

NOTA TÉCNICA N°01 (ATUALIZADA) COES MINAS COVID-19: MONITORAMENTO E MANEJO DE CONTATOS DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS PELO CORONAVÍRUS - COVID-19

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais elaborou e divulgou o PROTOCOLO CORONAVÍRUS (COVID-19). Entre as ações a serem realizadas, está o monitoramento diário dos contatos com o caso suspeito ou confirmado. O monitoramento será de responsabilidade das Unidades Regionais de Saúde e/ou município de residência dos contatos.

Esta nota técnica foi elaborada com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre o monitoramento e manejo de contatos de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (DOENÇA PELO CORONAVÍRUS - COVID-19).

Para abordagem dos contatos próximos de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo COVID-19 foram elaborados: Fluxograma com as Etapas de Monitoramento e Manejo (ANEXO I), Ficha de Monitoramento (ANEXO II) e Planilha padronizada de monitoramento dos contatos próximos (ANEXO III).

Contextualização

Em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China, ocorreu um conglomerado de 27 casos de síndrome respiratória aguda de etiologia desconhecida entre pessoas ligadas a um mercado úmido (de produtos marinhos) dos quais 7 foram relatados como graves. Os casos possuíam vínculo epidemiológico entre si e foi aventada a possibilidade de transmissão através do contato com animais marinhos manipulados no mercado. Foi identificado pelos chineses tratar-se de um novo vírus que foi denominado SARS-CoV-2 e provoca a doença pelo coronavírus (COVID-19).

Definição de caso

CASO SUSPEITO	Febre ^(*) E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) com histórico, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas: ✓ de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS ^(**) OU
---------------	--

^{*} Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

^{**} As áreas de transmissão local atualizadas são disponíveis em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/listacorona>

	✓ contato próximo de caso suspeito ou confirmado para o coronavírus (COVID-19)
CASO PROVAVEL	✓ Contato próximo domiciliar de caso confirmado laboratorial, que apresentar febre E/OU qualquer sintoma respiratório, dentro de 14 dias após o último contato com o paciente.
CASO CONFIRMADO	• Critério Laboratorial: Resultado positivo em RT-PCR, por protocolo homologado pelo Ministério da Saúde • Critério Clínico Epidemiológico: Contato próximo domiciliar de caso confirmado laboratorial, que apresentar febre E/OU qualquer sintoma respiratório, dentro de 14 dias após o último contato com o paciente e para o qual não foi possível a investigação laboratorial específica

Definição de contato próximo

Foi definido como contato próximo estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de caso por coronavírus (COVID-19), dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

ANEXO I - FLUXOGRAMA DE MONITORAMENTO E MANEJO DE CONTATOS PRÓXIMOS DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS COVID-19

CONTATO PRÓXIMO DE UM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS COVID-2019

ASSINTOMÁTICO (sem febre e sem sintomas respiratórios):

- Monitorar por telefone a condição clínica até 14 dias após a última exposição;
- Preencher diariamente a ficha de monitoramento dos contatos próximos (ANEXO II);
- Preencher a planilha padronizada de contatos (ANEXO III) e encaminhar semanalmente (as terças feiras) para o e-mail: notifica.se@mg.saude.gov.br com cópia para o coes.corona@saude.mg.gov.br;
- Orientar higiene respiratória (evitar tocar olhos, nariz ou boca; lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar; manter o ambiente ventilado);
- Orientar contato telefônico imediatamente com o serviço de saúde responsável pelo monitoramento caso manifeste algum sintoma respiratório.

OBSERVAÇÃO: NÃO É RECOMENDADA A COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL.

SINTOMÁTICO (febre, tosse, dificuldade para respirar - dispneia, batimento das asas nasais, outros sintomas de esforço respiratório - tiragem intercostal, cianose, hipoxemia - entre outros) até 14 dias após a última exposição:

- Notificar imediatamente ao CIEVS-BH (residentes em Belo Horizonte) ou ao CIEVS-MINAS (residentes dos demais municípios do estado) de acordo com o Protocolo Estadual item 4.2;
- Preencher *on-line* formulário FormSusCap: <http://bit.ly/2019-ncov>
- Preencher a NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL CID 10 - U07.1- infecção respiratória pelo novo coronavírus, ou, em casos que atendam os critérios, a ficha de notificação para SRAG hospitalizado (Síndrome Respiratória Aguda Grave), para encaminhamento a FUNED (Fundação Ezequiel Dias) junto com material coletado³.
- Orientar sobre o uso de máscara cirúrgica e higiene respiratória (evitar tocar olhos, nariz ou boca; lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar; manter o ambiente ventilado);
- Orientar a não procurar outros serviços de saúde.

³ As informações sobre coleta de material para exame laboratorial serão fornecidas pelo CIEVS ou serviço de saúde no momento da notificação

ANEXO II - FICHA DE MONITORAMENTO DOS CONTATOS PRÓXIMOS

DADOS DO CASO

Nome: _____

Nome da mãe: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: _____ Município: _____

Nº da Notificação: _____ Data de notificação: ____/____/____

DADOS DO CONTATO

Nome: _____

Nome da mãe: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: _____ Município: _____

TIPO DE CONTATO

() Profissional de Saúde

() Família

() Amigo

() Outros. Especificar: _____

LUGAR DE CONTATO

() Hospital

() Domicílio

() Outros. Especificar: _____

DATA DA PRIMEIRA EXPOSIÇÃO: ____/____/____ DATA DA ÚLTIMA EXPOSIÇÃO: ____/____/____

CHECK LIST DIÁRIO DE SINTOMAS

(OBSERVAÇÃO: Preencher com **N** quando não houver sinais ou sintomas e com **S** quando houver. Favor não deixar os campos em branco.)

Dia – Data de início do monitoramento	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Febre														
Tosse														
Falta de ar (dispneia)														
Sinais de esforço respiratório (batimento de asas nasais, tiragem intercostal, cianose, hipoxemia)														
Outros. Especificar:														

Data de início dos sintomas: ____/____/____

COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

() SIM. Data da coleta: ____/____/____

() NÃO

