



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020

**ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES POR SARS-CoV-2
(COVID-19) DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE –
atualizada em 09/03/2022.**

(COMPLEMENTAR À NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020)

Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde
Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Publicada em 08/05/2020

Revisão 1: 05/08/2020

Revisão 2: 17/09/2020

Revisão 3: 23/07/2021

Revisão 4: 09/03/2022

Brasília, 09 de março de 2022

Diretor-Presidente

Antônio Barra Torres

Chefe de Gabinete

Karin Schuck Hemesath Mendes

Diretores

Alex Machado Campos

Antônio Barra Torres

Cristiane Rose Jourdan Gomes

Meiruze Sousa Freitas

Romison Rodrigues Mota

Adjuntos de Diretor

Fabiana Barini Rodrigues Alves

Jacqueline Condack Barcelos

Juvenal de Souza Brasil Neto

Luciana Cristina Averbeck Pelles

Maxiliano D'Avila Cândido de Souza

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES

Renata Faria Pereira Hurtado

Gerente de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES

Magda Machado de Miranda Costa

Elaboração:

Equipe Técnica GVIMS/GGTES

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos

André Anderson Carvalho

Andressa Honorato Miranda de Amorim

Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro

Daniela Pina Marques Tomazini

Heiko Thereza Santana

Humberto Luiz Couto Amaral de Moura

Lilian de Souza Barros

Luciana Silva da Cruz de Oliveira

Magda Machado de Miranda Costa

Mara Rúbia Santos Gonçalves

Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira

Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar (ABIH)

Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)

Revisor Anvisa

Andre Phillippe Bacelar Ferreira Gomes (GRECS/GGTES/Anvisa)

Revisores Externos

Coordenações Estaduais/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar (CECIH/CDCIH)

Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar (ABIH)

Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)

Dr. Marcelo Carneiro

Dra. Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal

Dra. Mirian de Freitas Dal Ben Corradi

Dra. Maria Esther Graf (Regional APARCIH)

Dra. Lucianna Auxi Teixeira Josino da Costa (Regional ACECIH)

Dra. Denise Brandão (especialista convidada)

Dra. Debora Otero Britto Passos Pinheiro

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Dr. Alberto Chebabo (Presidente)

Dr. Clóvis Arns da Cunha

Dra. Cláudia Maio Carrilho

Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros

Dr. Jaime Luis Lopes Rocha

Dr. Leonardo Weissmann

Dra. Lessandra Michelin

Dr. Luis Fernando Waib

Dra. Maura Salaroli de Oliveira

Dra. Priscila Rosalba Domingos de Oliveira

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica (SOBECC)

Dra. Giovana Abrahão de Araújo Moriya (Presidente)

Dra. Vanessa de Brito Poveda (Diretora da Comissão de Educação)

Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)

Dr. Rogean Rodrigues Nunes - Diretor Presidente

Dr. Luis Antonio dos Santos Diego - Dir. Defesa Profissional da SBA

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Dra. Suzana Margareth Ajeje Lobo (Presidente)

Dra. Mirella Cristine de Oliveira

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

Dr. Luciana Silva (Presidente)

Dr. Marco Aurélio P. Sáfadi

Dr. Renato Kfour

Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)

Dr. Luiz Carlos Von Bahten (Presidente Nacional)

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO)

Dr. Alexandre Ferreira Oliveira (Presidente)

Dr. Héber Salvador

Dr. Reitan Ribeiro

Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR)

Dr. Valdair Muglia (presidente)

Dra. Luciana Costa (diretora científica)

Dr. Alair Sarmet Santos

Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM)

Dr. Vilmar Marques (Presidente)

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Dr. Carlos André Uehera (Presidente)

Dr. Renato Gorga Bandeira de Mello (Diretor Científico)

Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)

Dr. Helio Pena (Presidente)

Dra. Maria Aparecida Braga

Instituto de Medicina Tropical IMT-USP

Dra. Sílvia Figueiredo Costa

Coordenação-geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT/SVS/MS)

Dr. Guillerme Chervenski Figueira

Dr. Rafael Junqueira Buralli

Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

Dra. Marcela Santos Corrêa da Costa

Dra. Jaqueline de Araujo Schwartz

Dra. Greice Madeleine Ikeda do Carmo

Comissão Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CNCIRAS/Anvisa)

Dra. Anaclara Ferreira Veiga Tipple

Dra. Adriana Cristina Oliveira Iquiapaza

Dr. Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Dra. Claudia Fernanda de Lacerda Vidal

Dra. Denise Brandão de Assis

Dra. Fabiana de Mattos Rodrigues

Dra. Fátima Maria Nery Fernandes

Dr. Luis Fernando Waib

Dra. Maria Clara Padoveze

Dra. Mirian Dal Ben Corradi

Dra. Rosana Maria Rangel dos Santos

Dra. Tatyana Costa Amorim Ramos

Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias

Dra. Zilah Cândida Pereira das Neves

Grupo Técnico de Neonatologia

Dra. Rosana Richtmann

Dra. Roseli Calil

Dra. Ana Paula Gomes Alcântara Villa Nova

Dr. Guilherme Augusto Armond

Dra. Irna Carla do Rosário Souza Carneiro

Dra. Rosana Maria Rangel dos Santos

Dra. Suzana Vieira da Cunha Ferraz

Dra. Raquel Bauer Cechinel

Dra. Camila de Almeida Silva

Dr. Jamil Pedro de Siqueira Caldas

Grupo Técnico de Pediatria

Dra. Bellisa Caldas Lopes

Dr. Bruno de Melo Tavares

Dra. Jaqueline Dario Capobiango

Dra. Fabiana Silva Vasques

Dra. Karina Peron

Dra. Mariana Volpe Arnoni

Dra. Raquel Bauer Cechinel

Dra. Rosana Maria Rangel dos Santos

Dra. Rubiane Gouveia de Souza e Silva

Dra. Suzana Ferraz

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta Nota Técnica é da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	9
II. NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2)	12
Como o SARS-CoV-2 é transmitido?	13
Tipos de Transmissão	13
1. Transmissão pré-sintomática	14
2. Transmissão sintomática	14
3. Transmissão assintomática	14
Período de incubação e características clínicas	15
III. ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DO SARS-CoV-2 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	18
1. Preparação para a crise: Plano de Contingência	18
2. Vigilância e monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de covid-19 dentro dos serviços de saúde	20
2.1 Vigilância de pacientes, visitantes e acompanhantes	23
2.2 Vigilância dos profissionais do serviço de saúde	26
2.3 Rastreamento de contatos dentro do serviço de saúde	32
3. Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas pelo SARS-CoV-2 (IRAS – covid-19) adquiridas durante a internação de pacientes nos serviços de saúde	41
4. Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e isolamento ..	49
4.1 Estratégia baseada em tempo e sintomas	49
4.2 Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e retirada de isolamento: RECÉM-NASCIDOS (0-28 DIAS DE NASCIMENTO)	54
IV. AÇÕES VOLTADAS PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE	60
Retorno às atividades laborais: pós covid-19	60
V. AÇÕES VOLTADAS À PREVENÇÃO DE IRAS E DISSEMINAÇÃO DA RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19	61
IV. CONTROLE DA EXPOSIÇÃO A FONTES DE INFECÇÃO	63
1. Minimização da chance de exposições	64
2. Implementação de controles de engenharia e medidas administrativas	68
VII. ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR O FORNECIMENTO E O USO DE EPI	74
1. Educação e monitoramento	74
2. Utilização racional de EPI	75
REFERÊNCIAS	87

As principais alterações nesta versão da Nota técnica 07/20 estão descritas abaixo:

ASSUNTO/TÓPICO	ALTERAÇÃO/ATUALIZAÇÃO
Em todo o texto	Atualizada a nomenclatura COVID-19 para covid-19. Atualizada a nomenclatura de distanciamento social para distanciamento físico
Introdução	Atualização de links e ajuste do termo “profissionais dos serviços de saúde”
Período de incubação e características clínicas.	Atualização do texto e inclusão de novas informações.
Como o SARS-CoV-2 é transmitido?	Atualização do texto e inclusão de novas informações.
Vigilância e monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 dentro dos serviços de saúde.	Atualização do texto e inclusão de novas informações.
Orientações sobre afastamento e retorno ao trabalho de profissionais que atuam no serviço de saúde	Inclusão desse tópico e realojamento das informações relacionadas a esse assunto. Referência ao Guia de VE da covid-19 do Ministério da Saúde em relação ao tempo de isolamento dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Inclusão do conceito de exposição de alto risco. Atualização sobre quarentena dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.
Vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde (iras) causadas pelo SARS-COV-2 (IRAS – covid-19) adquiridas durante a internação de pacientes nos serviços de saúde	Reforço sobre a necessidade de notificação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ao Ministério da Saúde, destacando que os casos de IRAS-covid-19 devem ser informado na ficha de notificação que se trata de um caso nosocomial
Utilização de testes diagnósticos para covid-19 em diferentes partes do texto	Referência ao Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 do Ministério da Saúde

O Quadro: Recomendações quanto aos testes para detecção de RNA ou proteínas virais.	O quadro Recomendações quanto aos testes para detecção de RNA ou proteínas virais estava listado anteriormente como 2, mas foi renumerado para quadro 1 e atualizado.
Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e isolamento)	Atualizado os conceitos de doença leve, moderada, grave e crítico, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 do Ministério da Saúde Excluída estratégia baseada em testes para redução do tempo de isolamento < 20 dias de pacientes imunodeprimidos adultos e pediátricos. Esclarecimento indicando que a melhora de sintomas mencionada no critério para retirada do isolamento é melhora de sintomas relacionados a covid-19 Inclusão de orientação sobre retirada de isolamento de paciente imunodeprimido ou grave após os 20 dias de isolamento, quando ainda apresentar febre e outros sinais e sintomas.
Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e retirada de isolamento: RECÉM-NASCIDOS	Atualização do texto e inclusão de novas informações, principalmente excluída orientação de realizar RT-PCR antes das 48 horas de vida. Orientação para contato próximo ocorrido em alojamento conjunto.
Quadro 4: Recomendação de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.	Atualização do texto e inclusão de novas informações, principalmente em relação ao uso de máscaras.

I. INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 é uma emergência de saúde pública global. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) já causou a infecção e o óbito de milhões de pessoas no mundo, desde o seu início em dezembro de 2019 (<https://covid19.who.int/>). No Brasil, o número de infecções e óbitos são alarmantes e já causaram muita tristeza e dor às famílias brasileiras (<https://covid.saude.gov.br/>).

O SARS-CoV-2 é um vírus identificado como a causa de um surto da doença covid-19, detectado pela primeira vez em Wuhan - China em dezembro de 2019. Desde o início dos casos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) esteve acompanhando a evolução da doença e em 11/03/2020, foi declarado o estado de pandemia de covid-19. Esse termo é usado para descrever uma situação infecciosa que ameaça muitas pessoas ao redor do mundo simultaneamente.

Em 20/03/2020, (Portaria GM/MS n.º 454/2020) o Brasil declarou o reconhecimento da transmissão comunitária do coronavírus em todo território nacional (<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>).

Na realização de suas atividades, os **profissionais que atuam nos serviços de saúde*** estão expostos a vários riscos, entre eles, o de serem infectados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), e do estresse associado à prestação de assistência direta aos pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19. Um estudo de corte transversal avaliou 16.630 profissionais de saúde quanto ao estado mental e qualidade do sono e demonstrou depressão em 14%-15%; ansiedade em 12%-24%, 30%-39% com distúrbio psicológico e 8%-60% com distúrbios do sono.

¹ * **Profissionais que atuam nos serviços de saúde**, para fins desse documento, compreende todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios e outros locais, compreende tanto os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas etc.), quanto os profissionais de apoio (recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza etc.) com potencial de exposição direta ou indireta a pacientes ou materiais infecciosos, incluindo substâncias corporais, suprimentos, dispositivos e equipamentos médicos, superfícies ambientais ou ar contaminados. **Incluindo os terceirizados.**

Em um estudo realizado na Espanha (Folgueira, 2020), do total de 6.800 funcionários de um hospital, 2.085 (30,6%) foram testados para covid-19 durante o mês de março de 2020, alguns deles de forma repetida (2.286 amostras no total). Dos testados, 791 (38%) dos colaboradores foram confirmados com a infecção, representando 11,6% de todos os funcionários da instituição. Apesar da alta probabilidade de transmissão para os profissionais de saúde a partir de pacientes, os casos não se limitavam a trabalhadores com atividades em áreas de alto risco de exposição, o que aponta para a importância também dos contatos na comunidade ou domiciliar (transmissão na comunidade) e entre funcionários (dentro das instituições) como fontes de contaminação para os profissionais do serviço de saúde.

Estudo de revisão aponta para a frequência variada da infecção por SARS-CoV-2, entre profissionais de saúde, com 6,4% na Holanda, 3,8% na China, 5,1% em Wuhan, representando incidência mais alta quando comparado com a população geral. Ainda, a proporção de casos graves que necessitam de cuidados críticos varia com valores entre 1,6%, 13% a 15,6%, e taxa de letalidade de 0,3%.

Felizmente, com o avanço da vacinação nesta população, observou-se uma diminuição no número de notificações dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19 em profissionais de saúde segundo dados registrados no SIVEP-gripe no decorrer do ano de 2021, publicados nos Boletins Epidemiológicos Especiais da Covid-19. (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19>). No entanto, ainda é necessário continuar avaliando o impacto da vacinação, a duração da proteção e o surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2. Bem como, **é indispensável que todas as pessoas, mesmo as que já foram vacinadas, continuem seguindo as medidas de prevenção de infecção para contribuir com o controle da disseminação do vírus pelo país.**

Informações sobre novas variantes do SARS-CoV-2 estão disponíveis no “Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019”, do Ministério da Saúde (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view> e demais informações sobre as análises epidemiológicas da covid-19 estão disponíveis nos Boletins Epidemiológicos Especiais

– Doença pelo Novo Coronavírus do Ministério da Saúde (disponíveis em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19>).

Diante disso, este documento tem por objetivo destacar ações importantes para a prevenção e o controle de surtos de covid-19 dentro dos serviços de saúde, ressaltando as medidas específicas necessárias para proteger a segurança e a saúde dos pacientes, dos visitantes/acompanhantes e dos profissionais do serviço de saúde.

Para a estruturação deste documento foram elencadas as principais situações de risco e possíveis causas relacionadas à transmissão dentro dos serviços de saúde, bem como, as recomendações que podem ser adotadas para prevenção, controle e mitigação dos casos de infecção, além de alguns critérios epidemiológicos que possibilitem a vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 dentro desses serviços.

A Anvisa, em colaboração com o Ministério da Saúde e com profissionais de diversas sociedades e associações profissionais do Brasil, continuará atualizando essas orientações à medida que mais informações estiverem disponíveis, bem como de acordo com a situação epidemiológica do país.

Além disso, é importante destacar que essas são orientações mínimas que devem ser seguidas por todos os serviços de saúde, no entanto, os profissionais e os serviços de saúde brasileiros podem determinar ações de prevenção e controle mais rigorosas que as definidas por este documento, baseando-se em uma avaliação caso a caso e de acordo com os recursos disponíveis.

Lembrando que além das recomendações deste documento, também devem ser seguidas as recomendações gerais de medidas de prevenção e controle dispostas na Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA e as orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em procedimentos cirúrgicos da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020, disponíveis no endereço eletrônico <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/category/covid-19>

Destaca-se também a necessidade de observar as orientações constantes no “Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019”, do Ministério da Saúde, que são direcionadas a toda a população e está disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>.

Ademais, é importante que os gestores e os trabalhadores dos serviços de saúde se atentem para as recomendações de proteção laboral publicadas pela Coordenação - Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde e Secretaria do Trabalho do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

II. NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2)

À medida que a pandemia da Covid-19 avança, o conhecimento acerca do vírus também evolui com a disponibilização de novas publicações científicas. Este documento resume o que foi relatado sobre a transmissão do SARS-CoV-2 até o momento e fornece uma visão geral sobre a transmissão de pessoas pré-sintomáticas, sintomáticas e assintomáticas infectadas com esse vírus.

A Covid-19 é a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com Covid-19 desenvolve apenas doença leve (40%) ou moderada (40%) aproximadamente 15% desenvolve doença grave que requer suporte de oxigênio, e 5% têm doença crítica com complicações como insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, sepse e choque séptico, tromboembolismo, e / ou falência de múltiplos órgãos, incluindo lesão renal aguda e lesão cardíaca. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>. Ainda, para indivíduos com comorbidades (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, etc.), imunossuprimidos ou vulneráveis há risco maior de necessitar de internação e suporte ventilatório em ambiente de UTI.

Como o SARS-CoV-2 é transmitido?

As evidências atuais sugerem que o SARS-CoV-2 se espalha principalmente entre pessoas que estão em contato próximo umas com as outras, normalmente dentro de 1 metro (curto alcance), por meio de pequenas partículas líquidas, expelidas durante a fala, tosse ou espirro. Essas partículas líquidas são de tamanhos diferentes, variando de "gotículas respiratórias" maiores a "aerossóis" menores. Sendo que a transmissão por aerossóis já era reconhecida como de alto risco em situações que comumente podem gerar essas partículas em ambientes hospitalares, como, por exemplo, durante a manipulação direta da via aérea, intubação e extubação de pacientes, em procedimentos de aspiração. Além disso, em ambientes fechados com ventilação ou tratamento de ar inadequado, quando a pessoa infectada permanece por mais de 15 minutos nesse ambiente, sem máscara, pode ocorrer o acúmulo de pequenas gotículas e partículas respiratórias em suspensão com quantidade suficiente de vírus para causar infecção em pessoas que adentrarem nesse ambiente, mesmo estando a pessoa infectada a mais de 1 metro de distância.

Dados de estudos clínicos que coletaram repetidas amostras biológicas de pacientes confirmados fornecem evidências de que o SARS-CoV-2 se concentra mais no trato respiratório superior (nariz e garganta) durante o início da doença, ou seja, nos primeiros três dias a partir do início dos sintomas. Dados preliminares sugerem que as pessoas podem ser mais contagiosas durante o início dos sintomas comparadas à fase tardia da doença.

Evidências recentes demonstram que a transmissão por contato em superfícies contaminadas (conhecidas como fômites) é improvável de ocorrer quando os procedimentos de limpeza e precauções padrão são aplicados, reforçando a importância destas práticas em serviços de saúde.

Quanto a transmissão vertical do SARS-CoV-2, as evidências apontam que é um evento raro, apesar de possível.

Tipos de Transmissão

1. Transmissão pré-sintomática

Durante o período "pré-sintomático", algumas pessoas infectadas podem transmitir o vírus, o que ocorre, em geral, a partir de 48 horas antes do início dos sintomas.

Existem evidências de que SARS-CoV-2 pode ser detectado de 1 a 4 dias antes do início dos sintomas da Covid-19 e que, portanto, pode ser transmitido no período pré-sintomático. Assim, é possível que pessoas infectadas com o SARS-CoV-2 transmitam o vírus antes que sintomas significativos se desenvolvam.

É importante reconhecer que a transmissão pré-sintomática também exige que o vírus se espalhe por meio de gotículas infecciosas, aerossóis ou pelo contato com superfícies contaminadas por essas gotículas.

2. Transmissão sintomática

Por definição, um caso sintomático de covid-19 é aquele que desenvolveu sinais e sintomas compatíveis com a infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Dessa forma, a transmissão sintomática refere-se à transmissão de uma pessoa enquanto ela está apresentando sintomas.

O SARS-CoV-2 é transmitido principalmente por pessoas sintomáticas e sua presença é mais alta no trato respiratório superior (nariz e garganta) principalmente nos primeiros dias da doença.

3. Transmissão assintomática

O SARS-CoV-2 também pode ser transmitido por pessoas assintomáticas. Um caso assintomático caracteriza-se pela confirmação laboratorial do SARS-CoV-2 em um indivíduo que não desenvolve sintomas.

Da mesma forma, as crianças infectadas pelo SARS-CoV-2, mesmo que assintomáticas, são capazes de transmitir o vírus; portanto, os cuidados para a prevenção da transmissão da covid-19 em unidades pediátricas dentro dos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante.

Período de incubação e características clínicas

O período de incubação da covid-19, tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é, em média, de 5 a 6 dias, no entanto, as manifestações clínicas podem surgir entre o primeiro e o décimo quarto dia após a exposição. Estudos recentes sugerem ainda que o período de incubação da variante de preocupação Omicron pode ser mais curto, em média de 3 dias (Jansen et al, 2021).

O reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido de infectados e contatantes são essenciais para impedir a transmissão e fornecer cuidados de suporte em tempo hábil. Apesar da covid-19 se manifestar como uma síndrome gripal, com sintomas comuns de febre ou sintomas respiratórios, outras manifestações podem ocorrer, principalmente relacionadas à sintomas gastrointestinais e à perda do paladar e do olfato. Esses últimos sintomas, inclusive, são usados para o diagnóstico diferencial da covid-19 com outras síndromes gripais.

O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. A avaliação deve ser realizada de acordo com o grau de comprometimento respiratório e sistêmico para então classificar e definir a conduta terapêutica. Essa avaliação deve ser constantemente revisitada e reclassificada conforme as alterações necessárias, acompanhando-se as novas descobertas.

Até o momento, os sinais e sintomas mais comuns da covid-19 incluem: febre, tosse e falta de ar. No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos podem incluir:

- Dor de cabeça (cefaleia);
- Calafrios;
- Dor de garganta;
- Coriza
- Diarreia e outros sintomas gastrointestinais;
- Perda parcial ou total do olfato (hiposmia/anosmia)

- Diminuição ou perda total do paladar (hipogeusia/ageusia);
- Mialgia (dores musculares, dores no corpo) e
- Cansaço ou fadiga.

Além disso, os idosos com covid-19 podem apresentar um quadro diferente de sinais e sintomas do apresentado pelas populações mais jovens, como por exemplo, não apresentar febre, evoluir com hipotermia, apresentar quedas da própria altura, **confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.**

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

Outras **manifestações clínicas extrapulmonares** podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2. Estas manifestações podem incluir:

- tromboembolismo;
- alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica);
- alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal);
- alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia);
- alterações neurológicas (cefaleia, tontura, encefalopatia, ageusia, anosmia, acidente vascular encefálico);
- alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas);
- alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética) ou
- alterações dermatológicas (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular).

Essas informações são importantes para alertar para o reconhecimento de casos de infecção pelo SARS-CoV-2, a partir de sintomas atípicos ou pouco frequentes.

Apesar da maioria das crianças com covid-19 apresentar-se assintomática ou oligossintomática, algumas podem apresentar formas graves da doença, **como a**

síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), com necessidade de hospitalização e cuidados intensivos. Crianças que apresentam alguma comorbidade, como doença pulmonar crônica, diabetes, doença genética, doenças neurológicas, doença metabólica, anemia falciforme, cardiopatia congênita, imunossupressão e obesidade, têm apresentado maior morbimortalidade pela covid-19.

A associação de febre, tosse e dor de garganta é menos frequente entre as crianças do que nos adultos, portanto, a suspeição do diagnóstico deve também levar em consideração outros sintomas como espirros, coriza, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, lesões orais e lesões exantemáticas. Outras manifestações comuns incluem cefaléia, mialgia (com miosite) e inapetência. Hepatite com aumento de transaminases, mais relacionada a quadro gastrointestinal, também ocorre e pode ser um indício de má evolução.

Em crianças, quadro gastrointestinal (odinofagia, diarreia, vômitos e dor abdominal) pode ser a única manifestação em até 15-25% das apresentações e pode simular abdome agudo.

A apresentação clínica da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pelo SARS-CoV-2 não se diferencia daquela causada pelos demais vírus respiratórios, porém em crianças abaixo de 1 ano de idade e acima dos 9 anos tem sido necessário ventilação invasiva e administração de droga vasoativa.

Evolução grave ou crítica também pode ocorrer em pacientes pediátricos. Foram registrados em vários países, inclusive no Brasil, casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), que é uma forma grave da Covid-19 em crianças, caracterizada pela presença de febre há mais de 3 dias, além de acometimento de dois ou mais sistemas, incluindo evidência de coagulopatia, alterações cutâneas mucosas, manifestações hematológicas, cardiovasculares, gastrointestinais, além de provas inflamatórias elevadas. Entre 80 a 90% do diagnóstico de covid-19 na SIM-P é confirmado por sorologia, visto ser um quadro imunológico, que ocorre em média um mês após a infecção pelo SARS-CoV2.

Orientações detalhadas sobre a definição de caso, características da doença, bem sobre o manejo clínico e tratamento de pacientes com covid-19, estão disponíveis no

“Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019” e documentos técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, disponíveis nos links: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes>.

III. ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Preparação para a crise: Plano de Contingência

É recomendável que o serviço de saúde elabore e implemente um Plano de Contingência com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento da pandemia da covid-19, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais.

Sugere-se que estruturas do serviço de saúde como, por exemplo, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Epidemiologia Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), atuem conjuntamente com representantes das equipes multiprofissionais dos setores/unidades, do Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMT), da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), de representantes dos trabalhadores e da direção do serviço, de forma que configurem um Comitê Estratégico de Crise, responsável por elaborar, implementar e monitorar o Plano de Contingência.

Esse Plano deve definir as ações práticas necessárias para o enfrentamento dessa situação de crise dentro do serviço, entre as quais: vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais infectados; elaboração e implantação de protocolos clínicos e fluxos de trabalho (triagem de pacientes e profissionais suspeitos e infectados, afastamento e retorno laboral de profissionais Covid-19 positivos, entre outros); comunicação interna para todos os profissionais da instituição; capacitação e divulgação de protocolos, fluxos e uso adequados de EPIs; monitoramento dos profissionais quanto à adesão às ações implementadas; monitoramento diário de

suprimentos relacionados à pandemia; além de mecanismos que promovam a sensibilização de toda equipe do serviço de saúde sobre ações que devem ser tomadas para o enfrentamento dessa pandemia.

É importante que o serviço monitore, periodicamente, a implementação e a adesão às ações do Plano de Contingência, a fim de realizar os ajustes e melhorias necessárias. O monitoramento do Plano também favorece a detecção de pontos de melhoria, como, por exemplo, reforçar orientações para um determinado grupo de profissionais do hospital, readequação de fluxos, ações emergenciais em casos de escassez de recursos materiais e humanos, etc. Esse monitoramento e os ajustes no plano de contingência também devem levar em conta a situação epidemiológica atual, bem como todo o aprendizado e experiências adquiridos ao longo da pandemia.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

2. Vigilância e monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de covid-19 dentro dos serviços de saúde

Durante a resposta a esta emergência de saúde pública, o serviço de saúde deve realizar o monitoramento epidemiológico dos casos de covid-19 dentro da sua instituição. Para isso, deve realizar a detecção de casos suspeitos e confirmados (vigilância) entre pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais **que atuam no serviço de saúde**. Essa vigilância deve incluir minimamente:

- Pacientes que chegaram ao serviço com suspeita ou confirmação de covid-19;
- Acompanhantes e visitantes de pacientes nos serviços de saúde;
- Pacientes internados que passaram a ser considerados como suspeitos ou confirmados durante a internação (por mudança de diagnóstico ou por ter adquirido o vírus dentro do serviço);
- Pacientes que entraram em contato com outros pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 (dentro ou fora do serviço de saúde);
- **Profissionais que atuam no serviço de saúde** suspeitos ou infectados pelo SARS-CoV-2.

Profissionais do serviço de saúde, pacientes, acompanhantes e visitantes infectados com SARS-CoV-2 quando não são prontamente identificados e isolados, podem transmitir o vírus a outras pessoas, podendo ocasionar surtos relacionados a assistência a saúde, que podem se propagar para a comunidade.

O serviço de saúde também deve elaborar relatórios epidemiológicos sobre a ocorrência de pacientes e profissionais suspeitos ou confirmados de covid-19 e mantê-los disponíveis para consulta pelos profissionais das unidades/setores do serviço e para as autoridades de saúde pública local e nacional, considerando as recomendações do Ministério da Saúde e os fluxos já pactuados.

Dadas as variações de sinais e sintomas, os serviços de saúde devem padronizar um conjunto de estratégias para melhor definir possíveis casos suspeitos, de acordo com as características dos seus atendimentos, para rastrear pacientes e profissionais do serviço de saúde em busca de suspeita de covid-19, isolá-los imediatamente e testá-

los.

Importante destacar que a definição de caso estão detalhadamente descritas no estão disponíveis respectivamente no “Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde.

Embora a triagem de sintomáticos no serviço de saúde não identifique indivíduos assintomáticos ou pré-sintomáticos com infecção por SARS-CoV-2, ela continua sendo uma estratégia importante para identificar aqueles que possam ter covid-19 e para que as precauções adequadas possam ser implementadas.

Para a população pediátrica, sempre que possível, na disponibilidade de recursos, investigar outros vírus respiratórios, principalmente influenza e vírus sincicial respiratório, para todos os pacientes com suspeita de covid-19, considerando a elevada frequência de doenças virais nessa população, especialmente os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Um monitoramento bem realizado, com utilização de questionário sobre sinais e sintomas, além de perguntas sobre contato com casos suspeitos ou confirmados de covid-19, é essencial na identificação de possíveis casos. Sendo que, de forma complementar a esse monitoramento e dependendo da disponibilidade de testes e da rapidez com que os resultados são disponibilizados, os serviços de saúde podem considerar a utilização de testes para detecção de RNA viral ou TR-Ag também em pessoas sem sintomas de covid-19, para ajudar na identificação de casos assintomáticos ou pré-sintomáticos. No entanto, é importante destacar que essa estratégia tem limitações, que incluem resultados falso-negativos em pacientes durante o período de incubação, dependendo do método de teste utilizado. Informações adicionais podem ser encontradas no Quadro 1.

Quanto à triagem pré-operatória de pacientes, seguir as recomendações que constam na Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa 06/2020.

Quadro 1: Recomendações quanto aos testes para detecção de RNA ou proteínas virais:

Situação do paciente internado	Testes que podem ser realizados	Quando realizar	Resultado e Conduta recomendada
Paciente sintomático	RT-PCR ou TR-Ag	Pode ser realizado a partir do primeiro dia de sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo: Confirma o diagnóstico • Negativo: Na presença de sintomas sugestivos de covid-19, é recomendado repetir a análise em 48 horas, preferencialmente por RT-PCR.
Paciente assintomático após contato de risco	RT-PCR ou TR-Ag	A partir do quinto dia após contato de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo: Confirma o diagnóstico • Negativo: Provavelmente descarta o diagnóstico, no entanto existe a possibilidade de falso-negativo neste período de incubação. Dessa forma, é recomendável que esse paciente não compartilhe o ambiente com paciente imunossuprimido até o 10º dia após o contato de risco. Se antes do 10º dia vier a desenvolver sintomas, realizar novo exame para diagnóstico. A quarentena do paciente não impede sua alta.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

Observação: Outras informações consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde.

2.1 Vigilância de pacientes, visitantes e acompanhantes

Um dos objetivos da identificação de casos suspeitos de covid-19 é orientar estratégias de prevenção e controle de infecção para impedir ou limitar a transmissão do vírus, principalmente dentro dos serviços de saúde. Como os serviços de saúde geralmente representam uma reunião de indivíduos com maior risco de infecção, é necessário um esforço especial para garantir que quaisquer casos de covid-19 sejam identificados e isolados o mais rápido possível para evitar danos aos pacientes/profissionais e surtos na instituição.

É recomendável realizar triagem de todas as pessoas para covid-19 no primeiro ponto de contato com o serviço de saúde para permitir o reconhecimento precoce, seguido pelo isolamento imediato dos casos suspeitos e confirmados.

Deve-se estabelecer uma estratégia específica para a identificação de casos suspeitos de covid-19 e considerar incluir como suspeitos as apresentações atípicas, acompanhando a evolução das publicações científicas. Além disso, devem ser observado, no que se refere a definição de casos, o Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde. O desenvolvimento de infecção respiratória aguda e pneumonia associada à assistência à saúde são complicações relativamente comuns da hospitalização. No entanto, é importante que as equipes de saúde mantenham um alto nível de suspeita de covid-19 para que seja possível a identificação rápida de pacientes que possam apresentar um quadro de infecção respiratória compatível com covid-19. É essencial ainda, capacitar continuamente e incentivar os profissionais de saúde para que tenham um alto índice de alerta para identificar casos suspeitos de covid-19 entre os pacientes, acompanhantes/visitantes e até entre os próprios profissionais que atuam no serviço de saúde, **incluindo terceirizados**. Além disso, estes devem ser orientados quanto à conduta a tomar ao suspeitarem de covid-19 em um paciente hospitalizado.

Por isso, o serviço de saúde deve disponibilizar protocolos, fluxos e instruções de trabalho ou Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) para identificação, medidas

de prevenção e controle de infecção, entre outras atividades, incluindo precauções e isolamentos necessários, uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI), relatórios/informações para a CCIH e para as autoridades de saúde pública locais e, ainda, informações sobre como obter testes diagnósticos, se disponíveis.

Na pediatria, muitas crianças são internadas por outras patologias e durante a internação manifestam algum sinal ou sintoma da covid-19. Considerando o período de incubação da doença e a menor especificidade dos sintomas nessa população, deve-se realizar o teste de PCR para covid-19 ou TR-Ag em crianças com suspeita diagnóstica e/ou epidemiológica e isolar o paciente até a confirmação ou descarte do caso. Como a criança tem sempre um acompanhante, recomenda-se que se considere também o acompanhante como suspeito e o mesmo seja mantido isolado no quarto junto com a criança e, se possível, fazer investigação laboratorial. Não é infrequente que o acompanhante seja o primeiro a apresentar os sintomas durante a internação e a suspeita diagnóstica comece pelo mesmo.

Sugere-se definir uma rotina na pediatria de forma a evitar a frequente troca de acompanhantes e visitação.

A equipe deve ter boa comunicação com os familiares, a fim de detectar precocemente qualquer possibilidade de infecção na criança, acompanhante ou visitante. O questionamento sobre possíveis sinais e sintomas e contato prévio com caso suspeito ou confirmado é mandatório para os novos acompanhantes e visitantes.

A seguir, exemplificamos algumas estratégias de triagem e de vigilância que podem ser adotadas dentro dos serviços de saúde:

- Manter profissionais de saúde treinados e alertas para:
 - a) Definições de casos de covid-19, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde
 - b) Sinais e sintomas clínicos da covid-19;

c) Situação epidemiológica local relevante, incluindo grupos de risco.

d) Ocorrência de transmissão de covid-19 dentro do serviço de saúde (sendo caracterizado nessa situação como uma IRAS)

- Estabelecer sistemas que solicitem ou exijam que os profissionais de saúde avaliem regularmente todos os pacientes quanto à probabilidade de ter covid-19;
- Estabelecer fluxo e estratégias que permitam que os serviços de saúde avaliem regularmente todos os colaboradores da instituição, incluindo os efetivos, temporários, terceirizados e prestadores de serviços, quanto à probabilidade de ter covid-19;
- Solicitar que as unidades forneçam um boletim diário dos casos suspeitos, incluindo se houver zero casos;
- Organizar rodízios de funcionários responsáveis por identificar situações potencialmente perigosas, como falhas nos procedimentos de biossegurança, uso ou descarte de EPI, e agir rapidamente para mitigar seus riscos;
- Solicitar diariamente que as equipes de saúde relatem e discutam sobre pacientes identificados com sintomas / histórico compatíveis com covid-19;
- Solicitar diariamente que as equipes de saúde relatem e discutam sobre acompanhante identificado com sintomas / histórico compatíveis com covid-19;
- Realizar a vigilância ativa para identificação de casos por meio da coleta de dados prospectiva, nas unidades de internação, e retrospectiva, pela revisão de prontuários e outros documentos. Essas ações podem ser realizadas, por exemplo, de forma conjunta pelo SCIH/CCIH, Serviço de saúde ocupacional e Serviço de Epidemiologia Hospitalar (sendo necessário, em alguns serviços de saúde, o aumento do número de profissionais para apoiar essas ações, pelo menos enquanto durar a pandemia da covid-19), porém, considerando a especificidade dessas ações e a possibilidade de grande demanda, é fundamental o envolvimento e participação das equipes multiprofissionais.
- Coleta de dados por meio de busca ativa de pessoas com sinais e sintomas conforme a definição de caso clínico institucional que pode ser feito pela equipe do SCIH/CCIH e multiprofissional, a depender do tamanho da demanda, dentro de cada serviço de saúde.
- Organizar uma rotina de investigação de indivíduos sintomáticos sugestivos de Covid-19 e contactantes de sintomáticos a fim de identificar e isolar precocemente

aqueles que podem ser fontes de disseminação do vírus no serviço de saúde e na comunidade. Sugere-se a utilização de um checklist diário para conferência do surgimento de possíveis sinais e sintomas de covid-19 no paciente e no seu acompanhante durante toda a internação.

- Quando houver indicação clínico-epidemiológica e disponibilidade de testes, o serviço pode considerar a possibilidade de testar os acompanhantes de caso confirmado, pelo mesmo motivo exposto acima.

2.2 Vigilância dos profissionais do serviço de saúde

Como mencionado anteriormente, profissionais que atuam nos serviços de saúde foram incluídos entre os primeiros grupos prioritários para serem vacinados contra a Covid-19 no país.

A vacinação protege o indivíduo da ocorrência de infecção ou da ocorrência da forma grave da infecção. No entanto, esta proteção não é absoluta e estudos mais recentes relatam eficácia reduzida de vacinas Covid-19 na proteção contra a infecção por variantes de preocupação do SARS-CoV-2 (ECDC, 09/02/21).

Sendo assim, enquanto houver transmissão comunitária de covid-19, mesmo aqueles profissionais do serviço de saúde que já foram vacinados, precisam seguir as orientações atuais sobre isolamento em caso de covid-19 suspeita ou confirmada, conforme descrito no Guia de Vigilância Epidemiológica: covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde.

O profissional que atua no serviço de saúde, mesmo após estar com o esquema vacinal recomendado pelo PNI (ter recebido as duas doses de uma vacina de dose dupla + dose de reforço a ≥ 2 semanas, ou ter recebido uma dose de uma vacina de dose única + dose de reforço a ≥ 2 semanas), deve continuar a usar os EPIs recomendados no Quadro 4 deste documento, incluindo máscara para proteção e/ou controle da fonte, seguir as recomendações para higiene das mãos, além de continuar mantendo o distanciamento físico (principalmente quando estiverem em locais de

acesso somente a profissionais, como postos de enfermagem/preparo de medicamentos, salas de descanso ou refeições e vestiários ou banheiros).

Lembramos que a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparações alcoólicas, de acordo com os 5 momentos para a higiene das mãos em serviços de saúde, deve ser uma prática já consolidada na realidade de todos os profissionais de saúde e precisa ser reforçada como uma medida essencial para a prevenção e controle de infecções hoje e sempre.

Considerando que, apesar do esquema vacinal completo, não é possível afirmar que os profissionais que atuam nos serviços de saúde estão isentos de serem contaminados e também de transmitirem o SARS-CoV-2, as ações de vigilância da covid-19 nesses profissionais continuam sendo recomendadas, com objetivo de identificar profissionais sintomáticos ou covid-19 positivos para adoção das medidas de prevenção adequadas e necessárias, evitando assim a transmissão do vírus para pacientes/acompanhantes/visitantes e outros profissionais da instituição.

O serviço de saúde deve definir as estratégias para monitoramento, afastamento e retorno ao trabalho de profissionais com suspeita ou confirmação de covid-19, de acordo com as orientações do “Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 do Ministério da Saúde”.

Várias estratégias podem ser aplicadas de forma individual ou conjunta para a identificação precoce dos profissionais do serviço de saúde sintomáticos ou covid-19 positivos.

a. Estratégia de vigilância passiva

Nesta estratégia, todos os profissionais do serviço de saúde são orientados a se autoavaliarem quanto à presença de febre, tosse, falta de ar ou outros sintomas não específicos indicativos de covid-19. Na presença de algum desses sinais ou sintomas,

eles devem:

- Relatar essas informações à sua chefia no serviço de saúde;
- Receber avaliação médica imediata e ações de acompanhamento;
- Ser afastados de suas atividades laborais, conforme orientações publicadas pelo Ministério da Saúde.

Evidências sugerem que lembretes automáticos simples para os profissionais autoavaliarem sintomas consistentes com a covid-19 podem aumentar a aderência a essa estratégia. Lembretes comuns incluem mensagens de texto, mensagem em aplicativos de mensagem ou chamadas telefônicas automatizadas.

Recomenda-se priorizar o envio dos lembretes para os profissionais de saúde e demais profissionais (higiene e limpeza, nutrição, manutenção, etc.) que atuam nas áreas de atendimento com maior exposição a pacientes com covid-19 ou que atendam uma população de alto risco de infecção pelo SARS-CoV-2, de modo a concentrar esforços e reduzir gastos.

b. Estratégia ativa presencial

Nesta estratégia, todos os profissionais do serviço de saúde devem se apresentar para avaliação pessoal dos sintomas de covid-19 antes de cada turno de trabalho.

Para que esta estratégia seja executada é fundamental que o serviço de saúde disponibilize uma equipe profissional para realizar a verificação de sinais e sintomas da doença em todos os profissionais do serviço, 24 horas por dia.

c. Estratégia ativa remota

Todos os profissionais relatam remotamente (por exemplo, ligação ou mensagem de texto, plataforma de preenchimento virtual, sítios web, etc.) a ausência ou presença de sintomas consistentes com a covid-19 a cada dia, antes do início da jornada de trabalho.

Os profissionais que não enviaram o relato diário ou que relatam sintomas devem ser acompanhados pela equipe designada por esse monitoramento dentro do serviço de saúde.

d. Orientações sobre afastamento e retorno ao trabalho de profissionais que atuam no serviço de saúde

Considerando o contexto de vacinação de profissionais, a possibilidade de reinfecção e a disseminação de variantes de preocupação, resumimos a orientação em relação ao afastamento de profissionais. Estas orientações foram discutidas e alinhadas com o Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 publicado pelo Ministério da Saúde.

1. Quem deverá ser afastado do trabalho nos serviços de saúde:

- Profissionais positivos para SARS-CoV-2 (com ou sem sintomas de covid-19), independentemente de estarem com o esquema vacinal completo*¹.
- Profissionais sintomáticos, independentemente de estarem com esquema vacinal completo*¹ e mesmo já tendo tido covid-19, até que o diagnóstico seja esclarecido.

Observação: O tempo de isolamento dos profissionais positivos para SARS-CoV-2 (sintomáticos ou assintomáticos) deve seguir as recomendações do “Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19.

Entre medidas adicionais para profissionais, que atuam nos serviços de saúde, que precisarem retornar ao trabalho antes do décimo dia de isolamento, conforme definição do guia supracitado, incluem: utilizar máscara cirúrgica para controle de fonte e não trabalhar na assistência a imunossuprimidos antes do décimo dia de isolamento.

2. Quem não precisa ser afastado do trabalho:

- Profissionais que tiveram covid nos últimos 90 dias, após ter cumprido o período de isolamento. Esses profissionais, independente do seu status vacinal, não precisam realizar quarentena, mesmo se tiveram exposição de alto risco*² ou contato próximo*³ com pessoas com covid-19, e nem fazer testagem, durante esse período.
- Profissionais sem sintomas sugestivos de covid-19, mesmo aqueles que tiveram exposição de alto risco ou contato próximo com pessoas com covid-19, desde que estejam com esquema vacinal completo), conforme detalhamento abaixo:

Considerando que nos ambientes de assistência à saúde, existem procedimentos, normas e rotinas de prevenção e controle da transmissão do SARS-CoV-2 incluindo o uso adequado de EPIs, além da indicação de vigilância e do monitoramento contínuo dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, a quarentena para esses profissionais pode ser dispensada, desde que estejam com esquema vacinal completo*. Além disso, para essa situação, também devem ser observadas as seguintes recomendações:

- Os profissionais com dispensa de quarentena devem ser testados imediatamente e entre o 5^o e 7^o dias após a exposição.

- Para a dispensa da quarentena é necessário que o serviço de saúde tenha estabelecido estratégias de vigilância e monitoramento clínico e do uso adequado de EPIs dos profissionais que atuam nas suas dependências, conforme definido no Guia de Vigilância Epidemiológica da covid-19 do Ministério da Saúde e na nesta nota técnica

- Caso o profissional do serviço de saúde, durante os 10 dias após a exposição de alto risco ou contato próximo, apresente qualquer sintoma sugestivo de covid-19 ou o seu teste (RT-PCR ou TR-Ag) apresente resultado positivo, deve ser afastado imediatamente e seguir as orientações referentes ao isolamento de profissionais que atuam nos serviços de saúde, definidas no Guia de Vigilância Epidemiológica da covid-19 e nesta nota técnica.

- Serviços de saúde que não tenham condições de realizar a vigilância e o monitoramento clínico e do uso adequado de EPIs dos profissionais que atuam nas suas dependências, conforme definido no Guia de Vigilância Epidemiológica da covid-19 e nesta nota técnica, NÃO podem dispensar esses profissionais de realizar a quarentena. Nesse caso, a quarentena desses profissionais deve ser mantida conforme orientação contida no Guia supracitado.

Observações:

*1 Esquema vacinal completo significa ter recebido as duas doses de uma vacina de dose dupla + dose de reforço a ≥ 2 semanas, ou ter recebido uma dose de uma vacina de dose única + dose de reforço a ≥ 2 semanas

*2 Exposição de alto risco envolve a exposição dos olhos, nariz ou boca dos profissionais que atuam nos serviços de saúde ao SARS-CoV-2 sem uso de EPI, conforme indicado, ou com EPI danificado. Também envolve situações em que o profissional teve contato sem máscara em uma distância menor que 1 metro por um período maior que 15 minutos com uma pessoa com Covid-19.

*3 A definição de contato próximo consta no “Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019” publicado pelo Ministério da Saúde.

Outras Informações

Para pessoas previamente diagnosticadas com Covid-19 sintomático **que permanecem assintomáticos** após a recuperação:

- Um novo teste não é recomendado até 3 meses (90 dias) a partir da data de início dos sintomas.
- Se essa pessoa permanecer assintomática durante esse período de 3 meses (90 dias), é improvável que um novo teste forneça informações úteis, mesmo que a pessoa tenha tido contato próximo com uma pessoa infectada.

Para pessoas previamente diagnosticadas com Covid-19 sintomático **que desenvolvem novos sintomas consistentes com Covid-19** durante os 3 meses (90 dias) após a data do início dos sintomas:

- a) Se uma etiologia alternativa não puder ser identificada (como Influenza, por exemplo), a pessoa poderá realizar um novo teste, desde que seja realizado em conjunto com a avaliação de um especialista em doenças infecciosas e
- b) O isolamento pode ser considerado, especialmente se os sintomas se desenvolverem dentro de 14 dias após contato próximo com uma pessoa infectada.

2.3 Rastreamento de contatos dentro do serviço de saúde

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde, pacientes, acompanhantes e visitantes, podem ser contatos próximo de um caso suspeito ou confirmado de covid-19. Além disso, os profissionais também podem ter sido submetidos a exposição de alto risco. Desse ponto de vista, para interromper a cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 dentro do serviço de saúde é necessário:

- rápida identificação de contatos próximos de um caso suspeito ou confirmado de Covid-19;
- rápida identificação de profissionais que tiveram exposição de alto risco a confirmado de covid-19;
- adoção das medidas de prevenção e controle de infecção necessárias;
- fornecimento de informações para os contatos próximos sobre a necessidade de reforçar as medidas de precaução como higiene das mãos, uso de máscaras, higiene respiratória/etiqueta da tosse, bem como orientações sobre os sinais e sintomas da doença e sobre o que fazer se eles desenvolverem algum sinal ou sintoma..

No cenário atual de transmissão comunitária, onde todos os profissionais que atuam no serviço de saúde correm algum risco de exposição a covid-19, os profissionais de saúde devem ser orientados a:

- relatar exposições reconhecidas como de risco;

- monitorar-se regularmente quanto à febre e sintomas respiratórios;
- usar máscaras bem ajustadas à face, cobrindo nariz, boca e queixo, **durante toda a sua permanência no serviço de saúde** para controle da fonte, incluindo em salas de descanso ou outros espaços onde possam encontrar colegas de trabalho. No caso da máscara cirúrgica, se necessário, o profissional deve dar um nó nas alças atrás das orelhas para minimizar os espaços entre a máscara e a face.
- não comparecer no trabalho quando estiver doente e relatar a situação a sua chefia imediata.

Observações:

- 1 - Recomenda-se que o serviço de saúde defina uma área de quarentena para manter os pacientes suspeitos de covid-19, que não confirmaram a doença, mas que permaneceram em unidades (quartos, enfermarias, áreas) com outros pacientes covid-19 positivos.
- 2 - Recomenda-se realizar o monitoramento diário dos profissionais que tiveram exposição de alto risco ou contato próximo com casos (dentro ou fora dos serviços de saúde), utilizando-se questionários de sinais e sintomas, por exemplo.

Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 dentro dos serviços de saúde

Qual é o objetivo desse monitoramento?

Identificar casos suspeitos e confirmados entre pacientes, acompanhantes, visitantes e profissionais do serviço.



Quem deve ser monitorado?

Todos os profissionais do serviço de saúde

Pacientes que chegaram ao serviço com suspeita ou confirmação de COVID-19

Pacientes internados que passaram a ser considerados como suspeitos ou confirmados durante a internação

Pacientes que entraram em contato com outros pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 (dentro ou fora do serviço de saúde);

Acompanhantes e visitantes de pacientes nos serviços de saúde

2021



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

Quadro 2: Matriz de risco para identificação de vias de transmissão, possíveis causas e medidas de prevenção mínimas para a prevenção de surtos da Covid-19 dentro dos serviços de saúde.

Vias de transmissão de COVID-19 dentro do serviço de saúde	Possíveis causas /situações de risco	Medidas de Prevenção
<p>Paciente/acompanhante/visitante PARA outro paciente/acompanhante/visitante</p>	<p>Fragilidades na educação, na organização e na estruturação para medidas de proteção coletiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proibir a entrada de visitantes com sintomas respiratórios ou suspeitos/confirmados para covid-19; • Limitar a entrada de visitantes/acompanhantes apenas para casos extremamente necessários ou previstos em lei. • Uso de máscara de tecido para pessoas assintomáticas e uso de máscara cirúrgica para pessoas sintomáticas durante toda permanência no serviço de saúde; • Executar medidas de engenharia para promover o distanciamento entre as pessoas e reduzir a contaminação, como a instalação de barreiras físicas entre os pacientes/acompanhantes/visitantes, o isolamento de áreas críticas, a instalação de pontos de higienização, etc.; • Estabelecer procedimentos e meios (ex. cartazes, recursos audiovisuais e uso de mídias sociais) para orientar paciente/acompanhante/visitante quanto às medidas de proteção que incluem: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruções para o uso da máscara facial; ✓ Orientação para higiene respiratória/etiqueta da tosse; ✓ Orientação para higiene das mãos.

		<ul style="list-style-type: none">✓ Não compartilhamento de objetos, pertences e brinquedos com outras crianças ou acompanhantes✓ Manter o distanciamento e evitar aglomeração nas enfermarias e corredores• Implantar protocolo de rastreamento, triagem e de isolamento de pacientes e acompanhantes sintomáticos;• Manter todos os ambientes higienizados/desinfetados e ventilados, incluindo as áreas comuns e de uso coletivo, como refeitórios, banheiros, vestiários, áreas de descanso, com especial atenção a superfícies de maior contato;• Garantir que os ambientes coletivos tenham condições de manter distanciamento mínimo de 1 metro entre as pessoas e aumente essa distância quando possível, especialmente em ambientes internos.• Orientar acompanhantes a não cuidar ou segurar no colo outras crianças.• Não realizar atividades coletivas nas enfermarias pediátricas.• Vacinação completa contra a covid-19, incluindo dose de reforço.
--	--	--

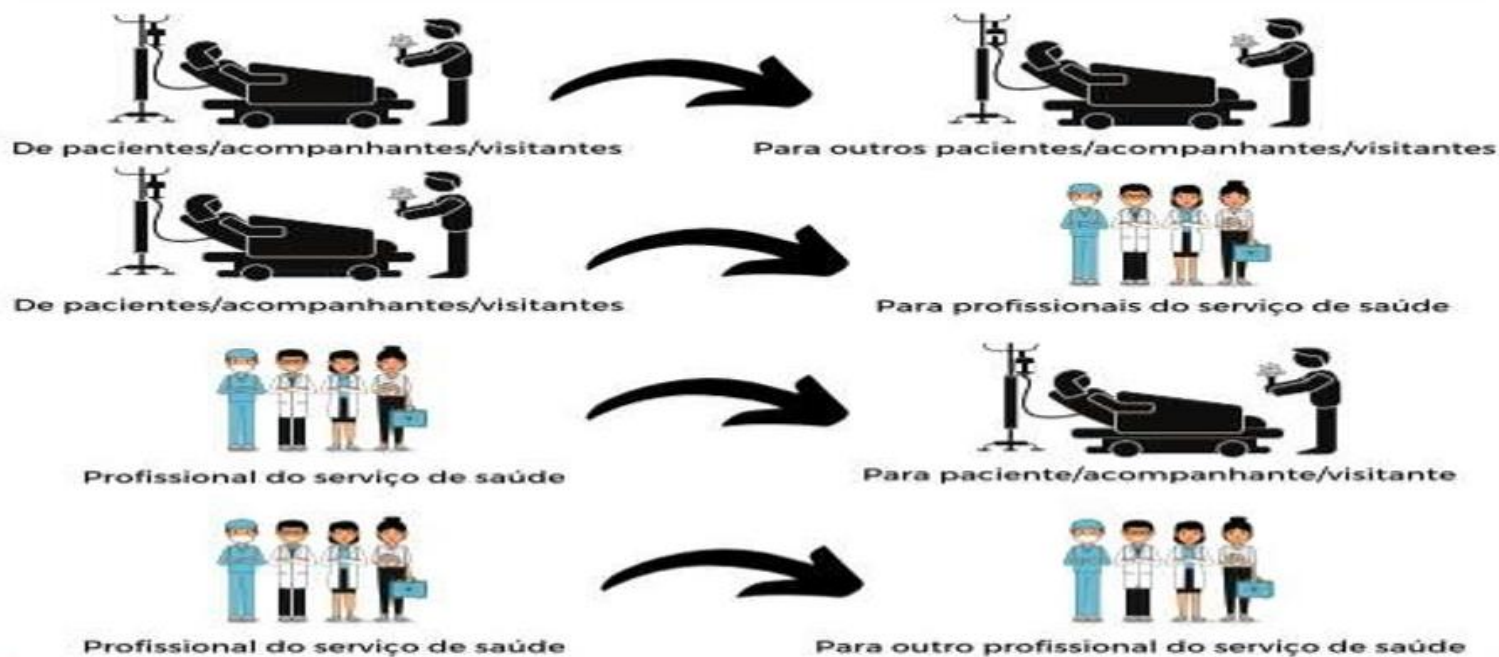
<p>Paciente/acompanhante/visitante PARA profissionais do serviço de saúde</p>	<p>Fragilidade na identificação de indivíduos sintomáticos respiratórios;</p> <p>Possibilidade de transmissão no período assintomático ou pré-sintomático;</p> <p>Utilização inadequada de EPI, conforme as precauções indicadas, o que pode ser ocasionado por falta de protocolos, capacitação, monitoramento, identificação de coortes ou áreas de risco, escassez de insumo, etc.).</p> <p>Utilização inadequada de máscara de proteção facial para controle de fonte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar protocolos capazes de identificar precocemente pacientes/acompanhantes/visitantes com sintomas respiratórios; • Executar medidas de engenharia para promover o distanciamento entre as pessoas e reduzir a contaminação, como a instalação de barreiras físicas entre os pacientes/acompanhantes/visitantes, o isolamento de áreas críticas, a instalação de pontos de higienização, etc.; • Implantar orientações para pacientes/acompanhantes/visitantes quanto a higiene de mãos, o distanciamento físico e uso de máscara para controle de fonte, durante a circulação no ambiente hospitalar: <ul style="list-style-type: none"> a) para pessoas assintomáticas: máscara de tecido b) para pessoas sintomáticas: máscara cirúrgica • Estabelecer áreas específicas para atendimento/isolamento de pacientes sintomáticos respiratórios ou suspeitos/confirmados de covid-19; • Capacitar para o uso, higienização, descarte e substituição, e monitorar a utilização de EPIs pelos profissionais para atendimento dos pacientes; • Manter ambientes higienizados/desinfetados e ventilados; • Se disponível, utilizar ambientes com pressão negativa para realização de procedimentos geradores de aerossóis.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> Nos locais onde não for possível pressão negativa considerar taxa de fluxo de ventilação mínima de 160L/s/paciente o que deve ser mantido tanto de forma mecânica quando natural ou híbrida. A direção do fluxo deve ser da área limpa para área menos limpa. Vacinação completa contra a covid-19, incluindo dose de reforço.
<p>Profissional do serviço de saúde PARA paciente/acompanhante/visitante/ outros profissionais do serviço de saúde</p>	<p>Profissionais de saúde sintomáticos prestando assistência;</p> <p>Profissionais de saúde pré-sintomáticos ou assintomáticos prestando assistência;</p> <p>Profissionais do serviço de saúde pré-sintomáticos, assintomáticos ou sintomáticos dentro do serviço de saúde sem adoção das medidas de prevenção.</p> <p>Profissionais do serviço de saúde pré-sintomáticos, assintomáticos ou sintomáticos dentro do serviço de saúde sem o uso de máscaras para controle de fonte.</p> <p>Profissionais do serviço de saúde pré-sintomáticos, assintomáticos ou sintomáticos dentro do serviço de saúde compartilhando ambientes coletivos mal ventilados, como copa, área de</p>	<ul style="list-style-type: none"> Implantar protocolos de triagem para profissionais do serviço de saúde diariamente antes do turno de trabalho; Implantar protocolos de atendimento, afastamento e retorno ao trabalho de profissionais sintomáticos ou positivos, mesmo que assintomáticos; Capacitar para o uso, higienização, descarte, substituição, e monitorar utilização de EPIs pelos profissionais para atendimento dos pacientes; Implantar medidas e orientações que possam garantir a paramentação e desparamentação adequadas; Garantir medidas de controle de fonte (incluindo o uso universal de máscara dentro do serviço de saúde). Executar medidas de engenharia para promover o distanciamento entre as pessoas e reduzir a contaminação, como a instalação de barreiras físicas entre os pacientes/acompanhantes/visitantes, o isolamento de áreas críticas, a instalação de pontos de higienização, etc.

	descanso, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Adotar medidas administrativas para reduzir a exposição ao SARS-CoV-2, como intensificação da limpeza dos ambientes e equipamentos, definição de fluxo claro de acolhimento, triagem e afastamento de casos suspeitos ou confirmado de covid-19 d) escalas para realização de refeições ou momentos de descanso alternados, melhorias na sinalização e comunicação de risco, etc.; • Verificar e adequar áreas de convívio de profissionais com relação à garantia do distanciamento físico, higiene de mãos, limpeza e ventilação do ambiente. • Restringir o número de atividades realizadas por estagiários e estudantes em todas as unidades assistenciais. • Vacinação completa contra a covid-19, incluindo dose de reforço. • Orientar profissionais que retornaram ao trabalho após 7 dias de isolamento a reforçar as medidas de prevenção e controle, não fazer refeições em áreas coletivas até o 10º dia e não atender pacientes imunocomprometidos. • Orientar profissionais que tiveram exposição de risco ou contato próximo com pessoa com covid-19 positivo,
--	----------------	--

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2022

Situações de risco para a transmissão do SARS-CoV-2 em serviços de saúde



2021



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2022

3. Vigilância Epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas pelo SARS-CoV-2 (IRAS – covid-19) adquiridas durante a internação de pacientes nos serviços de saúde

De acordo com a OMS, o risco de transmissão de SARS-CoV-2 em serviços de saúde é maior quando há aumento na demanda por leitos hospitalares, falta de instalações de isolamento adequadas, ventilação inadequada, indisponibilidade de equipamento de proteção individual, e a necessidade de realização de procedimentos de alto risco, como procedimentos geradores de aerossol em indivíduos infectados.

Em agosto de 2020, a Anvisa disponibilizou, um formulário eletrônico para a notificação nacional obrigatória de todas as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas pelo SARS-CoV-2 (IRAS – covid-19) adquiridas durante a internação do paciente nos serviços de saúde do país. Sendo que, todos os serviços de saúde devem realizar a vigilância diária de casos de IRAS – covid-19, principalmente com o objetivo de identificar precocemente os casos e implementar oportunamente as medidas de contenção para evitar a ocorrência de novos casos e assim conter precocemente um possível surto intra-institucional. Sugere-se que essa vigilância seja realizada na entrada de: pacientes, acompanhantes e visitantes e para todos os profissionais do serviço de saúde (antes do início do turno de trabalho).

Os dados consolidados sobre os casos de IRAS – covid-19 em pacientes internados, devem ser notificados mensalmente, até o 15º dia útil do mês posterior ao mês de vigilância, por meio do formulário eletrônico disponibilizado pela Anvisa:

<https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/667695?lang=pt-BR>

Todos os dados notificados pelos serviços de saúde são monitorados pelos estados/DF e analisados pela GVIMS/GGTES/Anvisa. A Anvisa disponibiliza a análise nacional consolidada desses dados no Painel Analítico das notificações de infecções pelo SARS-CoV-2 de transmissão hospitalar:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMzI3NjUxMmYtYzU1My00Nzg2LWlyNGEtODk0ZGNIYmFjOGU5liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWwzZjMtNGQzNS04MGM3LWl3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>

Importante destacar que além da notificação dos casos de IRAS-covid -19 para a Anvisa, esses casos também devem ser notificados ao ministério da Saúde, conforme orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19.

Dessa forma, reforçamos que todos os casos que evoluírem para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados no sistema de informação do Ministério da Saúde: SIVEP-GRIPE, informando na ficha de notificação que se trata de um **caso nosocomial** (variável da ficha). O link de acesso é: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0> e pode ser preenchido por profissionais da saúde cadastrados. Essa ação é muito importante!

3.1 Utilização de Testes de Antígeno para fechamento do critério diagnóstico de IRAS covid-19 adquiridas durante a internação de pacientes nos serviços de saúde

Após uma ampla discussão com especialistas brasileiros (infectologistas, virologistas, microbiologistas, entre outros) e para maior adaptação à realidade no nosso país, poderá ser utilizado o TR-Ag para fechar o critério diagnóstico nacional das IRAS Covid-19 adquiridas durante a internação nos serviços de saúde. No entanto, é importante destacar que os TR-Ag podem ser realizados em pacientes **assintomáticos** e sintomáticos, neste caso, até 7 dias após o início dos sintomas. A coleta da amostra deve ser realizada por swab na região nasofaríngea (sendo necessário a aplicação do swab nas duas narinas). No caso de teste negativo, em presença de suspeita clínica, deve ser realizado o RT-PCR para confirmação (positiva ou negativa). Mais informações no Quadro 1 desta Nota Técnica.

A Anvisa disponibiliza a relação de todas as solicitações de regularização de produtos para diagnóstico *in vitro* para covid-19 e seu atual status no seu portal eletrônico, por meio de um [painel BI](#) que dá a possibilidade de filtrar informações de interesse, sendo possível ainda acessar as instruções de uso na opção "DETALHAR REGISTRO". Além disso, apesar da concessão do registro da Anvisa não pressupor a análise prévia (avaliação laboratorial) dos produtos, a Gerência Geral de Fiscalização da Anvisa (GGFIS/Anvisa) realiza o [Monitoramento pós-mercado da qualidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária – covid-19](#), incluindo as análises de produtos de diagnóstico *in vitro*. O resultado das análises desses produtos de diagnóstico *in vitro*,

que tem o objetivo de verificar se atingem o desempenho informado nas instruções de uso do fabricante, está disponível [EM UM PAINEL BI ESPECÍFICO](#).

3.2 **Notificação e critérios epidemiológicos para a notificação de IRAS - covid-19 adquiridas durante a internação nos serviços de saúde:**

Todos os serviços de saúde devem realizar a vigilância diária de casos de IRAS – covid-19 (infecções causadas pelo SARS-CoV-2) adquiridas **durante a internação** nos serviços de saúde, principalmente com o objetivo de identificar precocemente os casos e implementar oportunamente as medidas de contenção para evitar novos casos e assim conter um possível surto intrainstitucional.

Os dados consolidados sobre os casos de IRAS associadas ao SARS-CoV-2 devem ser notificados mensalmente até o 15º dia útil do mês posterior ao mês de vigilância, pelo formulário eletrônico disponibilizado pela Anvisa: <https://pesquisa.anvisa.gov.br/index.php/667695?lang=pt-BR>

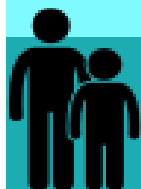
Esses dados também são monitorados pelos estados/DF e a Anvisa faz a análise e divulgação dos resultados nacionais em seu portal eletrônico: **Painel Analítico das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por SARS-COV-2 de transmissão hospitalar:**

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzI3NjUxMmYtYzU1My00Nzg2LWlyNGEtODk0ZGNIYmFjOGU5liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWl3MDg1ZiVIZGQ4MSJ9>

Lembramos a todos os serviços que os casos que evoluírem para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados no sistema de informação do Ministério da Saúde: SIVEP-GRIPE, informando na ficha de notificação que se trata de um **caso nosocomial** (variável da ficha). O link de acesso é: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0> e o acesso é somente para profissionais da saúde cadastrados. Além disso, casos de covid-19 (leve/moderado ou assintomáticos) hospitalizados que não cumpram a definição de caso estabelecida para SRAG devem também ser notificados no sistema e-SUS Notifica: https://notifica.saude.gov.br/login_

3.2.1. PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS

Critérios epidemiológicos nacionais de IRAS por SARS-CoV-2



Para pacientes Pediátricos e Adultos



Critério 1:

Paciente internado por período >14 dias

- Paciente internado por > 14 dias, por outro diagnóstico
(E)
- Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou por Teste de Antígeno em amostra*1 coletada após o 14º dia de internação

Critério 2:

Paciente internado por período > 7 dias e ≤ 14 dias

- Paciente internado por > 7 dias e ≤ 14 dias, por outro diagnóstico
(E)
- Não foi classificado como suspeito ou confirmado de infecção por SARS-CoV-2*2 durante os 7 primeiros dias de internação*3
(E)
- Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou por Teste de Antígeno em amostra*1 coletada após o 7º dia de internação
(E)
- Durante a internação, teve vínculo epidemiológico de contato desprotegido*5 com:

a) profissional de saúde com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou por Teste de Antígeno *1, *4

OU



b) outro paciente com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo Real ou por Teste de Antígeno na mesma enfermaria ou em leito de UTI sem isolamento*1, *4

OU



c) acompanhante ou visitante com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou por Teste de Antígeno *1, *4



Observações:

*1a Para RT-PCR em tempo real, amostra de: swab de naso ou orofaringe OU aspirado de naso ou orofaringe OU aspiradotraqueal OU lavado broncoalveolar.

*1b Para pesquisa de antígeno, a amostra deve ter sido coletada por swab de nasofaringe (passar pelas duas narinas), até 7 dias do início dos sintomas.

*2 Conforme definição de caso suspeito e confirmado do Ministério da Saúde:

<https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>

*3 Para paciente com até 7 dias de internação, a infecção por SARS-CoV-2 será considerada de origem comunitária

*4 Para pacientes com até 7 dias de internação, a infecção por SARS-CoV-2 será considerada de origem comunitária ou originária de outro hospital, caso o paciente tenha internação prévia.

*5 Esse contato desprotegido do paciente com o profissional de saúde ou com outro paciente ou com acompanhante/visitante COVID-19 positivo (por RT-PCR em tempo real ou por Teste de Antígeno *2) deve ter ocorrido a partir de 2 dias (48 horas) antes da confirmação da COVID-19 nessas pessoas (devido a fase pré sintomática da doença).

2021

CORONAVÍRUS

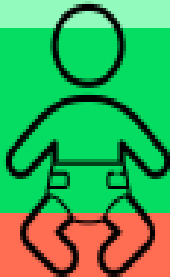
COVID - 19



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2022

1.2 NEONATOLOGIA (0-28 DIAS DE NASCIMENTO)

Critérios epidemiológicos nacionais de IRAS por SARS-CoV-2



Para Neonatologia (0-28 dias)



Critério 1:

Para recém-nascido internado desde o nascimento

- RN com mais de 48 horas de vida, internado desde o nascimento*1

(E)

- Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno em amostra*2 coletada depois de 48 horas de vida.

Critério 2:

Para recém-nascido readmitido na unidade neonatal com menos de 7 dias após a alta.

- RN, readmitido na unidade neonatal do mesmo hospital, com menos de 7 dias após a alta, com suspeita de infecção por SARSCoV-2*3

(E)

- Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno em amostra*2 coletada na admissão

(E)

- Sem vínculo epidemiológico domiciliar (com pessoa com COVID-19 suspeita ou confirmada).

Critério 3:

Para recém-nascido internado por período > 14 dias

RN, procedente do domicílio, internado por período > 14 dias, por outro diagnóstico

(E)

Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno em amostra*2 coletada após o 14º dia de internação.

Critério 4:

Para recém-nascido, internado por período > 7 dias e ≤14 dias

RN, proveniente do domicílio, internado por > 7 dias e ≤ 14 dias, por outro diagnóstico *4

(E)

Não foi classificado como suspeito ou confirmado de infecção por SARS-CoV-2 durante os 7 primeiros dias de internação*3

(E)

Com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno em amostra*2 coletada após o 7º dia de internação

(E)

Durante a internação, teve vínculo epidemiológico de contato desprotegido *5 com:

a) profissional de saúde identificado como caso confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno *2



(OU)

b) outro paciente que foi identificado como confirmado por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno na mesma enfermaria ou em leito de UTI sem isolamento*2



(OU)

c) acompanhante ou visitante que foi identificado por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno *2



OBSERVAÇÕES:

*1 RN com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno, coletado em uma ou mais amostras*2 nas primeiras 48 horas de vida, considerar possível transmissão vertical.

*2a Para RT-PCR, amostra de: swab de naso ou orofaringe OU aspirado de naso ou orofaringe OU aspirado traqueal OU lavado broncoalveolar.

*2b Para Teste de Antígeno, a amostra deve ter sido coletada por swab de nasofaringe (passar pelas duas narinas), até o 7 dia do início dos sintomas

*3 Conforme definição de caso suspeito e confirmado do Ministério da Saúde: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>

*4 Para RN com até 7 dias de internação, a infecção por SARS-CoV-2 será considerada de origem comunitária ou originária de outro hospital, caso o RN tenha internação prévia.

*5 Esse contato desprotegido do paciente com o profissional de saúde ou com outro paciente ou com acompanhante/visitante COVID-19 positivo (por RT-PCR em tempo real ou Teste de Antígeno *2) deve ter ocorrido a partir de 2 dias (48 horas) antes da confirmação da COVID-19 nessas pessoas (devido a fase pré sintomática da doença).

Observação Importante: Caso de RN seja confirmado para COVID-19, deve-se orientar a obstetria para realizar a investigação da mãe do bebê.

2021

CORONAVÍRUS

COVID - 19



FONTE: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

4. Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e isolamento

4.1 Estratégia baseada em tempo e sintomas

Conforme atualização do *Centers for Diseases Control/EUA* (CDC/EUA) e com base em evidências sobre a Omicron publicadas até o momento, dão suporte à interrupção das precauções adicionais e isolamento para pessoas com covid-19 em uma estratégia baseada em tempo e sintomas. Essa recomendação limita o prolongamento desnecessário do isolamento dos pacientes e da utilização de recursos laboratoriais e outros insumos (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>)

Os dados disponíveis indicam que pessoas com Covid-19 **leve a moderada podem transmitir o vírus não mais que 10 dias após o início dos sintomas**. Pessoas com **doença mais grave a crítica ou pessoas imunocomprometidas, provavelmente podem transmitir o vírus não mais que 20 dias após o início dos sintomas**.

As pessoas recuperadas podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-CoV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas após o início dos sintomas, embora em concentrações consideravelmente mais baixas que durante a doença, em faixas nas quais o vírus competente para replicação não foi recuperado com segurança e que a possibilidade de infecção é improvável. É importante destacar, que os dados atualmente disponíveis são derivados de evidências em adultos. Dados equivalentes de crianças e bebês não estão disponíveis no momento.

Além disso, estudos não encontraram evidências de que pessoas clinicamente recuperadas, com persistência de RNA viral, tenham transmitido SARS-CoV-2 para outras pessoas. Esses achados reforçam a utilização de uma estratégia baseada em sintomas e em tempo, em vez de testes laboratoriais para interromper precauções adicionais e o isolamento desses pacientes, evitando assim que pessoas que não estejam mais em período de contagiosidade sejam mantidas desnecessariamente isoladas e excluídas do contato com outras pessoas, do trabalho ou de outras responsabilidades.

Porém, é fundamental avaliar se o paciente possui outro tipo de diagnóstico que possa indicar a manutenção das medidas de precaução e isolamento durante a internação como, por exemplo, a confirmação de infecção por microrganismos multirresistentes.

Ainda é importante destacar, que as precauções-padrão devem sempre ser aplicadas as todos os pacientes independentemente de estarem ou não com precauções adicionais e isolamento.

Definições operacionais para fins de retirada de pacientes de Precauções adicionais e Isolamento no contexto da Covid-19: PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS

É importante levar em consideração as seguintes situações para descontinuar precauções adicionais e isolamento em pacientes com Covid-19 confirmada.

a. Classificação da doença

Doença leve	Presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga ou cefaleia.
Doença moderada	Os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
Doença grave	Considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto). Para crianças, os principais sintomas incluem taquipnéia (maior ou igual a 70 irpm para menores de 1 ano e maior ou igual a 50 irpm para crianças maiores de 1 ano), hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão

	miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou SpO2 < 90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões, dificuldade de alimentação/recusa alimentar.
Doença crítica	As principais manifestações são sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.
Paciente imunossuprimido	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes em quimioterapia para câncer - Pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ <200 - Imunodeficiência primária - Uso de corticóides por mais de 14 dias em dose superior a 20mg de prednisona ou equivalente - Outras situações clínicas, a critério do SCIH/CCIH do serviço de saúde.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

Critérios que devem ser seguidos para descontinuar precauções adicionais e isolamento em pacientes hospitalizados com Covid-19 confirmada

Pacientes assintomáticos não imunossuprimidos	10 dias após a data do primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou TR-Ag
Pacientes assintomáticos e imunossuprimidos	20 dias desde o primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou TR-Ag
Pacientes com quadro leve a moderado, não imunossuprimidos	10 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas relacionados a covid-19*
Pacientes com quadro grave/crítico OU imunossuprimidos**	20 dias desde o início dos sintomas E pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E melhora dos sintomas relacionados a covid-19*

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

***Observação:** A melhora dos sintomas descrita no critério se refere aos sintomas relacionados a covid-19, pois outras infecções podem causar febre, sinais e sintomas. Na dúvida sobre a retirada do isolamento, discutir com especialista/CCIH.

****Observação:** Para retirada do isolamento de pacientes imunocomprometidos, que após 20 dias do início dos sintomas: ainda persistem com febre ou outros sinais e sintomas, recomendamos avaliar se o quadro clínico ainda está diretamente relacionado com o quadro infeccioso causado pelo a infecção pelo SARS-CoV; se são sequelas da doença; ou se estão relacionadas a outras infecções como as bacterianas ou fúngicas, por exemplo. Essa avaliação deve ser feita de forma individualizada por um especialista que também pode utilizar a estratégia baseada em testes (dois RT-PCR para SARS-CoV-2 negativos coletados com intervalo \geq 24 horas) para auxiliar na tomada de decisão.

IMPORTANTE: Apesar da possibilidade de redução do tempo de isolamento respiratório domiciliar de pessoas com covid-19 na comunidade, conforme orientação do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, no caso de pacientes hospitalizados, o tempo de isolamento deve ser o que está sendo orientado nessa Nota Técnica, devido os riscos de disseminação do SARS-CoV -2 dentro do serviço de saúde e toda a dinâmica das precauções e isolamento dentro desses serviços. Ou seja, para pacientes hospitalizados, deve ser mantido o tempo de isolamento de pelo menos 10 dias para pacientes imunocompetentes, assintomáticos ou com quadro leve a moderado, e de pelo menos 20 dias para pacientes imunossuprimidos, assintomáticos ou com quadro grave/crítico.



Critérios para descontinuar precauções e isolamento em pacientes adultos e pediátricos com COVID-19 confirmada

PACIENTES ADULTOS OU PEDIÁTRICOS ASSINTOMÁTICOS

Pacientes ASSINTOMÁTICOS NÃO imunossuprimidos*

- ✓ 10 dias após a data do primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou Teste de antígeno

Pacientes ASSINTOMÁTICOS E imunossuprimidos*

- ✓ 20 dias desde o primeiro teste positivo RT-PCR em tempo real ou Teste de antígeno

PACIENTES ADULTOS OU PEDIÁTRICOS SINTOMÁTICOS

Pacientes com quadro LEVE a MODERADO, NÃO imunossuprimidos*

- ✓ 10 dias desde o início dos sintomas (E)
- ✓ Pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) (E)
- ✓ Melhora dos sintomas relacionados a covid-19.

Pacientes com quadro GRAVE/CRÍTICA OU imunossuprimido*

- ✓ 20 dias desde o início dos sintomas (E)
- ✓ Pelo menos 24 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) (E)
- ✓ Melhora dos sintomas relacionados a covid-19.



*Imunossupressão severa: Pacientes em quimioterapia para câncer; Pacientes com infecção pelo HIV e contagem de linfócitos CD4+ <200; Imunodeficiência primária; Uso de corticóides por mais de 14 dias em dose superior a 20mg de prednisona ou equivalente; Outras situações clínicas, a critério da CCIH do serviço de saúde.

Para retirada do isolamento de pacientes imunocomprometidos, se o paciente ainda apresentar febre ou outros sinais e sintomas após 20 dias (desde o início dos sintomas), recomendamos avaliar se os sinais e sintomas são diretamente relacionados a infecção pelo SARS-CoV-2, ou se são sequelas da doença ou se são relacionadas a outras infecções como as bacterianas ou fúngicas, por exemplo, para ajudar a decidir sobre a retirada desse paciente do isolamento. Essa avaliação individualizada deve ser feita por especialista que também pode utilizar a estratégia baseada em testes (dois RT-PCR para SARS-CoV-2 negativos coletados com intervalo \geq 24 horas) para auxiliar na tomada de decisão.

2021

CORONAVÍRUS

COVID - 19



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

4.2 Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e retirada de isolamento: RECÉM-NASCIDOS (0-28 DIAS DE NASCIMENTO)

Considerando as especificidades dos recém-nascidos e, que uma parcela dessas crianças é imunodeprimida, principalmente os prematuros, as orientações para descontinuar as precauções nessa população são preferencialmente baseadas em sintomas e nos resultados de RT-PCR em tempo real. Além disso, até o momento não foi encontrada literatura científica sobre esse tema na população neonatal que subsidiasse a alteração dessas orientações.

a. Recém-Nascidos (RN) internados em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

Situação	Conduta
I. RN assintomático com exame positivo para SARS-CoV-2*	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por pelo menos 14 dias após a coleta do exame e, após esse período, proceder, de acordo com a possibilidade, com a realização de RT-PCR de controle:</p> <ol style="list-style-type: none">Realizar novo exame (RT-PCR) após 14 dias do primeiro exame positivo e proceder da seguinte forma:<ul style="list-style-type: none">Se negativo para SARS-CoV-2, e permanecer assintomático, descontinuar as precauções específicas.Se positivo para SARS-CoV-2, completar 20 dias de precauções específicas.Na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR) em tempo real para SARS-CoV-2, completar o tempo de precauções para 20 dias.
II. RN com sintomas que possam ser relacionados a Covid-19 e com exame positivo	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por pelo menos 14 dias após o início dos sintomas e, após esse período, proceder da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none">RN sem sintomas que possam ser relacionados à Covid-19, após 14 dias de evolução, deve-se realizar novo exame (RT-PCR) e :

<p>para SARS-CoV-2*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2, descontinuar as precauções adotadas. • Se positivo para SARS-CoV-2, completar 20 dias de precauções. <ol style="list-style-type: none"> 2. RN sem sintomas que possam ser relacionados à Covid-19, após 14 dias de evolução, e na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR), completar precauções por 20 dias. 3. RN ainda com sintomas que possam ser relacionados à Covid-19 após 14 dias de evolução, não precisa realizar novo exame. Manter precauções, no mínimo, de até 20 dias, desde o início dos sintomas. Após esse período descontinuar as precauções, se estiver com pelo menos 24 horas sem sintomas relacionados à Covid-19.
<p>III. RN com sintomas que possam ser relacionados a Covid-19, mas com exame negativo para SARS-CoV-2.*</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com a possibilidade de realização de exames:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar novo exame (RT-PCR) com intervalo \geq 24 horas do primeiro exame, realizar painel viral, e proceder da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2 E painel viral positivo para outro vírus respiratório, instituir precauções de acordo com o resultado do painel viral. • Se negativo para SARS-CoV-2 E painel viral negativo para outro vírus respiratório, descontinuar as precauções específicas. • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo sintomático. 2. Na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR) e painel viral com resultado positivo, instituir precauções de acordo com o resultado do painel viral. 3. Na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR) e o painel viral, ou o painel viral for negativo, manter precauções por no mínimo 14 dias, após esse período: <ul style="list-style-type: none"> • Caso exista outra condição clínica que explique o quadro respiratório inicial, proceder precauções de acordo com o resultado. • Caso não exista outra condição clínica que explique o quadro

	<p>respiratório inicial E houver remissão do quadro, suspender precauções após 14 dias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso não exista outra condição clínica que explique quadro respiratório inicial, e ainda houver sintomas, manter precauções por no mínimo 20 dias. Após esse período descontinuar as precauções se estiver com pelo menos 24 horas sem sintomas relacionados à COVID-19.
<p>IV. RN assintomático com mãe com exame positivo para SARS-CoV-2*, realizado no período de até 10 dias antes do parto</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com a possibilidade de realização de RT-PCR de controle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar exame para SARS-CoV-2* após 48 horas de vida e proceder da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2, e permanecer assintomático, descontinuar as precauções específicas. • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo assintomático. 2. Na impossibilidade de realizar exame (RT-PCR para SARS-CoV-2), manter precauções por 7 dias. Se mantiver assintomático respiratório, pode sair das precauções específicas.
<p>V. RN com sintomas que possam ser relacionados à COVID-19 e com mãe com exame positivo para SARS-CoV-2*, realizado no período de até 10 dias antes do parto</p>	<p>Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 e proceder de acordo com a possibilidade de realização de exame:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar exame para SARS-CoV-2* após 48 horas de vida e proceder da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> • Se negativo para SARS-CoV-2 seguir as orientações para RN negativo sintomático (III) • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo sintomático (II)

Observações:

***Exame para SARS-CoV-2: RT-PCR ou Teste de antígeno**

- Realizar o primeiro exame após 48 horas de vida.
- As situações I a III podem ser aplicadas aos RNs internados desde o nascimento ou aos RNs provenientes do domicílio.
- Nas situações IV e V são geralmente aplicadas aos RNs proveniente do centro cirúrgico/obstétrico, ou seja, que ainda não foram para o domicílio após o nascimento.
- Se possível o RN com suspeita de COVID-19, deve ser mantido em isolamento em um ambiente de transição, separado de RN com Covid-19 confirmada, até a confirmação ou descarte da doença.
- A indicação de manter RN assintomático em isolamento, não impede a alta.
- Importante manter as precauções-padrão em todas as situações, mesmo após a saída do isolamento. Nesse sentido, o uso de luvas pelos profissionais de saúde durante a troca de fraldas é fundamental.
- Quando o RN receber alta hospitalar e a mãe ainda estiver positivo para Covid-19, a orientação de alta deve ser dada em um local específico, fora da UTI, separado dos demais RNs. Orientar, a manter o uso de máscara e higiene das mãos antes de tocar no RN.
- Caso o serviço não tenha possibilidade de realizar o RT-PCR, admite-se o teste de antígeno (TR-Ag). Porém valorizar o exame apenas quando o resultado for positivo. No caso do resultado ser negativo, e não houver possibilidade de confirmação com RT-PCR, considerar as orientações direcionadas para pacientes que não realizaram o PCR-RT.
- Não é recomendado realizar novo teste após 20 dias de isolamento.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

b. RN internado em regime de Alojamento Conjunto

I. RN assintomático E mãe com exame positivo para SARS-CoV-2

- Manter o binômio acomodado em quarto privativo, de preferência, ou em quarto coletivo exclusivo para pacientes com Covid-19.
- Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 para o binômio mãe-filho durante toda a internação. Reforçando a necessidade de isolamento desse binômio das outras mães e crianças, no caso de alojamento em quarto coletivo exclusivo para pacientes com Covid-19.
- Manter afastamento de, no mínimo, 1 metro entre o leito da mãe e do RN.
- Orientar a mãe a realizar a higienização das mãos antes de tocar o RN e a usar máscara cirúrgica durante a amamentação e cuidados com o RN.
- Manter os critérios de alta segura do binômio mãe-filho, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.068, de 21 de outubro de 2016 ou outra que vier a substituí-la.
- Não há necessidade de realizar teste no RN, desde que assintomático.
- Na alta, orientar isolamento domiciliar do RN até o 10º dia de vida, a necessidade de estarem atentos aos sinais e sintomas da Covid-19 e o reforço de manter as medidas de prevenção durante o período de isolamento da mãe e RN.

II. RN assintomático, com mãe assintomática que teve COVID-19 durante a gestação, sendo que o diagnóstico ocorreu em um período maior que 10 dias antes do parto.

- Acomodação em alojamento conjunto, não sendo necessária acomodação em quarto privativo ou a realização de RT-PCR.
- Manter as precauções padrão e outras orientações gerais de prevenção de infecção.
- Manter orientação do uso de máscara pelas mães e acompanhante, para o controle de fonte.

Observações

*Exame para SARS-CoV-2: RT-PCR ou Teste de antígeno

É importante manter as precauções padrão em todas as situações, mesmo após a saída do isolamento.

Nesse sentido, o uso de luvas pelos profissionais de saúde durante a troca de fraldas é fundamental.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2022

c. Conduta frente a contatos a partir de casos Covid-19 positivos

<p>I. Mãe / Pai ou outro acompanhante em alojamento conjunto que evoluiu com sintomas e testou positivo para covid-19.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Manter o binômio acomodado em quarto privativo, de preferência, ou em quarto coletivo exclusivo para pacientes com Covid-19 e seguir as orientações conforme item 2 (RN internado em regime de alojamento conjunto).• Manter os contactantes dessa pessoa com covid-9 (que estavam alojados na mesma enfermaria) em quarentena de 10 dias, a partir do último contato, em quartos privativos de preferência ou em coorte (mas não com a pessoa com Covid-19 confirmado). Se o contactante for testado, o exame for negativo e não apresentar sintomas, esse período de quarentena pode ser reduzido para 5 dias, após o último contato.• Não há obrigatoriedade de realizar testagem para liberação para alta.• Manter orientações gerais de prevenção de infecção.• Manter orientação do uso de máscara pelas mães e acompanhante, para o controle de fonte.• Monitorar a presença de sinais e sintomas sugestivos de Covid-19• Assim que possível dar alta e orientar observar os sinais e sintomas após a alta hospitalar.
---	---

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2022

Outras informações sobre a atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo SARS-CoV-2 podem ser consultadas na Nota Técnica nº 06/2020/COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, elaborada pela Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. Este documento está disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1087595>

IV. AÇÕES VOLTADAS PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Em 17 de janeiro de 2021, após a aprovação pela Anvisa do uso emergencial das primeiras vacinas contra Covid-19, teve início a vacinação no Brasil, sendo que os profissionais que atuam nos serviços de saúde foram um dos primeiros grupos prioritários a serem vacinados. A partir da maciça vacinação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, percebeu-se uma redução no número de infecções sintomáticas e assintomáticas entre os vacinados desse grupo e conseqüentemente a redução na transmissão do vírus, embora ainda sejam necessários mais estudos para entender melhor o quanto as vacinas protegem não apenas contra a doença, mas também contra infecções e a transmissão do SARS-CoV-2.

Contudo, considerando a recomendação de afastamento das atividades laborais para profissionais sintomáticos ou positivos para covid-19 e outras questões como esgotamento físico e psicológico, por exemplo, é possível que ainda exista o risco de escassez de profissionais de saúde em alguns serviços de saúde.

Assim, caso ocorra escassez de profissionais, os serviços de saúde e os empregadores (em colaboração com as áreas de Recursos Humanos e de Serviços de Saúde Ocupacional) podem precisar adotar algumas estratégias de enfrentamento de crise para continuar a prestar assistência aos pacientes. Uma dessas estratégias é a implementação de planos regionais para transferência de pacientes com covid-19 para unidades de saúde ou locais de atendimento alternativos que possam receber esses pacientes.

Retorno às atividades laborais: pós covid-19

Recomenda-se que, no retorno ao trabalho pós-covid-19, o profissional se auto-monitore quanto aos sinais e sintomas da covid-19 e busque uma avaliação médica, caso os sintomas reaparecerem.

Outras orientações voltadas para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, incluindo aqueles que retornam as suas atividades laborais depois de terem ficado

afastados pela covid-19, também devem ser consultadas no Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 e no documento “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de covid-19 e outras síndromes gripais” ambos publicados pelo Ministério da Saúde.

V. AÇÕES VOLTADAS À PREVENÇÃO DE IRAS E DISSEMINAÇÃO DA RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

Tendo em vista que as IRAS são um grave problema de saúde pública mundial, relacionadas ao aumento de morbidade, mortalidade e tempo de internação dos pacientes, e que as infecções causadas por microrganismos multirresistentes têm piores desfechos clínicos, aumento no tempo de internação e mortalidade, é imprescindível que os serviços de saúde **reforcem ainda mais as ações de prevenção e controle das IRAS e da disseminação da resistência microbiana, durante o enfrentamento da pandemia da covid-19.**

Vários fatores, que foram agravados pela pandemia da covid-19, favorecem o aumento no número de IRAS e a disseminação de microrganismos multiresistentes nos serviços de saúde, como por exemplo: superlotação das unidades; escassez ou falta de insumos como medicamentos e EPIs, que são necessários não apenas para o atendimento de pacientes com covid-19, mas de outras doenças infecciosas; profissionais de saúde com sobrecarga de trabalho; uso incorreto de EPIs; grande rotatividade dos profissionais de saúde; realocação de profissionais para abertura ou expansão do número de leitos para atender a demanda; aumento do uso de antimicrobianos de amplo espectro de forma empírica, principalmente em unidades de emergência e UTI; relaxamento das medidas de prevenção, como higiene das mãos correta e isolamento de portadores de microrganismos multirresistentes (MDR); e força de trabalho laboratorial focadas nas demandas relacionadas à covid-19 em vez de exames de rotina e vigilância de multirresistentes.

Além disso, no caso dos pacientes com covid-19, a gravidade do quadro ocasionado pela doença (por ex. eventos tromboticos e/ou risco de sangramento comprometendo

acessos vasculares), associada à presença de comorbidades e à necessidade de cuidados intensivos com utilização de procedimentos invasivos por tempo prolongado (dispositivos invasivos, hemodiálise, etc.), predispõe ainda mais esses pacientes já susceptíveis a adquirir infecções.

A disseminação da covid-19 no mundo tem sido acompanhada por um aumento do consumo de antibióticos. Isso está relacionado à preocupação com a ocorrência de co-infecção bacteriana em pacientes com covid-19. No entanto, a prevalência de infecção bacteriana em pacientes com covid-19, ainda não está bem estabelecida.

Lim, *et al.*, encontrou como resultado de revisão sistemática que cerca de 7% dos pacientes hospitalizados com covid-19 tiveram uma coinfeção bacteriana. Sendo que essa proporção foi maior em pacientes internados em UTI (14%) do que aqueles internados em enfermarias (4%) A revisão sistemática de Langford *et al.*, encontrou uma proporção geral de 6,9% de pacientes com covid-19 e infecção bacteriana, sendo que 70% dos pacientes receberam antibióticos, a maioria de amplo espectro. Revisão publicada por Rawson *et al.*, identificou uma prevalência de 8% de coinfeção bacteriana ou fúngica durante a internação hospitalar. Já um estudo realizado num hospital de Madri / Espanha, avaliou 140 pacientes de UTI e encontrou uma alta incidência de infecções hospitalares nesses pacientes (40,7%), com impacto significativo na mortalidade representando a principal causa de óbito em 33% dos pacientes que faleceram na UTI. No entanto, Clancy *et al.* chama atenção para o fato de que muitos relatos publicados de infecções secundárias à covid-19, bacterianas e fúngicas, não informam por exemplo, qual foi o critério diagnóstico utilizado para definir as infecções e informações detalhadas são esparsas.

Considerando o que foi mencionado acima, e tendo em vista que as medidas de prevenção e controle de IRAS também podem ajudar a reduzir a carga microbiana, a circulação de patógenos e o uso de antimicrobianos, impactando na redução da disseminação de resistência microbiana mesmo no contexto da pandemia de covid-19, é essencial que os serviços de saúde reforcem medidas como:

- A higiene das mãos nos 5 momentos em serviços de saúde, se atentando inclusive para a realização do procedimento imediatamente após retirar as luvas. A higiene das

mãos previne a disseminação de MDRs e infecções que levariam ao uso de antimicrobianos;

- A utilização dos protocolos de prevenção de IRAS. A Anvisa disponibiliza o manual de prevenção de IRAS em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes>
- A adoção adequada das medidas de precaução e a importância de se trocar avental/capote e luvas a cada paciente atendido. E nunca ficar com o mesmo avental/capote utilizado no atendimento direto aos pacientes em postos de enfermagem/salas de preparo de medicamentos/salas de prescrição;
- Não utilizar duas luvas para o atendimento aos pacientes. Esta ação não garante mais segurança à assistência e acarreta no desperdício de insumos. Deve ser sempre priorizada a higiene das mãos;
- Limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos;
- A implementação das medidas de gerenciamento do uso de antimicrobianos;
- Implementação de programas de manejo de antimicrobianos;
- ..Monitoramento laboratorial de rotina das infecções causadas por microrganismos multirresistentes.

VI. CONTROLE DA EXPOSIÇÃO A FONTES DE INFECÇÃO

O controle da exposição a fontes de infecção, bem como, a implementação rigorosa das medidas de prevenção de infecção é fundamental para proteger os **profissionais que atuam nos serviços de saúde** e prevenir surtos dentro da instituição.

O controle de exposição às fontes de infecção inclui medidas para minimização da exposição, controles de engenharia e o uso de EPI. Na maioria dos casos, o sucesso do controle da exposição está associado ao uso combinado dessas e de outras medidas para proteger os profissionais e pacientes/visitantes dos serviços de saúde da exposição ao SARS-CoV-2.

1. Minimização da chance de exposições

Deve-se garantir que as políticas e práticas de prevenção e controle de infecções do serviço de saúde estejam em vigor e sejam rigorosamente cumpridas para minimizar a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2. As medidas devem ser implementadas antes da chegada, durante toda a visita/internação do paciente e até que o quarto/área/box do paciente seja limpo e desinfetado.

É particularmente importante proteger indivíduos com risco aumentado de complicações e resultados adversos decorrentes da covid-19 (por exemplo, neonatos, idosos, indivíduos com comorbidades ou imunocomprometidos), incluindo profissionais de saúde que estão em uma categoria de alto risco reconhecida.

Visando minimizar a exposição, principalmente devido à probabilidade de transmissão de vírus por pessoas com poucos ou nenhum sintoma, os serviços de saúde devem garantir que as medidas físicas de distanciamento sejam implementadas por todos profissionais, acompanhantes/visitantes e pacientes, principalmente em localidades com ampla transmissão comunitária.

1.1 Controle Universal da Fonte

A transmissão comunitária do novo coronavírus aumentou o número de indivíduos potencialmente expostos e infectados pelo SARS-CoV-2, com uma grande parcela de assintomáticos e pré-sintomáticos. Assim, a triagem de febre e outros sintomas, sozinha, pode ser ineficaz na identificação de todos os indivíduos infectados, incluindo os profissionais de saúde. Dessa forma, são necessárias intervenções adicionais para limitar a introdução não reconhecida do SARS-CoV-2 nos ambientes de saúde por estes indivíduos.

Como parte de medidas eficientes de controle de fontes, os serviços de saúde devem considerar a implementação de políticas **que exijam que todos os pacientes, visitantes e acompanhantes usem máscara facial enquanto estiverem na instituição, independentemente de apresentarem ou não sintomas ou de estarem vacinados**. Esta abordagem é consistente com a recomendação do Ministério da Saúde ao público em geral (não **trabalhadores** dos serviços de saúde) aconselhando-

os a usar uma máscara, inclusive de tecido, sempre que precisarem sair de casa.

Uso da máscara para controle de fonte também deve ser seguida pela população pediátrica, sempre que possível. É importante que o serviço oriente a mãe/acompanhante sobre o uso de máscara na criança, reforçando a necessidade de uso, mesmo que a máscara não fique totalmente ajustada na face da criança.

Ressalta-se que, por ainda estarmos com elevada transmissão comunitária do SARS-COV-2 e pela vacinação não reduzir 100% a possibilidade de infecção por esse vírus, todos dentro de serviços de saúde (profissionais, pacientes, visitantes e acompanhantes) devem continuar utilizando máscara facial como controle de fonte, independente de já estarem vacinados contra Covid-19 ou não.

a. Pacientes, acompanhantes e visitantes

Os pacientes, acompanhantes e visitantes devem utilizar a sua máscara facial na chegada ao serviço de saúde. Caso contrário, se os suprimentos do serviço de saúde permitirem, pode ser oferecida uma máscara cirúrgica, que deve ser usada enquanto estiverem no serviço de saúde.

Na chegada ao serviço de saúde, os pacientes e acompanhantes devem ser instruídos a informar se estão com sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, coriza, dificuldade para respirar, etc). Nesses casos, devem ser tomadas as ações preventivas apropriadas, como o uso da máscara cirúrgica limpa seca e bem ajustada à face (cobrindo o tempo todo nariz, boca e queixo), a partir da entrada do serviço, e durante toda a sua permanência na unidade, se essa puder ser tolerada, ou seja, os pacientes sintomáticos e seus acompanhantes devem utilizar a máscara cirúrgica e estas devem ser trocadas sempre que estiverem sujas ou úmidas.

Caso o paciente não possa tolerar o uso da máscara cirúrgica devido, por exemplo, à presença de secreção excessiva ou falta de ar intensa, ele deve ser imediatamente colocado em um local isolado para ter o atendimento priorizado e deve ser orientado a realizar rigorosamente a higiene respiratória/etiqueta da tosse, ou seja, cobrir a boca e

o nariz quando tossir ou espirrar com papel descartável (descartando-o corretamente) e realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica para higiene das mãos frequentemente.

Recomenda-se ainda que seja autorizada a presença de acompanhantes para os pacientes somente quando for extremamente necessário ou nos casos previstos em lei, de modo a reduzir ao mínimo possível o fluxo de pessoas dentro dos serviços de saúde.

Todos devem ser instruídos a realizar a higiene das mãos imediatamente antes e depois de tocar ou ajustar a máscara (de tecido ou cirúrgica). Importante orientar as mães/acompanhantes sobre esse cuidado com a população pediátrica.

Crianças menores de 2 anos, pessoas com dificuldade de respirar, inconscientes, incapacitadas ou incapazes de removê-las sem assistência, não devem utilizar máscaras faciais.

Os pacientes podem remover a máscara quando estiverem em seus quartos individuais, mas devem ser orientados a colocá-la novamente quando saírem ou quando profissionais do serviço de saúde entrem no quarto para realizar procedimentos que não necessitem que o paciente esteja sem máscara.

Se houver escassez de máscaras cirúrgicas no serviço de saúde, elas devem ser priorizadas para os trabalhadores que atuam nos serviços de saúde e, em seguida, para os pacientes com sintomas respiratórios, caso a quantidade de suprimentos permita.

Com a disseminação de variantes mais transmissíveis, é muito importante reforçar as medidas de prevenção de infecções junto aos pacientes e acompanhantes, destacando o uso correto da máscara (máscaras limpas, secas, bem ajustadas à face e que cubram durante todo o uso nariz, boca e queixo), o distanciamento mínimo de 1 metro (aumente essa distância quando possível, especialmente em ambientes internos e pouco ventilados) e a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparações alcoólicas. Ademais, é preciso atentar para medidas de controle e reorganização dos serviços de saúde, como manter os ambientes arejados, realização de triagem rápida dos pacientes, evitar a demora na prestação da assistência e a circulação de pessoas

em áreas de isolamento, entre outros, com vistas a reduzir situações potenciais de exposição e proteger usuários e profissionais do serviço de saúde.

b. Profissionais do serviço de saúde

Todos os profissionais do serviço de saúde devem utilizar máscaras faciais, seguindo as orientações já descritas no Quadro 2 desta nota técnica, para proteção pessoal e controle de fonte.

No atual momento epidemiológico, todos os profissionais que atuam no serviço de saúde, independente se é da área administrativa, apoio ou assistencial, não devem utilizar máscaras de tecido dentro das dependências do serviço

Esta é uma medida importante para reduzir a transmissão da covid-19 dentro dos serviços de saúde e deve se somar às precauções-padrão e, em particular, à rigorosa higiene das mãos de todos os profissionais.

1.2 Gerenciar o acesso e a circulação dos acompanhantes e visitantes dentro dos serviços de saúde

- Deve-se limitar o número de acompanhantes de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 apenas àqueles essenciais para o bem-estar físico ou emocional do paciente, aos garantidos por lei e aos que podem ajudar no cuidado do paciente (por exemplo, cuidadores treinados).
- Deve-se restringir ao máximo o número de visitantes aos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.
- Incentivar o uso de mecanismos alternativos para interação entre pacientes e visitantes, como aplicativos de videochamadas em telefones celulares ou tablets (atentar para a higienização desses dispositivos entre os usos, caso sejam ofertados pelo próprio serviço de saúde).

- Limitar os pontos de entrada nas instalações e o horário de visitação para permitir a triagem de todos os visitantes/acompanhantes.
- Avaliar ativamente todos os visitantes/acompanhantes antes da entrada no serviço de saúde, durante as 24 horas do dia. Se for identificada febre ou sintomas respiratórios, não permitir o acesso ao serviço de saúde.
- Nas unidades pediátricas deve-se desencorajar a troca de acompanhantes, além de evitar visitas para crianças.
- Estabelecer procedimentos para orientar, monitorar e gerenciar todos os visitantes, que contemplem:
 - instruções para o uso de máscaras faciais em todos os locais do serviço de saúde, higiene respiratória/etiqueta da tosse e higiene frequente das mãos;
 - restrição da visita somente ao quarto/box do paciente ou áreas designadas pelo serviço;
 - informações para uso apropriado de EPIs, de acordo com a política atual de visitantes da instituição.
 - Não tocar ou segurar no colo outras crianças, no caso das unidades pediátricas.
- Se for ocorrer uma visita a pacientes covid-19 positivo, elas devem ser agendadas e controladas para permitir ao serviço de saúde:
 - avaliar os riscos à saúde do visitante (por exemplo, o visitante pode ter uma comorbidade, colocando-o em maior risco para a covid-19) e a capacidade do visitante em cumprir as precauções;
 - fornecer instruções, antes da entrada dos visitantes nos quartos/áreas/box dos pacientes, sobre higiene das mãos, superfícies limitadas de serem tocadas e uso de EPI, de acordo com a política atual do serviço de saúde. Além disso, os visitantes devem ser instruídos a restringir sua visita somente ao quarto/box do paciente ou a outra área designada pelo serviço.

2. Implementação de controles de engenharia e medidas administrativas

Recomenda-se projetar e instalar controles de engenharia para reduzir ou eliminar as

exposições, protegendo o profissional e pacientes de indivíduos infectados.

Alguns exemplos de controles de engenharia podem incluir:

a. Medidas de engenharia: Ventilação dos ambientes

O risco de transmissão do vírus por aerossol é maior em ambientes internos mal ventilados e / ou lotados, onde as pessoas passam longos períodos de tempo.

A ventilação de ambientes fechados faz parte de um pacote abrangente de medidas de prevenção e controle que podem limitar a propagação de algumas doenças respiratórias virais, incluindo a covid-19. No entanto, a ventilação por si só, mesmo quando corretamente implementada, é insuficiente para fornecer um nível adequado de proteção. O uso correto de máscaras, a higienização das mãos, o distanciamento físico, a etiqueta respiratória, a testagem, o rastreamento de contatos, a quarentena, o isolamento e outras medidas de prevenção e controle de infecções são críticas para prevenir a transmissão do SARS-CoV-2.

Para mais informações sobre a ventilação dos ambientes dos serviços de saúde, consultar: Roteiro para melhorar e garantir a boa ventilação de ambientes fechados no contexto da doença causada pelo novo coronavírus, covid-19. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53938>

O responsável técnico da equipe de manutenção do sistema de climatização deve avaliar a viabilidade das referidas adaptações, certificando-se que a solução adotada não contaminará os ambientes de apoio da unidade ou as demais unidades do serviço de saúde;

b. Outras medidas de engenharia

- Adaptação dos ambientes com espaço apropriado para disponibilizar os EPIs e

facilitar a paramentação e desparamentação dos profissionais;

- Barreiras ou partições físicas para orientação e atendimento dos pacientes/acompanhantes nas áreas de triagem; e
- Adoção de divisórias entre pacientes nas áreas compartilhadas.

Além disso, recomenda-se evitar aglomeração de pessoas nas áreas comuns como, por exemplo, refeitórios, copas, lanchonetes e salas de descanso/repouso; instalação de marcações e sinalizadores para o controle do distanciamento entre profissionais, pacientes e acompanhantes dentro dos serviços de saúde; e o estabelecimento das rotinas descritas no Quadro 3 desta Nota Técnica.

Atenção!! Mesmo com o advento da vacinação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde contra o SARS-CoV-2, as medidas de prevenção de infecção devem continuar sendo adotadas por todos.

Quadro 3: Orientações de rotinas a serem estabelecidas em áreas ou setores do serviço de saúde.

<p>ÁREAS OU SETORES DO SERVIÇO DE SAÚDE</p>	<p>ORIENTAÇÕES/MEDIDAS ADMINISTRATIVAS QUE PRECISAM SER REFORÇADAS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO</p>
<p>Todas as áreas e setores do serviço de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar condições para higiene das mãos (com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica); e monitorar frequentemente se esses locais estão abastecidos com os insumos e se os dispensadores estão funcionando adequadamente. • Os profissionais que prestam assistência aos pacientes não devem utilizar adornos, principalmente nas mãos ou antebraços (ADORNO ZERO), e sempre devem manter suas unhas limpas e bem aparadas. • Criar estratégias de demarcação e orientações para manter distância mínima de 1 metro entre as pessoas (aumente essa distância quando possível, especialmente em ambientes internos e com pouca ventilação); • Manter o ambiente ventilado (janelas abertas ou com exaustão); • Evitar aglomerações. Estabelecer alguma estratégia de monitoramento para evitar ou dispersar aglomerações; • Reforçar a necessidade o uso de máscara facial durante toda a permanência em qualquer ambiente do serviço de saúde; • Orientar para que os profissionais não circulem nos ambientes que não fazem parte da área de assistência utilizando EPIs, que só devem ser usados durante a prestação de assistência direta aos pacientes, como por exemplo, o capote/avental e luvas (a máscara sempre deve ser mantida). É importante monitorar o cumprimento dessa medida. <p>Obs.: capotes/aventais e luvas podem ser usados durante o</p>

	<p>transporte de pacientes, porém, é necessário ter-se cuidado para não contaminar os ambientes e superfícies como maçanetas de portas e botões de elevadores com as luvas contaminadas.</p>
<p>Refeitórios e Copa para funcionários/ Lanchonete</p>	<p>Além de todas as orientações descritas acima, ainda aplicam-se a essa área:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o espaçamento entre mesas e cadeiras, para garantir a distância mínima de 1 metro entre as pessoas; • Reforçar a higiene e desinfecção do ambiente e superfícies, principalmente das mesas, cadeiras, balcões etc., incluindo a higienização das mesas após cada uso; • Orientar para que os usuários desse local só retirem a máscara facial no momento de se alimentar e disponibilizar orientações para retirada e guarda adequada das máscaras durante as refeições; • Orientar que as pessoas permaneçam nesses ambientes pelo menor tempo possível; • Aumentar o horário disponível para as refeições, para evitar concentração de colaboradores nos mesmos horários; • Limitar o número de pessoas por mesa; • Proibir a entrada nesse ambiente de pessoas em uso de EPI, como capotes/aventais e luvas (exceto máscara).
<p>Áreas de repouso / descanso / convivência</p>	<p>Além de todas as orientações descritas acima, ainda aplicam-se a essa área:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter apenas poltronas, camas e travesseiros de material que permita a limpeza e desinfecção a cada turno de trabalho ou após cada uso (se for utilizado por mais de 1 profissional por turno de trabalho: manhã, tarde e noite); • Manter poltronas ou camas com pelo menos 1 metro de distância entre elas; • Manter o ambiente limpo e bem ventilado; • Orientar a permanência nesses ambientes pelo menor tempo

	<p>possível;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a manter o uso de máscara nesses ambientes; • Proibir a entrada nesse ambiente de pessoas em uso de EPI, como capotes/aventais e luvas (exceto máscara).
<p>Postos de enfermagem OU Salas de preparo de medicamentos OU Área para prescrição de assistência</p>	<p>Além de todas as orientações descritas acima, ainda aplicam-se a essa área:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar condições para higiene das mãos (com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica); • Reforçar a higiene e desinfecção, principalmente das mesas, cadeiras, balcões, pias, torneiras, computadores, armários, locais para a guarda de medicamentos, etc. (pelo menos 2 vezes a cada turno de trabalho: manhã, tarde e noite). • Orientar os profissionais a nunca permanecer nesses ambientes com avental/capote e luvas. Reforçar que esses EPIs devem ser imediatamente removidos antes de sair da área de atendimento direto ao paciente. Também não há necessidade do uso de luvas enquanto estiverem no posto de enfermagem, salas de preparo de medicamentos ou área para prescrição de assistência. Esta prática deve ser banida nesses locais com o objetivo de prevenir as infecções cruzadas e a contaminação dos ambientes, produtos/medicamentos e profissionais.
<p>Banheiros e vestiários</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a limpeza e desinfecção, pelo menos 2 vezes a cada turno de trabalho (manhã, tarde, noite).
<p>Brinquedoteca. Outras áreas infantis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preferência por manter fechado, por enquanto. Mas se for utilizar, restringir o número de pessoas nesses ambientes e realizar limpeza e desinfecção de objetos compartilhados após cada uso.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022

VII. ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR O FORNECIMENTO E O USO DE EPI

O EPI é usado para proteger o profissional de indivíduos infectados, materiais, superfícies e produtos potencialmente infecciosos, medicamentos tóxicos e outras substâncias perigosas usadas na assistência à saúde.

As estratégias de otimização do uso de EPI podem ajudar a manter por mais tempo os volumes dos seus suprimentos, mesmo em situações de escassez. Estratégias de crise podem ser consideradas durante severa escassez de EPI e devem ser usadas com as opções de contingência para ajudar a ampliar os suprimentos disponíveis para as necessidades mais críticas.

Algumas estratégias que podem facilitar a disponibilidade de EPI diante de situação de escassez global:

1. Educação e monitoramento

O uso inadequado ou excessivo de EPI gera um impacto adicional na escassez de suprimentos e no risco de contaminação do profissional no momento da desparamentação. Dessa forma, todo profissional do serviço de saúde deve receber capacitação e demonstrar capacidade de uso seguro desses equipamentos, a partir, minimamente, dos seguintes treinamentos em serviço:

- quando usar e qual EPI é necessário;
- Quando não há necessidade de usar EPI
- como vestir, usar e retirar adequadamente o EPI de maneira a evitar a autocontaminação;
- como descartar os EPI descartáveis após o uso ou desinfetar (óculos de proteção e protetores faciais) e armazenar adequadamente os EPIs reutilizáveis após o uso;
- as limitações do EPI.

- Outras ações educativas podem envolver:
 - Realizar a divulgação efetiva de protocolos implantados sobre utilização de EPIs para garantir efetividade do entendimento pelos profissionais.
 - Considerar solicitar auxílio de equipe de comunicação e marketing, se disponível;
 - Oferecer aos profissionais do serviço de saúde capacitação específica para o exercício de suas atividades e para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos, incluindo capacitação em serviço de forma continuada;
 - Considerar utilização de ferramentas on-line para educar grandes grupos e manter a consciência situacional;
 - Garantir que os profissionais de saúde sejam capacitados e pratiquem o uso apropriado de EPI, antes de prestar assistência a qualquer paciente;
 - Utilizar estratégias de simulação durante as capacitações em serviço;

Além disso, é importante implantar ações de monitoramento contínuo do uso de EPIs pelos profissionais, incluindo os momentos de paramentação e desparamentação e criar espaços (virtuais ou em algum local do serviço de saúde) para o recebimento de denúncias sobre irregularidades quanto ao fornecimento e uso incorreto de EPIs nos serviços de saúde.

2. Utilização racional de EPI

Para favorecer a utilização racional de EPI é importante que o serviço estabeleça um protocolo de utilização baseado nos riscos de exposição (por exemplo, tipo de atividade) e na dinâmica de transmissão do patógeno (por exemplo, contato, gotícula ou aerossol).

Algumas estratégias podem ser implementadas pelo serviço de saúde para minimizar a necessidade de uso de EPI, como, por exemplo:

- Uso da telemedicina para avaliar casos suspeitos de covid-19, minimizando assim a necessidade dessas pessoas irem às unidades de saúde para avaliação.
- Utilização de barreiras físicas para reduzir a exposição ao vírus SARS-CoV-2, como janelas/barreiras de vidro ou plástico. Essa abordagem pode ser implementada em áreas do serviço de saúde onde os pacientes se apresentarão pela primeira vez, como áreas de triagem, recepção, balcão de atendimento no pronto-socorro ou na janela da farmácia em que a medicação é coletada.
- Restringir a entrada dos profissionais de saúde nos quartos/áreas/box dos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19, se eles não estiverem envolvidos no atendimento direto.
- Agrupar atividades para minimizar o número de entradas no quarto/área/box do paciente, desde que não haja prejuízo à segurança do paciente (por exemplo, verificar os sinais vitais durante a administração do medicamento) e planejar as atividades que serão realizadas à beira do leito.
- Realizar uma avaliação criteriosa da prescrição medicamentosa (principalmente em relação aos horários), rotina de coleta/realização de exames diários e da prescrição de cuidados para os pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19. Essa racionalização se faz importante para diminuir o número de profissionais que entram em contato direto com o paciente, reduzindo assim a exposição e o uso de EPI de forma desnecessária. Lembrando sempre de garantir que não haja prejuízo no cuidado com o paciente.
- O profissional de saúde deve utilizar um protetor facial(face shield), para proteger a máscara N95/PFF2 ou equivalente de contato com as gotículas expelidas pelo paciente, minimizando a contaminação da máscara.
- Idealmente, os visitantes não devem ser permitidos, mas se isso não for possível, restringir o número de visitantes às áreas onde os pacientes com Covid-19 estão sendo isolados, evitando assim que esses visitantes circulem em outras áreas do serviço de

saúde.

É responsabilidade dos gestores dos serviços de saúde o fornecimento aos profissionais do serviço de saúde dos EPI apropriados e compatíveis com as tarefas desenvolvidas por eles, de qualidade e em quantidade suficiente.

Além disso, é fundamental que os gestores desses serviços forneçam condições para a implementação das medidas de prevenção e controle da infecção, incluindo as estratégias de controle de engenharia, de controle administrativo, segurança ocupacional e de proteção individual e coletivas.

Nesse sentido, é preciso aprimorar a gestão do estoque de produtos para saúde e promover/intensificar ações de sensibilização e capacitação dos profissionais, além de ações educativas com foco nos pacientes, acompanhantes e visitantes, visando à segurança dos pacientes, dos profissionais que atuam no serviço de saúde e da população geral.

O tipo de EPI usado no atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 vai variar de acordo com o tipo de assistência que será prestada, risco de exposição e atividade, conforme descrito no Quadro 4 desta Nota Técnica.

Quadro 4: Recomendação de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde.

SERVIÇOS HOSPITALARES			
CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Recepção do serviço/ cadastro	Profissional da recepção, segurança, entre outros.	Qualquer atividade, mesmo que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - Máscara cirúrgica - Instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc).
Triagem	Profissionais de saúde	Triagem preliminar	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica**
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara de tecido ou máscara cirúrgica
Áreas de assistência a pacientes (por exemplo, enfermarias, quartos, consultório, etc.)	Todos os profissionais do serviço de saúde	Qualquer atividade dentro dessas áreas	- higiene das mãos - máscara cirúrgica (+ outros EPIs de acordo com as precauções padrão e, se necessário, precauções específicas) - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
<p align="center">Quarto / Área / Enfermaria / Box de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19</p>	Profissionais de saúde	Durante a assistência, sem procedimentos que possam gerar aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos ou protetor facial - máscara cirúrgica** - avental* - luvas de procedimento - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
	Profissionais de saúde	Durante a realização de procedimentos que possam gerar aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - gorro descartável - óculos de proteção ou protetor facial - máscara N95/PFF2 ou equivalente - avental* - luvas de procedimento <p>Observação: Em áreas coletivas em que são realizados procedimentos geradores de aerossóis é necessário a avaliação de risco quanto a indicação do uso máscara N95/PFF2 ou equivalente por outros profissionais dessa área, que não estão envolvidos diretamente com esse procedimento, como os profissionais de apoio.</p>
	Profissionais da higiene e limpeza	Realizam a higiene do quarto/área/box do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos ou protetor facial (se houver risco de respingo de material orgânico ou químico) - máscara cirúrgica** (substituir por máscara N95/PFF2 ou equivalente, e também usar gorro, se precisar realizar a higiene do quarto/área/box em que há a realização de procedimentos geradores de aerossóis. Atenção: essa situação deve ser evitada, mas se for imprescindível que essa higienização seja feita nesse momento, deve-se usar a máscara N95/PFF2 atendendo as orientações definidas pela CCIH do serviço de saúde). - avental (se houver risco de contato com fluidos ou secreções do paciente que possam ultrapassar a barreira do avental de contato, o profissional deve usar avental impermeável) - luvas de borracha de cano longo - botas impermeáveis - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Quarto / Área / Enfermaria / Box de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19	Acompanhantes	Permanecem no quarto/área/box do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara cirúrgica - avental - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - orientar o acompanhante a sair do quarto/área/box do paciente quando for realizar procedimentos gerador de aerossol
Áreas administrativas	Todos profissionais, incluindo profissionais de saúde que não atendem pacientes e não circulam em áreas de assistência à pacientes	Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes ou circulação em áreas de assistência à pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica - Se necessário e possível, instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc).
Centro de Material e Esterilização – CME	Profissionais que realizam as várias etapas do processamento de produtos para saúde	Recepção, limpeza, preparo/acondicionamento/inspeção	<ul style="list-style-type: none"> - Os EPIs desse setor são definidos na RDC 63/2011 e no anexo da RDC 15/2012, de acordo com o tipo de atividade: recepção, limpeza, preparo/acondicionamento/inspeção e área de desinfecção química, etc. Para todas as áreas do CME, há a indicação do uso de máscara cirúrgica. - Na área de limpeza de produtos para saúde, devido às atividades com potencial para aerossolização, o profissional deve utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalente, gorro, luvas grossas de manga longa, avental impermeável/ manga longa, calçado fechado impermeável e antiderrapante.
Unidade de processamento de roupas de serviços de saúde	Profissionais que realizam as várias etapas do processamento de produtos para saúde	Coleta de roupa suja, transporte da roupa suja; área suja e área limpa	<ul style="list-style-type: none"> - Máscara cirúrgica - Os EPIs dessa unidade são definidos de acordo com o tipo de atividade e local (coleta de roupa suja, transporte da roupa suja; área suja e área limpa). E estão descritos no capítulo 8 do manual de processamento de roupas de serviços de saúde, publicado pela Anvisa e disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-processamento-de-roupas-de-servicos-de-saude-prevencao-e-controle-de-riscos.pdf/view).

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Laboratório	Profissionais de saúde do laboratório	Manipulação de amostras respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos ou protetor facial (se houver risco de respingos) - máscara cirúrgica (substituir por máscara N95/PPF2, e também usar gorro, caso haja risco de geração de aerossol durante a manipulação da amostra) - avental - luvas

SERVIÇOS AMBULATORIAIS

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Consultórios	Profissionais de saúde	Realização de exame físico em pacientes com sintomas respiratórios ou covid-19 positivo	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica** - avental - luvas de procedimento
		Realização de exame físico em pacientes sem sintomas respiratórios	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara cirúrgica (+ EPI de acordo com as precauções-padrão e, se necessário, precauções específicas)
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara de tecido ou máscara cirúrgica
	Profissionais da higiene e limpeza	Após e entre as consultas de pacientes com sintomas respiratórios	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara cirúrgica** - outros EPIs conforme definido para o serviço de higiene e limpeza

SERVIÇOS AMBULATORIAIS - continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Sala de espera	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - máscara cirúrgica - colocar o paciente imediatamente em uma sala de isolamento ou área separada, longe dos outros pacientes; se isso não for possível, assegure distância mínima de 1 metro dos outros pacientes - manter o ambiente higienizado e ventilado
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara de tecido ou máscara cirúrgica - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
Áreas administrativas	Todos profissionais, incluindo profissionais de saúde que não atendem pacientes e não circulam em áreas de assistência à pacientes	Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes ou circulação em áreas de assistência a pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica - Se necessário e possível, instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc).
Recepção do serviço/ cadastro de pacientes	Profissional da recepção, segurança, entre outros	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - Máscara cirúrgica - Instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc).

SERVIÇOS AMBULATORIAIS - continuação

PESSOAS ENVOLVIDAS		ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Triagem	Profissionais de saúde	Triagem preliminar	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica**
	Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - higiene respiratória/etiqueta da tosse - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Qualquer	- higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara de tecido ou máscara cirúrgica

SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Profissionais de saúde	Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 para serviços de saúde (referência ou não).	- higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica** ou trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente, e também usar gorro (caso seja realizado procedimento/situações que possam gerar/disseminar aerossóis) - avental - luvas de procedimento
		Transporte/atendimento pré-hospitalar de pacientes com outros diagnósticos (não é suspeito ou confirmado de covid-19)	- higiene das mãos - máscara cirúrgica (EPI de acordo com as precauções padrão e, se necessário, precauções específicas)

SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA- continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Motorista	Envolvido apenas na condução do paciente com suspeita de covid-19 e o compartimento do motorista é separado do paciente suspeito ou confirmado de covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
		Auxiliar na colocação ou retirada de paciente suspeito ou confirmado de covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica** - avental - luvas de procedimento
		Nenhum contato a menos de 1 metro do paciente com suspeita de covid-19, mas nenhuma separação entre os compartimentos do motorista e do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara cirúrgica** ou trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente, e também usar gorro (caso seja realizado procedimento/situações que possam gerar/disseminar aerossóis)
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Paciente com sintomas respiratórios	Transporte de pacientes com sintomas respiratórios para serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - máscara cirúrgica - melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte (ar condicionado com exaustão que garanta as trocas de ar ou manter as janelas abertas)
	Pacientes sem sintomas respiratórios	Transporte de pacientes sem sintomas respiratórios para serviços de saúde (referência ou não)	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - máscara de tecido ou máscara cirúrgica
	Profissionais responsáveis pela limpeza e desinfecção do veículo	Limpeza e desinfecção do interior do veículo, após o transporte de paciente suspeito ou confirmado de covid-19 para os serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - máscara cirúrgica - outros EPIs conforme definido para o serviço de limpeza e desinfecção

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2022 - Adaptado de WHO. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19) Interim guidance. 19 March 2020 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf

Observação 1: Deve ser restringido ao máximo as visitas nas áreas de COVID-19. Quando autorizada a entrada de visitantes no quarto/área/box de um paciente covid-19, esses devem receber instruções claras sobre como colocar e remover o EPI e sobre como higienizar as mãos antes de colocar e depois de remover o EPI (esses passos devem ser supervisionados por um profissional de saúde bem treinado).

Observação 2: As precauções-padrão devem ser adotadas no atendimento de todos os pacientes e a indicação das precauções específicas devem ser avaliadas caso a caso.

Observação 3: Quando necessário a presença de acompanhante de pacientes covid-19, este deve ser orientado a não circular em outras áreas do serviço de saúde, manter o distanciamento mínimo de 1 metro de outras pessoas, a proceder a higiene frequente das mãos e a permanecer de máscara, mesmo fora da área do paciente que estiver acompanhando.

Observação 4: Todas essas medidas são baseadas no conhecimento atual sobre os casos de infecção pelo SARS-CoV-2 e podem ser alteradas conforme novas informações sobre o vírus forem disponibilizadas.

Observação 5: O uso universal de máscaras em serviços de saúde deve ser exigido para todos os trabalhadores do serviço de saúde e por qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, independentemente das atividades realizadas. O uso de máscara cirúrgica pelos trabalhadores do serviço, como controle de fonte, é uma das medidas de prevenção para limitar a propagação de doenças respiratórias, incluindo o SARS-CoV-2. No entanto, este uso deve vir acompanhado de outras medidas igualmente relevantes, como a higiene das mãos, a distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas e a não aglomeração em áreas coletivas, locais de descanso, refeição, locais de registro de frequência, etc.

Observação 6: Ressalta-se a necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde, pois trata-se de um recurso finito e imprescindível para oferecer segurança aos profissionais durante a assistência.

Observação 7: Além de usar o EPI apropriado, todos os profissionais devem ser orientados sobre como usar, remover e descartar adequadamente os EPIs, bem como na prática correta de higiene das mãos nos momentos indicados. O EPI deve ser descartado em um recipiente de resíduo infectante, após o uso, e a higiene das mãos deve ser realizada antes de colocá-lo e de retirá-lo.

Observação 8: * Quando o paciente estiver hipersecretivo, com sangramento, vômitos ou diarreia o profissional de saúde deve usar avental impermeável.

Observação 9: ** Todos os trabalhadores da saúde e cuidadores que atuam em áreas clínicas devem utilizar máscaras cirúrgicas de modo contínuo durante toda a atividade de rotina. Indica-se realizar uma avaliação de risco e, se necessário, substituir a máscara cirúrgica pela N95/PPF2, ou equivalente, nas seguintes situações:

- Em unidades de atendimento direto a pacientes com covid-19, considerando que durante a assistência podem existir momentos com e sem risco para geração de aerossóis e, para se evitar a necessidade de o profissional ficar trocando de máscara para cada situação.
- Profissionais atuando em setores/unidades de assistência a pacientes com covid-19 suspeita ou confirmada com pouca ventilação ou com ventilação inadequada, ou seja, com pouca ou nenhuma troca de ar. A implementação de ventilação adequada do ambiente é uma medida de engenharia que, associada a outras medidas de prevenção descritas nessa nota e na nota técnica 04/2020 GVIMS/GGTES/Anvisa, previne a disseminação do SARS-CoV-2 e deve ser considerada pelos serviços.

ATENÇÃO!

Esta Nota Técnica apresenta medidas de prevenção e controle de infecções considerando um vírus novo e, portanto, essas orientações são baseadas em publicações científicas disponíveis no momento da revisão desse documento e na opinião e prática de especialistas de diversas sociedades científicas, podendo ser atualizada ao surgimento de novas evidências científicas.

É importante destacar que as CCIHs têm autonomia para determinar outras ações de prevenção e controle de IRAS, bem como adaptar as orientações contidas nessa Nota Técnica, considerando as características do serviço, dos seus pacientes e dos recursos disponíveis, de forma a melhorar a segurança do paciente e dos seus profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Operational Considerations for the Identification of Healthcare Workers and Inpatients with Suspected COVID-19 in non-US Healthcare Settings, 06 de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/guidance-identify-hcw-patients.html>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Contact-tracing-Public-health-management-persons-including-healthcare-workers-having-had-contact-with-COVID-19-cases-in-the-European-Union%E2%80%93second-update_0.pdf
3. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings. Update April 13, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
4. World Health Organization. WHO. Guidance for healthworkers. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/health-workers>
5. World Health Organization. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 91. 20 de abril de 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200420-sitrep-91-covid-9.pdf?sfvrsn=fcf0670b_4
6. Folgueira M D, Muñoz-Ruipérez C, Alonso-López M A, Delgad R. SARS-CoV-2 infection in Health Care Workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20055723v1.full.pdf>
7. World Health Organization. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
8. He X, Lau EH, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID19. Nat Med. 2020;26(5):672-5.
9. 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 Engl J Med. 2020;382(12):1177-9.

10. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):P565-74.
11. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature.* 2020;581(7809):465-9.
12. Peter E. Wu, Rima Styra and Wayne L. Gold. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers *CMAJ* 2020. doi: 10.1503/cmaj.200519; early-released April 15, 2020. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/early/2020/04/15/cmaj.200519.1.full.pdf>
13. World Health Organization. WHO. Coronavirusdisease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Interim guidance. 19 March 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health)
14. Anosmia in a healthcare worker with COVID-19 in Madrid, Spain. Ollarves-Carrero MF, Rodriguez-Morales AG, Bonilla-Aldana DK, Rodriguez-Morales AJ.
15. *Travel Med Infect Dis.* 2020 Apr 13:101666. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101666. Online ahead of print. PMID: 32298782 No abstract available.
16. Smell dysfunction: a biomarker for COVID-19. Moein ST, Hashemian SMR, Mansourafshar B, Khorram-Tousi A, Tabarsi P, Doty RL. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2020 Apr 17. doi: 10.1002/alr.22587. Online ahead of print. PMID: 32301284
17. Possible link between anosmia and COVID-19: sniffing out the truth. Marinosci A, Landis BN, Calmy A. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Apr 17. doi: 10.1007/s00405-020-05966-0. Online ahead of print. PMID: 32303881 No abstract available.
18. World Health Organization. WHO. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. 19 de março de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
19. World Health Organization. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 73. Data as reported by national authorities by 10:00 CET 2 April 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default->

20. World Health Organization. WHO. Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0

21. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Strategies to Optimize the Supply of PPE and Equipment. 3 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/index.html>

22. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings (Interim Guidance). Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>

23. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Confirmed or Suspected COVID-19 (Interim Guidance). 13 de abril de 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fhcp-return-work.html

24. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Strategies to Mitigate Healthcare Personnel Staffing Shortages. 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mitigating-staff-shortages.html>

25. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). April 15, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/yxf895xb>

27. Morawska, L.; Milton DK. It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19. Clinical Infectious Diseases, ciaa939, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939> Published: 06 July 2020

28. Roger Chou,; Tracy Dana, David I. Buckley; Shelley Selph, Rongwei Fu; and Annette M. Totten.. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in

HealthCare Workers. Living Rapid Review Ann Intern Med. 5 de maio de 2020
doi:10.7326/M20-1632

29. Gupta, A., Madhavan, M.V., Sehgal, K. et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. Nat Med 26, 1017–1032 (2020). 10 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0968-3>

30. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. 22 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

31. World Health Organization. WHO. COVID-19 Clinical management. Living guidance 25 January 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1> acessado em 31/05/2021.

32. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19. 3ª versão de 15 de março de 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Guia-de-vigila%CC%82ncia-epidemiolo%CC%81gica-da-covid_19_15.03_2021.pdf acessado em 25/06/2021

33. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Revisado em 23/02/21. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html> e acessado em: 02/06/21.

34. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Updated Healthcare Infection Prevention and Control Recommendations in Response to COVID-19 Vaccination. Revisado em 27/04/2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-after-vaccination.html#anchor_1619116662704 e acessado em: 02/06/21.

35. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to SARS-CoV-2. Revisado em 11/03/21. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assessment-hcp.html> e acessado em 02/06/21.

36. European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings Sixth. Revisado em 09/02/21. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and->

control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf e acessado em 25/06/21.

37. Andraus GS, Dias VMCH, Baena CP. Recurrence of coronavirus disease 2019 (COVID-19), future paths and challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021 May 10 : 1–3. Published online 2021 May 10. doi: 10.1017/ice.2021.226

38. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Guidance on Ending Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Revisado em 16/03/21. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html> e acessado em 25/06/21

39. Hirotsu Y, Maejima M, Shibusawa M, Nagakubo Y, Hosaka K, Amemiya K, Sueki H, Hayakawa M, Mochizuki H, Tsutsui T, Kakizaki Y, Miyashita Y, Yagi S, Kojima S, Omata M. Comparison of automated SARS-CoV-2 antigen test for COVID-19 infection with quantitative RT-PCR using 313 nasopharyngeal swabs, including from seven serially followed patients. *Int J Infect Dis.* 2020 Oct;99:397-402. doi: 10.1016/j.ijid.2020.08.029. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32800855; PMCID: PMC7422837.

40. Albert E, Torres I, Bueno F, Huntley D, Molla E, Fernández-Fuentes MÁ, Martínez M, Poujois S, Forqué L, Valdivia A, Solano de la Asunción C, Ferrer J, Colomina J, Navarro D. Field evaluation of a rapid antigen test (Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test Device) for COVID-19 diagnosis in primary healthcare centres. *Clin Microbiol Infect.* 2021 Mar;27(3):472.e7-472.e10. doi: 10.1016/j.cmi.2020.11.004. Epub 2020 Nov 13. PMID: 33189872; PMCID: PMC7662075.

41. Fenollar F, Bouam A, Ballouche M, Fuster L, Prudent E, Colson P, Tissot-Dupont H, Million M, Drancourt M, Raoult D, Fournier PE. Evaluation of the Panbio COVID-19 Rapid Antigen Detection Test Device for the Screening of Patients with COVID-19. *J*

42. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Guidance on Testing Healthcare Personnel for SARS-CoV-2. Revisado em 16/02/21. Disponível em: Interim Guidance on Testing Healthcare Personnel for SARS-CoV-2 | CDC e acessado em 15/07/21

43. *Clin Microbiol.* 2021 Jan 21;59(2):e02589-20. doi: 10.1128/JCM.02589-20. PMID: 33139420; PMCID: PMC8111145.

44. World Health Organization. WHO. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance 11 September 2020. Disponível em: Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays (who.int) acessado em: 15/07/21

- 45.** World Health Organization. WHO. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Interim guidance 12 July 2021 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1> Acessado em: 20/07/21
- 46.** Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, Skolimowska K, et al. Bacterial and Fungal Coinfection in Individuals With Coronavirus: A Rapid Review To Support COVID-19 Antimicrobial Prescribing. Clin Infect Dis. 2020 Dec 3;71(9):2459-2468. doi: 10.1093/cid/ciaa530.
- 47.** Ministério da Saúde. PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19. 5ª edição. Março/2021, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>
- 48.** Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Science Brief: COVID-19 Vaccines and Vaccination. 72/03/21. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/fully-vaccinated-people.html#ref23> Acessado em 15/07/21
- 49.** World Health Organization. WHO. COVID-19 vaccines. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>. Acessado em 06/07/21.
- 50.** World Health Organization. WHO. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. World Health Organization, 2016.
- 51.** Hall VJ, Foulkes S, Saei A, Andrews N, Oguni B, et al. COVID-19 vaccine coverage in health-care workers in England and effectiveness of BNT162b2 mRNA vaccine against infection (SIREN): a prospective, multicentre, cohort study. The Lancet. Vol 397 May 8, 2021
- 52.** Lumley SF, Rodger G, Constantinides B, Sanderson N, Chau KK, et al. An observational cohort study on the incidence of SARS-CoV-2 infection and B.1.1.7 variant infection in healthcare workers by antibody and vaccination status. Preprint from medRxiv, 12 Mar 2021 DOI: 10.1101/2021.03.09.21253218
- 53.** Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Return to Work Criteria for Healthcare Personnel with SARS-CoV-2 Infection (Interim Guidance). Updated June 2, 2021. Disponível em: Return-to-Work Criteria for Healthcare Workers | CDC Acessado em 06/07/21
- 54.** Cantón R, Gijón D, Ruiz-Garbajosa P. Antimicrobial resistance in ICUs: an update in the light of the COVID-19 pandemic. Curr Opin Crit Care. 2020 Oct;26(5):433-441. doi: 10.1097/MCC.0000000000000755.

- 55.** Rawson T, Ming D, Ahmad R, Moore LSP, Holmes AH. Antimicrobial use, drug-resistant infections and COVID-19. *Nat Rev Microbiol* 2020 Aug;18(8):409-410. doi: 10.1038/s41579-020-0395-y.
- 56.** Lucien MAB, Canarie MF, Kilgore PE, Jean-Denis G, Fénélon N. Antibiotics and antimicrobial resistance in the COVID-19 era: Perspective from resource-limited settings. PMID: 33434666 PMCID: PMC7796801 DOI: 10.1016/j.ijid.2020.12.087
- 57.** Monnet DL, Harbarth S. Will coronavirus disease (COVID-19) have an impact on antimicrobial resistance? *Euro Surveill.* 2020;25(45):pii=2001886. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.45.2001886>
- 58.** Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, et al. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID19: a living rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Dec;26(12):1622-1629. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.016. Epub 2020 Jul 22.
- 59.** Lansbury L, Lim B, Baskarana V, Lim WS. Co-infections in people with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. PMID: 32473235 PMCID: PMC7255350 DOI: 10.1016/j.jinf.2020.05.046
- 60.** Bardi T, Pintado V, Gomez-Rojo M, Escudero-Sanches R, Lopez AA, Diez-Remesal Y, et al. Nosocomial infections associated to COVID-19 in the intensive care unit: clinical characteristics and outcome. PMID: 33389263 PMCID: PMC7778834 DOI: 10.1007/s10096-020-04142-w
- 61.** Clancy CJ, Buehrle DJ, Nguyen MH. PRO: The COVID-19 pandemic will result in increased antimicrobial resistance rates. *JAC Antimicrob Resist.* 2020 Sep; 2(3): dlaa049. Published online 2020 Jul 17. doi: 10.1093/jacamr/dlaa049
- 62.** Wee LEI, Conceicao EP, Tan JY, Magesparan KD, Amin, IBM, Ismail BBS, Toh HX, et al. Unintended consequences of infection prevention and control measures during COVID-19 pandemic
- 63.** Bentivegna E, Luciani M, Arcari L, Santino I, Simmaco M, Maratelletti P. Reduction of Multidrug-Resistant (MDR) Bacterial Infections during the COVID-19 Pandemic: A Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 23;18(3):1003. doi: 10.3390/ijerph18031003.
- 64.** Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275723807>. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53938/9789275723807_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 65.** Roteiro para melhorar e garantir a boa ventilação de ambientes fechados no contexto da doença causada pelo novo coronavírus, COVID-19. Brasília, D.F.:

Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://doi.org/10.37774/9789275723807>. Disponível em:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53938>

66. Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Scientific Brief: SARS-CoV-2 transmission. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>

67. Jansen L, Tegomoh B, Lange K, et al. Investigation of a SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron) Variant Cluster — Nebraska, November–December 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021;70:1782–1784. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm705152e3>

68. World Health Organization. WHO. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. 6/10/2021. Disponível em: <https://www.who.int/multi-media/details/use-of-antigen-detection-rapid-diagnostic-testing> Acessado em: 15/01/2022

69. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. 2020. Disponível em: <https://tinyurl.com/yxf895xb> (e suas atualizações).