



PREFEITURA DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 22/2020/SMSA/PMBV
ATUALIZAÇÃO DATA: 23/12/2020

1- ASSUNTO

Protocolo de notificação de caso suspeito de reinfecção pelo SARS-CoV-2 em Boa Vista.

2- INTRODUÇÃO

Em 10 de Setembro de 2020 a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista emitiu Nota Técnica sobre o Protocolo de suspeita de reinfecção pelo SARS-CoV-2 no município (NT N°22/2020 SMSA/PMBV), antecipando-se aos documentos emitidos pela OMS (27/10/2020), MS (NT N°52/2020 CGPNI/DEIDT/SVS/MS) e Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (NT N°17/2020). Diante das informações contidas nesses documentos, publicados posteriormente à publicação da NT municipal, torna-se necessária a atualização do presente documento, que traz, entre outros, a definição de caso suspeito de reinfecção pelo SARS-CoV-2, o fluxo de notificação de caso suspeito de reinfecção (ANEXO A) e um modelo de relatório de investigação de caso suspeito (Anexo B).

3- DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO DE COVID-19

Indivíduo com dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção respiratória, independente da condição clínica observada.

IMPORTANTE:

Todas as medidas de isolamento compulsório deverão ser adotadas na suspeita do caso e estendidas aos seus contatos próximos, conforme fluxo vigente para casos suspeitos de COVID-19.

4- ORIENTAÇÕES QUANTO AO FLUXO DOS CASOS SUSPEITOS DE REINFECÇÃO DE COVID-19

O caso deverá ser NOTIFICADO no sistema adequado (e-SUS Notifica, SIVEP-Gripe) na suspeita. Após confirmação do segundo exame de RT-PCR positivo, a unidade de saúde deve COMUNICAR a Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista IMEDIATAMENTE, através do envio da cópia escaneada da notificação mais recente por e-mail (dat.epidemiologia@gmail.com) com o destaque da informação REINFECÇÃO no campo de observações, acrescido de relatório de investigação de caso suspeito de reinfecção de COVID-19, conforme modelo anexo (Anexo B).

Caso a unidade de saúde tenha acesso à primeira notificação do caso com RT-PCR positivo, esta deve ser também encaminhada junto aos demais documentos.

A partir dessa comunicação, a Vigilância Epidemiológica do Município encaminha o caso para a instância superior, para as devidas providências e aguardamos retorno para confirmação ou descarte do caso suspeito de reinfecção.



PREFEITURA DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

IMPORTANTE:

Somente serão investigados os casos que atendam a definição de caso suspeito de reinfecção e que tenham disponíveis as duas amostras biológicas com conservação adequada para investigação laboratorial. Esta análise será feita pelo Laboratório Central de Roraima, LACEN-RR.

Os pacientes com histórico de exames positivos para COVID-19 que não seja o RT-PCR, na vigência de um novo quadro com sintomatologia respiratória devem ter a indicação de coleta de RT-PCR, mesmo que não se enquadrem na definição de caso suspeito de reinfecção pelo SARS-CoV-2. Este caso passa a ser um caso suspeito de COVID-19 e todas as medidas de controle, acompanhamento e tratamento devem ser adotadas pelos profissionais da unidade de saúde.

5- INFORMAÇÕES QUANTO AO FLUXO DE ENVIO DAS AMOSTRAS DE CASOS SUSPEITOS DE REINFEÇÃO DE COVID-19

O encaminhamento das amostras (1ª e 2ª) será efetuado pelo LACEN-RR para o Laboratório de Referência Regional, Instituto Evandro Chagas – IEC/PA, a partir da comunicação do caso pela equipe de Vigilância Municipal, desde que atendidos os pré-requisitos de envio (alíquota adequada – quantidade, conservação e valor de CT).

6- SOBRE O RESULTADO DA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL

Após as devidas investigações epidemiológicas e laboratoriais, o resultado será informado via MS.

7- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Segundo o Centers for Disease Control and Prevention –CDC, as informações sobre reinfecções com o vírus que causa COVID-19 são limitadas, e o CDC está trabalhando ativamente para fornecer maiores esclarecimentos. **Porém o que se sabe é que não há confirmação de uma pessoa ser reinfecada com a COVID-19 em um intervalo inferior a 90(noventa) dias.**
- A concentração de RNA SARS-CoV-2 diminui em vias áreas superiores após o início dos sintomas. A capacidade de se obter vírus viável para replicação também diminui. Nos casos de infecção leve a moderado, os vírus replicáveis não foram recuperados após 10 dias de sintomas, ou seja, estes casos não apresentam a capacidade de infectividade após 10 dias do início dos sintomas (CDC, unpublished data,2020; Midgley et al.,2020; Young et al.,2020; Zou et al.,2020; Wolfel et al.,2020; van Kampen et al.,2020).
- RT-PCR pode permanecer POSITIVO para RNA SARS-CoV-2 até 3 meses após a infecção, sem comprovação de capacidade de infecção.
- Vírus viáveis foram recuperados em pacientes graves e/ou imunocomprometidos entre 10 e 20 dias do início de sintomas. Porém, 88% e 95% dos espécimes não tinham vírus viáveis após 10 e 15 dias respectivamente (van Kampen et al.,2020).



PREFEITURA DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Vírus viáveis não foram recuperados após 3 semanas do início de sintomas. Pacientes recuperados podem permanecer com RNA SARS-CoV-2 detectável em vias aéreas superiores até 12 semanas, mas os “persistentemente positivos” não demonstraram capacidade de transmitir a outras pessoas (Korea CDC,2020; Li et al.,2020; Xiao et al,2020)
- Espécimes de pacientes recuperados de COVID-19 e que voltam a ter sintomas e testam novamente RT-PCR positivo não demonstraram capacidade de replicação (Korea CDC,2020; Lu et al.,2020).
- O risco de reinfecção deve ser baixo nos 3 primeiros meses após a infecção inicial, baseado em outros coronavírus (Kiyuka et al,2018).

8- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1-Coroavirs Disease 2019(COVID-19), acesso em 10/09/2020 (disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>)

2-Nota Técnica N°52/2020. Orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção da covid-19 no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações.

3-Nota Técnica N°17/2020. Orientações preliminares sobre a conduta frente a um caso suspeito de reinfecção pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Governo do Estado de Roraima, Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. 26 de Novembro de 2020.

4-Orientações provisórias para detecção de casos de reinfecção pelo SARS-CoV-2. Organização Panamericana de Saúde. 27 de Outubro de 2020.

9- ELABORAÇÃO:

Roberta Nogueira Calandrini de Azevedo – Diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica.

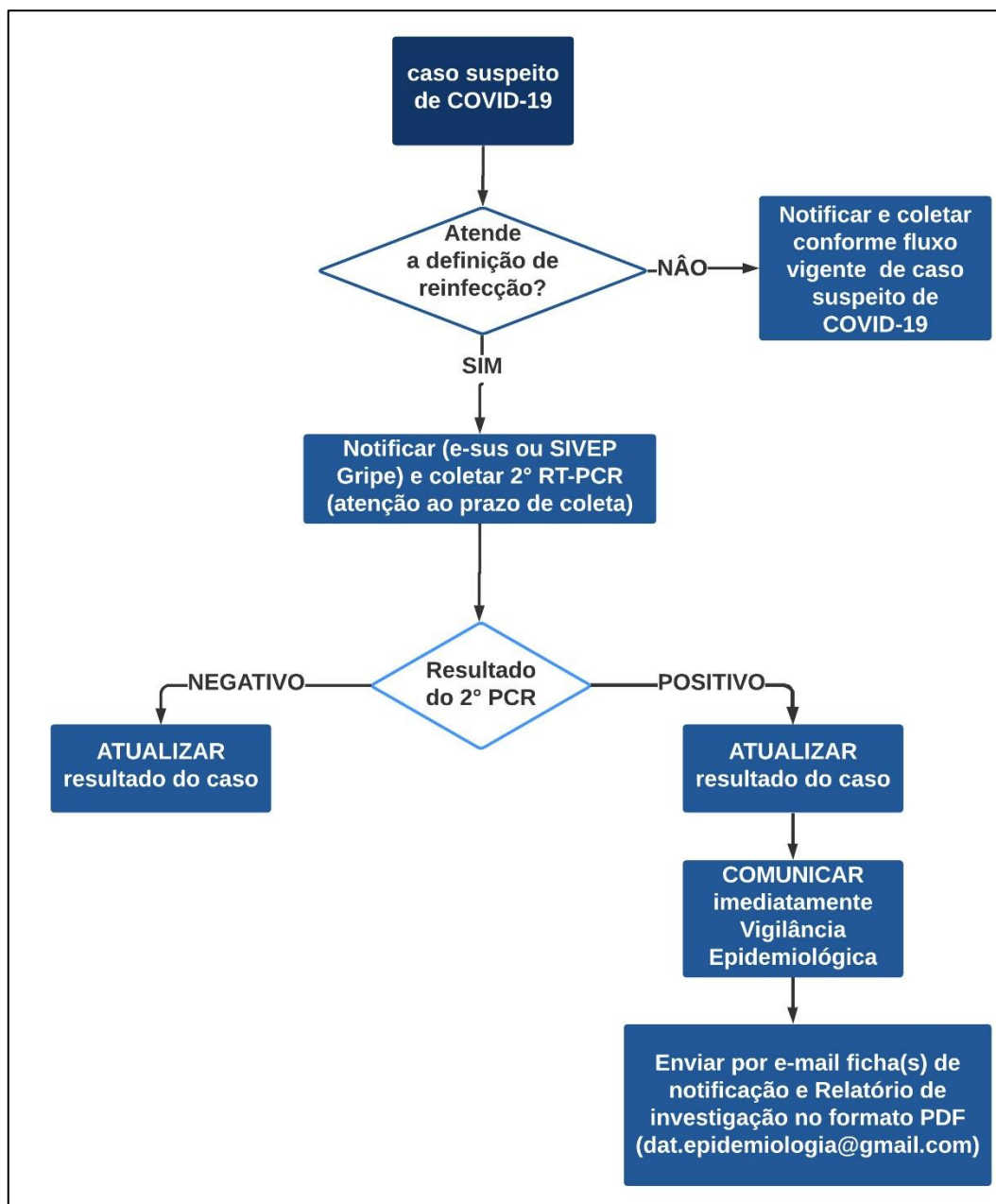
Christiane Silva da Costa – Coordenadora da Vigilância das Doenças Transmissíveis

Thalita Caroline da Silva Siqueira- Técnica da Coordenação da Vigilância das Doenças Transmissíveis

Priscila Alencar Azarack- Técnica da Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses





ANEXO A: Fluxo de notificação de caso suspeito de reinfecção pelo vírus SARS-Cov-2 no Município de Boa Vista





PREFEITURA DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ANEXO B: Modelo de relatório de investigação de caso suspeito de reinfecção de COVID-19

	Secretaria Municipal de Saúde - SMSA	
RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE REINFECÇÃO DE COVID-19		
IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO		
Município: Boa Vista UF: RR Equipe condutora da investigação: _____		
Data de início da investigação: ____/____/____		
INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA		
1- DADOS PESSOAIS		
Nome: _____		
Nome da mãe: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____		
Profissão/Função: _____ Local de Trabalho: _____		
2- DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS		
Houve resultado negativo entre os dois resultados positivos de RT-PCR? Não() Sim()		
Se sim: Nº da Notificação no Gal: _____ Data da Notificação: ____/____/____		
Comorbidades: Não() Sim()		
Se sim, quais? _____		
Faz uso de medicamento contínuo (30 dias ou mais)? Não() Sim()		
Se sim, quais? _____		
1º RESULTADO POSITIVO DE RT-PCR	2º RESULTADO POSITIVO DE RT-PCR	
Nº da Notificação no GAL: _____	Nº da Notificação no GAL: _____	
Data da Notificação: ____/____/____	Data da Notificação: ____/____/____	
Data de início de sintomas: ____/____/____	Data de início de sintomas: ____/____/____	
Houve hospitalização: Não() Sim ()	Houve hospitalização: Não() Sim ()	
Caso sim, informar o período de hospitalização:	Caso sim, informar o período de hospitalização:	
Data de entrada: ____/____/____	Data de entrada: ____/____/____	
Data de saída: ____/____/____	Data de saída: ____/____/____	
Informações adicionais:	Informações adicionais:	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	