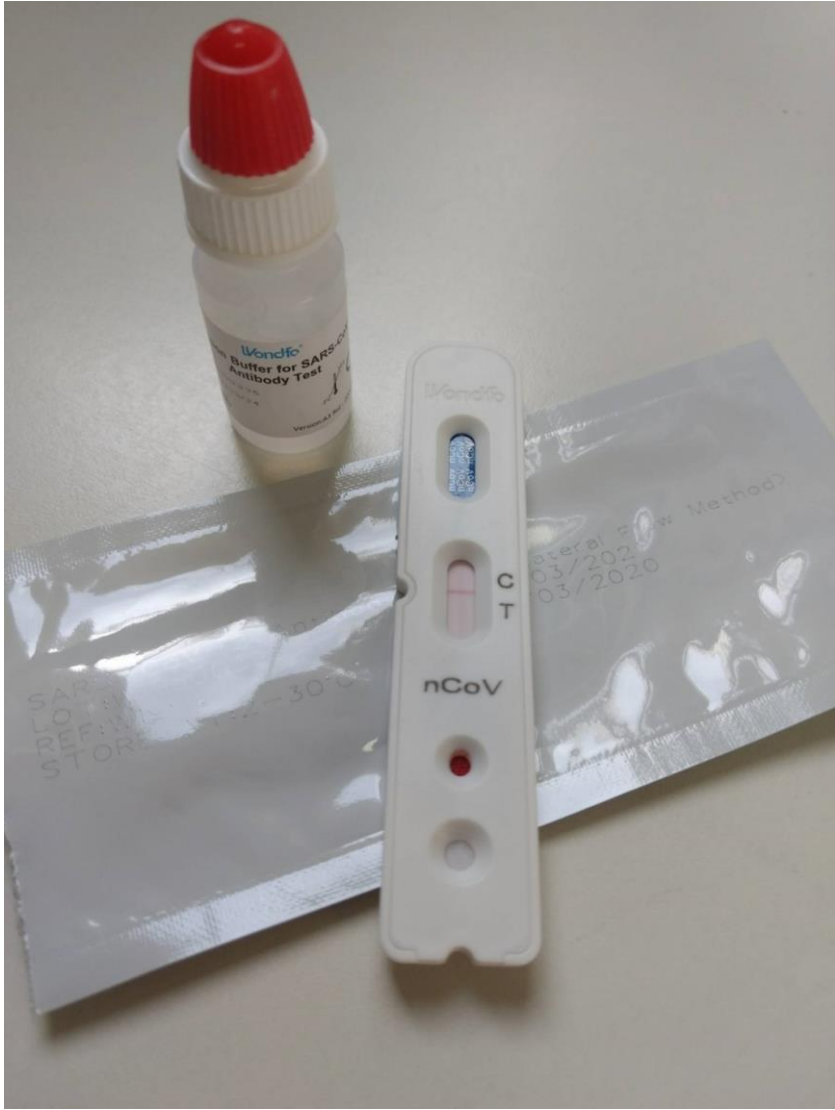
IVD

We Are Working For Your **Health**

Wondfo[®]

FOR IN VITRO DIAGNOSTIC USE ONLY
FOR PROFESSIONAL USE ONLY









ESPIRRO



TOSSE



CATARRO



**GOTÍCULAS
DE SALIVA**



**CONTATO FÍSICO
COM PESSOA
INFECTADA**



**CONTATO COM
SUPERFÍCIES
CONTAMINADAS**

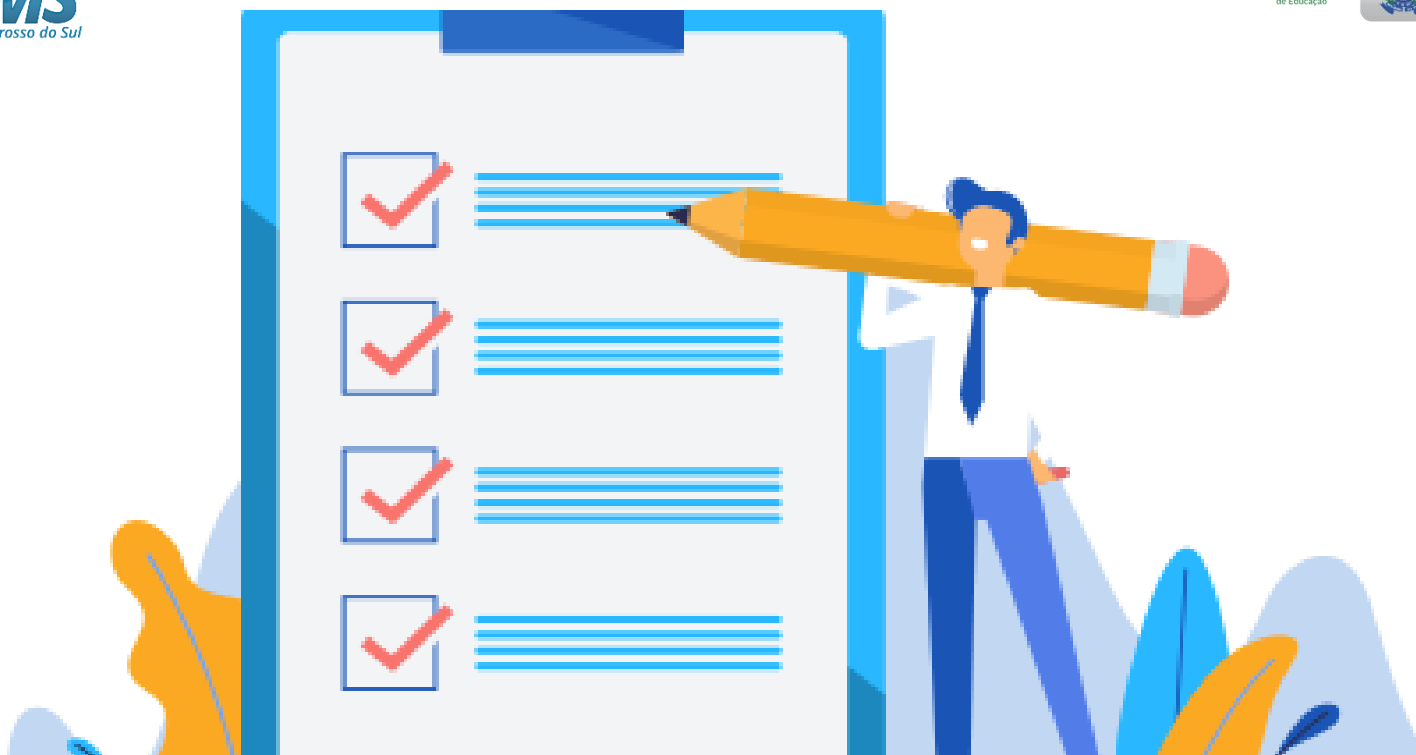
Seguido de contato com
boca, nariz e olhos.

TRANSMISSÃO

Fonte: BRASIL,2020.

Fonte para consultas

- <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
- <https://www.paho.org/pt/covid19>
- <https://www.saude.gov.br/artigos>



Cuidados no preenchimento das notificações de indivíduos testados

Profa. Christine G . Faustino

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 pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas:

- febre (mesmo que referida),
- calafrios,
- dor de garganta,
- dor de cabeça,
- tosse,
- coriza,
- distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos



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

- **Em crianças:** além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico
- **Em idosos:** deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência
- **Observação:** Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes

IDOSOS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

- Nome completo
- CPF
- Data de nascimento
- Sexo
- Raça
- Endereço e número do telefone:
dados da ILPI
- Sintomas
- Condições
- Data da coleta do teste
- Resultado do teste



Funcionários Especificidades no preenchimento

- É profissional de saúde ou segurança?
- Caso sim, qual é a profissão (Classificação Brasileira de Ocupações - CBO)
- Número do celular
- Endereço completo (Rua, número, bairro, CEP)



MINISTÉRIO DA SAÚDE


CORONAVÍRUS
COVID-19

GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA
NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019**

Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas
COVID-19




05 de agosto de 2020

 Christine Grützman...
Municipal

CNES

Campo Grande, Mato Grosso do Sul

ESTABELECIMENTO

 Notificações Gestão de Usuários Meus Dados Sair com segurança

Coronavírus

IDENTIFICAÇÃO

Tem CPF? Sim NãoÉ profissional de saúde? Sim NãoProfissional de Segurança Sim NãoCBO CPF Nome Completo Data de Nascimento 

Sexo

 Feminino Masculino

Raça/Cor

 Branca Preta Parda Amarela



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 pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____ Município de Notificação: _____

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	Profissional de saúde (Marcar X)	Profissional de segurança (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<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)	Raça/COR: (Marcar X)	Passaporte: _____	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
	CEP: _____			
Estado de residência: _____		Município de Residência: _____		
Logradouro: _____		Número: _____	Bairro: _____	
Complemento: _____				
Telefone Celular: _____		Telefone de contato: _____		
Data da Notificação: _____		Data do início dos sintomas: _____		
Sintomas: (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza				
<input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros				
Condições: (Marcar X)				
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)		<input type="checkbox"/> Imunossupressão		
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica		<input type="checkbox"/> Gestante		
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas		<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		
Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste: _____	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)	
<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		<input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA <input type="checkbox"/> Quimioluminescência- CLIA	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado	
Classificação final: (Marcar X)		Evolução do caso: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico		<input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado		
<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito		
<input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		<input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura		
<input type="checkbox"/> Internado em UTI				
Data de encerramento: _____		Rastreamento de contatos: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Informações complementares e observações				



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 pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: _____ **Município de Notificação:** _____

__|__|

Tem CPF? (Marcar X) __ Sim __ Não	Estrangeiro: (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de saúde (Marcar X) __ Sim __ Não	Profissional de segurança (Marcar X) __ Sim __ Não
---	---	--	--

CBO: _____ **CPF:** __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CNS: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Completo: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Data de nascimento: __|__|__|__|__|__| **País de origem:** _____

Sexo: (Marcar X) __ Masculino __ Feminino	Raça/COR: (Marcar X) __ Branca __ Preta __ Amarela __ Parda __ Indígena - Etnia: _____ __ Ignorado	Passaporte: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
--	--	---

IDENTIFICAÇÃO

CEP: __ __ __ __ __ - __ __ __		
Estado de residência: __ __		Município de Residência: _____
Logradouro:	Número:	Bairro:
Complemento:		
Telefone Celular:		Telefone de contato:
Data da Notificação: __ __ __		Data do início dos sintomas: __ __ __
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros _____		
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		

DADOS CLÍNICO	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste: ____ ____ ____	Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA <input type="checkbox"/> Quimioluminescência- CLIA	Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou Indeterminado
	ENCERRAMENTO		Evolução do caso: (Marcar X)	
Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada		<input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico		
Data de encerramento: ____ ____ ____		Rastreamento de contatos: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Informações complementares e observações				