

RELATÓRIO TÉCNICO

Rastreo de contactos: gestão da saúde pública de pessoas, incluindo profissionais de saúde, que tiveram contacto com casos de COVID-19 na União Europeia – segunda atualização

8 de abril de 2020

Contexto

O presente documento descreve as principais etapas para o rastreo de contactos, incluindo a identificação, a listagem e o seguimento dos contactos, no âmbito da resposta à COVID-19.

A gestão de contactos baseia-se nas últimas evidências disponíveis, conforme descrito abaixo.

- As estimativas atuais sugerem um período mediano de incubação de cinco a seis dias, podendo variar entre 1 e 14 dias. Um estudo de modelação recente confirmou que continua a ser prudente considerar um período de incubação até 14 dias [1,2].
- Um caso pode já ser infeccioso até 48 horas antes do aparecimento dos sintomas. Um estudo recente mostrou que 12,6 % dos casos notificados apresentavam indícios de transmissão pré-sintomática [3]. Além disso, a percentagem de transmissão pré-sintomática foi inferida por modelação, tendo sido estimada – na presença de medidas de controlo – em cerca de 48 % e 62 % em Singapura e na China (dados de Tianjin), respetivamente [4]. Outros estudos não revelaram diferenças significativas na carga viral de doentes assintomáticos e sintomáticos, indicando a potencial transmissão do vírus por doentes assintomáticos [5-7].
- Pensa-se que a transmissão ocorra principalmente através de gotículas respiratórias e por contacto direto com pessoas infetadas, e por contacto indireto com superfícies ou objetos no ambiente imediato [8]. Estudos experimentais recentes realizados em condições altamente controladas demonstraram a sobrevivência do SARS-CoV-2 em diferentes superfícies, bem como em aerossóis. Foram descritos diferentes níveis de contaminação ambiental em salas de doentes com COVID-19 [9-11].
- Até 10 % dos casos notificados na China [12] e até 9 % dos casos em Itália eram de profissionais de saúde [13]. É provável que os surtos nosocomiais tenham um papel importante na amplificação dos surtos locais, e que afetem desproporcionadamente as populações idosas e vulneráveis.

Âmbito do presente documento

O presente documento destina-se a ajudar as autoridades de saúde pública da UE/do EEE no rastreo e na gestão de pessoas, incluindo profissionais de saúde, que tenham tido contacto com casos de COVID-19. Estas medidas devem ser implementadas em conjunto com intervenções não farmacêuticas, conforme adequado [14].

Objetivo do rastreio de contactos

O objetivo da identificação e gestão dos contactos de casos prováveis ou confirmados de COVID-19 é identificar rapidamente casos secundários que possam surgir após a transmissão a partir de casos primários conhecidos, a fim de poder intervir e interromper a transmissão subsequente. Este objetivo é alcançado através:

- da identificação imediata dos contactos de um caso de COVID-19 provável ou confirmado;
- da disponibilização de informações aos contactos identificados sobre autoquarentena, higiene adequada das mãos e medidas de etiqueta respiratória, e de aconselhamento sobre como devem proceder se desenvolverem sintomas;
- da realização de testes laboratoriais em tempo útil a todos os que apresentam sintomas.

O rastreio de contactos é uma medida essencial para combater a epidemia de COVID-19 em curso, juntamente com a identificação ativa de casos e em sinergia com outras medidas, como o distanciamento físico. Cada país terá de adaptar a sua resposta à situação epidemiológica local e aos recursos disponíveis. A aplicação rigorosa de medidas de rastreio de contactos durante o período em que se observam apenas casos esporádicos pode reduzir a transmissão e ter um impacto importante na propagação do surto. No entanto, se os recursos o permitirem, também deve ser considerada a sua aplicação em localizações geográficas onde a transmissão está mais disseminada. Mesmo que não sejam identificados e rastreados todos os contactos de cada caso, o rastreio de contactos pode ainda assim contribuir para reduzir a transmissão em conjunto com outras medidas, como o distanciamento físico [15-17].

As evidências recentes da resposta na China e em Singapura indicaram que o rastreio eficaz dos contactos ajudou a reduzir o tempo entre o início dos sintomas e o isolamento, e pode ter reduzido substancialmente a probabilidade de transmissão contínua [18,19]. O rastreio de contactos e a quarentena também foram utilizados durante períodos de transmissão generalizada em Wuhan e na Coreia do Sul, em conjunto com várias outras medidas [12,20]. O rastreio de contactos contribui igualmente para uma melhor compreensão da epidemiologia da COVID-19.

Os países da UE/do EEE que ainda têm um **número limitado de casos** deverão concentrar os seus esforços de saúde pública na identificação dos casos e no rastreio dos contactos desses casos.

Em países com **transmissão generalizada** em algumas regiões mas com uma transmissão limitada noutras, o rastreio de contactos tem um papel fundamental na contenção do surto nas zonas menos afetadas e em locais fechados (p. ex. prisões, lares). O rastreio de contactos deve ser considerado em áreas de transmissão mais generalizada, sempre que possível, e em conjunto com medidas de distanciamento físico. Se os recursos forem limitados, deve começar-se pelo rastreio dos contactos com exposição de alto risco (contactos próximos) de cada caso identificado bem como dos contactos que são profissionais de saúde ou que trabalham com populações vulneráveis, seguindo-se o maior número possível de contactos com exposição de baixo risco [21]. Nas zonas com circulação generalizada do vírus, o rastreio de contactos deve incluir pelo menos os casos que surjam em contextos específicos, como instalações de cuidados continuados, prisões, campos de refugiados, etc., para reduzir a transmissão e mitigar o impacto em populações vulneráveis. Além disso, deve proceder-se ao rastreio de contactos se o caso identificado for um profissional de saúde, focando particularmente nos contactos em contexto hospitalar ou de clínica geral, a fim de identificar rapidamente indivíduos expostos potencialmente vulneráveis. No entanto, mesmo que não seja implementado em todos os casos durante o período de transmissão generalizada, o rastreio de contactos deve ser extensivamente implementado assim que diminuir a transmissão na comunidade.

Para os países que aplicaram medidas rigorosas de **distanciamento físico** durante um determinado período de tempo para tentar interromper a cadeia de transmissão do vírus, as medidas de deteção de casos, incluindo o rastreio de contactos, são prioritárias quando **forem levantadas as medidas de distanciamento físico**, a fim de reduzir o risco de um novo aumento. Durante os períodos de confinamento, os países devem procurar analisar os sistemas de saúde pública existentes, a fim de determinar a melhor forma e o melhor momento para implementar medidas reforçadas de rastreio de contactos.

O ECDC publicou um relatório técnico sobre os recursos necessários para as atividades de rastreio de contactos, quarentena e monitorização [21]. No final do presente documento são apresentadas algumas medidas para economizar recursos.

Definição do termo «contacto»

Um «contacto» de um caso de COVID-19 é qualquer pessoa que tenha tido contacto com um caso de COVID-19 (Quadro 1) no período de tempo entre 48 horas antes do início dos sintomas do caso e 14 dias após o início dos sintomas.

Se o caso de COVID-19 não apresentar sintomas, entende-se por «contacto» uma pessoa que tenha tido contacto com o caso no período entre 48 horas antes da colheita da amostra que permitiu a confirmação do caso e 14 dias após a colheita da amostra.

O risco associado de infeção depende do nível de exposição que, por sua vez, determinará o tipo de gestão e monitorização (Quadro 1) [22].

Quadro 1. Classificação dos contactos com base no nível de exposição

Exposição de alto risco (contacto próximo)	Exposição de baixo risco
<p>Uma pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> que tenha tido contacto direto com um caso de COVID-19 a menos de dois metros durante mais de 15 minutos; que tenha tido contacto físico com um caso de COVID-19; que tenha tido contacto direto, sem proteção, com secreções infecciosas de um caso de COVID-19 (p. ex. se lhe tiverem tossido para cima); que tenha estado num ambiente fechado (p. ex. em casa, numa sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital, etc.) com um caso de COVID-19 durante mais de 15 minutos; que tenha estado num avião, sentada a uma distância inferior a dois lugares (em qualquer direção) do caso de COVID-19, acompanhantes ou cuidadores, e membros da tripulação em serviço na secção do avião onde estava sentado o caso índice [23] (se a gravidade dos sintomas ou os movimentos do caso identificado indicarem uma exposição mais extensa, podem ser considerados contactos próximos todos os passageiros sentados nessa secção do avião ou todos os passageiros do avião); Um profissional de saúde ou outra pessoa que preste cuidados de saúde a um caso de COVID-19, ou técnicos de laboratório que manipulem amostras de um caso de COVID-19, sem o EPI recomendado ou perante uma eventual falha do EPI [24]. 	<p>Uma pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> que tenha tido contacto direto com um caso de COVID-19 a menos de dois metros durante menos de 15 minutos; que tenha estado num ambiente fechado com um caso de COVID-19 durante menos de 15 minutos; que tenha viajado em conjunto com um caso COVID-19 em qualquer meio de transporte*; Um profissional de saúde ou outra pessoa que preste cuidados de saúde a um caso de COVID-19, ou técnicos de laboratório que manipulem amostras de um caso de COVID-19, com o EPI recomendado [24].

**Exceto se estiver sentado no avião conforme especificado no ponto correspondente da coluna esquerda.*

Presume-se que tempos de contacto mais longos aumentam o risco de transmissão; o limite de 15 minutos foi escolhido arbitrariamente por motivos de ordem prática. As autoridades de saúde pública podem considerar que algumas pessoas que tiveram um contacto mais curto com o caso tiveram uma exposição de alto risco, com base na avaliação do risco individual.

Utilizar apenas parte do EPI recomendado aumenta a exposição dos profissionais de saúde, aumentando assim o risco.

Principais etapas após a identificação de um caso

Identificação e listagem dos contactos

Imediatamente após a identificação de um caso confirmado ou provável, as etapas que se seguem para o rastreio de contactos pelas autoridades de saúde pública incluem:

- Entrevistar o caso para recolher informações sobre a história clínica e possíveis contactos que tenham ocorrido nas 48 horas antes do início dos sintomas até o caso ser isolado. Este procedimento deve ser efetuado através de uma chamada telefónica, sempre que possível. Os casos podem estar hospitalizados e possivelmente com um quadro clínico grave. Nesses casos, o pessoal do hospital ou o médico assistente pode ajudar a recolher informações diretamente do doente ou de familiares próximos.
- Rastrear os contactos, classificando-os em exposição de alto risco («contacto próximo») ou exposição de baixo risco, tal como descrito no Quadro 1 supra. Devem também ser recolhidas informações sobre se o contacto pertence a um dos grupos de risco de desenvolver COVID-19 grave ou se trabalha com populações vulneráveis (p. ex. presta cuidados a idosos ou a pessoas imunocomprometidas).
- Tomar medidas para que os contactos sintomáticos sejam testados para o SARS-CoV-2 (ver a [página da Internet do ECDC sobre suporte laboratorial em contexto de COVID-19](#) e as [recomendações da OMS sobre a estratégia de realização de testes](#)).
- Rastrear e comunicar com os contactos identificados, fornecendo informações sobre as medidas adequadas de controlo da infeção, monitorização de sintomas e outras medidas de precaução, como a necessidade de ficar em quarentena.

Seguimento do contacto

Dependendo do nível de risco de exposição, as pessoas e as autoridades de saúde pública devem considerar a implementação de várias ações possíveis (Quadro 2).

Os contactos com exposição de alto risco devem ser monitorizados ativamente pelas autoridades de saúde pública, enquanto os contactos com exposição de baixo risco podem automonitorizar os sintomas, observando simultaneamente as medidas de distanciamento físico e evitando deslocações. Deve ser considerada a implementação de quarentena para os contactos de alto risco [14]. Se ocorrerem sintomas da doença, o contacto deve isolar-se imediatamente e procurar assistência médica, de preferência por telefone, sempre de acordo com as recomendações das autoridades nacionais/locais.

Quadro 2. Principais ações para a gestão dos contactos

Ações	Exposição de alto risco (contacto próximo)	Exposição de baixo risco
Indivíduo	<p>Durante um período de 14 dias após a última exposição a um caso de COVID-19, os contactos de alto risco devem ser aconselhados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ficar em quarentena em casa, se possível*. Se tal não for possível, respeitar as medidas de distanciamento físico e evitar deslocações; fazer a automonitorização diária dos sintomas compatíveis com a COVID-19, incluindo febre de qualquer grau, tosse, fadiga ou dificuldade em respirar; medir e registar a temperatura diariamente (os contactos devem evitar a utilização de medicamentos para baixar a febre algumas horas antes de medirem a temperatura); manter-se contactável para as autoridades de saúde pública; aplicar medidas rigorosas de higiene das mãos e etiqueta respiratória; isolar-se imediatamente caso desenvolva sintomas e procurar assistência médica, de preferência por telefone, seguindo as recomendações das autoridades nacionais/locais. 	<p>Durante um período de 14 dias após a última exposição, os contactos de baixo risco devem ser aconselhados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> fazer a automonitorização diária dos sintomas compatíveis com a COVID-19, incluindo febre de qualquer grau, tosse, fadiga ou dificuldade em respirar; respeitar as medidas de distanciamento físico e evitar deslocações; aplicar medidas rigorosas de higiene das mãos e etiqueta respiratória; isolar-se imediatamente caso desenvolva sintomas e procurar assistência médica, de preferência por telefone, seguindo as recomendações das autoridades nacionais/locais.
Autoridades de saúde pública	<p>Durante um período de 14 dias após a última exposição a um caso de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fazer o seguimento ativo dos contactos (p. ex. telefonemas diários, e-mails, mensagens escritas). Os contactos devem ser encorajados a contactar proativamente e de imediato as autoridades de saúde pública se desenvolverem quaisquer sintomas compatíveis com a doença, para além do seguimento previsto; Testar os contactos que desenvolvam sintomas compatíveis com a COVID-19, se possível** <ul style="list-style-type: none"> se o teste for negativo, continuar as ações individuais durante um período de 14 dias após a última exposição; se o teste for positivo, notificar o caso e iniciar o rastreio de contactos. 	<p>Durante um período de 14 dias após a última exposição de baixo risco a um caso de COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentivar os contactos de baixo risco a contactar proativamente as autoridades de saúde pública, caso desenvolvam sintomas compatíveis; Se o contacto desenvolver sintomas compatíveis com a COVID-19, seguir as etapas indicadas para os contactos de alto risco. <p>Com base na avaliação do risco individual, as autoridades de saúde pública podem considerar impedir os contactos de baixo risco de trabalhar se essas pessoas trabalharem com populações vulneráveis (p. ex. pessoas que prestam cuidados a idosos).</p>

* Ver relatório técnico do ECDC «Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19)» [25].

** Ver o documento do ECDC «Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update» [26].

Considerações relativas a recursos

O rastreio de contactos pode exigir muitos recursos. Cada país terá de adaptar o seu nível de deteção de contactos à situação epidemiológica local e aos recursos disponíveis. Estes recursos podem ser reforçados mediante o recrutamento de pessoal não médico, incluindo voluntários, se forem assegurados níveis adequados de proteção de dados, formação e supervisão. Podem igualmente ser considerados outros recursos disponíveis, como a requisição de centros de atendimento telefónico criados para outros fins. As medidas que podem ajudar a economizar recursos incluem a substituição dos telefonemas diários aos contactos próximos pela automonitorização, ou a introdução de uma aplicação ou outra ferramenta online que ajude na monitorização [27,28]. Para permitir a expansão do rastreio de contactos, os contactos também podem ser contactados e

informados através de mensagens escritas em vez de chamadas telefónicas [28]. A OMS desenvolveu a ferramenta [Go.Data](#) que permite um rastreio mais eficiente e eficaz dos contactos. Esta ferramenta permite fazer o seguimento rápido dos contactos, visualizar as cadeias de transmissão e partilhar dados.

Se os recursos se tornarem demasiado limitados para testar os contactos sintomáticos, todos os contactos sintomáticos devem ser aconselhados a isolar-se e devem ser geridos como se fossem casos [26].

Usar os dados de rastreio de contactos para orientar a resposta

Os dados do rastreio de contactos devem ser recolhidos e analisados a nível local e/ou nacional, a fim de retirar conclusões e orientar a resposta. Exemplos incluem compreender melhor as taxas de transmissão e de ataque, identificar e documentar as situações em que ocorre a transmissão e compreender a eficácia de diferentes medidas de mitigação, como o distanciamento físico.

No anexo é apresentado um algoritmo para a gestão de contactos de casos prováveis ou confirmados de COVID-19.

Peritos do ECDC contribuintes (por ordem alfabética)

Cornelia Adlhoch, Andrew J Amato-Gauci, Agoritsa Baka, Orlando Cenciarelli, Bruno Ciancio, Stefania De Angelis, Tarik Derraw, Erika Duffell, Lina Nerlander, Pasi Penttinen, Daniel Palm, Diamantis Plachin, Emmanuel Robesouras, Ettore Severi, Gianfranco Spiteri, Bertrand re, Carl Suetens, Phillip Zucs.

Referências

1. Chinese Center for Disease Control and Prevention. Epidemic update and risk assessment of 2019 novel coronavirus. Beijing: CCDC; 2020. Available from: <http://www.chinacdc.cn/yvrdqz/202001/P020200128523354919292.pdf>.
2. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(5).
3. Du Z, Xu X, Wu Y, Wang L, Cowling BJ, Meyers LA. Serial interval of COVID-19 among publicly reported confirmed cases. *Emerging infectious diseases*. 2020;26(6).
4. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. *medRxiv*. 2020:2020.03.05.20031815.
5. Han Y, Yang H. The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective. *Journal of Medical Virology*.n/a(n/a).
6. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(12):1177-9.
7. Cereda D, Tirani M, Rovida F, Demicheli V, Ajelli M, Poletti P, et al. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy 2020. Available from: <https://arxiv.org/abs/2003.09320v1>.
8. World Health Organization (WHO). Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Geneva: WHO; 2020 [accessed 27 March 2020]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
9. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020.
10. Cheng VCC, Wong S-C, Chen JHK, Yip CCY, Chuang VWM, Tsang OTY, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020:1-24.
11. Santarpia JL, Rivera DN, Herrera V, Morwitzer MJ, Creager H, Santarpia GW, et al. Transmission potential of SARS-CoV-2 in viral shedding observed at the University of Nebraska Medical Center. *medRxiv*. 2020:2020.03.23.20039446.
12. World Health Organization (WHO). Report of the WHO–China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
13. Istituto superiore di sanità. Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia: Aggiornamento 22 marzo 2020. Rome: Istituto superiore di sanità; 2020. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_22marzo%20ITA.pdf.
14. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf.
15. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling 2019-nCoV outbreaks by isolation of cases and contacts. *medRxiv*. 2020.
16. Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM. The efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *medRxiv*. 2020.
17. Peak CM, Kahn R, Grad YH, Childs LM, Li R, Lipsitch M, et al. Modeling the comparative impact of individual quarantine vs. active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19. *medRxiv*. 2020.
18. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. 2020 2020/02/15;395(10223):507-13.
19. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1 286 of their close contacts. *medRxiv*. 2020.

20. Choe YJ. Coronavirus disease-19: Summary of 2 370 contact investigations of the first 30 cases in the Republic of Korea. medRxiv. 2020.
21. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities in the EU/EEA [internet]. Stockholm: ECDC; 2020 [accessed 11 March 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/resource-estimation-contact-tracing-quarantine-and-monitoring-activities-covid-19>.
22. World Health Organization (WHO). Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts [internet]. Geneva: WHO; 2020 [accessed 4 February 2020]. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft (RAGIDA) – Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/infectious-diseases-transmitted-on-aircrafts-ragida-risk-assessment-guidelines.pdf>.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCoV in healthcare settings 2020 [accessed 20 February 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-care-patients-2019-ncov-healthcare-settings>.
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19) [accessed 31 March 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-control-household-management-covid-19>.
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 - first update) [accessed 8 April 2020]. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>.
27. TheJournal.ie. 80 defence forces cadets are being trained in Covid-19 contact tracing [internet]. Dublin: TheJournal.ie; 13 March 2020 [accessed 23 March 2020]. Available from: <https://www.thejournal.ie/defence-forces-cadets-trained-in-coronavirus-contact-tracing-5046020-Mar2020/>.
28. Personal communication, 23 March 2020: Greg Martin, specialist in public health medicine, Health Service Executive, Ireland.

Anexo

Algoritmo para a gestão de contactos de casos prováveis ou confirmados de COVID-19

