



NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020

ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE: MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE QUE DEVEM SER ADOTADAS DURANTE A ASSISTÊNCIA AOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19: atualizada em 31/03/2023

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

Publicada em 30 de janeiro de 2020

Atualização 1: 17 de fevereiro de 2020

Atualização 2: 21 de março de 2020

Atualização 3: 31 de março de 2020

Atualização 4: 08 de maio de 2020

Atualização 5: 27 de outubro de 2020

Atualização 6: 25 de fevereiro de 2021

Atualização 7: 09 de setembro de 2021

Atualização 8: 09 de março de 2022

Atualização 9: 08 de setembro de 2022

Atualização 10: 31 de março de 2023

Brasília, 31 de março de 2023

Diretor-Presidente

Antônio Barra Torres

Chefe de Gabinete

Karin Schuck Hemesath Mendes

Diretores

Alex Machado Campos
Antônio Barra Torres
Meiruze Sousa Freitas
Romison Rodrigues Mota

Terceira Diretoria

Alex Machado Campos

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTS

Giselle Silva Pereira Calais

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
Suzie Marie Gomes

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

Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)

Revisores Anvisa

Marcelo Cavalcante de Oliveira – GRECS/GGTES/ANVISA
Letícia Lopes Quirino Pantoja – GRECS/GGTES/ANVISA

Revisores externos da versão: 31/03/2023

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

Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)
Dra. Débora Otero Brito Passos Pinheiro
Dra. Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Dra. Priscila Rosalba Domingos de Oliveira
Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros
Dr. Luis Fernando Waib

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

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

Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) / Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (DIMU) / Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)

Dra. Marcela Santos Correa da Costa (CGVDI/DIMU/SVSA/MS)
Dra. Jaqueline de Araujo Schwartz (CGVDI/DIMU/SVSA/MS)
Dra. Greice Madeleine Ikeda do Carmo (CGVDI/DIMU/SVSA/MS)
Dra. Elena de Carvalho Cremm Prendergast (CGVDI/DIMU/SVSA/MS)
Dr. Eder Gatti (DIMU/SVSA/MS)

Ministério da Saúde: Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/MS)

Paulo Henrique Santos Andrade
Rodrigo Silvério de Oliveira Santos
Roberta Souza Freitas

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO)

Dr. Alexandre Ferreira Oliveira

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)

Dra. Raquel Silveira Bello Stucchi

Odontologia

Associação de Medicina Intensiva do Distrito Federal (AMIB- DF)

Dra. Celi Novaes Vieira

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

Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Dra. Priscila Rosalba Domingos de Oliveira

Ministério da Saúde: Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB/MS)

Dra. Ana Beatriz de Souza Paes
Dra. Flávia Santos Oliveira de Paula
Dra. Laura Cristina Martins de Souza
Dra. Mariana das Neves Sant'Anna Tunala
Dr. Renato Taqueo Placeres Ishigame
Dra. Sandra Cecília Aires Cartaxo
Dra. Sumaia Cristine Coser
Dr. Wellington Mendes Carvalho
Dra. Élem Cristina Cruz Sampaio

Universidade Federal de Goiás-UFG

Dr. Diego Antônio Costa Arantes

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Dr. Fábio Barbosa de Souza

Revisores Externos de versões anteriores dessa Nota Técnica

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. Lucianna Auxi Teixeira Josino da Costa (Regional ACECIH)
Dra. Denise Brandão (especialista convidada)
Dra. Débora Otero Britto Passos Pinheiro

Sociedade Brasileira de Infecção (SBI)

Dr. Alberto Chebabo (Presidente) Dr.
Clóvis Arns da Cunha
Dra. Priscila Rosalba Domingos de Oliveira
Dr. Luis Fernando Waib
Dra. Cláudia Maio Carrilho
Dr. Jaime Luis Lopes Rocha
Dra. Lessandra Michelin
Dra. Maura Salaroli de Oliveira
Dr. Leonardo Weissmann
Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros
Dr. Rodrigo Schrage Lins

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

Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)

Dr. Irma de Godoy (presidente) Dr.
José Tadeu Colares Monteiro Dra.
Rosemeri Maurici
Dr. Ricardo Martins

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Dra. Suzana Margareth Ajeje Lobo (Presidente) Dra.
Mirella Cristine de Oliveira

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

Dra. Luciana Silva (Presidente) Dr.
Marco Aurélio P. Sáfiadi
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 (Diretor de Relações Institucionais)
Dr. Héber Salvador (Presidente)
Dr. Reitan Ribeiro (Secretário Geral)

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 Nefrologia (SBN)

Dr. Osvaldo Meregue Vieira Neto (Presidente) Dr.
José A. Moura Neto

Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT/DSAST/SVS/MS)

Dr. Guiliherme Chervenski Figueira
Dr. Rafael Junqueira Buralli
Dra. Flávia Nogueira e Ferreira de Souza

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI/DEIDT/SVS/MS)/ Coordenação-Geral de Vigilância das Síndromes Gripais (CGGRIPE)

Dra. Marcela Santos Correa da Costa
Dra. Jaqueline de Araujo Schwartz
Dra. Greice Madeleine Ikeda do Carmo
Dra. Ludmila Macêdo Naud
Dr. Plínio Tadeu Istilli
Dr. Luiz Henrique Arroyo

Coordenação-Geral de Normatização da Subsecretaria de Inspeção do Trabalho (CGNOR/SIT)

Carlos Eduardo Ferreira Domingues

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Dr. Carlos André Uehara (Presidente)
Dr. Renato Gorga Bandeira de Mello (Diretor Científico)

Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED)

Dr. Jairo Silva Alves (Presidente)

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial

Dr. Carlos Eduardo Ferreira (Presidente)

Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)

Dr. Helio Pena (Presidente)
Dra. Maria Aparecida Braga

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.
Cláudia 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. Nirley Marques de Castro Borges Dra.
Rosana Maria Rangel dos Santos Dra.
Tatyana Costa Amorim Ramos
Dra. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias Dra.
Zilah Cândida Pereira das Neves

Odontologia: Elaboração e revisão

Dra. Celi Novaes Vieira - Associação de Medicina Intensiva do Distrito Federal (AMIB-DF)
Dra. Carina Veiga Jardim - AMIB-DF
Dra. Renata Monteiro de Paula - AMIB-DF
Dra. Camila de Freitas - Sociedade de Terapia Intensiva de Goiás (SOTIEGO)
Dr. João Paulo Pinto - Associação Brasileira de Halitose (ABHA)
Dr. Helderjan de Souza Mendes - Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI)
Dra. Luana C. Diniz Souza - Sociedade de Terapia Intensiva do Maranhão (SOTIMA)
Dra. Milena Amalia Tonissi - Superior Tribunal de Justiça (STJ)

Associação Brasileira de Odontologia (ABO)

Dr. Paulo Murilo Oliveira da Fontoura (Presidenteda ABO Nacional)

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Dra. Alessandra Figueiredo de Souza - Presidente do Departamento Nacional de Odontologia AMIB

Conselho Federal de Odontologia (CFO)

Dr. Juliano do Vale

Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (CGSB/MS)

Dra. Rogéria Cristina Calastro de Azevêdo
Dra. Ana Beatriz de Souza Paes
Dra. Flávia Santos Oliveira de Paula Dra. Laura Cristina Martins de Souza
Dra. Mariana das Neves Sant'Anna Tunala
Dr. Renato Taqueo Placeres Ishigame
Dra. Sandra Cecília Aires Cartaxo
Dra. Sumaia Cristine Coser
Dr. Wellington Mendes Carvalho
Dra. Èlem Cristina Cruz Sampaio
Dra. Rogéria Cristina Calastro de Azevêdo

Universidade Federal de Goiás-UFG

Dra. Anaclara Ferreira Veiga Tipple Dr. Diego Antônio Costa Arantes
Dra. Enilza Maria Mendonça de Paiva

Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

Dr. Fábio de Souza

Universidade Paulista (UNIP) – Campus Goiânia

Dra. Camila Fonseca Alvarenga

Vigilância Sanitária Municipal de Goiânia-GO

Dra. Carla Bianca Fagundes Mendonça

Universidade Estadual de Campinas, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher -CAISM-UNICAMP-SP)

Dr. Jamil Pedro de Siqueira Caldas

Grupo Técnico de Pediatria da Anvisa

Dra. Bellisa Caldas Lopes
Dr. Bruno de Melo Tavares
Dra. Jaqueline Dario Capobianco
Dra. Fabiana Silva Vasques
Dra. Karina Peron
Dr. Marcelo Otsuka
Dra. Mariana Volpe Arnoni
Dra. Raquel Bauer Cechinel
Dra. Rosana Maria Rangel dos Santos
Dra. Rubiane Gouveia de Souza e Silva
Dra. Suzana Ferraz

Grupo Técnico de Neonatologia da Anvisa

Dra. Ana Paula Gomes Alcântara Villa Nova
Dra. Camila de Almeida Silva
Dr. Guilherme Augusto Armond
Dra. Irma Carla do Rosário Souza Carneiro
Dra. Rosana Maria Rangel dos Santos
Dra. Rosana Richtmann
Dra. Roseli Calil
Dra. Suzana Vieira da Cunha Ferraz
Dra. Raquel Bauer Cechinel

Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)

Dr. Luiz Carlos Von Bahten (Presidente Nacional)
Dr. Pedro Éder Portari Filho (Vice-Presidente Nacional)
Dr. Leonardo Emílio da Silva (Presidente da Comissão de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC)
Dr. Flávio Daniel Saavedra Tomasich (Presidente da Comissão de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC)
Dr. Rodrigo Felipe Ramos (Diretor de Publicações do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC)

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO)

Dr. Alexandre Ferreira Oliveira (Presidente)
Dr. Héber Salvador de Castro Ribeiro (Vice-Presidente)
Dr. Reitan Ribeiro (Diretor científico)

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Dr. Glaydson Gomes Godinho (Presidente)
Dr. Carlos Ernesto Ferreira Starling (Representante da Comissão de Infecção da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT)

Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA)

Dr. Rogean Rodrigues Nunes - Diretor Presidente
Dr. Luis Antonio dos Santos Diego - Dir. Defesa Profissional da SBA

Revisores

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

Dr. Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias (Presidente)
Dr. Marcelo Carneiro
Dra. Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal
Dra. Mirian de Freitas Dal Ben Corradi
Dra. Lucianna Auxi Teixeira Josino da Costa (Regional ACECIH)
Dra. Denise Brandão (especialista convidada)

Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Dr. Clóvis Arns da Cunha
Dra. Priscila Rosalba Domingos de Oliveira
Dr. Luis Fernando Waib
Dra. Cláudia Maio Carrilho
Dr. Jaime Luis Lopes Rocha
Dra. Lessandra Michelin
Dr. Eduardo Alexandrino Servolo de Medeiros
Dr. Leonardo Weissman
Dra. Maura Salaroli de Oliveira

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

Dra. Luciana Silva (Presidente)
Dr. Marco Aurélio P. Sáfiadi
Dr. Renato Kfour

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/SVS/MS)

Rafael Junqueira Buralli
Guillierme Chervenski Figueira

Sociedade Brasileira Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT)

Dr. Tercio de Campos (Presidente)

SUMÁRIO

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DESTA VERSÃO	8
INTRODUÇÃO	9
NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2)	10
Como o SARS-CoV-2 é transmitido.....	10
Tipos de Transmissão.....	11
2. Transmissão sintomática.....	11
3. Transmissão assintomática	12
Período de incubação e características clínicas.....	12
Variantes do SARS-CoV-2, reinfeção, vacinação, condições pós-covid-19 e medidas de prevenção	15
Reinfeção.....	17
Vacinação.....	17
Condições pós-covid-19.....	18
Medidas de prevenção considerando cenário de vacinação e variantes de preocupação do SARS-CoV-2	19
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
1. Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados.....	23
2. Todos os serviços de saúde: na chegada, na triagem, na espera, no atendimento e durante toda a assistência prestada.....	25
PRECAUÇÕES A SEREM ADOTADAS POR TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE covid-19.....	30
1. ISOLAMENTO	33
Implementação de coortes.....	33
Covid-19 e Influenza.....	35
Outras orientações para o quarto de isolamento ou área de coorte	35
Duração das precauções e isolamento	36
Definições operacionais para fins de retirada de pacientes de Precauções adicionais Isolamento no contexto da covid-19: PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADULTOS.....	38
Critérios que devem ser seguidos para descontinuar precauções adicionais e isolamento em pacientes com covid-19 confirmada em indivíduos hospitalizados:	39
Estratégias para a suspensão das medidas de precauções adicionais e retirada de isolamento: RECÉM-NASCIDOS (0-28 DIAS DE NASCIMENTO)	42
Quadro 1: Recomendação de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo coronavírus(SARS-CoV-2) em serviços de saúde.....	49

2. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	58
MÁSCARA CIRÚRGICA.....	58
MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADOR PARTICULADO – MÁSCARA N95/PFF2 OU EQUIVALENTE)	59
LUVAS	61
ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR DE FACE (FACE SHIELD).....	64
CAPOTE OU AVENTAL	64
GORRO.....	65
3. HIGIENE DAS MÃOS	66
HIGIENE DAS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO	67
HIGIENE DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA	68
4. CAPACITAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E HIGIENE DAS MÃOS	70
5. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	69
6. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	70
7. PROCESSAMENTO DE ROUPAS.....	72
8. TRATAMENTO DE RESÍDUOS.....	73
9. COMUNICAÇÃO.....	74
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) que atendem pacientes com covid-19	81
ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE	85
ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA, EXAMES DE IMAGEM E ANESTESIOLOGIA	93
ANEXO 4 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) - COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.....	98
ANEXO 5 - CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE.....	112
ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DO SARS-CoV-2 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	118
1. PREPARAÇÃO PARA A CRISE: PLANO DE CONTINGÊNCIA.....	118
2. VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	119
2.1 Vigilância de pacientes, acompanhantes e visitantes	122
2.2 Vigilância dos profissionais do serviço de saúde	125
2.3 Rastreamento de contatos dentro do serviço de saúde	132
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	
140	
4. AÇÕES VOLTADAS PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	148

5	AÇÕES VOLTADAS À PREVENÇÃO DE IRAS E DISSEMINAÇÃO DA RESISTÊNCIA MICROBIANA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19	149
6	CONTROLE DA EXPOSIÇÃO A FONTES DE INFECÇÃO	151
	1. Minimização da chance de exposições	151
	1.1 Controle de Fonte	152
	1.2 Gerenciar o acesso e a circulação dos acompanhantes e visitantes dentro dos serviços de saúde	154
	2. Implementação de controles de engenharia e medidas administrativas	155
	a. Medidas de engenharia: Ventilação dos ambientes	156
	b. Outras medidas de engenharia	156
7	ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR O FORNECIMENTO E O USO DE EPI	160
	1. Educação e monitoramento	160
	2. Utilização racional de EPI	161
	REFERÊNCIAS	163
	ANEXO 7 - ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (antiga NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020)	170
	INTRODUÇÃO	170
	I - PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA	170
	II. PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES	173
	III. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ORIENTAÇÕES GERAIS	175
	IV. MEDIDAS A SEREM ADOTADAS NO AMBIENTE CIRÚRGICO	177
	V. PROCEDIMENTOS LAPAROSCÓPICOS EM PACIENTES SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19	180
	V. CIRURGIAS E VACINAS	182
	REFERÊNCIAS	183

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DESTA VERSÃO DA NOTA TÉCNICA

As principais alterações desta versão da Nota técnica 04/2020 (31/03/2023) estão descritas abaixo:

ASSUNTO	ALTERAÇÃO
Introdução	Atualização de dados sobre a pandemia da covid-19.
Todos os serviços de saúde: na chegada, na triagem, na espera, no atendimento e durante toda a assistência prestada.	Alteração da recomendação para uso de máscara por pacientes nos serviços de saúde: <ol style="list-style-type: none"> 1. Continua a recomendação para uso de máscara por: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes suspeitos/confirmados de covid-19 e seus acompanhantes. • Pacientes que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19. 2. Não é obrigatório o uso de máscaras em serviços de saúde por: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sem sintomas respiratórios, mas eles podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais.
<ul style="list-style-type: none"> • Quadro 1: Recomendação de medidas a serem implementadas para a prevenção e o controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde. • Em todo o texto da Nota técnica 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações considerando que não há mais a recomendação para uso universal de máscaras dentro de todos os setores/unidades dos serviços de saúde. A recomendação de uso de máscaras foi reservada para pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 e seus acompanhantes, pacientes que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19; para profissionais do serviço de saúde, visitantes, acompanhantes, etc, em áreas de internação de pacientes, por profissionais que fazem a triagem de pacientes e por profissionais no contexto das medidas de precaução padrão + específicas a depender da doença do paciente. • Padronização do termo etiqueta respiratória em vez de higiene respiratória/etiqueta da tosse, para harmonizar termos com o Guia de Vigilância Epidemiológica da covid-19.
Quanto aos aventais ou capotes	Foi excluída a gramatura mínima recomendada para aventais ou capotes, e referenciada a norma ABNT NBR 16693:2022.
ANEXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) que atendem pacientes com covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Foi dado destaque no nome do anexo para o fato de que se refere a UTIs que atendem pacientes com covid-19. • Foram excluídas algumas recomendações que não se aplicam atualmente, como a de que preferencialmente, os pratos, copos e talheres devem ser descartáveis, visto que o SARS-CoV-2 é susceptível à desinfecção química e também pelo calor.
ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE	Atualizadas recomendações sobre uso de máscara. Nos serviços de diálise de pacientes ambulatoriais, a máscara deve ser usada por profissionais, sempre que houver necessidade, considerando as precauções padrão e as precauções específicas. Pacientes com sintomas respiratórios devem ser orientados a utilizar máscara durante todo o período em que permanecer nas dependências do serviço.
ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA, EXAMES DE IMAGEM E ANESTESIOLOGIA	Atualizações sobre as recomendações quanto ao uso de máscara facial.
ANEXO 4 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) - covid-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizadas recomendações do EPI: excluída a gramatura mínima recomendada para aventais ou capotes, com referência à norma ABNT NBR 16693:2022. • Atualização quanto ao período de quarentena, segundo orientações da Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS.
ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DO SARS-CoV-2 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento quanto às recomendações para uso de máscaras nos serviços de saúde em relação ao restante da Nota Técnica. • Reforço para que todos os hospitais do país, notifiquem mensalmente todos os casos de IRAS covid-19 (covid-19 adquirida dentro do hospital) no formulário eletrônico da Anvisa, até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigilância. A notificação nacional por esse formulário eletrônico continua obrigatória.
ANEXO 7 - ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (antiga: NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão da Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa 06/2020 (procedimentos cirúrgicos) como anexo da Nota técnica 04/2020. • Exclusão de recomendações sobre a priorização de cirurgias. • Alteração nas recomendações quanto aos EPIs a serem utilizados no centro cirúrgico • Alinhamento quanto ao uso de máscaras nos serviços de saúde.

ATENÇÃO: As alterações desta nova versão da Nota Técnica (31/03/2023) estão destacadas pela cor cinza ao longo do texto.

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 pode ser considerada uma importante emergência de saúde pública global. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) já causou a infecção e óbito de milhões de pessoas no mundo desde sua primeira identificação 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. O Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. A taxa de letalidade da doença em nosso país foi de 1,9% e os dados de registros de casos e óbitos estão disponíveis no site do Ministério da Saúde do Brasil: <https://covid.saude.gov.br/>.

Até o momento, com o advento da vacinação contra a covid-19, foi notória a redução dos casos de infecção, das hospitalizações e da letalidade associada à doença.

Considerando a área de abrangência da nossa Gerência, os serviços de saúde, destacamos a importância de que, mesmo com a vacinação de profissionais e da população em geral, as medidas de prevenção e controle de infecção precisam continuar sendo intensificadas pelos profissionais para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão desse vírus e a disseminação de outros microrganismos durante a assistência à saúde em todos os serviços do país. A segurança do paciente e dos profissionais de saúde deve permanecer como prioridade, junto com a busca pela qualidade no cuidado prestado aos pacientes. Além disso, a gestão de estoques de produtos, medicamentos, dentre outros, precisa continuar como uma real necessidade de forma a prever e contornar o possível desabastecimento de insumos em situações de mudança do perfil epidemiológico da região ou do serviço de saúde, garantindo a continuidade da assistência para toda a população de forma efetiva e segura.

Nesta Nota Técnica serão abordadas orientações para os serviços de saúde quanto às medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de covid-19 e para prevenir a disseminação da doença dentro do serviço de saúde, segundo as evidências disponíveis, até o momento da publicação dessa revisão. Essas orientações podem ser refinadas e atualizadas à medida que outras informações científicas estiverem disponíveis, ou caso haja modificação do perfil epidemiológico dos casos de covid-19 no Brasil.

Dessa forma, estas são orientações mínimas, baseadas no que já sabemos sobre a forma de transmissão da doença e demais riscos atribuídos a covid-19, que devem ser seguidas por todos os serviços de saúde do país; no entanto, gestores e profissionais de saúde podem determinar ações de prevenção e controle mais rigorosas que as definidas por este documento, baseando-se em uma avaliação caso a caso, de

acordo com os recursos disponíveis e o cenário epidemiológico local.

CORONAVÍRUS: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)

O SARS-CoV-2 é um vírus identificado como a causa de um surto de doença respiratória, detectado pela primeira vez em Wuhan – China, em dezembro de 2019. Muitos pacientes no início do surto em Wuhan tinham algum vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, sugerindo a disseminação de animais para pessoas. No entanto, um número crescente de pacientes supostamente não teve exposição ao mercado de animais, indicando a ocorrência de disseminação de pessoa para pessoa. Atualmente, já está bem definido que esse vírus possui uma alta e sustentada transmissibilidade entre as pessoas.

Como o SARS-CoV-2 é transmitido

As evidências demonstram que o SARS-CoV-2 se dissemina 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, espirro, canto ou respiração. Essas partículas podem ser de tamanhos diferentes, variando de "gotículas respiratórias" (partículas maiores) a "aerossóis" (partículas menores). Sendo que, desde 2021, a transmissão por aerossóis já era reconhecida como de alto risco em situações que podem gerar essas partículas em ambientes hospitalares, como, por exemplo, durante a manipulação direta das vias aéreas, intubação e extubação de pacientes, em procedimentos de aspiração, etc. Assim, trabalhadores dos serviços de saúde estão sob alto risco para contaminação. Além disso, segundo alguns estudos, em ambientes fechados com ventilação ou tratamento de ar inadequados, 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 demonstram que, quando os procedimentos de limpeza e desinfecção e outras medidas de precaução padrão são aplicadas, é improvável que ocorra a contaminação ambiental que leva à transmissão por contato com superfícies contaminadas (conhecidas como fômites), reforçando a importância destas práticas em todos os serviços de saúde e por todos os profissionais de saúde.

Quanto à 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 o 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 possam transmitir o vírus antes que sintomas significativos se desenvolvam.

É importante reconhecer que a transmissão pré-sintomática também exige que o vírus se dissemine por meio de gotículas infecciosas, aerossóis (em situações especiais) 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 concentração é mais alta no trato respiratório superior (nariz e garganta), principalmente nos primeiros dias da doença. Evidências mostram ainda que há significativa redução da transmissão viral após 10 dias do início dos sintomas.

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 desenvolveu 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, ou seja, o 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 (VOC) Ômicron pode ser mais curto, em média de 3 a 6 dias (Wu et al, 2022).

O reconhecimento precoce e o diagnóstico rápido de infectados e contactantes são essenciais para impedir a transmissão e prover cuidados de suporte em tempo hábil. O quadro clínico inicial mais comum da doença é caracterizado como uma síndrome gripal, na qual o paciente pode apresentar febre e/ou sintomas respiratórios (por exemplo, dor de garganta, coriza, espirros, tosse). Entretanto, outras manifestações podem ocorrer, principalmente relacionadas a sintomas gastrointestinais e a perda do paladar e do olfato. O diagnóstico pode ocorrer a partir da avaliação clínica-epidemiológica; ou laboratorial, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. 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 critérios estabelecidos, acompanhando-se as novas descobertas científicas.

No momento atual, os sinais e sintomas mais comuns da covid-19 incluem febre, dor de garganta e tosse. No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos podem incluir:

- Dor de cabeça (cefaleia);
- Calafrios;
- 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, confusão mental ou apresentar quedas da própria altura.

Outras **manifestações clínicas extrapulmonares** podem estar associadas à infecção por SARS-CoV-2, incluindo:

- 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. Ademais, é importante destacar que os sintomas podem ser atenuados em pessoas vacinadas e exacerbados em indivíduos imunocomprometidos.

Dados preliminares evidenciam ainda que a VOC Ômicron, apesar de apresentar maior transmissibilidade, tem uma replicação mais lenta no pulmão. Este fato, somado à vacinação da população em geral, pode justificar menor risco de hospitalização e da evolução para formas graves quando comparado às outras variantes. Estudos recentes também sugerem que a Ômicron está mais associada com sintomas de via aérea superior, como dor de garganta, e menos à perda do olfato e do paladar.

Em relação às crianças, apesar da maioria 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, doença 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 quadrogastrointestinal, 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 ocorre em até 6% dos pacientes pediátricos. Entre as formas graves da covid-19 já foi reportado em vários países, inclusive no Brasil, os casos de SIM-P, caracterizada pela presença de febre há mais de 3 dias, além de acometimento de dois ou mais sistemas, incluindo evidência de coagulopatia, alterações cutâneo 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 provavelmente imuno-mediado, que ocorre em média 2 a 6 semanas após infecção pelo Sars-CoV-2.

Orientações detalhadas sobre a definição de caso, características da doença, bem como 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”** (disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view), na Nota Técnica N° 14/2022 - CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS de 27/10/2022

(disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-Atualizacoes-ve-covid-19.pdf), na Nota Técnica N°6/2023 - CGVDI/DIMU/SVS/MS (disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-6-2023-cgvdi-dimu-svsa-ms/view>) e nos outros documentos técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, disponíveis no link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/capacitacao> e suas atualizações.

Variantes do SARS-CoV-2, reinfecção, vacinação, condições pós-covid-19 e medidas de prevenção

Variantes do SARS-CoV-2

O SARS-CoV-2, assim como outros vírus, possuem a tendência de se transformar constantemente por meio de mutações, que são eventos naturais e esperados dentro da evolução de um vírus. Desta forma, novas variantes tendem a surgir com o passar do tempo e algumas mutações ou combinações de mutações podem conferir vantagem seletiva ao vírus, relacionadas à transmissibilidade, gravidade da doença ou ao desempenho de vacinas, medicamentos, produtos para diagnóstico ou outras medidas de saúde pública e sociais.

A OMS tem monitorado e avaliado a evolução do SARS-CoV-2 e, no final de 2020, foi descrito o surgimento de variantes que representavam um risco maior para a saúde pública global, o que deflagrou a caracterização de Variantes de Interesse (VOI) e Variantes de Preocupação (VOC) específicas, a fim de priorizar o monitoramento e a pesquisa global e, em última análise, informar a resposta em andamento à pandemia da covid-19.

Uma variante de preocupação é uma variante de interesse que demonstrou estar associada a uma ou mais das seguintes alterações, em um grau de significância para a saúde pública: alteração na epidemiologia da covid-19, causando impacto substancial na capacidade dos sistemas de saúde em fornecer atendimento a pacientes com covid-19 ou outras doenças; alteração prejudicial na gravidade clínica da doença; redução significativa da eficácia das vacinas disponíveis em proteger contra doença grave.

Em setembro de 2022, a variante de preocupação dominante em circulação global foi a Ômicron, que apresenta um alto número de mutações, algumas das quais provavelmente estariam associadas ao potencial de escapar do sistema imune e maior transmissibilidade.

É composta por várias linhagens, sendo que, entre maio e junho de 2022, as linhagens BA.2 e

BA.2.12.1 declinaram globalmente de 30% para 20%, e de 18% para 11%, respectivamente, enquanto BA.4 e BA.5 aumentaram sua ocorrência de 9% para 12% e 28% para 43%, respectivamente (WHO, Edition 98, published 29 June 2022). Naquela ocasião, dados do *European Centre for Disease for Prevention and Control* (ECDC) relataram que BA.4 e BA.5 tornaram-se as linhagens dominantes em 7 dentre 10 países. Quando comparadas com BA.1 e BA.2, os casos BA.4 e BA.5 mostraram taxas de hospitalização similares, bem como gravidade da doença. No entanto, quando comparada a variante Delta com as linhagens Omicron, estas últimas apresentavam menor índice de hospitalização e gravidade. Ainda, análise restrita ao período de prevalência das linhagens BA.4 e BA.5 demonstraram que infecção prévia e administração de três doses de vacina contra covid-19 representaram fatores protetores relacionados ao curso grave da infecção e hospitalização (Public Health Ontario, 2022). No Brasil, desde junho de 2022, temos a circulação da BA.4 e BA.5 em diversas regiões do Brasil.

Além disso, novas linhagens da Ômicron continuam sendo identificadas em diversos locais do mundo, como as variantes BQ.1 e XBB. Essas variantes têm apresentado capacidade maior de escapar da proteção das vacinas existentes. Em outros países que registraram ondas associadas à essa subvariante, contudo, a alta do número de infecções não foi acompanhada de um aumento significativo de hospitalizações e mortes, cenário que também é esperado no Brasil. A variante BQ.1.1 já foi identificada nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Pernambuco, Rio de Janeiro e em outros estados do país. A subvariante BE.9, uma evolução da linhagem BA.5. da variante Ômicron, foi isolada em novembro/2022 no Amazonas, mas sem relação com aumento de casos graves da doença na região. Em fevereiro de 2023, as três linhagens da Ômicron de maior proporção são a XBB, a BA.5 e a BQ.1. A vigilância genômica e o estudo do sequenciamento do SARS-CoV-2 é essencial para a análise da evolução do vírus e suas implicações.

Ressaltamos que as medidas de prevenção descritas nessa Nota Técnica continuam sendo efetivas na prevenção e no controle do SARS-CoV-2, incluindo a variante Ômicron.

Outras informações sobre as variantes do SARS-CoV-2 estão disponíveis do site da OMS: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>, 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/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view) e suas atualizações, e em outras publicações técnicas.

Demais informações sobre as análises epidemiológicas da covid-19 estão disponíveis nos Boletins

Reinfecção

A reinfecção é um tema que vem sendo discutido desde o início da pandemia da covid-19 e pode ser a consequência de uma imunidade protetora limitada e transitória, induzida pela primeira infecção, ou pode refletir a capacidade do vírus de reinfetar, ao evitar as respostas imunológicas anteriores. Desta forma, ainda não está bem descrito o mecanismo específico pelo qual uma infecção por SARS-CoV-2 confere proteção para uma reinfecção subsequente.

Evidências disponíveis sugerem que a maioria dos adultos recuperados teria um grau de imunidade após o diagnóstico inicial de covid-19 confirmado em laboratório. No entanto, é importante destacar que casos de reinfecção em tempo menor de 90 dias tem sido descritos com as variantes mais recentes (Roskosky M, 2022).

Por isso, a vacinação deve ser realizada mesmo nos indivíduos que já tiveram a infecção, independentemente do tempo (após 30 dias da infecção ou em outro período definido pelo Ministério da Saúde).

Vacinação

A vacinação protege o indivíduo da ocorrência de infecção ou da ocorrência da forma grave da infecção. No entanto, esta proteção não é absoluta, o que significa que pessoas vacinadas podem ser infectadas e estudos mais recentes relatam eficácia reduzida de vacinas covid-19 na proteção contra a infecção por novas variantes de preocupação do SARS-CoV-2.

Dados sobre a eficácia das vacinas continuam sendo coletados. Enquanto isso, é preciso continuar fazendo todo o possível para impedir a disseminação do vírus dentro dos serviços de saúde, a fim de prevenir mutações que possam reduzir o desempenho das vacinas existentes. Isso significa continuar adotando as medidas de prevenção descritas nessa Nota Técnica, mesmo após ser vacinado, e a necessidade urgente de se aumentar a cobertura vacinal da população, garantindo doses de reforço, especialmente para grupos prioritários, como indivíduos com comorbidades e trabalhadores essenciais

mais expostos, como aqueles que atuam diretamente na assistência dentro dos serviços de saúde.

Por fim, destacamos que a vacinação tem se mostrado uma medida altamente eficaz na prevenção da covid-19, especialmente das formas graves da doença, sendo de grande importância que todo trabalhador de serviços de saúde tenha seu esquema vacinal completo (incluindo doses de reforço), e recomende a imunização de toda a população elegível, de acordo com o **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO)**, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19>. Importante, fortalecer a vacinação com todas as doses de acordo com as recomendações para a idade e o intervalo entre elas.

Condições pós-covid-19

De forma geral, essas condições se caracterizam pela presença de sintomas e achados clínicos novos, recorrentes ou contínuos em pacientes, semanas ou meses após a infecção pelo SARS-CoV-2, podendo se manifestar inclusive em pacientes que tiveram infecção leve ou assintomática. O *Centers for Diseases Control and Prevention/EUA (CDC/EUA)* está utilizando em sua definição o termo *Post-covid conditions* e o período de quatro ou mais semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2, que fornece uma estimativa aproximada dos efeitos que ocorrem além do período agudo da infecção.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) também publicou uma definição de caso para as condições pós-covid, que são aquelas que ocorrem em indivíduos com histórico de infecção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, geralmente 3 meses após o início da covid-19, com sintomas que duram pelo menos 2 meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Os sintomas comuns incluem fadiga, falta de ar, disfunção cognitiva, cefaléia, entre outros, e geralmente têm impacto nas atividades diárias.

A nomenclatura também varia, sendo utilizados termos como covid longo, covid-19 pós- agudo, efeitos de longo prazo de covid-19, síndrome covid pós-aguda, covid crônica, entre outros. Para efeitos deste documento, será utilizado o termo “Condições pós-covid-19”, em alinhamento com o Ministério da Saúde.

Em relação a sintomas, pode ser difícil distinguir entre os causados pela síndrome pós-covid-19 e os sintomas ocasionados por outros motivos e por isso é importante considerar diagnósticos alternativos, condições de saúde pré-existentes ou mesmo reinfecção por SARS- CoV-2.

O Ministério da Saúde publicou em junho de 2021, as **Diretrizes para a atenção especializada no contexto da pandemia de covid-19**, que aborda a linha de cuidado para reabilitação de usuário com condições pós-covid-19 e condutas assistenciais para pacientes com condições pós-covid-19, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/diretrizes-da-atencao-especializada-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19-30_07_2021-1.pdf Em 2022, foi publicado o **Manual pra Avaliação e Manejo de condições pós-covid na atenção primária à saúde**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid.pdf

Medidas de prevenção considerando cenário de vacinação e variantes de preocupação do SARS-CoV-2

As taxas crescentes de cobertura vacinal mudaram o cenário epidemiológico no Brasil, com diminuição gradativa da sobrecarga e procura por atendimento nos serviços de saúde, bem como redução da letalidade da doença.

No entanto, é importante destacar que ainda continuamos registrando casos diários de covid-19 no Brasil e alguns deles com manifestações graves. Por isso, mesmo as pessoas vacinadas ou aquelas que já tiveram a infecção devem continuar seguindo as medidas de prevenção dentro dos serviços de saúde (levando em consideração a forma de transmissão desse vírus), principalmente em situações de disseminação de novas variantes de preocupação do SARS-CoV-2 e o risco de reinfeção.

Considerando todo o exposto e baseado nas evidências que estão disponíveis, é consenso entre a Anvisa, Ministério da Saúde e todas as Sociedades Científicas e profissionais de notório saber, representadas nesta Nota Técnica, que as recomendações descritas neste documento, quando aplicadas corretamente, são efetivas para a prevenção e o controle de infecções pelo SARS-CoV-2 dentro dos serviços de saúde, mesmo com a emergência de novas variantes do vírus e a possibilidade de reinfeção.

É importante destacar que para essa revisão da Nota Técnica foi realizada uma intensa discussão sobre a continuidade da recomendação de uso de máscaras faciais por todos dentro dos serviços de saúde. Considerando as discussões, o momento epidemiológico atual da covid-19 no país e a disponibilidade vacinas que oferecem proteção contra a variante Ômicron para grupos de risco, a Anvisa define que não é mais necessária a recomendação do uso universal de máscaras faciais dentro dos serviços de saúde, ficando a recomendação nacional reservada às seguintes situações e perfis de pessoas dentro do serviço de saúde:

- Pacientes com sintomas respiratórios ou positivos para covid-19 e seus acompanhantes;
- Pacientes que tiveram contato próximo* com caso confirmado de covid-19, durante o seu período de transmissibilidade, nos últimos 10 dias;
- Profissionais que estão na triagem de pacientes, pois entrarão em contato com pacientes que ainda não possuem uma definição de suspeita diagnóstica;
- Profissionais do serviço de saúde, visitantes, acompanhantes, etc, em áreas de internação de pacientes (incluindo enfermarias, quartos, corredores, etc, dessas áreas de internação)
- Quando houver indicação de uso de máscara facial como EPI na implementação de medidas de precaução (padrão, gotícula ou aerossol), que pode ocorrer em atendimentos realizados em qualquer área dentro do serviço de saúde.

* A definição de contato próximo consta na Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS como sendo:

1. Pessoa que esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado sem ambos utilizarem máscara facial ou utilizarem de forma incorreta;
2. Pessoa que teve um contato físico direto com um caso confirmado com posterior toque nos olhos, boca ou nariz com as mãos não higienizadas;
3. Profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPI danificado;
4. Contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.

Importante: Considerar a recomendação de uso de máscaras faciais para pessoas em salas de espera quando a triagem de sintomas não é realizada logo na entrada do serviço. Essa definição deve ser feita pelo SCIH/CCIH do serviço de saúde considerando o perfil de atendimentos (por exemplo, no caso de pronto-socorro geral pode ser mais fácil encontrar pacientes sintomáticos respiratórios ou covid-19 positivos que em um pronto-socorro especializado, como de ortopedia).

O controle de fonte em áreas de internação de pacientes é uma medida que ainda está sendo orientada nacionalmente para evitar a propagação de secreções respiratórias que são expelidas quando as pessoas falam, tosse ou espirram, no intuito de proteger principalmente as pessoas que podem ter um maior risco de gravidade pela doença. Sendo assim, é importante que visitantes e acompanhantes também sejam orientados para a necessidade de manter o uso da máscara durante sua permanência em áreas de internação de pacientes e não retirá-la, para segurança dos pacientes, profissionais e outros acompanhantes.

Com essa revisão da Nota Técnica, o uso universal de máscaras como controle de fonte deixa de ser uma recomendação nacional em áreas/unidades ou serviços de saúde onde não se presta assistência a pacientes em regime de internação (mais de 24 horas).

Destacamos que, o serviço de saúde é responsável pela prevenção e controle de infecções dentro de suas dependências. Sendo assim, precisa continuar monitorando a ocorrência de casos de covid-19 intrahospitalar (IRAS-covid-19 ou covid transmitida dentro do hospital), além de continuar implementando medidas para conter a disseminação do SARS-CoV-2 em todos os serviços de saúde. Informamos que, não é porque as recomendações quanto ao uso de máscaras para dentro do serviço de saúde estão sendo flexibilizadas, que as medidas de prevenção podem ser negligenciadas. Nesse sentido, é importante esclarecer que o serviço tem autonomia para definir, em conjunto com o SCIH/CCIH, medidas mais restritivas quanto ao uso de máscaras do que as definidas nessa Nota Técnica, considerando a situação epidemiológica da sua região, o número de casos suspeitos ou confirmados de covid-19 da sua instituição, o número de internações por SRAG por covid-19 e a ocorrência de surtos no serviço de saúde. **Obs.: No Quadro 1 dessa Nota Técnica (Página 49) são descritas situações em que o uso de máscara facial continua sendo recomendado pela Anvisa.**

Chamamos a atenção para a importância de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde continuarem seguindo as recomendações de precauções e isolamento, incluindo o uso adequado de EPIs, na assistência de possíveis casos suspeitos e confirmados de covid-19 que chegarão ao seu serviço de saúde.

Cabe ainda destacar que a **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2021: Orientações para prevenção e controle da disseminação de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde no contexto da pandemia da covid-19** é complementar à NT 04/2020 e, portanto, também deve ser consultada, além do Guia de Vigilância Epidemiológica da covid-19, da Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS de 27/10/2022: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

[conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf](#) e outras publicações do Ministério da Saúde, disponíveis na página eletrônica desse órgão.

As Notas Técnicas a respeito da covid-19 e outros documentos publicados pela Anvisa estão disponíveis no site da Agência no seguinte link: [Covid-19 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](#)

Para evitar e conter a disseminação do vírus durante a assistência à saúde, é fundamental que os gestores desses serviços forneçam condições para a implementação das medidas de prevenção e controle das infecções, incluindo estratégias de controle de engenharia, controle administrativo e de proteção individual e coletivas para situações de baixa demanda e para possíveis situações de elevação do número de casos na região e dentro do serviço de saúde.

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 a segurança dos pacientes, dos trabalhadores que atuam no serviço de saúde e da população geral.

IMPORTANTE

Decidimos, em conjunto com o GRUPO FORÇA COLABORATIVA COVID-19 BRASIL que o conteúdo da **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** e da **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 - ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS** seria inserido nessa nova versão da Nota Técnica 04/2020, como os Anexos 6 e Anexos 7, respectivamente. Portanto, a partir da publicação dessa nova versão da Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020, a **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020** e a **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 06/2020 não serão mais atualizadas.**

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O serviço de saúde deve garantir que as políticas e as boas práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2 .

Tendo em vista a grande possibilidade de transmissão do SARS-CoV-2 dentro dos serviços de saúde, as medidas de prevenção e controle devem ser implementadas em todas as etapas do atendimento do paciente nesses serviços, desde a sua chegada, triagem, espera, durante toda a assistência prestada, até sua alta/transferência ou óbito.

1. Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados

Para o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, deve-se:

- 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).
- Toda a equipe envolvida no transporte do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 deve utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), seguindo as orientações previstas no **Quadro 1** desta Nota Técnica.
- Toda a equipe deve receber capacitação e demonstrar capacidade para colocação, uso, retirada e descarte correto e seguro dos EPI.
- Sempre notificar previamente o serviço de saúde para onde o caso suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2 será encaminhado.
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte do paciente suspeito ou confirmado. A desinfecção pode ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim e seguindo procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos (verificar orientações previstas no manual da Anvisa, 2012 "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies") e deve-se realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica para as mãos, após a realização da limpeza do veículo e retirada do EPI utilizado.

Atenção: Recomenda-se que as portas e janelas da ambulância sejam mantidas abertas durante a

limpeza interna do veículo.

Observação: Deve-se evitar o transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados de covid-19. Se a transferência do paciente for realmente necessária, o paciente deve utilizar máscara cirúrgica durante todo o percurso.

Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados

Melhorar a ventilação do veículo

Usar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

Capacitar a equipe no manejo dos EPIs: Colocar, usar, retirar e descartar

Notificar previamente o serviço de saúde que irá receber o paciente

Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte.

GOV.BR/ANVISA

2. Todos os serviços de saúde: na chegada, na triagem, na espera, no atendimento e durante toda a assistência prestada.

Nos atendimentos ambulatoriais, todos os pacientes com sintomas respiratórios ou positivos para covid-19 (mesmo sem sintomas respiratórios), e seus acompanhantes, devem usar máscara facial* (limpas, secas, bem ajustadas à face e que cubram durante todo o uso nariz, boca e queixo) logo na entrada do serviço de saúde. Além do uso das máscaras, os pacientes devem ser orientados a manter distanciamento físico (mínimo de 1 metro) de outras pessoas, a realizar a etiqueta respiratória e a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparações alcoólicas (70%). Após o atendimento dos pacientes, principalmente aqueles que tem sintomas respiratórios, deve ser realizada a higienização do consultório e da sala de espera.

* caso a máscara facial não possa ser tolerada, devido aos sintomas respiratórios do paciente (presença de secreção excessiva ou falta de ar intensa), ele deve ser imediatamente colocado em um local isolado de outros pacientes, para ter o atendimento priorizado. O paciente e o seu acompanhante devem ser orientados sobre todas as medidas de prevenção da disseminação da covid-19 no serviço.

Observação: Para o paciente sem sintomas respiratórios e seu acompanhante, não é obrigatório o uso de máscaras em serviços de saúde, mas eles podem optar pelo uso da máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais, principalmente aqueles com maior risco de desenvolver doença grave (imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades).

Porém, o uso de máscaras por pacientes sem sintomas respiratórios e seu acompanhante pode passar a ser obrigatório por um período, caso o serviço de saúde esteja passando por alguma situação de surto localizado ou por um aumento temporário do número de casos de covid-19 em sua região e a direção do serviço defina a obrigatoriedade do uso de máscaras faciais em suas dependências.

É importante que o Serviço/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/CCIH) de cada instituição mantenha o monitoramento das medidas de controle relativas a definição de espaços ou fluxos de atendimento para sintomáticos respiratórios (salas separadas, fluxo de atendimento diferenciado, etc), como estratégia de minimizar o risco de transmissão de infecções respiratórias virais, particularmente em cenários de alta demanda e rotatividade de atendimentos como os observados em ambulatórios e Prontos Socorros. Garantir estratégias de coorte e/ou separação (isolamento) de sintomáticos respiratórios é fundamental para evitar risco de transmissão para outros pacientes mais susceptíveis que estiverem aguardando atendimento.

Além disso, o SCIH/CCIH deve disponibilizar e monitorar a adesão aos Protocolos elaborados para

prestação de assistência para sintomáticos respiratórios em geral: orientações, estrutura física, fluxos, etc. Essas ações devem estar previstas no **Plano de Contingência da covid-19 no serviço de saúde**. Este Plano, com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento dos casos de covid-19, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais, é melhor descrito no Anexo 6 dessa Nota Técnica (antiga Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020).

De acordo com o que se sabe até o momento, as seguintes orientações devem ser seguidas pelos serviços de saúde:

- Implementar **procedimentos de triagem** para detectar pacientes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2, antes mesmo do registro do paciente: garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória no momento da triagem e que **os sintomáticos** sejam orientados a manter o uso de máscaras faciais enquanto estiverem no serviço de saúde.
- **Garantir o atendimento de paciente com sintomas** de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória (sintomas: tosse intensa e dificuldade para respirar) **no menor tempo possível**, de preferência em local separado, para evitar que este paciente fique esperando atendimento junto com outros pacientes. Identifique um espaço separado e bem ventilado que permita que os pacientes sintomáticos em espera fiquem afastados (pelo menos 1 metro de distância entre cada pessoa) e com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos. Estes pacientes devem permanecer nessa área separada até a consulta, encaminhamento para o hospital (caso seja necessária a remoção do paciente) ou alta para casa.
- Fazer uso de **alertas visuais** (cartazes, placas e pôsteres etc.) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (áreas de espera, elevadores, lanchonetes, etc.) com informações sobre os principais sinais e sintomas da covid-19 e as medidas de prevenção a serem seguidas pelos pacientes e acompanhantes.
- **Fornecer suprimentos** (lenço descartável, etc.) e orientações para **etiqueta respiratória**, além de disponibilizar lixeira com acionamento por pedal para o descarte dos lenços de papel usados. Prover máscara cirúrgica para pacientes com sintomas de infecção respiratória (tosse, espirros, secreção nasal, etc), caso o paciente não esteja usando máscara cirúrgica ou se estiver usando uma máscara cirúrgica suja, rasgada ou úmida. Os pacientes sintomáticos e seus acompanhantes devem utilizar a máscara cirúrgica durante toda a sua permanência na unidade e estas devem ser trocadas sempre que estiverem sujas, rasgadas ou úmidas.

- Prover **dispensadores com preparações alcoólicas** para a higiene das mãos nas salas de espera e estimular a higiene das mãos pelos pacientes e acompanhantes.
- Prover condições para higiene simples das mãos: **lavatório/pia** com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- Orientar os pacientes a adotar as medidas de **etiqueta respiratória**:
 - Se tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com cotovelo flexionado ou lenço de papel;
 - Utilizar lenço de papel descartável para higiene nasal (descartar imediatamente após o uso e realizar a higiene das mãos);
 - Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca;
 - Realizar a higiene das mãos com água e sabonete OU preparação alcoólica.
- Orientar os pacientes/acompanhantes e profissionais de saúde e de apoio sobre a necessidade da **higiene das mãos** com água e sabonete líquido (40-60 segundos) OU preparação alcoólica a 70% (20-30 segundos).
- Orientar que pacientes/acompanhantes e profissionais de saúde e de apoio **evitem tocar olhos, nariz e boca com as mãos não higienizadas**.
- Reforçar a necessidade de **intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies**, principalmente as mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores, etc.
- Orientar os profissionais de saúde a **evitar tocar superfícies próximas ao paciente** (ex. mobiliário e equipamentos para a saúde) e aquelas fora do ambiente próximo ao paciente, com luvas ou outros EPI contaminados ou com as mãos contaminadas/não higienizadas.
- **Manter os ambientes ventilados** (ar condicionado com exaustão, que garanta as trocas de ar ou manter as janelas abertas).
- **Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados** por pacientes como canetas, pranchetas e telefones.
- **Realizar a limpeza e desinfecção de equipamentos e produtos para saúde** que tenham sido utilizados na assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.
- **Orientar todos os trabalhadores do serviço de saúde quanto às medidas de precaução e isolamento** a serem adotadas.

- Orientar todos os trabalhadores do serviço de saúde a utilizarem **EPI compatível com a atividade a ser realizada (avaliação caso a caso)**, especialmente caso entrem na área de isolamento, prestem assistência direta ou realizem atividades a menos de 1 metro dos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.
- Os serviços de saúde **devem implementar políticas, que não sejam punitivas**, para permitir que o trabalhador dos serviços de saúde que apresente sintomas de infecção respiratória seja afastado do trabalho, permaneça em isolamento domiciliar, seguindo as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde.
- Se houver necessidade de encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde, **sempre notificar previamente o serviço referenciado**.
- Orientar o **uso correto de máscara por pacientes e acompanhantes**, não devendo tocar a parte da frente da máscara após ser colocada na face.
- **Orientar os trabalhadores do serviço de saúde sobre como usar corretamente a máscara** assim como, tempo de uso, trocas e forma correta de descarte.

Observação 1: Os EPI devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto, enfermaria, box ou área de isolamento. Porém, caso o profissional de saúde saia de um quarto, enfermaria ou área de isolamento para atendimento de outro paciente com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, na mesma área/setor de isolamento, logo em seguida, não há necessidade de trocar gorro (quando necessário utilizar), óculos ou protetor facial e máscara. Neste caso, **ele deve obrigatoriamente trocar avental e luvas**, lembrando sempre de realizar a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas. Dessa forma, reforçamos que esses dois EPIs devem ser imediatamente removidos antes de sair da área de atendimento direto ao paciente, não devendo ser usados, por exemplo, 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.

Observação 2: Não há necessidade de trocar a máscara entre cada atendimento. A máscara deve ser trocada e descartada sempre que estiver úmida, suja ou danificada.

Observação 3: As luvas devem ser trocadas SEMPRE após a realização do atendimento/procedimento, independente do tipo de procedimento realizado, do paciente ser covid-19 (suspeito ou confirmado) ou

não, ou do local de realização do atendimento/procedimento (hospital, consultório, atenção primária, etc.). Dessa forma, o profissional de saúde deve remover as luvas imediatamente após o atendimento ao paciente e higienizar as mãos antes de atender um outro paciente. Essa regra também se aplica à triagem de pacientes e à coleta de amostras por meio de swab. Para realização de RT-PCR ou TR-Ag, o profissional deve trocar as luvas após cada coleta/cada paciente e higienizar suas mãos.

IMPORTANTE!! Não há nenhuma indicação para higienização das mãos enluvadas com água e sabonete líquido OU com preparação alcoólica. Essa é uma prática totalmente contraindicada.

Com a redução do número de casos de covid-19, recomendamos que o serviço de saúde adapte os fluxos e orientações de atendimento (segregação de pacientes com sintomas respiratórios, uso de máscaras, etiqueta respiratória, higiene das mãos, etc.) e os controles de engenharia (marcações no chão, nas poltronas, ventilação, etc.) sempre considerando o objetivo de reduzir o risco de disseminação do SARS-CoV-2 e de outros vírus respiratórios dentro do serviço de saúde. Além disso, em situações que haja o aumento do número de casos de outras doenças respiratórias, é importante manter os fluxos bem definidos e reforçar as medidas de prevenção da disseminação dessas doenças, não apenas da covid-19, a fim de evitar, de forma geral, a sua disseminação dentro do serviço de saúde.

PRECAUÇÕES A SEREM ADOTADAS POR TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A ASSISTÊNCIA A PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE covid-19

Além das **precauções padrão** (que devem ser implementadas por todos os serviços de saúde para todos os pacientes e que estão disponíveis em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf/view),

considerando as formas de transmissão da covid-19, deve-se implementar adicionalmente durante a assistência a pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19 as:

- Precauções para contato

- Precauções para gotículas*

*as gotículas têm tamanho maior que 5 µm e podem atingir a via respiratória alta, ou seja, mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal.

- Precauções para aerossóis* (em algumas situações específicas)**

*os aerossóis são partículas menores e mais leves que as gotículas, que permanecem suspensas no ar por longos períodos de tempo e, quando inaladas, podem penetrar mais profundamente no trato respiratório.

****Observação:** alguns procedimentos realizados em pacientes com infecção pelo Sars- CoV-2 podem gerar aerossóis, como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc. Para esses casos, as precauções para gotículas sempre devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis.

Além disso, estudos têm mostrado que durante a fala e respiração, as pessoas expõem partículas de vários tamanhos, desde maiores que 5 micras até aerossóis, que podem conter vírus de transmissão respiratória e causar infecção quando inalados diretamente do ar. Considerando que durante a assistência, podem ocorrer situações com risco de aerolização, como, por exemplo: pacientes com tosse, crianças pequenas chorando durante o atendimento e também a possibilidade de realizar a assistência em local mal ventilado, com pouca possibilidade de troca de ar, é importante que o profissional de saúde avalie essas situações e, caso necessário, substitua as precauções para gotículas pelas precauções para aerossóis.

Observação: as precauções-padrão assumem que todas as pessoas estão potencialmente infectadas ou colonizadas por um patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde e, portanto, devem ser implementadas em TODOS os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, mediante o risco de exposição a sangue e outros fluidos ou secreções corporais.

A Anvisa publicou cartazes contendo orientações sobre as medidas de precauções, que podem ser acessados no link: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_precaues.pdf/view

Precaução de Contato



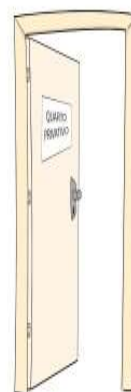
Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

■ **Indicações:** infecção ou colonização por microrganismo multirresistente, varicela, infecções de pele e tecidos moles com secreções não contidas no curativo, impetigo, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido, etc.

■ Use luvas e avental durante toda manipulação do paciente, de cateteres e sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

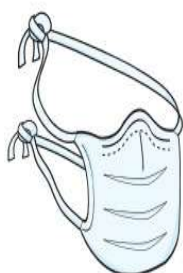
■ Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

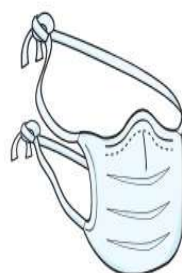
Precauções para Gotículas



Higienização das mãos



Máscara Cirúrgica
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ **Indicações:** meningites bacterianas, coqueluche, difteria, caxumba, influenza, rubéola, etc.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros infectados pelo mesmo microrganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

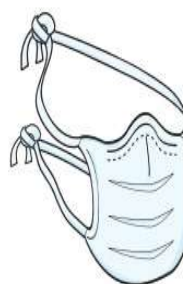
Precauções para Aerossóis



Higienização das mãos



Máscara PFF2 (N-95)
(profissional)



Máscara Cirúrgica
(paciente durante o transporte)



Quarto privativo

■ **Precaução padrão:** higienize as mãos antes e após o contato com o paciente, use óculos, máscara cirúrgica e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, descarte adequadamente os perfuro-cortantes.

■ Mantenha a porta do quarto SEMPRE fechada e coloque a máscara antes de entrar no quarto.

■ Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outros pacientes com infecção pelo mesmo microrganismo. Pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o mesmo quarto com outros pacientes com tuberculose.

■ O transporte do paciente deve ser evitado, mas quando necessário o paciente deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

1. ISOLAMENTO

A acomodação dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas). Deve-se reduzir a circulação de pacientes e profissionais ao mínimo possível.

Observação: Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtroHEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto individual bem ventilado (ar condicionado que garanta a exaustão adequada ou janelas abertas), com portas fechadas e restringir o número de profissionais no local durante estes procedimentos. Além disso, deve-se orientar a obrigatoriedade do uso da máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde, além do gorro descartável, óculos de proteção ou protetor facial (*face shield*), avental e luvas.

Implementação de coortes

Considerando a possibilidade do aumento do número de casos de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, se o serviço de saúde não possuir quartos privativos disponíveis em número suficiente para o atendimento de todos os casos, deve ser estabelecida a acomodação dos pacientes em coortes, ou seja, separar esses pacientes em uma mesma enfermaria ou área de isolamento. Essa coorte pode ser realizada em todas as unidades ou setores que forem receber pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19, desde que sejam realizadas coortes de pacientes suspeitos separadas de coortes de pacientes confirmados.

É fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes e deve-se restringir ao máximo o número de acessos a essa área de coorte, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

No decorrer da pandemia, muitos hospitais definiram unidades de internação e UTIs exclusivas para o isolamento e atendimento de pacientes covid-19 suspeita ou confirmada, de forma que toda a estrutura dessas unidades, incluindo seus profissionais, assistissem apenas a esses pacientes. No entanto, com a redução do número de casos de pacientes hospitalizados, a tendência é que essas unidades exclusivas comecem a ficar com leitos ociosos e, por isso, sejam desativadas ou redirecionadas para o atendimento de pacientes com outras morbidades (não covid-19).

Porém, diante do cenário atual em nosso país, no qual unidades que antes eram exclusivas para atendimento de pacientes com covid-19 recebem pacientes não covid-19, reforçamos que as orientações contidas nesta Nota Técnica seguem válidas, e que os pacientes com covid-19 devem ser internados em quartos ou áreas de coorte separados dos pacientes não covid-19.

Essa separação deve ser feita em quarto privativo ou área de coorte (coorte para paciente suspeito e coorte para paciente confirmado) e possuir ventilação adequada, seja por sistema de climatização com exaustão ou janelas abertas. De toda forma, é essencial que o serviço reforce junto aos profissionais as orientações quanto às medidas de prevenção, incluindo as precauções e a higiene das mãos nos 5 momentos adequados, para reduzir os riscos desses profissionais se tornarem disseminadores do vírus de pacientes covid-19 para não covid-19.

Ressaltamos que, nas unidades de internação e UTIs cujos leitos são disponibilizados apenas em áreas coletivas (em um mesmo ambiente, sem isolamento por paredes que vão do chão ao teto), não podem ser internados pacientes covid-19 e não covid-19, pois essas unidades não possuem condições de separação física adequada entre esses leitos. Desta forma, precisa-se definir quartos ou áreas de coorte para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.

No caso de paciente assintomático contactante de pacientes positivos para covid-19, a recomendação é que esse paciente seja mantido em quarentena em quarto privativo ou coorte com outros contatos assintomáticos por 10 dias após o contato de risco. Esse paciente pode ser testado a partir do 5º dia de contato conforme quadro 3. Lembrando que a quarentena do paciente não impede sua alta.

Quanto aos trabalhadores, a depender da situação epidemiológica do serviço, disponibilidade de profissionais e número de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, o serviço também pode considerar a implementação de coorte de profissionais. Ou seja, pode-se definir que determinados profissionais de saúde atuem na assistência direta a esses pacientes que estarão em quartos de isolamento ou coortes, durante todo o seu turno de trabalho, sendo orientados a não circular por outras áreas de assistência e nem prestar assistência a outros pacientes. Essa conduta tende a

otimizar o atendimento e a utilização de EPIs, bem como, a adequação dos fluxos de trabalho, reduzindo o risco do profissional de saúde se tornar disseminador do vírus de pacientes com covid-19 para pacientes não covid-19.

Covid-19 e Influenza

Embora a covid-19 e a Influenza sejam doenças para as quais se implementa medidas de precaução semelhantes, não se deve colocar na mesma coorte, pacientes com covid-19 e pacientes com influenza, para evitar a disseminação das diferentes doenças entre os pacientes.

Outras orientações para o quarto de isolamento ou área de coorte

O quarto, enfermaria, área de isolamento ou área de coorte deve permanecer com a porta fechada, ter a entrada sinalizada com alerta referindo medidas de precaução a serem adotadas: padrão, gotículas e contato ou aerossóis (em condições específicas, já mencionadas), a fim de evitar a entrada/passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde.

O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente e outros trabalhadores estritamente necessários ao atendimento e manutenção dos locais de assistência, como os trabalhadores da limpeza, desde que assegurados todos os EPIs necessários para garantir a segurança desses profissionais.

Imediatamente antes da entrada do quarto, enfermaria, área de isolamento ou área de coorte, devem ser disponibilizadas:

- Condições para higiene das mãos: dispensador de preparação alcoólica a 70% elavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual.
- EPI apropriado, conforme será descrito mais à frente nesse documento.
- Mobiliário para guarda e recipiente apropriado para descarte de EPIs.

Os serviços de saúde devem elaborar, disponibilizar de forma escrita e manter disponíveis, normas e rotinas dos procedimentos envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, tais como: fluxo dos pacientes dentro do serviço de saúde, procedimentos

de colocação e retirada de EPIs, procedimentos de remoção e processamento de roupas/artigos e produtos utilizados na assistência, rotinas de limpeza e desinfecção de superfícies, rotinas para remoção dos resíduos, entre outros.

Os profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser capacitados quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas.

Além disso:

- Ressalta-se que, mesmo nas áreas de coorte, os profissionais de saúde devem remover o avental e luvas após cada atendimento, não sendo indicado o uso de um mesmo avental ou luvas para atendimento de mais de um paciente.
- Recomenda-se que profissionais da saúde não devem atuar nos serviços de saúde se estiverem com sintomas de doença respiratória aguda. Eles devem ser avaliados e receber orientações para a realização de exames, afastamento e condições para o retorno às atividades.
- Pacientes e acompanhantes/visitantes devem ser orientados a minimizar o risco de transmissão da doença, adotando ações preventivas já descritas neste documento, principalmente o distanciamento físico, o uso correto de máscaras e a higiene das mãos.
- Os pacientes com sintomas respiratórios devem utilizar máscara cirúrgica durante a circulação dentro do serviço, por exemplo, durante o transporte dos pacientes de uma área/setor para outro.
- Sempre que possível, equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros. Caso não seja possível, os produtos para saúde utilizados nestes pacientes devem ser limpos e desinfetados ou esterilizados (de acordo com o seu uso) antes de serem utilizados em outros pacientes.
- Os pacientes devem ser orientados a não compartilhar pratos, copos, talheres, toalhas, roupas de cama ou outros itens com outras pessoas.

Duração das precauções e isolamento

1.1 Estratégia baseada em tempo e sintomas

Conforme atualizações do *Centers for Diseases Control/EUA* (CDC/EUA) e com base em evidências sobre a variante Ômicron publicadas até o momento, existe 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 provavelmente podem transmitir o vírus por até 10 dias após o início dos sintomas, com maior chance de transmissão na primeira semana de infecção. Pessoas com doença mais grave a crítica ou pessoas imunocomprometidas, provavelmente podem transmitir o vírus por até 20 dias após o início dos sintomas (salvo algumas situações como infecções em pacientes imunocomprometidos).**

As pessoas recuperadas podem continuar apresentando o RNA detectável de SARS-CoV-2 nas amostras respiratórias superiores por até 12 semanas, após o início da doença, 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 tempo, em vez de em testes laboratoriais para interromper 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 ou o seu isolamento durante a internação, como por exemplo, a confirmação de infecção por microrganismos multirresistentes, antes de retirá-lo das precauções adicionais ou do isolamento/coorte.

Observação: Ainda é importante destacar que as precauções-padrão devem sempre ser aplicadas a 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

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	<p>Considera-se a síndrome respiratória aguda grave (síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto).</p> <p>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.</p>
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.
Imunossupressão severa	<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 20mgde prednisona ou equivalente- Outras situações clínicas, a critério do SCIH/CCIH do serviço de saúde.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023

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

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	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*
Pacientes imunossuprimidos**	Pelo menos 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, 2023

***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 especialistas e SCIH/CCIH do serviço.

****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 pela 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 coletados

com intervalo ≥ 24 horas) para auxiliar na tomada de decisão e Protocolos definidos pela SCIH/CCIH do serviço.

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 da covid-19 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 dessas unidades de saúde. **Ou seja, para pacientes hospitalizados, deve ser mantido o tempo de isolamento descrito no quadro acima de: 10 dias para pacientes assintomáticos não imunossuprimidos ou com quadro leve a moderado não imunossuprimidos (sem febre e melhora dos sintomas há pelo menos 24 horas); 20 dias para pacientes assintomáticos e imunossuprimidos e pacientes com quadro grave/crítico (sem febre e melhora dos sintomas há pelo menos 24 horas); e de pelo menos 20 dias para pacientes imunossuprimidos (sem febre e melhora dos sintomas há pelo menos 24 horas).**



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

PACIENTES ADULTOS OU PEDIÁTRICOS ASSINTOMÁTICOS

Pacientes ASSINTOMÁTICOS NÃO imunossuprimidos (1)

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

Pacientes ASSINTOMÁTICOS E imunossuprimidos (1)

- ✓ 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 (1)

- ✓ 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

- ✓ 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*

Pacientes sintomáticos IMUNOSSUPRIMIDOS (1)**

- ✓ Pelo menos 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*



(1): 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 do SCIH/CCIH do serviço de saúde.

*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-2, 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 e Protocolos da SCIH/CCIH.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023

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 desses indivíduos 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. No entanto, considerando o cenário epidemiológico do país, a experiência acumulada e o fato de não haver, até o momento, literatura que aponte diferença na carga viral presente nos neonatos e na população adulta e pediátrica, o grupo técnico de neonatologia, que presta assessoria à Anvisa, optou por recomendar a alteração das orientações relacionadas ao tempo de isolamento dos recém-nascidos, que seguem abaixo:

1. 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*	Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por pelo menos 10 dias após a coleta do exame.
II. RN com sintomas que possam ser relacionados a Covid-19 e com exame positivo para SARS-CoV-2*	Instituir precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por pelo menos 10 dias após o início dos sintomas e, após esse período, proceder da seguinte forma: <ol style="list-style-type: none">1. Se o RN estiver sem sintomas relacionados à Covid-19 por mais de 24 horas, suspender isolamento.2. Se o RN ainda permanecer com sintomas relacionados à Covid-19, leves a moderados:<ul style="list-style-type: none">• Realizar novo exame (RT-PCR para SARS-CoV-2):<ul style="list-style-type: none">- se positivo para SARS-CoV-2, manter precauções padronizadas por pelo menos 20 dias após o início dos sintomas.- se negativo para SARS-CoV-2, suspender isolamento quando o RN estiver com pelo menos 24 horas sem sintomas relacionados à Covid-19.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se não for possível realizar novo exame (RT-PCR para SARS-CoV-2), manter as precauções padronizadas por pelo menos 20 dias após o início dos sintomas. <p>3. Se o RN permanecer com sintomas graves, com necessidade de ventilação mecânica, manter as precauções padronizadas para SARS-CoV-2 por pelo menos 20 dias após o início dos sintomas.</p>
<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 novo exame (RT-PCR para SARS-CoV-2):</p> <p>1. Realizar novo exame com intervalo ≥ 24 horas do primeiro exame e proceder da seguinte forma:</p> <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 outros vírus respiratórios, descontinuar as precauções específicas. • Se positivo para SARS-CoV-2, seguir as orientações para RN positivo sintomático. <p>2. Na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR SARS-CoV-2) e de realizar o painel viral, manter as precauções padronizadas por pelo menos 14 dias, devido a possibilidade de vírus sincicial respiratório. Após esse período:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso não exista outra condição clínica que explique quadro respiratório inicial e ainda houver sintomas graves, com necessidade de suporte ventilatório, manter precauções por pelo menos 20 dia após o início dos sintomas. <p>2. Na impossibilidade de realizar novo exame (RT-PCR SARS-CoV-2) e painel viral com resultado positivo, suspender precauções para covid-19 e instituir precauções de acordo com o resultado do painel viral.</p>

<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 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 e RN permanecer assintomático, descontinuar as precauções específicas. • Se negativo e RN iniciar sintomas, seguir as orientações para RN negativo sintomático (III). • Se positivo e RN permanecer assintomático, seguir as orientações para RN positivo assintomático (I). • Se positivo e RN iniciar sintomas, seguir as orientações para RN positivo sintomático (II). 2. Na impossibilidade de realizar exame (RT-PCR para SARS-CoV-2) e RN continuar assintomático, manter precauções por 5 dias. 3. Na impossibilidade de realizar exame (RT-PCR para SARS-CoV-2) e RN iniciar sintomas, seguir as orientações para positivo sintomático (II).
<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, seguir as orientações para RN negativo sintomático (III) • Se positivo, seguir as orientações para RN positivo sintomático (II) 2. Na impossibilidade de realizar exame (RT-PCR para SARS-CoV-2), seguir orientações para RN positivo sintomático (II)

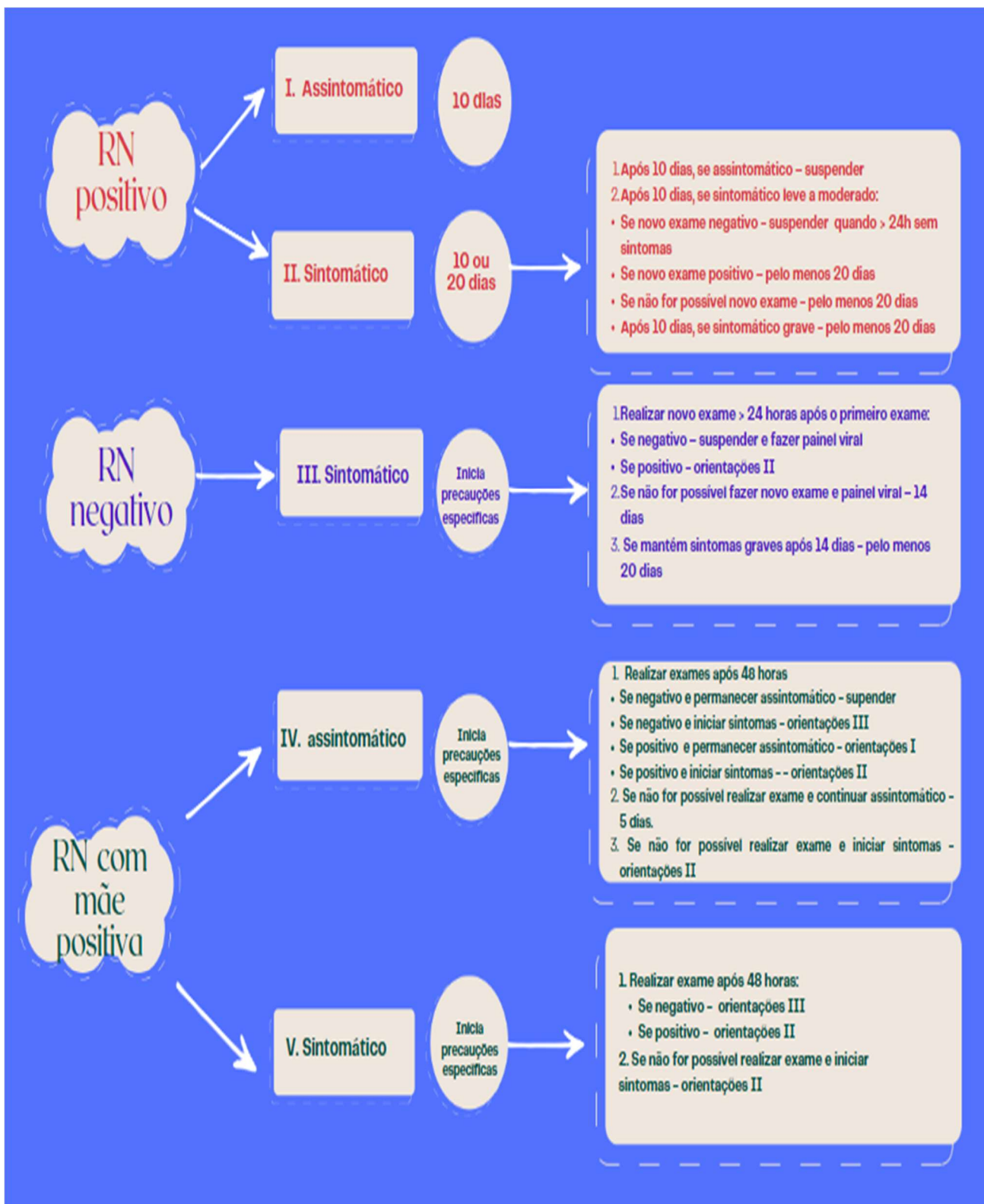
Observações:

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

- Após período definido para as precauções realizar monitoramento clínico e reforçar as orientações de precaução padrão.
- 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 provenientes 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 SARS-CoV-2, 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, 2023

Resumo sobre tempo de retirada de isolamento e precauções para RN internados em UTI e UCIN. Anvisa, 2023



1. RN internado em regime de Alojamento Conjunto

I. RN assintomático E mãe com exame positivo para SARS-CoV-2	<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.• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.
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.	

2. Conduta frente a contatos a partir de casos covid-19 positivos

I. Mãe / Pai ou outro acompanhante em alojamento conjunto que evoluiu com sintomas e testou positivo para covid-19.	<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, 2023

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/controlecancer/resource/pt/biblio-1087595>

Considerando as precauções indicadas para a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2, recomendamos os seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as seguintes medidas de prevenção e controle da disseminação do SARS-CoV-2 em serviços de saúde:

Quadro 1: 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	- higiene das mãos - etiqueta respiratória - manter distância de pelo menos 1 metro - 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 - etiqueta respiratória - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica* #
	Pacientes com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada ou que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19	Qualquer	- higiene das mãos - etiqueta respiratória - 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
Áreas de internação de pacientes que não são suspeitos ou confirmados de covid-19 (incluindo enfermarias, quartos, corredores, etc, dessas áreas)	Todos os profissionais do serviço de saúde	Qualquer atividade dentro dessas áreas	- higiene das mãos - máscara cirúrgica ou N95/PFF2 a partir de uma avaliação caso a caso (precauções padrão ou precauções específicas) - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
Acompanhantes e visitantes em áreas de internação de pacientes que não são suspeitos ou confirmados de covid-19		Qualquer atividade dentro dessas áreas	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara facial ⁺

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 descartável, 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
	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 geradores de aerossóis

SERVIÇOS HOSPITALARES – continuação

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Áreas administrativas	Todos profissionais	Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva circulação em áreas de assistência a pacientes internados.	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - Se necessário, é 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, preparação/acondicionamento/inspeção	<p>- 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.</p> <p>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. Obs: O uso desses EPIs é recomendado devido às atividades realizadas e não para controle de fonte devido à covid-19.</p>
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	<p>- 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 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).</p> <p>- O uso de EPIs é recomendado conforme a atividade executada e não para controle de fonte devido à covid-19</p>
Laboratório	Profissionais de saúde do laboratório	Atividades dentro do laboratório	O uso de EPIs é recomendado conforme a atividade executada e não como controle de fonte devido à covid-19

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	- higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica* - avental - luvas de procedimento
		Realização de exame físico em pacientes sem sintomas respiratórios	- higiene das mãos - uso de EPIs, incluindo máscaras, quando indicados nas precauções padrão e, se necessário para precauções específicas
	Pacientes com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada ou que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19	Qualquer	- higiene das mãos - etiqueta respiratória - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
	Pacientes sem sintomas Respiratórios**	Qualquer	- higiene das mãos - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
	Profissionais da higiene e limpeza	Após e entre as consultas de pacientes com sintomas respiratórios	- higiene das mãos - máscara cirúrgica
Sala de espera****	Pacientes com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada ou que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19	Qualquer	- higiene das mãos - etiqueta respiratória - 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	- higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

SERVIÇOS AMBULATORIAIS - continuação

PESSOAS ENVOLVIDAS		ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Áreas administrativas	Todos profissionais	Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva circulação em áreas de assistência a pacientes internados.	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - 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: 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	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - manter distância de pelo menos 1 metro - máscara cirúrgica* #
	Pacientes com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada ou que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19	Qualquer	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - etiqueta respiratória - manter 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 - manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

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).	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - óculos de proteção ou protetor facial - máscara cirúrgica* ou trocar por máscara N95/PPF2 ou equivalente, e também usar gorro descartável (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)	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - uso de EPIs, incluindo máscaras, quando indicados nas precauções padrão e, se necessário para precauções específicas
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
		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/PPF2 ou equivalente, e também usar gorro (caso seja realizado procedimento/situações que possam gerar/disseminar aerossóis)

SERVIÇOS MÓVEIS DE URGÊNCIA

CENÁRIO	PESSOAS ENVOLVIDAS	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Ambulâncias e veículos de transporte de pacientes	Paciente com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada	Transporte de pacientes com sintomas respiratórios para serviços de saúde	- higiene das mãos - máscara cirúrgica* ou trocar por máscara N95/PFF2 ou equivalente, e também usar gorro descartável (caso seja realizado procedimento/situações que possam gerar/disseminar aerossóis) - 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)	- higiene das mãos
	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	- higiene das mãos - máscara cirúrgica

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023 - 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/handle/10665/331498>

* Indica-se realizar uma avaliação de risco e, se necessário, substituir a máscara cirúrgica pela N95/PFF2, ou equivalente, nas seguintes situações:

- Em unidades de atendimento exclusivas para 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 do 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, previne a disseminação do SARS-CoV-2 e deve ser implementada pelos serviços.

**Para o paciente sem sintomas respiratórios e seu acompanhante, não é obrigatório o uso de máscaras em serviços de saúde, mas eles podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais, principalmente aqueles com maior risco para doença grave, em especial imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades

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

**** O serviço pode considerar recomendar o uso de máscaras por todos na sala de espera, caso a triagem de pacientes não seja realizada na entrada do serviço.

Essa recomendação considera que esses profissionais entrarão em contato com pacientes que ainda não possuem uma definição de suspeita diagnóstica

+ O tipo de máscara a ser utilizada pode variar, mas se um indivíduo ou alguém em sua casa estiver em risco aumentado de desenvolver a doença grave, eles podem considerar o uso de máscaras ou respiradores que ofereçam maior proteção para reduzir a exposição e o risco de infecção, de acordo com sua avaliação individual.

Observação 1: Deve-se avaliar a possibilidade de liberação de 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 realizar a higienização das mãos antes de colocar e depois de remover o EPI. Acompanhantes: liberar em situações previstas em lei e este deve sempre manter máscara cirúrgica. Visitantes e acompanhantes com sintomas respiratórios NÃO podem permanecer no serviço de saúde.

Observação 2: Quando necessária 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 3: As precauções-padrão devem ser adotadas no atendimento de TODOS os pacientes e a indicação das precauções específicas deve ser avaliada caso a caso.

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: Continua sendo recomendado que os trabalhadores do serviço adotem a higiene das mãos frequente, 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, para limitar a propagação de doenças respiratórias.

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 sobre a 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: É recomendado que os profissionais de saúde em todos os setores de assistência direta aos pacientes sintomáticos respiratórios e em unidades covid-19, mantenham o uso de máscaras cirúrgicas, devendo a máscara cirúrgica ser substituída por máscara N95/PFF2 nos momentos ou setores com risco de geração de aerossóis. Nos setores de apoio, o uso de máscaras depende da atividade fim praticada nestes e todos devem seguir as medidas de precaução padrão. Não é obrigatório o uso de máscaras nos setores administrativos, salvo risco individual ou preferência do profissional ou ainda em casos de surtos de covid-19 dentro do serviço de saúde.

Observação 9: Qualquer pessoa (profissional, pacientes, visitantes ou acompanhantes) para os quais o uso de máscara não foi contemplado nessa revisão da nota técnica, pode optar por usar máscara dentro do serviço de saúde, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais.

Observação 10: Em cenário de surto de covid-19 dentro do serviço de saúde ou dependendo da definição do serviço, o uso de máscaras poderá ser necessário em outras áreas do serviço de saúde ou em todo o serviço de saúde (uso universal), conforme definição do SCIH/CCIH.

OBSERVAÇÃO: Máscaras de tecido podem ser usadas para impedir que a pessoa que a está usando espalhe secreções respiratórias ao falar, espirrar ou tossir (controle da fonte), desde que estejam limpas e secas, porém, elas **NÃO SÃO Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**, portanto, não devem ser usadas por profissionais do serviço de saúde durante a permanência em áreas de assistência a pacientes ou quando realizarem atividades em que é necessário uso de máscara cirúrgica ou de máscara de proteção respiratória N95/PFF2, conforme descrito no Quadro 1.

Quem pode usar máscaras de tecido dentro dos serviços de saúde?

- pacientes/acompanhantes/visitantes assintomáticos

Orientações sobre produção, uso e manutenção de máscaras de tecido estão disponíveis no site do Ministério da Saúde: [NOTA INFORMATIVA Nº 3/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/04/1586014047102-Nota-Informativa.pdf](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/04/1586014047102-Nota-Informativa.pdf)

Para quem é recomendado o uso de máscaras em serviços de saúde*:



Pacientes com sintomas respiratórios ou positivos para covid-19 e seus acompanhantes e pacientes que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19**



Profissionais da triagem



Profissionais do serviço de saúde, visitantes, acompanhantes, etc, em áreas de internação de pacientes (incluindo enfermarias, quartos, corredores, etc, dessas áreas)



Profissionais do serviço de saúde, como EPI, quando indicado nas precauções padrão ou específicas em qualquer área dentro do serviço de saúde.

*Qualquer pessoa (profissional, pacientes, visitantes ou acompanhantes) para os quais o uso de máscara não foi contemplado nessa revisão da nota técnica, pode optar por usar máscara dentro do serviço de saúde, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais. Além disso, o SCIH/CCIH pode definir a implementação de uso de máscaras em outras áreas do serviço de saúde, considerando por exemplo um cenário de surto dentro do serviço de saúde.

**O conceito de contato próximo está descrito na nota técnica 04/2020 GVIMS/GGTES/Anvisa.

2. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

MÁSCARA CIRÚRGICA

O número de partículas infecciosas necessárias para causar uma infecção é frequentemente incerto ou desconhecido para patógenos respiratórios. Além disso, muitas vezes há incerteza sobre a influência de fatores como a duração da exposição e a natureza dos sintomas clínicos na probabilidade de transmissão da infecção de pessoa para pessoa. Desta forma, quando as máscaras faciais forem usadas pelo profissional de saúde em uma área de atendimento ao paciente, o controle da fonte (isto é, oferecer máscaras cirúrgicas para os pacientes sintomáticos) e a manutenção da distância do paciente, quando possível (mais de 1 metro) também são particularmente importantes para reduzir o risco de transmissão.

Assim, as máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas para evitar a contaminação do nariz e boca do profissional por gotículas respiratórias, quando este atuar a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2.

A máscara cirúrgica deve ser constituída em material Tecido-Não-Tecido (TNT) para uso odontológico-hospitalar, possuir no mínimo uma camada interna e uma camada externa e obrigatoriamente um elemento filtrante. A camada externa e o elemento filtrante devem ser resistentes à penetração de fluidos transportados pelo ar (repelência a fluidos). Além disso, deve ser constituída de forma a cobrir adequadamente a área do nariz e da boca do usuário, possuir um clipe nasal constituído de material maleável que permita o ajuste adequado do contorno do nariz e das bochechas. Bem como, as máscaras devem atender a norma da ABNT NBR 15052 que trata dos requisitos para esses produtos.

Os seguintes cuidados devem ser seguidos quando as máscaras cirúrgicas forem utilizadas:

- Coloque a máscara cuidadosamente para cobrir boca, nariz e queixo e ajuste bem a máscara ao rosto, se necessário, dê um nó nas alças atrás das orelhas para minimizar os espaços entre a máscara e a face.
- Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara, e, se porventura tocar essa parte, realizar imediatamente a higiene das mãos;

- Remova a máscara usando a técnica apropriada (ou seja, não toque na frente da máscara, que pode estar contaminada, mas remova sempre pelas tiras laterais);
- Após a remoção ou sempre que tocar inadvertidamente em uma máscara usada deve-se realizar a higiene das mãos;
- Substitua a máscara usada por uma nova máscara limpa e seca assim que a antiga tornar-se suja ou úmida;
- Não reutilize máscaras descartáveis.

Atenção: NUNCA se deve tentar realizar a limpeza da máscara cirúrgica já utilizada com nenhum tipo de produto. As máscaras cirúrgicas são descartáveis e não podem ser limpas ou desinfetadas para uso posterior e, quando úmidas, perdem a sua capacidade de filtração.

MÁSCARA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA (RESPIRADOR PARTICULADO – MÁSCARA N95/PFF2 OU EQUIVALENTE)

Quando o profissional atuar ou auxiliar procedimentos com risco de geração de aerossóis, em pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, deve utilizar a máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até $0,3\mu$ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). São alguns exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de secreções nasotraqueais, broncoscopias, etc.

Além disso, indica-se realizar uma avaliação de risco e, se necessário, substituir a máscara cirúrgica pela N95/PFF2, 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

07/2020 GVIMS/GGTES/Anvisa, previne a disseminação do SARS-CoV-2 e deve ser considerada pelos serviços.

A máscara de proteção respiratória (respirador particulado – máscara N95/PPF2 ou equivalente) deve estar apropriadamente ajustada à face do profissional. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e este EPI nunca deve ser compartilhado entre os profissionais.

Observação: É importante ressaltar que a máscara N95/PPF2 ou equivalente com válvula expiratória não pode ser utilizada como controle de fonte, pois ela permite a saída do ar expirado pelo profissional que, caso esteja infectado, poderá contaminar pacientes, outros profissionais e o ambiente. Além disso, estas máscaras NUNCA devem ser utilizadas em procedimentos assépticos, como os cirúrgicos, pois nesse último caso pode aumentar o risco de exposição da ferida cirúrgica às gotículas expelidas pelos profissionais e assim podem aumentar o risco de infecção de sítio cirúrgico. Dessa forma, no momento epidemiológico atual, esse tipo de EPI (respiradores com válvula) não é recomendado em nenhuma área do serviço de saúde.

No link abaixo encontra-se um vídeo com detalhamento sobre a colocação e testes de vedação que o profissional deve realizar ao utilizar a máscara de proteção respiratória.

Vídeo de colocação e retirada do EPI - Anvisa: https://youtu.be/G_tU7nvD5BI

É essencial que os gestores dos serviços de saúde estejam atentos à demanda e à gestão dos estoques das máscaras máscara N95/PPF2 ou equivalente para garantir a continuidade da assistência aos pacientes com segurança para os profissionais.

LUVAS

As luvas de procedimentos não cirúrgicos devem ser utilizadas, no contexto da epidemia de covid-19, em qualquer contato com o paciente ou seu entorno (precaução de contato).

Quando o procedimento a ser realizado no paciente exigir técnica asséptica, devem ser utilizadas luvas estéreis (de procedimento cirúrgico).

Ressalta-se que uma importante barreira para a implementação das práticas de higiene das mãos em serviços de saúde é o uso de luvas com talco (luvas com pó). Isto ocorre porque os resíduos de talco/pó presentes nas luvas ao entrar em contato com o produto alcoólico formam uma reação, criando uma substância indesejável nas mãos e isso pode inibir a prática da higiene das mãos com este produto, após a retirada das luvas. Sendo assim, recomenda-se a seleção de luvas isentas de talco / pó para uso em serviços de saúde, pois isso evita reações em contato com a preparação alcoólica, facilitando a correta higiene das mãos nos cinco momentos indicados.

Reforçamos que as recomendações quanto ao uso de luvas por profissionais de saúde são:

- As luvas devem ser colocadas dentro do quarto/box do paciente ou área em que o paciente está isolado ou imediatamente antes de realizar um procedimento, por exemplo coleta de swab para realizar RT-PCR ou TR-Ag.
- As luvas devem ser removidas, utilizando a técnica correta, ainda dentro do quarto ou área de isolamento e descartadas como resíduo infectante.

Técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos:

- Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta.
- Segure a luva removida com a outra mão enluvada.
- Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) retire a outra luva.
- Realizar a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.
- JAMAIS sair do quarto/box ou área de isolamento com as luvas.
- JAMAIS usar as mesmas luvas para realizar procedimentos seriados em vários pacientes,

como por exemplo triagem, coleta de swab, etc.

- Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (as luvas nunca devem ser reutilizadas).
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos. Por isso, as mãos SEMPRE devem ser higienizadas antes de calçar as luvas e após a sua retirada.
- Não devem ser utilizadas duas luvas para o atendimento aos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência.
- Não se recomenda o uso de luvas quando o profissional não estiver realizando assistência direta ao paciente. **POR ISSO OS PROFISSIONAIS NUNCA DEVEM PERMANECER COM LUVAS DENTRO DOS POSTOS DE ENFERMAGEM, SALAS DE PRESCRIÇÃO E EM OUTRAS ÁREAS QUE FIQUEM FORA DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA DIRETA AO PACIENTE.**
- **JAMAIS** higienizar as mãos enluvadas. Não é permitida a lavagem ou desinfecção das mãos enluvadas em substituição à higienização das mãos.

Técnica para o calçamento e a remoção de luvas

Quando a higiene das mãos ocorrer antes de um contato que exija o uso de luvas, realize-a com preparação alcoólica ou com água e sabonete.

I. COMO CALÇAR AS LUVAS:



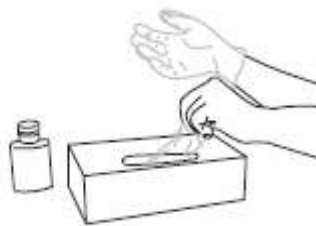
1. Retire uma luva de sua caixa original



2. Toque apenas uma área restrita da superfície da luva correspondente ao pulso (na extremidade superior do punho)



3. Calce a primeira luva



4. Retire a segunda luva com a mão sem luva e toque apenas uma área restrita da superfície correspondente ao pulso



5. Para evitar o contato com a pele do antebraço com a mão calçada, dobre a parte externa da luva a ser calçada nos dedos dobrados da mão calçada, permitindo assim o calçamento da segunda luva

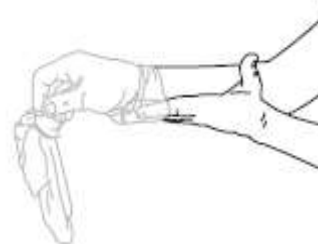


6. Uma vez calçadas, as mãos não devem tocar nada que não esteja definido pelas indicações e condições de uso das luvas

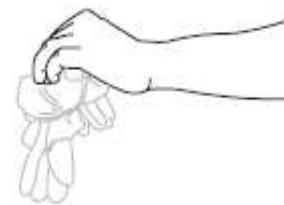
II. COMO RETIRAR AS LUVAS:



1. Toque a parte interna da luva na altura do pulso para removê-la, sem tocar na pele do antebraço, e retire-a da mão, permitindo assim que a luva vire do avesso



2. Segure a luva retirada com a mão enluvada e deslize os dedos da mão sem luva na parte interna entre a luva e o pulso. Remova a segunda luva, rolando-a para baixo sobre a mão e dobrando-a na primeira luva



3. Descarte as luvas retiradas

Em seguida, efetue a higiene das mãos com preparação alcoólica ou com água e sabonete líquido

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR DE FACE (FACE SHIELD)

Os óculos de proteção ou protetores faciais (que cubra a frente e os lados do rosto) devem ser utilizados quando houver risco de exposição do profissional a respingos de sangue, secreções corporais, excreções, etc.

Os óculos de proteção ou protetores faciais devem passar por limpeza e posterior desinfecção, imediatamente após o uso. A desinfecção pode ser feita com álcool líquido a 70% (quando o material for compatível), hipoclorito de sódio ou outro desinfetante, na concentração recomendada pelo fabricante ou pela CCIH do serviço.

Caso o protetor facial tenha sujidade visível, deve ser lavado com água e sabão/detergente e só depois dessa limpeza, passar pelo processo de desinfecção. O profissional deve utilizar luvas para realizar esses procedimentos.

CAPOTE OU AVENTAL

O capote ou avental para uso na assistência ao paciente suspeito ou confirmado e infecção pelo SARS-CoV-2 deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional e seguir as especificações definidas pela ABNT NBR 16693: 2022

O profissional deve avaliar a necessidade do uso de capote ou avental impermeável a depender do quadro clínico do paciente (vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc.) e da natureza e grau de interação do profissional com o paciente, quem algumas situações pode aumentar o potencial de penetração de fluidos, secreções ou excreções e contaminar a roupa e pele do profissional, como, por exemplo, durante o banho ou durante a manipulação do paciente com diarreia ou vômito.

A impermeabilidade é uma característica do produto, algo que não se deixa atravessar por líquidos e fluidos corpóreos. Já, a repelência, de acordo com a norma ABNT NBR 16693, se refere a um acabamento no produto para repelir líquidos, sendo que repelente é o mesmo que impermeável.

O capote ou avental deve ser de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, atóxico, hidro/hemorrepelente, hipoalérgico, com baixo desprendimento de partículas e resistente, proporcionar barreira antimicrobiana efetiva (Teste de Eficiência de Filtração Bacteriológica - BFE), além de permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos.

O capote ou avental sujo deve ser removido e descartado como resíduo infectante imediatamente após a assistência ao paciente e antes de sair do quarto ou área do paciente. Após a sua remoção, deve-se proceder a higiene das mãos para evitar a contaminação do profissional. Reforça-se que nunca deve ser utilizado o mesmo avental para atendimento de mais de um paciente.

Na atenção básica ou em atendimento ambulatorial, considerando pacientes não internados, caso não sejam realizados procedimentos em que há riscos de contato direto do avental usado pelo profissional de saúde com a roupa, pele ou superfícies contaminadas e não houver ocorrido situações, como por exemplo: tosse, espirro (sem máscara) ou vômito, o profissional pode utilizar o mesmo avental durante o turno de trabalho. Ressaltamos que se houver qualquer situação em que possa ter ocorrido a contaminação desse avental, o mesmo deve ser trocado antes do atendimento a outro paciente. É fundamental que o profissional de saúde faça uma avaliação de risco quanto a necessidade de troca ou não do avental nesse tipo de atendimento.

Observação: Não há indicação do profissional de saúde ficar totalmente paramentado dentro das unidades/enfermaria, mesmo sendo unidades exclusiva para covid-19. O uso de avental e luvas deve ser feito exclusivamente durante a assistência direta ao paciente ou durante o contato com as áreas próximas do leito do paciente (equipamentos, cama, etc)

GORRO

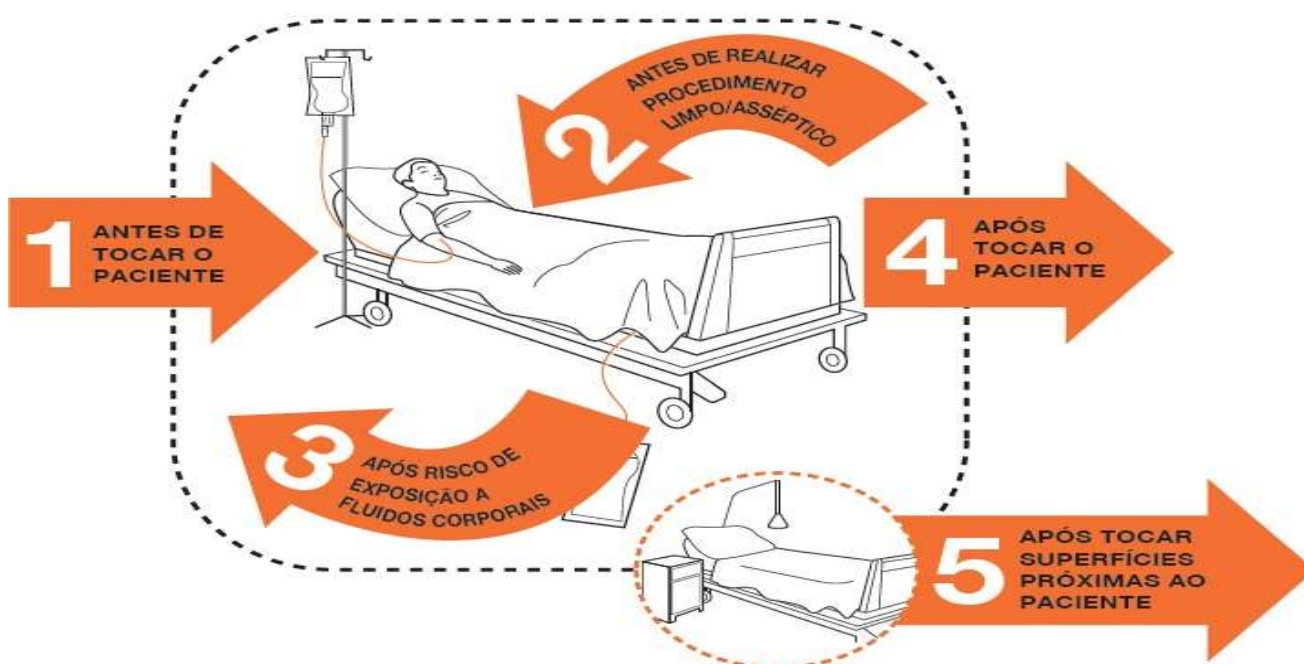
O gorro está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis. Deve ser de material descartável e removido após o uso. O seu descarte deve ser realizado como resíduo infectante.

Vídeo de colocação e retirada dos EPIs - Anvisa: [Orientações Sobre Equipamentos de Proteção Individual - YouTube](https://youtu.be/DBfOzM3c3Ow) <https://youtu.be/DBfOzM3c3Ow>

3. HIGIENE DAS MÃOS

Todos os trabalhadores dos serviços de saúde devem realizar higiene de mãos, de acordo com os 5 momentos para a higiene das mãos em serviços de saúde:

Os 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



1 ANTES DE TOCAR O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de micro-organismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de micro-organismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os micro-organismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS TOCAR O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do próprio paciente.
5 APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de micro-organismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se: água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%.

Os trabalhadores dos serviços de saúde, pacientes, acompanhantes e visitantes devem ser devidamente instruídos quanto à importância da higiene das mãos e monitorados quanto a sua implementação.

É importante destacar que:

1. antes de iniciar a higiene das mãos devem ser retirados todos os acessórios das mãos e antebraços (anéis, pulseiras, relógio, etc), uma vez que sob estes objetos acumulam-se microrganismos que podem não ser removidos com a higiene das mãos.
2. as unhas dos profissionais devem sempre ser mantidas curtas e limpas para que seja possível a higiene correta e segura de todas as partes das mãos.

HIGIENE DAS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO

A higiene das mãos com água e sabonete líquido é essencial quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais e deve ser realizada:

- Antes e após o contato direto com pacientes com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus, seus pertences e ambiente próximo, bem como na entrada e na saída de áreas com pacientes infectados.
- Imediatamente após retirar as luvas.
- Imediatamente após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções ou objetos contaminados.
- Entre procedimentos em um mesmo paciente, para prevenir a transmissão cruzada entre diferentes sítios corporais.
- Em qualquer outra situação onde seja indicada a higiene das mãos para evitar a transmissão do novo coronavírus para outros pacientes ou ambiente.

HIGIENE DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Deve-se higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob as formas gel ou solução) quando estas NÃO estiverem visivelmente sujas.

A higiene das mãos com preparação alcoólica (sob a forma gel ou líquida com 1- 3% glicerina) deve ser realizada nas situações descritas a seguir:

- Antes de contato com o paciente.
- Após contato com o paciente.
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos.
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico.
- Após risco de exposição a fluidos corporais.
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante a assistência ao paciente.
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.
- Antes e após a remoção de luvas.

De acordo com a RDC Anvisa nº 42, de 25 de outubro de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país:

Art. 5º É obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos:

I - nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país;

II - nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatorios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde;

III - nos serviços de atendimento móvel; e

IV - nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos.

Como Fazer a Fricção Antisséptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?



1a 1b
Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



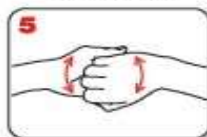
2
Friccione as palmas das mãos entre si.



3
Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



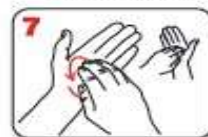
4
Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5
Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa.



6
Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



8
Enxágue bem as mãos com água.



9
Seque as mãos com papel toalha descartável.



10
No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.

20-30 seg.



8
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

40-60 seg.



11
Agora, suas mãos estão seguras.



A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso deste material é do leitor. A Organização Mundial da Saúde não se responsabilizará em hipótese alguma pelos danos provocados pelo seu uso.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Genebra (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA.

Publicações e materiais sobre higiene das mãos encontram-se disponíveis no sítio eletrônico da Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude>

4. CAPACITAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E HIGIENE DAS MÃOS

O serviço de saúde deve fornecer capacitação para todos os trabalhadores dos serviços de saúde (próprios, terceirizados, temporários) para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Todos os trabalhadores devem ser treinados para o uso correto e seguro dos EPI, inclusive os dispositivos de proteção respiratória (por exemplo, máscaras cirúrgicas e máscaras N95/PPF2 ou equivalente).

O serviço de saúde deve certificar-se de que os profissionais de saúde e de apoio foram capacitados e tenham praticado o uso apropriado dos EPI antes de cuidar de um caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus e ou atuar em serviços de apoio, incluindo a atenção ao uso correto de EPI, testes de vedação da máscara N95/PPF2 ou equivalente (quando for necessário o seu uso) e a prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de tais equipamentos.

Vídeo de colocação e retirada dos EPIs - Anvisa: [Orientações Sobre Equipamentos de Proteção Individual - YouTube](https://youtu.be/DBfOzM3c3Ow) <https://youtu.be/DBfOzM3c3Ow>

DESPARAMENTAÇÃO

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS GERADORES DE AEROSSÓIS

(EXEMPLOS: INTUBAÇÃO OU ASPIRAÇÃO TRAQUEAL, VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA, RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR, COLETAS DE AMOSTRAS NASÓTRAQUEAIS, BRONCOSCOPIAS, ETC)

AINDA DENTRO DO QUARTO/BOX DO PACIENTE

1 Retirar as luvas



2 Retirar o avental



3 Higienizar as mãos



SAIR DO QUARTO/BOX ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE

4 Higienizar as mãos



5 Retirar o gorro

6 Retirar óculos de proteção ou protetor facial



Ao final da desparamentação, higienizar óculos de proteção ou protetor facial e a área onde ficaram apoiados

7 Higienizar as mãos



8 Retirar a máscara N95/PFF2



9 Higienizar as mãos



Fonte: CDC/EUA e IC-HC-FMUSP

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

Recomendações para Profissionais de saúde no atendimento de pacientes suspeitos/confirmados de covid-19

Durante a realização de procedimentos que não geram aerossóis

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): de acordo com precaução padrão + contato + gotícula



Avental*



Luvas de procedimento



Máscara cirúrgica



Óculos de proteção ou protetor facial**



Durante a realização de procedimentos que possam gerar aerossóis ou outras situações

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): de acordo com precaução padrão + contato + aerossol



Avental*



Luvas de procedimento



Máscara N95/PPF2 ou equivalente***



Óculos de proteção ou protetor facial **



Gorro descartável

*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)

** Use óculos ou protetor facial quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção de mucosas, como precaução padrão

*** Ver no quadro 1 da Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa 04/2020 as recomendações.

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA

5. PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. O processamento deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso e orientação dos fabricantes e dos métodos escolhidos. Além disso, devem ser seguidas as determinações previstas na RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências e na RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

Como medida de precaução de contato, todos os equipamentos e produtos para saúde utilizados na assistência a paciente com infecção suspeita ou confirmada pelo SARS-CoV-2 devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização.

Equipamentos e produtos para saúde utilizados nos pacientes devem ser recolhidos e transportados de forma a prevenir a possibilidade de contaminação de pele, mucosas e roupas ou a transferência de microrganismos para outros pacientes, profissionais ou ambientes. O serviço de saúde deve estabelecer fluxos, rotinas de retirada e de todas as etapas do processamento dos equipamentos e produtos para saúde utilizados durante a assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2.

As normas citadas estão disponíveis em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/regulamentacao-servicos-de-saude-servicos-de-interesse-a-saude>

6. LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

Não há uma recomendação diferenciada para a limpeza e desinfecção de superfícies em contato com casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus.

Recomenda-se que a limpeza das áreas de isolamento seja concorrente, imediata ou terminal.

- A **limpeza concorrente** é aquela realizada diariamente;
- A **limpeza imediata** é aquela realizada em qualquer momento, quando ocorrem sujidades ou contaminação do ambiente e equipamentos com matéria orgânica, mesmo após ter sido realizada a limpeza concorrente e
- A **limpeza terminal** é aquela realizada após a alta, óbito ou transferência do paciente: como a transmissão do novo coronavírus se dá por meio de gotículas respiratórias e contato não há recomendação para que os profissionais de higiene e limpeza aguardem horas ou turnos para que o quarto ou área seja higienizado, após a alta do paciente.

A desinfecção das superfícies das unidades de isolamento só deve ser realizada após a sua limpeza. Os desinfetantes com potencial para desinfecção de superfícies incluem aqueles à base de cloro, álcoois, alguns fenóis e alguns iodóforos e o quaternário de amônio. Sabe-se que os vírus são inativados pelo álcool a 70% e pelo cloro. Portanto, preconiza-se a limpeza das superfícies do isolamento com detergente neutro seguida da desinfecção com uma destas soluções desinfetantes ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, desde que seja regularizado junto à Anvisa, e seguindo as orientações previstas no manual da Anvisa: "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", 2012.

No caso de a superfície apresentar matéria orgânica visível deve-se inicialmente proceder à retirada do excesso da sujidade com papel/tecido absorvente e posteriormente realizar a limpeza e desinfecção desta. Ressalta-se a necessidade da adoção das medidas de precaução para estes procedimentos.

Deve-se limpar e desinfetar as superfícies que provavelmente estão contaminadas, incluindo aquelas que estão próximas ao paciente (por exemplo, grades da cama, cadeiras, mesas de cabeceira e de refeição, etc.) e superfícies frequentemente tocadas no ambiente de atendimento ao paciente (por exemplo, maçanetas, grades dos leitos, interruptores de luz, corrimões, superfícies de banheiros nos quartos dos pacientes, etc).

Além disso, devem incluir os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (ex: bombas de infusão, monitores, etc) nas políticas e procedimentos de limpeza e desinfecção, especialmente os itens usados pelos pacientes, os usados durante a prestação da assistência ao paciente e os dispositivos móveis que são movidos frequentemente para dentro e para fora dos quartos dos pacientes (por exemplo, verificadores de pressão arterial e oximetria).

O serviço de saúde deve possuir protocolos contendo as orientações a serem implementadas em todas as etapas de limpeza e desinfecção de superfícies e garantir a capacitação periódica das equipes envolvidas, sejam elas próprias ou terceirizadas.

Outras orientações sobre o tema podem ser acessadas no **Manual de Segurança do Paciente: limpeza e desinfecção de superfícies**, publicado pela Anvisa e disponível no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>

7. PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes de casos suspeitos ou confirmados do SARS-CoV-2, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas provenientes de outros pacientes em geral.

Porém, ressaltam-se as seguintes orientações:

- A unidade de processamento de roupas do serviço de saúde deve possuir protocolos contendo as orientações a serem implementadas em todas as etapas do processamento das roupas, de forma a garantir que todas as roupas por ela processadas estejam seguras para uso por outros pacientes. Além disso, deve-se garantir a capacitação periódica das equipes envolvidas, sejam elas próprias ou terceirizadas.
- Na retirada da roupa suja deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as medidas de precauções já descritas anteriormente neste documento.
- Roupas provenientes de áreas de isolamento não devem ser transportadas por meio de tubos de queda.

Nota: Outras orientações sobre o tema podem ser acessadas no **Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: prevenção e controle de riscos** da Anvisa, disponível no link: <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>

8. TRATAMENTO DE RESÍDUOS

De acordo com o que se sabe até o momento, o SARS.CoV-2 pode ser enquadrado como um agente biológico classe de risco 3, segundo a **Classificação de Risco dos Agentes Biológicos**, publicada em^[OBJ] 2017, pelo Ministério da Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3e_d.pdf, sendo sua transmissão de alto risco individual e moderado risco para comunidade. Portanto, todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (covid-19) **devem ser enquadrados na categoria A1**, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018 (disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2018/confira-nova-regra-sobre-residuos-de-servicos-de-saude>).

Os resíduos devem ser acondicionados, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume e identificados pelo símbolo de substância infectante. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Estes resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

OBSERVAÇÃO: Apesar da RDC 222/2018 definir que os resíduos provenientes da assistência a pacientes com coronavírus têm que ser acondicionados em saco vermelho, EXCEPCIONALMENTE, o serviço poderá utilizar os sacos brancos leitosos com o símbolo de infectante para acondicionar esses resíduos. Reforça-se que esses resíduos devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada.

Ressalta-se ainda, que conforme a RDC/Anvisa nº 222/18, os serviços de saúde devem elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, que é o documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação,

segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

9. COMUNICAÇÃO

Os serviços de saúde devem implementar mecanismos e rotinas que alertem prontamente as equipes dos serviços de saúde, incluindo os setores de controle de infecção, epidemiologia, direção do serviço de saúde, saúde ocupacional, laboratório clínico e equipes de profissionais que atuam na linha de frente da assistência, sobre os casos suspeitos ou confirmados de infecções pelo novo coronavírus entre trabalhadores da instituição.

Além disso, todos os serviços de saúde devem designar pessoas específicas que ficarão responsáveis pela comunicação e colaboração com as autoridades de saúde pública. Todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser comunicados às autoridades de saúde pública, seguindo as orientações publicadas periodicamente pelo Ministério da Saúde.

ATENÇÃO!

Esta Nota Técnica apresenta medidas de prevenção e controle de infecções baseadas em publicações científicas, disponíveis até o momento da revisão desse documento, e na opinião e prática de especialistas de notório saber de diversas sociedades científicas e regiões do país, podendo ser atualizada de acordo com o surgimento de novas evidências científicas.

É importante destacar que os Serviços/Comissões de Controle de Infecção (SCIH/CCIH) têm autonomia para determinar outras ações de prevenção e controle de IRAS, bem como adaptar as orientações contidas nessa Nota Técnica, considerando o cenário epidemiológico local, as características do serviço, dos seus pacientes e os recursos disponíveis, de forma a melhorar a segurança do paciente e dos seus profissionais.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

World Health Organization. WHO. Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019- nCoV) outbreak Interim guidance 29 January 2020 WHO/nCov/IPC_Masks/2020.1. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>

World Health Organization. WHO. Q&A on infection prevention and control for health care workers caring for patients with suspected or confirmed 2019-nCoV. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-infection-prevention-and-control-for-health-care-workers-caring-for-patients-with-suspected-or-confirmed-2019-ncov>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control.html>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/infection-control.html>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Checklist for Healthcare Facilities: Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators during the covid-19 Response. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/checklist-n95-strategyh.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 01 Secretaria de Vigilância em Saúde SVS/MS-COE - Jan. 2020. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos - 3. Ed.; 2017

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 03/2014 - GGES/ANVISA - Medidas de prevenção e controle a serem adotadas na assistência a pacientes suspeitos de infecção pelo Vírus Ebola. 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-ebola-n-03-2014-gges-anvisa>

Center for Disease Control and Prevention. CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 (Last update: July 2019) Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

Dato, VM, Hostler, D e Hahn, ME. Ícone externo de máscara respiratória simples, Emerg Infect Dis . 2006; 12 (6): 1033-1034.

Rengasamy S, Eimer B e Shaffer R. Proteção respiratória simples - avaliação do desempenho da filtração de máscaras de pano e materiais comuns de tecido contra partículas externas de tamanho de 20-1000 nm icon, Ann Occup Hyg . 2010; 54 (7): 789-98.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Strategies for Optimizing the Supply of N95 Respirators:

Crisis/Alternate Strategies. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respirators-strategy/crisis-alternate-strategies.html>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Release of Stockpiled N95 Filtering Facepiece Respirators Beyond the Manufacturer-Designated Shelf Life: Considerations for the covid-19 Response, February 28, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/release-stockpiled-N95.html>

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>

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. publicado em 05/08/2020. Disponível em: https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes_finais-2.pdf

Mondelli MU et al. Low risk of SARS-CoV-2 transmission by fomites in real-life conditions. The Lancet Infectious Diseases. Setembro de 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30678-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30678-2)

DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde – Painel coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> acessado em 11/02/2021.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. About Variants of the Virus that Causes covid-19, February 12, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/transmission/variant.html> acessado em 14/02/21

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Occurrence of variants of SARS-CoV-2 in the Americas. Preliminary information. 11 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/occurrence-variants-SARS-CoV-2-america-preliminary-information>, acessado em: 11/02/2021

World Health Organization. WHO. SARS-CoV-2 Variants. Disease Outbreak News. 31 December 2020. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/31-december-2020-sars-cov2-variants/en/> acessado em 11/02/2021

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. NOTA TÉCNICA Nº 52/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: <http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/download/nota-tecnica-no-52-2020-cgpn-deidt-svs-ms/?wpdmdl=3301&refresh=60301c4d010821613765709> acessada em 12/02/2021

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. NOTA TÉCNICA 2021/01 – REDE GENÔMICA FIOCRUZ / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Publicada em 12/01/2021, disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-2021/01-rede-genomica-fiocruz/ministerio-da-saude> acessada em: 11/02/2021

European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC. Risk Assessment: Risk related to the spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA – first update. 21 de janeiro de 2021. Disponível em:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-spread-new-variants-concern-eueea-first-update> acessado em 11/02/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de covid-19 outras síndromes gripais. Brasília: 2020.

Zhang Z, Bi Q, Fang S, Wei L, Wang X, He J, Wu Y, Liu X, Gao W, Zhang R, Gong W, Su Q, Azman AS, Lessler J, Zou X. Insight into the practical performance of RT-PCR testing for SARS-CoV-2 using serological data: a cohort study. The Lancet. Publicado em 19 de janeiro de 2021. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(20\)30200-7](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(20)30200-7)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº 7/2021/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA - Orientação para a realização de testes rápidos, do tipo ensaios imunocromatográficos, para a investigação da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Publicado em 11/01/2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-7-de-2021.pdf>

BNO News. covid-19 reinfection tracker. BNO News Reinfection Tracker : Confirmed cases. Disponível em: <https://bnonews.com/index.php/2020/08/covid-19-reinfection-tracker/> acessado em: 12/02/2021

Ministério da saúde. Painel covid-19 vacinação – Doses aplicadas. Disponível em:



World Health Organization. WHO. Tracking SARS-CoV-2 variants. 23 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> acessado em 31/07/2021.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions., July 27, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html#Interest> acessado em 01/08/21

World Health Organization. WHO. covid-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 50, published 27 July 2021. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/tracking-Sars-CoV-2-variants/> acessado em 31/07/2021

Pan American Health Organization - PAHO. Epidemiological Update Coronavirus disease (covid-19). 19 June 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54471/EpiUpdate19June2021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y acessado em 31/07/2021

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. publicado em 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>

Hansen CH, Michlmayr D, Gubbels SM, Mølbak K, Ethelberg S. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. The Lancet. VOLUME 397, ISSUE 10280, P1204-1212, MARCH 27, 2021

Boyton RJ, Alltmann DM. Risk of SARS-CoV-2 reinfection after natural infection. The Lancet. VOLUME 397, ISSUE 10280, P1161-1163, MARCH 27, 2021.

Rodrigues NF, Silva APD, Santos MC, Saraiva FB, Ferreira MA, et al. Genetic Evidence and Host Immune Response in Persons Reinfected with SARS-CoV-2, Brazil. Emerging Infectious Diseases. Volume 27, Number 5—May 2021.

World Health Organization. WHO. Coronavirus disease (covid-19): Vaccines

. Perguntas e respostas, última atualização de 22 de junho de 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines) acessado em 01/08/2021

European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC. Clinical characteristics of covid-19. Atualizado em 4 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical>. Acessado em: 05/08/21.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Post-covid Conditions: Information for Healthcare Providers. Atualizado em 09 de julho de 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fclinical-care%2Flate-sequelae.html Acessado em: 04/08/21.

World Health Organization. WHO. Expanding our understanding os Post covid-19 condition. Report of WHO webinar, 9 february 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025035> Acessado em 04/08/21.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Guidance on Ending Isolation and Precautions for Adults with covid-19. Atualizado em 16 de março de 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html> Acessado em: 05/08/21.

Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post- acute covid-19 syndrome. Nature Medicine | VOL 27 | April 2021 | 601–615.

National Health Service – NHS. Post-covid Syndrome (Long covid). Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/post-covid-syndrome-long-covid/> acessado em 05/08/21.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Public Health Recommendations for Fully Vaccinated People. Atualizado em 28 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html> Acessado em: 08/08/21.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Delta Variant: What We Know About the Science. Atualizado em 06 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html> Acessado em: 08/08/21.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR 16693 – Produtos têxteis para saúde — Aventais e roupas privativas para procedimento não cirúrgico utilizados por profissionais de saúde e pacientes — Requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro: ABNT; 2018.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 01/2018 – GVIMS/GGTES/ANVISA ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf/view>

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR 15052 - Artigos de não tecido de uso odontológico-hospitalar - Máscaras cirúrgicas - Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.

Andraus GS, Dias VMCH, Baena CP. Recurrence of coronavirus disease 2019 (covid- 19), future paths and challenges. Infection Control & Hospital Epidemiology (2021), 1– 3 doi:10.1017/ice.2021.226

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. CDC covid-19 Study Shows mRNA Vaccines Reduce Risk of Infection by 91 Percent for Fully Vaccinated People Vaccination Makes Illness Milder, Shorter for the Few Vaccinated People Who Do Get covid-19. Atualizado em 07 de junho de 2021. Acessado em 07/09/21. Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/p0607-mrna-reduce-risks.html>

Thompson MG, JL Burgess, AL Naleway, H Tyner, SK Yoon. Prevention and Attenuation of covid-19 with the

European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC. Interim guidance on the benefits of full vaccination against covid-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions 21 April 2021. Acessado em 07/09/21.

WHO. Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant: Technical brief and priority actions for Member States. Update #6: 21 January 2022. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Versão 4, atualizado em 13/07/2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view

Wu Y, Kang L, Guo Z, Liu J, Liu M, Liang W. Incubation Period of COVID-19 Caused by Unique SARS-CoV-2 Strains: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(8):e2228008. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.28008

Public Health Ontario. SARS-CoV-2 Omicron Variant Sub-Lineages BA.4 and BA.5: Evidence and Risk Assessment. Published: July 8, 2022. Acessado em 24/08/22. Disponível em: https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/voc/2022/07/evidence-brief-ba4-ba5-risk-assessment-jul-8.pdf?sc_lang=en

WHO. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 98, published 29 June 2022. Acessado em 24/08/22. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---29-june-2022>

Roskosky M, Borah BF, DeJonge PM, Donovan CV, Blevins LZ, Lafferty AG, Pringle JC, Kelso P, Temte JL, Temte E, Barlow S, Goss M, Uzicanin A, Bateman A, Florek K, Kawakami V, Lewis J, Loughran J, Pogosjans S, Kay M, Duchin J, Lunn S, Schnitzler H, Arora S, Tate J, Ricaldi J, Kirking H. Notes from the Field: SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection in 10 Persons Within 90 Days of Previous SARS-CoV-2 Delta Variant Infection - Four States, October 2021-January 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Apr 8;71(14):524-526. doi: 10.15585/mmwr.mm7114a2. PMID: 35389976; PMCID: PMC8989372.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 05/2021 – GVIMS/GGTES/ANVISA - Orientações para prevenção e controle da disseminação de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde no contexto da pandemia da covid-19. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/covid-19>

Viviane Maria de Carvalho Hessel Dias, Alexandre Ferreira Oliveira, Ana Karolina Barreto Berselli Marinho, Carlos Eduardo dos Santos Ferreira, Carlos Eduardo Ferreira Domingues, Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza, Claudia Fernanda de Lacerda Vidal, Claudia Maria Dantas de Maio Carrilho, Debora Otero Britto Passos Pinheiro, Denise Brandão de Assis, Eduardo Alexandrino Medeiros, Karen Mirna Loro Morejón, Leonardo Weissmann, Lessandra Michelin, Marcelo Carneiro, Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira, Priscila Rosalba Domingos de Oliveira, Rafael Junqueira Buralli, Raquel Silveira Bello Stucchi, Rodrigo Schrage Lins, Silvia Figueiredo Costa, Alberto Chebabo, COVID-19 and isolation: Risks and implications in the scenario of new variants, *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, Volume 26, Issue 5, 2022, 102703, ISSN 1413-8670, <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102703>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR 16693: 2022, Produtos têxteis para saúde -

Aventais de procedimentos não cirúrgicos utilizadas por profissionais da saúde e pacientes - Requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro: ABNT; 2022.

Fiocruz. Rede Genômica Fiocruz identifica surgimento de nova variante da Ômicron. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/rede-genomica-fiocruz-identifica-surgimento-de-nova-variante-da-omicron#:~:text=nos%20outros%20estados.-,%E2%80%9CA%20BQ.,data%20vamos%20conseguir%20monitorar%20melhor%E2%80%9D>. Acesso em 12/03/2023

Boucau J, Marino C, Regan J, Uddin R, Choudhary MC, Flynn JP, et al. Duration of Shedding of Culturable Virus in SARS-CoV-2 Omicron (BA.1) Infection. *N Engl J Med* [Internet]. 2022 Jul 21;387(3):275–7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2202092>

National Institute of Infectious Diseases Disease Control and Prevention Center, National Center for Global Health and Medicine. Active epidemiological investigation on SARS-CoV-2 infection caused by Omicron variant (Pango lineage B.1.1.529) in Japan: preliminary report on infectious period. *COVID-19 Updat* [Internet]. 2022;(January 05):17–20. Available from: <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/10884-covid19-66-en.html>

Takahashi K, Ishikane M, Ujiie M, Iwamoto N, Okumura N, Sato T, et al. Duration of Infectious Virus Shedding by SARS-CoV-2 Omicron Variant–Infected Vaccinees. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2022 May 24;28(5):998–1001. Available from: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/5/22-0197_article.htm

Vihta K, Pouwels KB, Peto TEA, Pritchard E, House T, Studley R, et al. Omicron-Associated Changes in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Symptoms in the United Kingdom. 2022;2:1–9.

Yang W, Yang S, Wang L, Zhou Y, Xin Y, Li H, et al. Clinical characteristics of 310 SARS-CoV-2 Omicron variant patients and comparison with Delta and Beta variant patients in China. *Virology* [Internet]. 2022 Aug;(January):19–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1995820X22001389>

WHO. Statement on the update of WHO’s working definitions and tracking system for SARS-CoV-2 variants of concern and variants of interest. published 16 March 2023. Acessado em 20/03/23. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/16-03-2023-statement-on-the-update-of-who-s-working-definitions-and-tracking-system-for-sars-cov-2-variants-of-concern-and-variants-of-interest>

WHO. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Acessado em 20/03/23. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1

ANEXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) que atendem pacientes com covid-19

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES
CONTROLE DE ENGENHARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Se disponível, internar o paciente, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto com portas fechadas e com janelas abertas e restringir o número de profissionais que prestam assistência a esses pacientes.
EQUIPE EXCLUSIVA	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe, preferencialmente, exclusiva para o atendimento de pacientes com covid-19, deverá permanecer em área separada (área de isolamento) e evitar contato com outros profissionais envolvidos na assistência de outros pacientes (coorte de profissionais). • Os profissionais que permanecerem na área de isolamento para covid-19, devem retirar a roupa pessoal (no início das atividades diárias) e usar apenas roupas disponibilizadas pela instituição.
USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	<ul style="list-style-type: none"> • Conforme já mencionado nesta Nota Técnica, deve-se utilizar os EPI, conforme o tipo de assistência que será prestada. • Atentar-se para a ordem para a paramentação e desparamentação seguras do EPI e a higiene de mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica, principalmente, durante a desparamentação por ser o momento de maior risco de contaminação do profissional.
VENTILAÇÃO MECÂNICA	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns ventiladores microprocessados têm filtros expiratórios N99 ou N100, com grande poder de filtragem dos aerossóis; no entanto se o equipamento não dispuser desta tecnologia, adequar adaptando um filtro expiratório apropriado. • Checar os filtros expiratórios em uso, e caso não estejam adequados substituí-los por um filtro HEPA, HMEF ou HME (algumas marcas filtram vírus), que filtram bactérias e vírus. • Atentar-se ao prazo de troca desses filtros, seguindo as recomendações do fabricante e de acordo com os protocolos definidos pela CCIH do serviço de saúde.

SITUAÇÃO	• RECOMENDAÇÕES - continuação
<p>ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INTUBAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todo material deve ser preparado fora do box ou área de coorte. • A equipe de intubação deve limitar-se ao médico e ao menor número de pessoas possível. • Durante a intubação, um circulante poderá permanecer do lado de fora do isolamento para atender às solicitações da equipe interna. • Antes da intubação: Instalar filtro HEPA, HMEF ou HME com filtragem para vírus no reanimador manual. De preferência, conectar direto ao ventilador mecânico, evitando utilização de reanimador manual neste paciente. • O jogo de laringoscópio utilizado na intubação deverá ser encaminhado para limpeza e desinfecção habitual (de acordo com protocolo do serviço de saúde).
<p>SISTEMA DE ASPIRAÇÃO</p>	<p>Preferencialmente, instalar sistema fechado de aspiração em todos os pacientes. O sistema de aspiração fechado é recomendado durante o período de contagiosidade da doença para os casos críticos (20 dias) e após esse período, a indicação deve ser a critério do profissional em terapia intensiva.</p>
<p>ORIENTAÇÕES PARA NEBULIZAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de dispositivos de nebulização pode ser realizado considerando a necessidade do paciente, o ambiente de internação, uso de EPIs adequados, tempo de infecção e recomendações da CCIH do serviço de saúde. • Usar medicação broncodilatadora em <i>puff</i> administrado por dispositivo que acompanha sistema de aspiração fechado ou aerocâmara retrátil.
<p>REANIMADOR MANUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se a utilização de reanimador manual com reservatório para impedir a dispersão de aerossóis. • O sistema de aspiração fechado e filtro HEPA, HMEF ou HME deve vir com especificação de filtragem de vírus acoplado.
<p>TROCA DE SISTEMAS DE ASPIRAÇÃO FECHADA E FILTROS HME</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O pinçamento do tubo orotraqueal (TOT) deverá ser feito com pinça, antes da desconexão para troca do sistema (de aspiração fechado ou filtro HME), desconexão do reanimador manual ou troca de ventilador de transporte para ventilador da unidade. • Outra técnica é utilizar um oclisor no tubo orotraqueal, sempre com a ideia de não deixar a via aérea aberta para o ambiente.

SITUAÇÃO	• RECOMENDAÇÕES - continuação
MANEJO DOS FLUIDOS CORPORAIS (DIURESE, EVACUAÇÃO, DÉBITOS DE DRENOS E ASPIRAÇÃO TRAQUEAL)	<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde devem manusear atentamente os fluidos corporais do paciente e adotar o protocolo de rotina do serviço para desprezar de forma segura esses materiais.
MEDICAMENTOS	Os medicamentos deverão ser preparados e administrados de acordo com os protocolos definidos pelo serviço de saúde.
COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS	A rotina pode ser habitual, desde que o profissional da coleta esteja orientado e adequadamente paramentado.
BANHO	<ul style="list-style-type: none"> Preferir banho no leito inclusive para acordados, para evitar o compartilhamento do banheiro, caso o box/quarto não tenha banheiro exclusivo. Se for encaminhado ao banheiro, proceder com limpeza terminal do banheiro, antes do próximo paciente.
ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	<ul style="list-style-type: none"> Recomenda-se ampliar a frequência de limpeza da unidade, três vezes ao dia, com álcool 70% ou outro desinfetante padronizado pelo serviço de saúde, principalmente das superfícies mais tocadas como bancadas, teclados de computador, telefones, pias e vasos sanitários nos banheiros, maçanetas, corrimões, elevadores (botão de chamada, painel interno), etc. Recomenda-se que os profissionais de higiene e limpeza sejam exclusivos para a área de isolamento covid-19, durante todo o plantão.
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	Recomenda-se o uso de equipamentos e materiais exclusivos para o quarto/box ou área de isolamento covid-19. Caso não seja possível, todos os equipamentos e materiais devem ser rigorosamente limpos e desinfetados ou esterilizados (se necessário), antes de ser usado em outro paciente.
RESÍDUOS	De acordo com o que se sabe até o momento, o novo coronavírus pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3. Seguindo a Classificação de Risco todos os resíduos provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem ser enquadrados na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018. Para mais orientações verificar tópico específico nessa Nota Técnica.

Referências:

Appendix S. Correspondence Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with Sars-CoV-1. 2020;1–3.

Ppe E, Director-general WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (covid-19). 2020;2019(February):1–7.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings. . March 28, 2018.

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. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>. Center for disease control and prevention 2020.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Recommended Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html>. Center for disease control and prevention, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. NOTA TÉCNICA Nº 62/2021-SEcovid/GAB/SEcovid/MS. Assinada em 25/11/2022.

ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE DIÁLISE

Estas orientações são baseadas nas informações atualmente disponíveis sobre as infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e podem ser atualizadas à medida que mais estudos estiverem disponíveis e que as necessidades de resposta mudem no país. É importante manter-se informado para evitar a introdução e minimizar a disseminação do novo coronavírus nos serviços de diálise.

Além das orientações contidas nesta nota técnica, os serviços de diálise devem seguir as orientações descritas abaixo:

Orientações gerais

- Como parte do programa de prevenção e controle de infecção, os serviços de diálise devem definir políticas e práticas para reduzir a disseminação de patógenos respiratórios contagiosos, incluindo o vírus SARS-CoV-2.
- Os serviços de diálise devem disponibilizar perto de poltronas de diálise e postos de enfermagem suprimentos/insumos para estimular a adesão à **etiqueta respiratória**. Isso inclui lenços de papel e lixeira com tampa e aberturas sem contato manual
- Também devem prover condições para higiene das mãos com preparação alcoólica (dispensadores de preparação alcoólica) e com água e sabonete líquido (lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual).
- Os serviços de diálise devem reforçar aos pacientes e aos profissionais de saúde instruções sobre a higiene das mãos, **etiqueta respiratória**.
- Os serviços de diálise devem implementar políticas, que não sejam punitivas, para permitir que o profissional de saúde que apresente sintomas de infecção respiratória seja afastado do trabalho.
- Recomenda-se ainda, que o paciente esteja com um acompanhante apenas quando for extremamente necessário ou nos casos previstos em lei, para reduzir ao mínimo possível o fluxo de pessoas nos serviços de saúde. Mas se o acompanhante apresentar qualquer sintoma respiratório, não deve entrar no serviço de diálise.

- Todos os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não transitar pelas áreas da clínica desnecessariamente.
- Todos os pacientes e acompanhantes devem ser orientados a não compartilhar objetos e alimentos com outros pacientes e acompanhantes.
- Todos os pacientes com sintomas respiratórios ou positivos (mesmo sem sintomas respiratórios) e seus acompanhantes devem usar máscara facial* durante toda a sua permanência no serviço de diálise. Também devem ser orientados sobre como utilizar de forma adequada essa máscara (máscaras limpas e secas, bem ajustadas à face e que cubram o tempo todo nariz, boca e queixo), bem como removê-la. Essas máscaras tem o objetivo de impedir que as gotículas expelidas durante a fala, tosse ou espirro contaminem outras pessoas ou superfícies. Caso os pacientes ou acompanhantes não possuam máscara facial ou sua máscara esteja suja ou úmida, o serviço de saúde deve fornecer máscaras cirúrgicas de modo que pacientes e acompanhantes permaneçam de máscara no serviço de diálise.

* caso a máscara facial não possa ser tolerada, devido aos sintomas respiratórios do paciente (presença de secreção excessiva ou falta de ar intensa), ele deve ser imediatamente colocado em um local isolado de outros pacientes, para ter o atendimento priorizado. O paciente e o seu acompanhante devem ser orientados sobre todas as medidas de prevenção da disseminação da covid-19 no serviço.

Observação: Para o paciente sem sintomas respiratórios e seu acompanhante, não é obrigatório o uso de máscaras dentro do serviço de diálise, mas eles podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais. Porém, caso ocorram casos de surtos de covid-19 dentro da instituição, pode haver necessidade do uso obrigatório de máscaras faciais por um período definido pelo serviço de saúde.

Orientações diante de casos suspeitos e confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2

Os serviços de diálise devem estabelecer estratégias para identificar e prestar assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, antes mesmo de chegar ao serviço ou de entrar na área de tratamento, de forma que a equipe possa se organizar/planejar o atendimento.

Entre essas estratégias, sugere-se:

- Os pacientes devem ser orientados a informar previamente ao serviço de diálise (por exemplo: por ligação telefônica antes de dirigir-se à clínica (de preferência) ou ao chegar ao serviço, caso apresentem sintomas de infecção respiratórias ou caso sejam suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2..
- Devem ser disponibilizados alertas nas entradas do serviço com instruções para que pacientes informem a equipe (por exemplo, quando chegarem ao balcão de registro) caso estejam apresentando sintomas de infecção respiratória ou caso sejam suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2. .
- Antes da entrada na área de tratamento, ainda na recepção, deve ser aplicado um pequeno “questionário” a todos os pacientes com perguntas sobre o seu estado geral e presença de sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, coriza, dificuldade para respirar).
- Os serviços de diálise devem organizar um espaço na área de recepção/espera para que os pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus fiquem a uma distância mínima de 1 metro dos outros pacientes.
- Devem ser disponibilizadas máscaras cirúrgicas na entrada do serviço de diálise para:
 - a) pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 , ainda que sem sintomas respiratórios;
 - b) pacientes com sintomas respiratórios.
- Os acompanhantes de pacientes com sintomas respiratórios também devem utilizar máscara cirúrgica.
- Pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem ser levados para uma área de tratamento o mais rápido possível, a fim de minimizar o tempo na área de espera e a exposição de outros pacientes.
- As instalações devem manter no mínimo 1 metro de separação entre pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 (usando máscaras cirúrgicas) e outros pacientes, durante o tratamento dialítico.
- Devem ser instituídas as precauções para gotículas e de contato, além das precauções padrão por todos os profissionais que forem prestar assistência a menos de 1 metro de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Isso inclui, entre outras ações, o uso de EPI, conforme quadro 2.
- Pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus devem

preferencialmente ser dialisados em uma sala separada, bem ventilada e com a porta fechada, respeitando-se a distância mínima de 1 metro entre os pacientes:

- a. Se não tiver condições de colocar esses pacientes em uma sala separada, o serviço deve dialisá-los no turno com o menor número de pacientes, nas máquinas mais afastadas do grupo e longe do fluxo principal de tráfego, quando possível.
- b. Caso haja mais de um paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2, sugere-se realizar o isolamento por coorte, ou seja, colocar em uma mesma área pacientes com infecção pelo mesmo agente infeccioso. Sugere-se ainda que sejam separadas as últimas seções do dia para esses pacientes OU, no caso de haver muitos pacientes com covid-19 confirmada, o serviço deve remanejar os turnos de todos os pacientes, de forma a manter aqueles com covid-19 (suspeita ou confirmada) dialisando em um turno exclusivo para esses pacientes (de preferência, o último turno do dia).

De qualquer forma, deve haver a distância mínima de 1 metro entre os leitos/poltronas; os pacientes devem utilizar máscara cirúrgica durante toda a sua permanência no setor e os profissionais de saúde que forem prestar assistência a menos de 1 metro desses pacientes, devem seguir todas as medidas de precaução (uso de EPI e higiene das mãos, etc).

- c. as salas de isolamento de hepatite B podem ser usadas para dialisar pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus, porém devem ser observados alguns critérios:
 - Utilizar essa sala **como último recurso**, quando não houver possibilidade de realizar isolamento por coorte ou não houver outras salas disponíveis.
 - Essa sala só pode ser usada, caso não haja pacientes com hepatite B sendo dialisados no mesmo turno.
 - Essa sala deve sofrer rigoroso processo de limpeza e desinfecção antes e após os turnos. É importante reforçar a limpeza e desinfecção de todas as superfícies próximas ao leito/cadeira de diálise e no posto de enfermagem que atende a essa sala, de forma a reduzir o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2 para os pacientes com hepatite B que utilizam essa sala em outro turno, bem como para reduzir o risco de transmissão de hepatite B para pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus.
 - Se possível, não dialisar nessa sala pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus que não estejam imunes ao vírus da hepatite B (ou seja, paciente HbsAg negativos).

- O serviço de diálise deve avaliar a viabilidade de prestar o atendimento no domicílio do paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (caso seja possível).
- De preferência, definir profissionais exclusivos para o atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 (coorte de profissionais).
- Como precaução, as linhas de diálise e dialisadores utilizados em pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 devem sempre ser descartadas após o uso. No entanto, caso haja possibilidade de desabastecimento desses produtos para saúde em nosso país, em virtude do aumento mundial no consumo desses produtos, o reprocessamento desses materiais deverá ser realizado exclusivamente por meio automatizado, não podendo haver nenhuma etapa prévia manual, a fim de evitar a contaminação do profissional responsável por esse reprocessamento. Além disso, esses produtos só poderão ser usados para o próprio paciente suspeito ou confirmado de covid-19, após o reprocessamento.
- Os produtos para saúde utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de covid-19 devem ser de uso exclusivo no paciente, como no caso de estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros, etc. Caso não seja possível, proceder a rigorosa limpeza e desinfecção após o uso (pode ser utilizado álcool líquido a 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante padronizado pelo serviço). Caso produto seja classificado como crítico, o mesmo deve ser encaminhado para a esterilização, após a limpeza.
- Após o processo dialítico deve ser realizada uma rigorosa limpeza e desinfecção de toda a área que o paciente teve contato, incluindo a máquina, a poltrona, a mesa lateral, e qualquer superfície e equipamentos localizados a menos de um metro da área do paciente ou que possam ter sido tocados ou utilizados por ele.
- Quando houver suspeita ou confirmação de infecção pelo novo coronavírus, conforme definição de caso do Ministério da Saúde, o serviço de diálise deve fazer a notificação.

Importante: Os serviços de diálise devem garantir que o tratamento dialítico continue sendo prestado. Portanto, não devem se negar a receber pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 ou pacientes que estavam realizando o tratamento dialítico fora do seu domicílio (no mesmo estado ou em outro estado).

Os pacientes não podem ficar sem receber o tratamento dialítico, dessa forma, cabe ao serviço de diálise ajustar os seus fluxos para o manejo de casos e seguir as orientações contidas nesta Nota Técnica e nos documentos do Ministério da Saúde de forma a realizar uma assistência segura para os pacientes e profissionais de saúde.

Quadro 2: Orientações sobre o uso de EPIs em serviços de diálise para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.

Pessoas	Atividades/procedimentos	Tipos de EPIs
Pacientes sem sintomas respiratórios*	Na recepção e durante toda a sua permanência no serviço de diálise	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
Pacientes com sintomas respiratórios ou com covid-19 confirmada ou que tiveram contato próximo com caso confirmado de covid-19	Na recepção e durante toda a sua permanência no serviço de diálise	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - etiqueta respiratória - mantenha uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - máscara cirúrgica
Profissionais de saúde	Durante a assistência a menos de 1 metro de pacientes sem sintomas respiratórios	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos - uso de EPIs de acordo com as precauções padrão e outras precauções específicas (se necessário).
Profissionais de saúde	Durante a assistência a menos de 1 metro de pacientes com sintomas respiratórios ou covid-19 positiva	<ul style="list-style-type: none"> - óculos de proteção ou protetor facial (face shield) - máscara cirúrgica ou N95/PPF2 de acordo com os tipos de procedimentos que serão realizados** - luvas - aventais durante a assistência ao paciente (principalmente, para iniciar e terminar o tratamento dialítico, manipular agulhas de acesso ou cateteres, ajudar o paciente a entrar e sair da estação, limpar e desinfetar o equipamento de assistência ao paciente e estação de diálise).
Profissionais da recepção	Recepção dos pacientes para a sessão de diálise	<ul style="list-style-type: none"> - manter distância mínima de 1 metro dos pacientes/acompanhantes - instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex: placas de acrílico, faixa no piso, etc).
Profissionais da limpeza	Durante a limpeza das áreas do serviço de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none"> - óculos de proteção ou protetor facial (se houver risco de respingo de material orgânico ou químico) - máscara cirúrgica (se houver risco de respingo de material orgânico ou químico, como precaução padrão) - avental - luvas de borracha de cano longo - botas impermeáveis ou calçados fechados e impermeáveis.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023 - 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-

* Para o paciente sem sintomas respiratórios e seu acompanhante, não é obrigatório o uso de máscaras em serviços de saúde, mas eles podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais.

**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 exclusivas para 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 do 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, previne a disseminação do SARS-CoV-2 e deve ser implementada pelos serviços.

Observação 1: 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 2: 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 3: 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 4: Continua sendo recomendado que os trabalhadores do serviço adotem a higiene das mãos, a distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas e a não aglomeração em área coletivas, locais de descanso, refeição, locais de registro de frequência, etc, para limitar a propagação de doenças respiratórias.

Observação 5: 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.

Referências:

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed covid-19 in Outpatient Hemodialysis Facilities. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/dialysis.html>

Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 (Last update: July 2019) Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

ANEXO 3 - ORIENTAÇÕES PARA SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA, EXAMES DE IMAGEM E ANESTESIOLOGIA

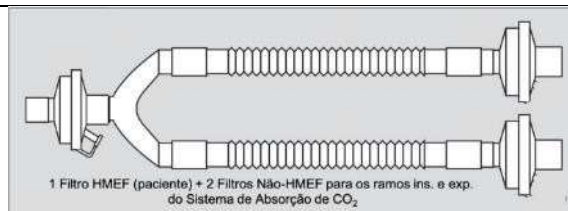
PROCEDIMENTOS	RECOMENDAÇÕES
<p>PARA TODOS OS EXAMES DE IMAGEM, PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA E ANESTESIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser instituído um protocolo de triagem capaz de identificar pacientes com sintomas gripais agudos, a fim de otimizar coorte e atendimento destes pacientes. • Higiene das mãos • Se identificado um paciente com síndrome gripal, indicar a utilização de uma máscara cirúrgica durante sua permanência/circulação no serviço. Enquanto aguardam na recepção pelo exame, o uso de máscara por pacientes que não apresentam sintomas respiratórios ou não sejam positivos para covid-19, não é obrigatório, mas esses pacientes podem utilizar máscara facial caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais. • Adotar medidas para evitar aglomerações e nas salas de espera manter distância mínima de 1 metro entre os pacientes, além de disponibilizar material para higiene de mãos e orientar etiqueta respiratória. Atentar-se para realizar adequadamente a desinfecção de superfícies. • Recomenda-se que os profissionais que realizam procedimentos endoscópicos (gastroenterologista, profissional de apoio e anestesista), sigam as precauções padrão para prestar assistência a todos os pacientes. Para os casos suspeitos ou confirmados de covid-19 devem ser implementadas adicionalmente as precauções para contato, para gotículas ou para aerossóis (máscaras N95/PFF2 ou equivalente e demais EPI), avaliando o risco de cada procedimento que será realizado.
<p>PROCEDIMENTOS/EXAMES DE IMAGEM RADIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA, MAMOGRAFIA,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser instituído um protocolo de triagem capaz de identificar pacientes com sintomas gripais agudos ou pacientes covid-19 positivos, a fim de otimizar isolamento/coorte e atendimento destes pacientes. • Higiene das mãos • Usar EPIs, incluindo máscara facial, quando indicado nas precauções padrão e, se necessário, adicionar as precauções específicas (para contato, gotículas ou aerossóis).

**TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA E
RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA**

- Recomenda-se que os profissionais que realizam esses procedimentos sigam as precauções padrão para prestar assistência a todos os pacientes. Para os casos suspeitos ou confirmados de covid-19 devem ser implementadas adicionalmente as precauções para contato, para gotículas ou para aerossóis (máscaras N95/PPF2 ou equivalente e demais EPI), avaliando o risco de cada procedimento que será realizado.
- No caso de se antever risco de procedimentos com potencial de gerar aerossóis, (como por exemplo necessidade de intubação traqueal) o uso da máscara N95/PPF2 ou equivalente, em substituição à máscara cirúrgica, está formalmente recomendado, além dos demais EPI para procedimento com risco de aerossolização (gorro descartável, óculos de proteção ou protetor facial, avental, luvas).
- Considerando que umas das principais vias de contaminação do profissional de saúde é momento de desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos.
- Após a realização de exames em pacientes com suspeita/ confirmação de covid-19, está indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies da sala de exames, utilizando preferencialmente um pano descartável com o desinfetante padronizado. Não é necessário tempo de espera para reutilizar a sala após a limpeza. Ao final do dia, deverá ser realizada a limpeza terminal.

PROCEDIMENTOS	RECOMENDAÇÕES - continuação
<p style="text-align: center;">ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA OU BAIXA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em virtude da possibilidade da geração de aerossóis também em procedimentos de endoscopia digestiva, apesar de ainda não estar claramente definido este grau de risco em comparação com exames de broncoscopia, estão indicados o uso de gorro descartável, protetor facial/óculos de proteção, avental, luvas, máscara N95/PPF2 ou equivalente para atendimento de todos os casos de síndrome gripal suspeito ou confirmado de covid-19. • Considerando que umas das principais vias de contaminação do profissional de saúde é momento de desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos • A utilização de duas luvas com o objetivo de reduzir o risco de contaminação no processo de desparamentação NÃO está indicada, pois pode passar uma falsa sensação de proteção, já que é sabido o potencial de contaminação através de microporos da superfície da luva, além de tecnicamente poder dificultar o seu processo de remoção. A medida mais eficaz para prevenir contaminação do profissional no processo de desparamentação na retirada das luvas é a higienização obrigatória das mãos e cumprimento de todos os passos recomendados. • Após a realização de exames em pacientes com suspeita/confirmação de covid-19, está indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies da sala de exames, utilizando preferencialmente um pano descartável com o desinfetante padronizado. O EPI recomendado para o profissional da limpeza já foi citado nesta nota. Não é necessário tempo de espera para reutilizar a sala após a limpeza. • Ao final do dia, deverá ser realizada limpeza terminal.

PROCEDIMENTOS	RECOMENDAÇÕES - continuação
<p>PROCEDIMENTO DE INTUBAÇÃO PELO PROFISSIONAL DA ANESTESIOLOGIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como o procedimento de intubação traqueal é de risco para aerossolização, para realização deste procedimento tanto em pacientes de setores de emergência, sintomáticos respiratórios ou assintomáticos, a recomendação é a utilização de gorro descartável, óculos de proteção, máscara N95/PPF2 ou equivalente, avental e luvas. • Limitar a permanência de profissionais na sala durante a realização do procedimento de intubação. • Procedimentos de intubação em pacientes suspeitos, confirmados ou sem triagem, devem ser preferencialmente realizados em salas com pressão negativa ou salas fechadas com acesso de pessoal e material limitados. • Considerando que umas das principais vias de contaminação do profissional de saúde é momento de desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos. • Após a realização de exames em pacientes com suspeita/confirmação de covid-19, está indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies da sala, utilizando preferencialmente um pano descartável com o desinfetante padronizado. Não é necessário tempo de espera para reutilizar a sala após a limpeza. Ao final do dia, deverá ser realizada limpeza terminal. • É recomendado que a instituição tenha um protocolo para manter a higiene do aparelho de anestesia, tanto para sua parte externa quanto interna, seguindo orientações do fabricante, constantes no manual do equipamento. • Em procedimentos a serem realizados em pacientes com suspeita/confirmação de covid-19, os circuitos ventilatórios devem ser protegidos com filtros viral/bacteriano e filtro tipo HMEF (1 filtro tipo HMEF conectado entre o tubo traqueal e o conector Y dos tubos corrugados do aparelho de anestesia, 1 filtro bacteriano/viral conectado no ramo inspiratório e 1 filtro bacteriano/viral conectado no ramo expiratório).



- Tubos corrugados e conectores devem ser trocados a cada paciente
- Como recomendação adicional, a critério do SCIH/CCIH de cada instituição, o aparelho de anestesia pode ser protegido por uma capa plástica transparente que evita o acúmulo de secreções e sangue na superfície da mesa de trabalho, botões de controles de fluxo, telas de monitores e outros componentes. No entanto essa capa deve ser trocada a cada paciente, bem como as superfícies do equipamento devem ser limpas e desinfetadas.

Fonte: Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Associação Médica Brasileira. Março de 2020 (atualizado em novembro de 2022)

ANEXO 4 - MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) - COVID-19 NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

A assistência odontológica apresenta um alto risco para a disseminação do vírus SARS-CoV-2 pela alta carga viral presente nas vias aéreas superiores dos pacientes infectados; devido à grande possibilidade de exposição aos materiais biológicos, proporcionada pela geração de gotículas e aerossóis, e pela proximidade que a prática exige entre profissional e paciente. Outros fatores a serem considerados são a inviabilidade dos pacientes realizarem exames para diagnóstico da covid-19 prévio ao atendimento e a evidência de transmissão pelos pacientes assintomáticos, imprimindo a necessidade de que os cuidados essenciais à prática segura sejam direcionados **a todos os pacientes que procuram a assistência odontológica.**

Observa-se que apesar de alguns estudos indicarem uma baixa prevalência de infecção por covid-19 em cirurgiões-dentistas, esses resultados não estão associados a uma baixa transmissibilidade da doença ou ao baixo risco da atividade profissional, mas à adoção de medidas preventivas e de controle das Infecções Relacionadas à Assistência - IRAS e infecção por covid-19.

Tendo em vista o risco ainda presente de disseminação da covid-19, observa-se que as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, em 13 de janeiro de 2023) do Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC- EUA, em 23 de setembro de 2022) e do *National Health Service* (NHS-Reino Unido, em 22 de setembro de 2022 e 25 de janeiro de 2023) apontam para uma avaliação de risco do atendimento pelo profissional, com o objetivo de preservar a segurança da equipe de saúde bucal e dos pacientes. Dessa forma, algumas das estratégias elencadas para a prática profissional incluem a triagem prévia à distância, a realização de teleconsultas e a manutenção das medidas para prevenção e controle da transmissão da covid-19 nesses serviços de saúde. Nesse sentido, a Resolução CFO-226, de 04 de junho de 2020, do Conselho Federal de Odontologia-CFO regulamenta o exercício da Odontologia à distância.

Assim, cabe ao cirurgião-dentista/gestor do serviço de saúde avaliar e determinar os procedimentos e fluxos para atendimento aos pacientes nos serviços odontológicos, considerando as recomendações e determinações vigentes das autoridades de saúde

pública e dos órgãos competentes; as melhores evidências científicas e as boas práticas de funcionamento nesses serviços; em especial, aquelas relacionadas à prevenção e controle de infecção

nos serviços odontológicos e à avaliação dos fatores de risco relacionados ao paciente, à estrutura, recursos humanos e insumos disponíveis, conforme preconizados pela RDC nº 63/2011 e RDC nº 36/2013.

A instituição de barreiras de segurança (protocolos, normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão, fluxogramas, dentre outros) constitui uma das principais práticas seguras nos serviços de saúde e figuram, no momento, como importante aliada para aplicação das boas práticas nos serviços odontológicos; padronizando as condutas das equipes de saúde bucal e tornando os processos de trabalho mais seguros, para os profissionais e pacientes.

Dessa forma, reitera-se o caráter orientativo desta Nota Técnica junto aos profissionais de saúde, considerando a autonomia da gestão dos serviços de saúde na definição de medidas mais rigorosas de prevenção e controle a serem aplicadas no âmbito dos seus serviços e as atribuições dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, que de acordo com a Lei nº 8080/90, podem legislar de forma mais restritiva sobre os serviços de saúde.

A- Orientações Gerais:

1. Observar o conjunto das recomendações que constam nessa Nota Técnica, uma vez que as evidências científicas disponíveis **demonstram que, até o momento, não há uma única medida isolada que seja eficiente em prevenir e controlar a covid-19 em serviços de saúde, incluindo aqueles de assistência odontológica.**
2. Seguir as precauções padrão, considerando as práticas mínimas de prevenção de infecções que se aplicam a todo paciente, independente do status de infecção suspeita ou confirmada. **Tendo como base o alto risco para a disseminação do SARS-CoV-2 na assistência odontológica, recomendamos ainda a adoção de precauções para contato e para aerossóis, somados às precauções padrão, para todos os atendimentos odontológicos.**
3. Atentar para a importância de assegurar a qualidade e renovação do ar, de forma a estabelecer ambientes mais seguros, considerando as formas de transmissão da covid-19 e os protocolos de climatização do ar vigentes na ABNT NBR 7256 - *Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações*. Recomenda-se a utilização de sistema de climatização com exaustão e/ou a manutenção das janelas abertas, a fim de garantir a renovação do ar nos ambientes. A adoção de outras medidas e dispositivos que promovam

a circulação do ar ou a redução das partículas em suspensão é recomendável, desde que avaliadas junto a profissional habilitado; estejam de acordo com a legislação e normas técnicas vigentes e os dispositivos possuam registro junto à Anvisa.

4. Observar a importância dos procedimentos de limpeza e desinfecção das superfícies.

5. Seguir os procedimentos de limpeza e desinfecção descritos nesta Nota Técnica (*Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência*), com as devidas adaptações aos ambientes dos consultórios odontológicos. Além das orientações desse documento, a Anvisa também disponibiliza a publicação *Manual de Segurança do Paciente: limpeza e desinfecção de superfícies*, disponível no link: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>

6. Enquadrar todos os resíduos provenientes da assistência odontológica na categoria A1, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018 (*vide Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência – Tratamento de Resíduos*).

7. O processamento de produtos para a saúde deve ser realizado de acordo com as características, finalidade de uso, orientação dos fabricantes e com os métodos escolhidos. Além disso, devem ser seguidas as determinações previstas na RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006, que *dispõe sobre o registro, rotulagem e reproprocessamento de produtos médicos* e na RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que *dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências* (*vide Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência*).

8. A higienização frequente das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica (70%) é um dos pilares da prevenção e controle de infecções nos serviços de saúde e figura como uma das principais medidas para prevenir e controlar a disseminação do SARS-CoV-2 nesses ambientes. Para a execução do procedimento, devem ser observadas a frequência, técnicas corretas, além da disponibilização de infraestrutura e insumos, conforme estabelecido RDC Anvisa nº 42, de 25 de outubro de 2010 (*vide Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência*). A OMS estabeleceu, em 2012, os 5 momentos para a higienização das mãos, nos consultórios odontológicos (Figura 1). Publicações e materiais sobre higiene das mãos encontram-se disponíveis no portal eletrônico da Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt->

9. Adotar/Estabelecer protocolos clínicos e de organização de serviço, bem como as demais barreiras de segurança mais adequadas para orientar a assistência odontológica durante a pandemia de covid-19, considerando critérios clínicos, evidências científicas, os cenários epidemiológicos locais, legislações sanitárias e recomendações vigentes das autoridades de saúde pública.

10. As Equipes de Saúde Bucal que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Odontológicas Móveis (UOM), assim como os demais profissionais de saúde bucal inseridos nos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou em outros serviços da atenção especializada odontológica devem se qualificar visando compreender os fluxos e protocolos a serem seguidos, almejando uma melhoria da organização dos serviços. Assim, o Ministério da Saúde desenvolveu um Guia que reúne um conjunto de orientações para subsidiar a reorganização da atenção em saúde bucal, tendo em vista a necessidade de mitigação dos riscos individuais e coletivos envolvidos na assistência odontológica no contexto da covid-19, disponível em

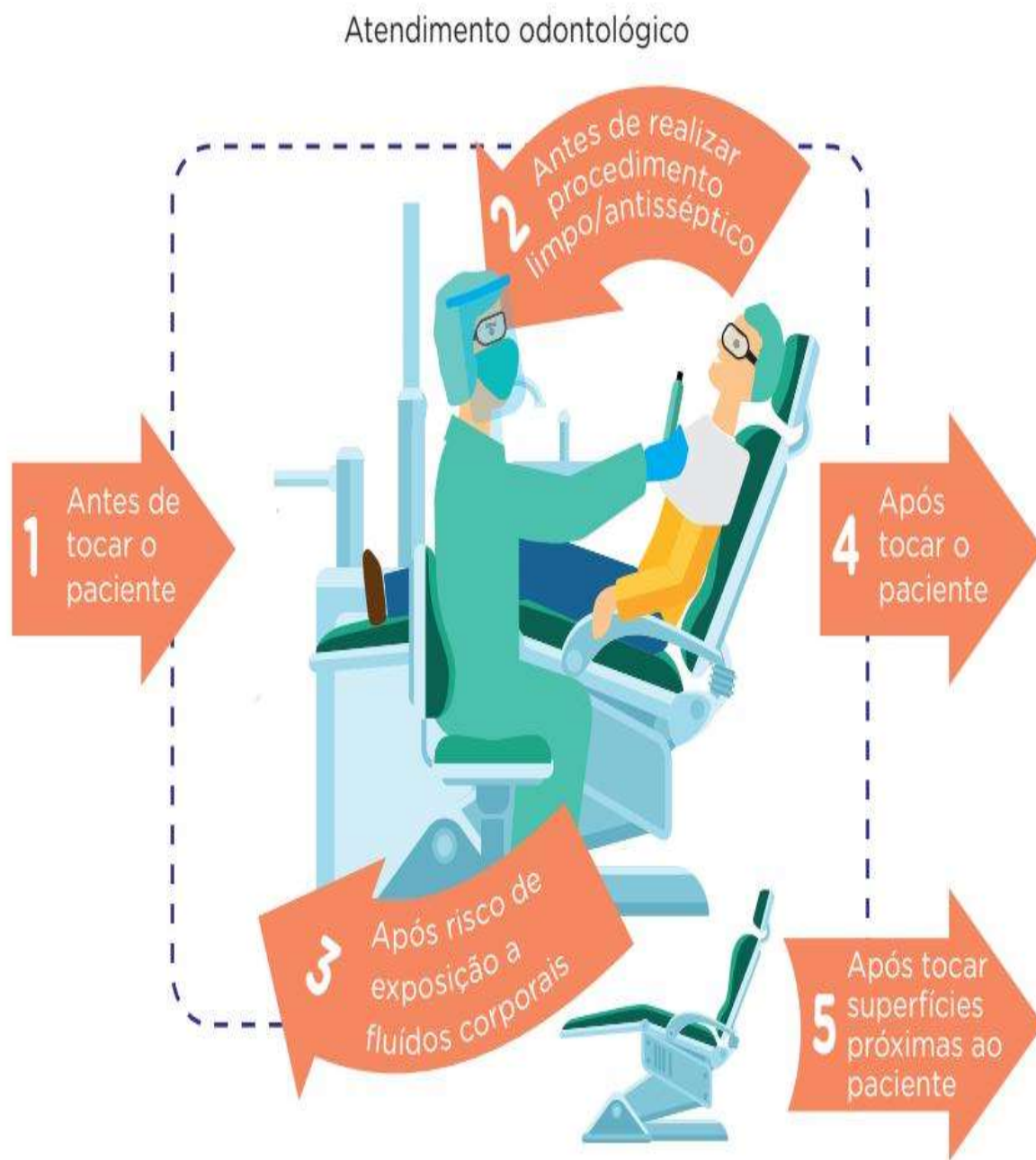
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientacoes_atencao_odontologica_covid.pdf

11. Certificar-se de que as medidas a serem adotadas para prevenir e controlar a disseminação do SARS-CoV-2 sejam de conhecimento de toda a equipe de saúde bucal. Por isso é, essencial à instituição das barreiras de segurança, o envolvimento de todos na elaboração dos documentos, de forma a promover uma maior segurança aos processos de trabalho.

12. Observar as legislações vigentes e recomendações dos órgãos competentes, referentes às medidas a serem adotadas para a preservação da saúde da equipe de saúde bucal e **redução do risco de disseminação da covid-19 e de outras doenças respiratórias nos serviços de saúde**, incluindo esquema vacinal completo para todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência odontológica, bem como a vigilância e monitoramento de casos entre os profissionais.

13. Este documento, bem como as outras notas técnicas, alertas, legislações, guias, manuais e demais publicações da Anvisa, relacionadas à melhoria da qualidade e segurança do Paciente nos serviços de saúde, encontram-se disponíveis no Portal da Anvisa: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude>

Figura 1. Descrição dos 5 Momentos para Higienização das mãos no atendimento odontológico.



Fonte: Souza, Weber Sobrinho, Tipple; 2021 (Adaptado de WHO, 2012; OMS, 2014).

* **Orientações no pré-atendimento aos pacientes:**

1. Dar preferência à realização de triagem prévia de pacientes com sintomas respiratórios (tosse, dor de garganta, falta de ar), ou em contato com indivíduos que apresentaram sintomas nos últimos 10 dias ou ainda em isolamento após confirmação de diagnóstico de covid-19 em até 10 dias, bem como ao agendamento das consultas, por meio de chamadas telefônicas, aplicativos de mensagens ou videoconferência.
2. Programar agendamentos espaçados, a fim de permitir a execução cuidadosa dos procedimentos preconizados para a prevenção e controle das infecções em consultórios odontológicos.
3. Orientar que os pacientes não levem acompanhantes para a consulta, exceto nos casos em que houver necessidade de assistência (por exemplo, pacientes pediátricos, pessoas com necessidades especiais, pacientes idosos, etc.), devendo nestes casos ser recomendado apenas um acompanhante. Em relação ao uso de máscaras por pacientes e acompanhantes nos serviços de saúde, a orientação deve estar de acordo com o perfil epidemiológico, risco individual e determinações das autoridades sanitárias dos municípios onde estão localizados.
4. Dispor cadeiras na sala de espera com pelo menos 1m de distância entre as mesmas e quando aplicável (grandes espaços), colocar avisos sobre o distanciamento nas cadeiras, de forma intercalada.
5. Divulgar, junto aos pacientes e acompanhantes, de forma a instruí-los, as recomendações, conhecidas como medidas de precaução para problemas respiratórios (etiqueta respiratória), manutenção de distanciamento físico apropriado (pelo menos a 1 metro de distância), e demais medidas recomendadas pelas autoridades de saúde pública, para reduzir o risco de disseminação da covid-19.
6. Orientar todos os profissionais de saúde bucal a não utilizarem adereços como anéis, pulseiras, cordões, brincos e relógios em horário de trabalho, bem como a adotarem em todos os ambientes do serviço de saúde as medidas recomendadas pelas autoridades de saúde pública para prevenir a disseminação da covid-19.
7. Utilizar barreiras físicas e avisos de distanciamento para a proteção de profissionais que atuam na recepção e no acolhimento dos pacientes.

8. Os profissionais que atuam na recepção do serviço devem ser orientados a manter o distanciamento seguro (1 metro) e a realizar frequentemente a higiene das mãos.

B. Consultório Odontológico/ Ambulatório:

1. Manter o ambiente limpo e seco irá ajudar a reduzir a persistência do SARS-CoV-2 em superfícies.

2. O uso de Equipamento de Proteção Individual- EPI deve ser completo para todos os profissionais de saúde bucal durante a assistência direta ao paciente, conforme lista abaixo:

- Gorro descartável

- Máscara N95/PFF2 ou equivalente

- Óculos de Proteção com protetores laterais sólidos

- Capote ou avental de mangas longas e impermeável (estrutura impermeável e seguir as especificações definidas pela ABNT NBR 16693: 2022)

- Luvas

3. O capote ou avental deve ter mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior. Além disso, deve ser confeccionado de material de boa qualidade, atóxico, hidro/hemorrepelente, hipoalérgico, com baixo desprendimento de partículas e resistente, proporcionar barreira antimicrobiana efetiva (Teste de Eficiência de Filtração Bacteriológica - BFE), além de permitir a execução de atividades com conforto e estar disponível em vários tamanhos. **As luvas e capote ou avental devem ser removidos e descartados como resíduos infectantes após a realização de cada atendimento.**

4. É importante ressaltar que a máscara N95/PF ou equivalente com válvula expiratória NÃO deve ser utilizada na assistência odontológica, pois ela permite a saída do ar expirado pelo profissional que, caso esteja infectado, poderá contaminar pacientes e o ambiente assistencial.

5. Não é indicado o uso de máscara cirúrgica sobre a máscara N95/PFF2 ou equivalente.

6. O tempo de uso das máscaras deve seguir a recomendação do fabricante.

7. Recomenda-se que os profissionais de saúde bucal sigam a sequência padrão de paramentação e desparamentação descritas abaixo:

Sequência de Paramentação:

1. Higienizar as mãos
2. Colocar o **Avental**
3. Colocar a **Máscara N95/PFF2**
4. Colocar **Gorro**
5. Colocar o **Óculos**
6. Higienizar as mãos
7. Colocar as **Luvras**

Para obter instruções sobre como colocar as máscaras, bem como para realizar os testes de vedação da N95/PFF2, sugerimos a observação do vídeo https://youtu.be/G_tU7nvD5BI.

8. Considerando que, uma das principais vias de contaminação do profissional de saúde é no momento de desparamentação, é fundamental que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos.

Sequência de Desparamentação:

1. Retirar as **Luvras**
2. Retirar o **Avental**
3. Higienizar as mãos.
4. Retirar o **Óculos**
5. Retirar o **Gorro**
6. Higienizar as mãos.
7. Retirar a **Máscara N95/PFF2**
8. Higienizar as mãos.

9. Para reduzir o risco com a desparamentação, podem ser mantidos o gorro e a máscara facial em atendimentos sequenciais.

10. Após cada atendimento, fazer a limpeza com água e sabão e desinfecção dos óculos. Na eleição do desinfetante, observar a compatibilidade dos materiais e recomendações dos fabricantes.
11. Devem ser observadas as condições ideais para o uso, manipulação, acondicionamento, armazenamento e descarte de EPI (vide *Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência*).
12. A utilização de duas luvas com objetivo de reduzir risco de contaminação no processo de desparamentação não está indicada, pois pode passar a falsa sensação de proteção, já que é sabido o potencial de contaminação através de microporos da superfície da luva, além de tecnicamente poder dificultar o processo de remoção. As medidas mais eficientes para prevenir a contaminação do profissional em todo o processo de desparamentação, incluindo a retirada das luvas, são a higiene das mãos e o cumprimento de todos os passos recomendados.
13. Evitar circular paramentado em outros ambientes.
14. Durante a permanência em áreas adjacentes ao ambiente clínico, os profissionais de saúde bucal devem manter o distanciamento físico e realizar frequentemente a higiene das mãos.
15. A fim de reduzir a quantidade de saliva na cavidade bucal e estímulo à tosse, deve ser realizada, a aspiração contínua da saliva residual. Preferencialmente, deve ser utilizado o sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo), por minimizar a formação de aerossóis.
16. Sempre que possível, trabalhar a quatro (4) mãos.
17. No início da pandemia da covid-19, a utilização prévia de colutórios aos procedimentos odontológicos, como o peróxido de hidrogênio e o gluconato de clorexidina, era orientada por alguns estudos, com o objetivo de reduzir a carga viral do SARS-CoV-2. Posteriormente, esta recomendação não foi sustentada por estudos clínicos e por isso, não consta na atualização deste documento.
18. Outras medidas devem ser adotadas para minimizar a geração de aerossóis, gotículas, respingos salivares e de sangue, tais como:
 - Colocar o paciente na posição mais adequada possível.

- Utilizar isolamento absoluto (sempre que possível), para reduzir a dispersão de gotículas e aerossóis.
19. Esterilizar em autoclave todos os instrumentais considerados semicríticos e críticos, inclusive instrumentos rotatórios, a exemplo das turbinas/canetas de alta e baixa rotação.
 20. Atentar para que apenas produtos para saúde (PPS) designados para uso fiquem expostos no ambiente clínico. Caso não sejam utilizados, deverão ser reprocessados ou descartados.
 21. Depois do atendimento devem ser realizados os procedimentos adequados de limpeza e desinfecção de superfícies. É indicada a limpeza e desinfecção concorrente das superfícies do consultório odontológico entre os atendimentos e ao final do dia, deverá ser realizada limpeza terminal. Para a execução das mesmas, devem ser seguidos os procedimentos recomendados nessa Nota Técnica (vide *Precauções a serem adotadas por todos os serviços de saúde durante a assistência*) e dispensada atenção especial às superfícies que provavelmente estão contaminadas, incluindo aquelas próximas ao paciente: refletor e seu suporte, cadeira odontológica, mocho, painéis, mesa com instrumental e demais superfícies frequentemente tocadas nos ambientes do consultório/ambulatório, incluindo maçanetas, superfícies de móveis da sala de espera; interruptores de luz, corrimões, superfícies de banheiros, dentre outros. A descontaminação das superfícies internas das mangueiras que compõem o sistema de sucção e da cuspeira deve ser realizada ao término de cada atendimento. Recomenda-se ainda cuidado adicional com os sistemas de sucção e cuspeiras que podem apresentar refluxo. Além disso, devem ser incluídos nos protocolos e procedimentos de limpeza e desinfecção os equipamentos eletrônicos de múltiplo uso (ex: tensiômetros/ esfigmomanômetros, termômetros, dentre outros), bem como os itens e dispositivos usados durante a prestação da assistência ao paciente. Utilize preferencialmente um tecido descartável com o desinfetante padronizado. Quando realizada a limpeza concorrente, não é necessário tempo de espera para reutilizar a sala após o procedimento, porém, se possível, sugere-se que o ambiente seja arejado, ao término de cada atendimento, durante o tempo de limpeza.

C1. Consultórios Odontológicos Coletivos:

1. Todas as orientações gerais, para pré-atendimento e aquelas direcionadas à assistência nos consultórios odontológicos/Ambulatórios (Itens A, B e C) são aplicáveis a esses serviços.

2. Devido aos riscos ampliados de uma contaminação cruzada associada aos aerossóis produzidos durante o atendimento simultâneo, recomendamos fortemente que sejam inseridas entre os equipos, divisórias até a altura do teto, de material liso, impermeável e de fácil limpeza e desinfecção. As divisórias devem ser submetidas a processos de limpeza e desinfecção diários.
3. A limpeza concorrente e a terminal das superfícies e de todos os ambientes devem ser criteriosas, seguindo os procedimentos recomendados nessa Nota Técnica.
4. Enfatizamos que não há, até o momento, referenciais baseados em evidências de distanciamento seguro entre os equipos para realização dos procedimentos produtores de aerossóis. Dessa forma, além das barreiras físicas (divisórias) entre os equipos, ressaltamos a importância de assegurar a qualidade e renovação do ar (vide item A- *Orientações Gerais*), da adoção de medidas para redução dos aerossóis, bem como do estabelecimento de fluxos de atendimentos que reduzam os riscos de contaminação cruzada entre profissionais e pacientes nesses ambientes.

C. Ambiente hospitalar/Leitos e Unidades de Terapia Intensiva (UTI)/ Coorte:

Na execução de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar/ Leitos e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), orientamos:

1. Que seja observado o conjunto de recomendações gerais, no pré-atendimento a pacientes, bem como aquelas direcionadas à assistência odontológica nos consultórios/ambulatórios (itens A, B e C) para prevenção e controle da covid-19.
2. Procedimentos geradores de aerossóis em pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19 podem ser, alternativamente, realizados em salas com pressão negativa ou salas fechadas com pessoal e material limitados.
3. Com relação ao Protocolo de Higiene Bucal em UTI, recomenda-se:
 - 3.1 A higiene bucal de todos os pacientes em UTI deve ser mantida, incluindo aqueles com

Intubação Orotraqueal- IOT/traqueostomia. A higiene bucal faz parte do pacote de medidas para prevenção de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV), sendo recomendadas as orientações do Manual de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da Anvisa e o protocolo do POP-HB da AMIB (disponível em http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2019/novembro/29/2019_POP_HI_GIENE_BUCAL_HB_EM_PACIENTES_INTERNADOS_EM_UTI_ADULTO.pdf).

3.2 Os dispositivos protéticos bucais, devem ser higienizados com água e sabão neutro, desinfetados com Hipoclorito de sódio a 1% ou álcool a 70% e entregues a um responsável. Em caso da necessidade de uso, determinada pelo cirurgião-dentista, a (s) prótese (s) deverá (ão) ser entregues com antecedência à equipe de assistência para higiene e desinfecção, em conformidade com o protocolo de cada hospital.

REFERÊNCIAS:

1. Allison J R et al. Evaluating aerosol and splatter following dental procedures: Addressing new challenges for oral health care and rehabilitation. *Journal of oral rehabilitation* 48.1: 61-72, 2021.
2. American Dental Association (ADA). Return to Work Interim Guidance Toolkit [Internet]. Chicago: American Dental Association;2020.
3. Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO). Consenso ABENO: Biossegurança no Ensino Odontológico Pós - pandemia da covid-19. Porto Alegre, RS:ABENO; 03 jul 2020. [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em <https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/retomada-de-praticas-seguras-no-ensino-odontologico.pdf>.
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). ABNT NBR 7256 - Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT; 2005.
5. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Departamento de Odontologia e Departamento de Enfermagem. Procedimento Operacional Padrão (POP)- Higiene Bucal (HB) em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (U T I) adulto [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 27 out 2021 [acesso em 28 de janeiro de 2023]. Disponível em https://www.amib.org.br/wp-content/uploads/2022/06/POP_HB_ADULTO_AMIB_-_2021-1.pdf
6. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Departamento de Odontologia e Departamento de Enfermagem. Procedimento Operacional Padrão (POP)- Higiene Bucal (HB) em pacientes internados em U T I neonatal/pediátrica [Internet]. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 27 out 2021 [acesso em 28 de janeiro de 2023]. Disponível em https://www.amib.org.br/wp-content/uploads/2022/06/POP_UTI_NEO-PED_AMIB_-_2021.pdf
7. Araujo, MWB et al. COVID-19 among dentists in the United States: A 6-month longitudinal report of accumulative prevalence and incidence. *The Journal of the American Dental Association* 152.6 (2021): 425-433.
8. Barreto ACB et al. Contaminação do ambiente odontológico por aerossóis durante atendimento clínico com uso de ultrassom. *Braz J Periodontol*, v. 21, n. 2, p. 79-84, 2011.
9. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set 1990.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jul 2013.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 out 2010.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

Diário Oficial da União, 28 nov 2011.

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018: Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, 29 mar 2018.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo Novo Coronavírus – COVID 19. Semana Epidemiológica 33-14/8/2022 a 20/8/2022; Nº127. Disponível em: [Boletins Epidemiológicos COVID-19 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/boletins-epidemiologicos-covid-19-portugues-brasil).
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Guia de Orientações para Atenção Odontológica no contexto da covid-19. 2º ed. Versão Preliminar; [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2022. [acesso em 28 jan. 2023]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-orientacoes-para-atencao-odontologica-no-contexto-da-covid-19/view>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica – Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Brasília: MS, 2021 [revisada em 13 jul 2022; acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/t-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Síndromes Gripais. Brasília: MS; 2022. Nota Técnica nº 10/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. [acesso em 07 mar. 2023]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-10-2022-cggripe-deidt-svs-ms>.
18. Carvalho JC, Declerck D, Jacquet W, Bottenberg, P. (2021). Dentist related factors associated with implementation of COVID-19 protective measures: A national survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8381.
19. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. [Internet]. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2020 [revised 2022 sep 23; cited 2023 jan 27]. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>.
20. Conselho Federal de Odontologia (CFO), Conselho Regional de Odontologia. Odontologia – Sempre bem protegida, para bem proteger: covid-19 e Odontologia – Medidas para aumentar a segurança de pacientes e profissionais. [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Odontologia (CFO); 2020 [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/12/E-Book-CFO-Vers%C3%A3o-Dezembro-2020.pdf>.
21. Diegritz C et al. A detailed report on the measures taken in the Department of Conservative Dentistry and Periodontology in Munich at the beginning of the covid-19 outbreak. *Clinical oral investigations*, v. 24, n. 8, p. 2931-2941, 2020.
22. Discacciati, JAC et al. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho docirurgião-dentista. *Revista Panamericana de Salud Pública* 3: 84-87, 1998.
23. Gama ZAS, Saturno PJ. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013. p. 29-40.
24. Harrel SK, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. *The Journal of the American Dental Association*, 135(4), 429-437, 2004.
25. Liang T; Cai H; Chen Y; Fang Q; Han W; Hu S; Lij I, Li T; Lu X; Qu T; Shen Y; Sheng J; Wang H; Wei G; Xu K ; Zhao X; Zhong Z; Zhou J. Treatment of secretions in Linger, T., editor-in-chief. *Handbook of covid-19 Prevention and Treatment*. [Internet]. Hangzhou: Zhejiang University School of Medicine; 2020 [cited 2023 jan 20].
26. Holliday R et al. Evaluating contaminated dental aerosol and splatter in an open plan clinic environment: Implications for the covid-19 pandemic. *Journal of dentistry*, v. 105, p. 103565, 2021.
27. Madathil S et al. The incidence of COVID-19 among dentists practicing in the community in Canada: A prospective cohort study over a 6-month period. *The Journal of the American Dental Association* 153.5 (2022): 450-459.
28. Meng L, Hua F, Bian Z. Coronavirus Disease 2019 (covid-19): Emerging and Future Challenges for dental and Oral Medicine. *Journal of dental Research*. 99(5): 481-487.
29. National Health Service (NHS). National infection prevention and control manual for England. [Internet]. England (UK): National Health Service; 2022 [revised 2023 jan 25; cited 2023 jan 27]. Disponível em <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/04/National-infection-prevention-and-control-manual-v2-4-250123.pdf>.
30. National Health Service (NHS). Dental framework – Supporting Guidance for Primary and Community Care Dental Settings. [Internet]. England (UK): National Health Service; 2022 [revised 2022 sep 22; cited 2023 jan 27]. Disponível em <https://www.england.nhs.uk/publication/national-infection-prevention-and-control/>.
31. Organização Mundial da Saúde. SALVE VIDAS: Higienize suas Mãos/ Organização Mundial da Saúde- Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência - Um Guia para

- a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos e da Abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos”; tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 73 p.
32. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal of Oral Science*, 2020 Mar 03; 12(9). DOI: 10.1038/s41368-020-0075-9.
33. Shah S. covid-19 and paediatric dentistry-traversing the challenges. A narrative review. *Annals of Medicine and Surgery*, 2020.
34. Souza FB, Weber Sobrinho CR, Tipple AFV. Higiene das mãos na prática odontológica. In: Souza, F. B et al. *Biossegurança: o essencial para a prática clínica*. Santana de Parnaíba: Manole; 2021.p. 48-64.
35. World Health Organization (WHO). Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of covid-19: scientific brief. Geneva: Who, 2020 May 15. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19>
36. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (covid-19): How is it transmitted? [Internet]. Geneva: Who; 2021. Disponível em <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted#:~:text=Current%20evidence%20suggests%20that%20the,%2C%20speak%2C%20sing%20or%20breathe.>
37. World Health Organization (WHO). Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): A living guideline, 13 jan, 2023 [Internet]. Geneva: Who; 2023. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2023.1>.
38. World Health Organization (WHO). Transmission of Sars-CoV-2- implications for infection prevention precautions: scientific brief. Geneva: Who, 2020 Ju Disponível em <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>.
39. World Health Organization (WHO). Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “My Five Moments For Hand Hygiene” approach. Geneva: Who, 2012. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503372>.
40. White SC, MJ. *Radiologia Oral: Fundamentos e Interpretação*. 7 ed. Rio de Janeiro:Elsevier, 2015.

ANEXO 5 - CUIDADOS COM O CORPO APÓS A MORTE

Nota: As recomendações previstas nesta Nota Técnica, relacionadas ao manejo de corpos após a morte dentro dos serviços de saúde, seguem as orientações previstas no Guia da Organização Mundial de Saúde (OMS): *Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of covid-19*, publicado no dia 24 de março de 2020, disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-covid-19-IPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf, com algumas adaptações para a realidade do nosso país. <https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>, com algumas adaptações para a realidade do nosso país.

Todas as recomendações referentes ao manejo de corpos após a morte, **fora dos serviços de saúde**, foram excluídas desta Nota Técnica, pois devem ser seguidas as orientações publicadas pelo Ministério da Saúde, no documento: Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 covid-19 e suas atualizações, e outras orientações publicadas pelas autoridades de saúde locais.

Os princípios das precauções padrão e precauções baseadas na forma de transmissão devem continuar sendo seguidos para o manuseio do corpo após a morte. Isso ocorre devido ao risco contínuo de transmissão infecciosa por contato, embora o risco seja geralmente menor do que para pacientes ainda vivos.

Nesse sentido, todos devem implementar precauções padrão e adicionalmente utilizar EPIs apropriados de acordo com o nível de interação que os profissionais tiverem com o cadáver. As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos.

Como já foi dito anteriormente, sabe-se até o momento que o SARS-CoV-2 é transmitido principalmente por meio de gotículas respiratórias e também pelo contato direto com pessoas infectadas ou indireto por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas. Desta forma, enfatizamos a importância da higiene das mãos (água e sabonete líquido OU preparações alcoólicas), da limpeza e desinfecção de superfícies ambientais e de instrumentais utilizados em procedimentos, bem como, a importância da utilização correta dos EPIs. Informações como: requisitos dos EPIs e limpeza e desinfecção de superfícies, também são descritos em outras partes desta Nota Técnica.

Considerando as evidências, já citadas nesta Nota Técnica, que respaldam os critérios para descontinuar precauções e isolamento em pacientes com covid-19 confirmada, entendemos que o manejo de cadáveres, **dentro do serviço de saúde**, deve obedecer as mesmas recomendações para precauções adotadas para o manejo do paciente vivo.

Sendo assim, podem ocorrer duas situações:

1. Caso o paciente já tenha cumprido todos os critérios para descontinuar precauções adicionais e isolamento para covid-19 no serviço de saúde, descritos nessa nota técnica, e venha a falecer, ou seja, as precauções adicionais e isolamento para covid-19 já estavam suspensas antes do falecimento, **Não** é necessário implementar novamente as precauções adicionais para o manejo do corpo. Desta forma, deve-se seguir a rotina normal para manejo de corpos estabelecida pelo serviço de saúde. Assim, não é porque o paciente teve confirmação de covid-19 que as recomendações de cuidados adicionais devem ser mantidas indefinidamente.
2. Caso o paciente ainda estava sob precauções adicionais e isolamento para covid-19 quando faleceu, o serviço de saúde deve continuar adotando as precauções adicionais para o manejo do corpo e seguir as recomendações descritas abaixo, que se aplicam especificamente a esse caso.

Preparação e acondicionamento do corpo para transferência do quarto ou área de coorte (isolamento) para necrotério (específicas para paciente que tenha falecido ainda em período de isolamento para covid-19).

- A dignidade dos mortos, sua cultura, religião, tradições e suas famílias devem ser respeitadas.
- O preparo e o manejo apressados de corpos de pacientes com covid-19 devem ser evitados.
- Todos os casos devem ser avaliados, equilibrando os direitos da família, a necessidade de investigar a causa da morte e os riscos de exposição à infecção.
- Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes no quarto/box ou área de coorte (isolamento), os profissionais estritamente necessários e todos devem utilizar os EPI indicados e ter acesso a recursos para realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica (higiene das mãos antes e depois da interação com o corpo e o meio ambiente).
- Todos os profissionais que tiverem contato com o cadáver, devem usar:
 - óculos de proteção ou protetor facial (face shield);
 - máscara cirúrgica;
 - avental ou capote (usar capote ou avental impermeável caso haja risco de contato com volumes de fluidos ou secreções corporais) e
 - luvas de procedimento.

Observação: Se for necessário realizar procedimentos que podem gerar aerossóis, como a extubação orotraqueal, o profissional deve usar adicionalmente o gorro descartável e trocar a máscara cirúrgica pela máscara N95/PPF2 ou equivalente.

- Os tubos, drenos e cateteres devem ser removidos do corpo, tendo cuidado especial para evitar a contaminação durante a remoção de cateteres intravenosos, outros dispositivos cortantes e do tubo endotraqueal.
- Descartar imediatamente os resíduos perfuro cortantes em recipientes rígidos, à prova de perfuração e vazamento e com o símbolo de resíduo infectante.
- Recomenda-se desinfetar e tapar/bloquear os orifícios de drenagem de feridas e punção de cateter com cobertura impermeável.
- Limpar as secreções nos orifícios orais e nasais.
- Tapar/bloquear orifícios naturais do cadáver (oral, nasal, retal) para evitar extravasamento de fluidos corporais.
- A movimentação e manipulação do corpo deve ser a menor possível.
- Embrulhar o corpo em tecido e transferir o corpo para o necrotério, assim que possível.

Observação: O uso de saco para cadáver pode ser recomendado em alguns casos:

- Quando houver risco de extravasamento dos fluidos corporais.
- Para procedimentos pós-autópsia (verificar recomendações do Ministério da Saúde sobre autópsia e outras orientações publicadas pelas autoridades de saúde locais).
- Para facilitar o transporte e armazenamento de corpos fora da área de necrotério
- Para gerenciar um grande número de cadáveres.
- Quando for indicado o uso de saco para cadáver, usar saco impermeável à prova de vazamento e selado. Desinfetar a superfície externa do saco (pode utilizar álcool líquido a 70°, solução clorada [0.5% a 1%], ou outro saneante desinfetante, regularizado junto à Anvisa, tomando-se cuidado de não usar luvas contaminadas para a realização desse procedimento de desinfecção do saco.

- Identificar adequadamente o cadáver.
- Identificar também com a informação relativa ao risco biológico; no contexto da covid-19: Agente biológico classe de risco 3 (conforme Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, publicado pelo Ministério da Saúde em 2017: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_3ed.pdf)
- Transferir o cadáver para o necrotério do serviço.
- Os profissionais que não tiverem contato com o cadáver, mas apenas com o tecido que embrulha o cadáver, ou o saco impermeável (caso seja usado), deverão adotar as precauções padrão (em especial a higiene de mãos) e usar avental/capote e luvas. Caso haja risco de respingos, dos fluidos ou secreções corporais, devem usar também, máscaracirúrgica e óculos de proteção ou protetor facial (face shield).
- A maca de transporte de cadáveres deve ser utilizada apenas para esse fim e ser de fácil limpeza e desinfecção.
- Após remover os EPI, todos os profissionais devem realizar a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica.
- Após o transporte do cadáver a maca deve ser submetida a limpeza e desinfecção.

Atenção: Não é recomendado que pessoas acima de 60 anos, com comorbidades (como doenças respiratórias, cardíacas, diabetes) ou imunossuprimidas sejam expostas a atividades relacionadas ao manejo direto do cadáver.

Referências

World Health Organization. WHO. Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of covid-19. 24 de março de 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-covid19-IPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf

World Health Organization. WHO. Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of covid-19. 04 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19. 2ª edição – Novembro 2020, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/15-covid_2ed_27nov20_isbn.pdf

Department of Health Hospital Authority Food and Environmental Hygiene Department. Hong Kong. Precautions for Handling and Disposal of Dead Bodies. The 10th edition, 2014 (última revisão em: fevereiro de 2020).

Núcleo municipal de controle de Infecção hospitalar. Informe técnico 55/2020. Município de São Paulo - SP. Data de publicação: 17/03/2020.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 03/2014 - GGES/ANVISA - Medidas de prevenção e controle a serem adotadas na assistência a pacientes suspeitos de infecção pelo Vírus Ebola. 2014. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/notatecnica-ebola-n-03-2014-gges-anvisa>

Serviço Nacional de Saúde, Direção Geral da Saúde, República Portuguesa: Infecção por Sars- CoV-2 (covid-19) - Cuidados post mortem, autópsia e casas mortuárias. Norma 002/2020, data 16/03/2020 (atualizado em: 19/03/2020), acesso em 19/03/2020.

Public Health England (PHE). Guidance. covid-19: infection prevention and control guidance Version 1.0. última revisão 13 de março de 2020. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>

ANEXO 6 - ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA TRANSMISSÃO DO SARS-CoV-2 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. PREPARAÇÃO PARA A CRISE: PLANO DE CONTINGÊNCIA

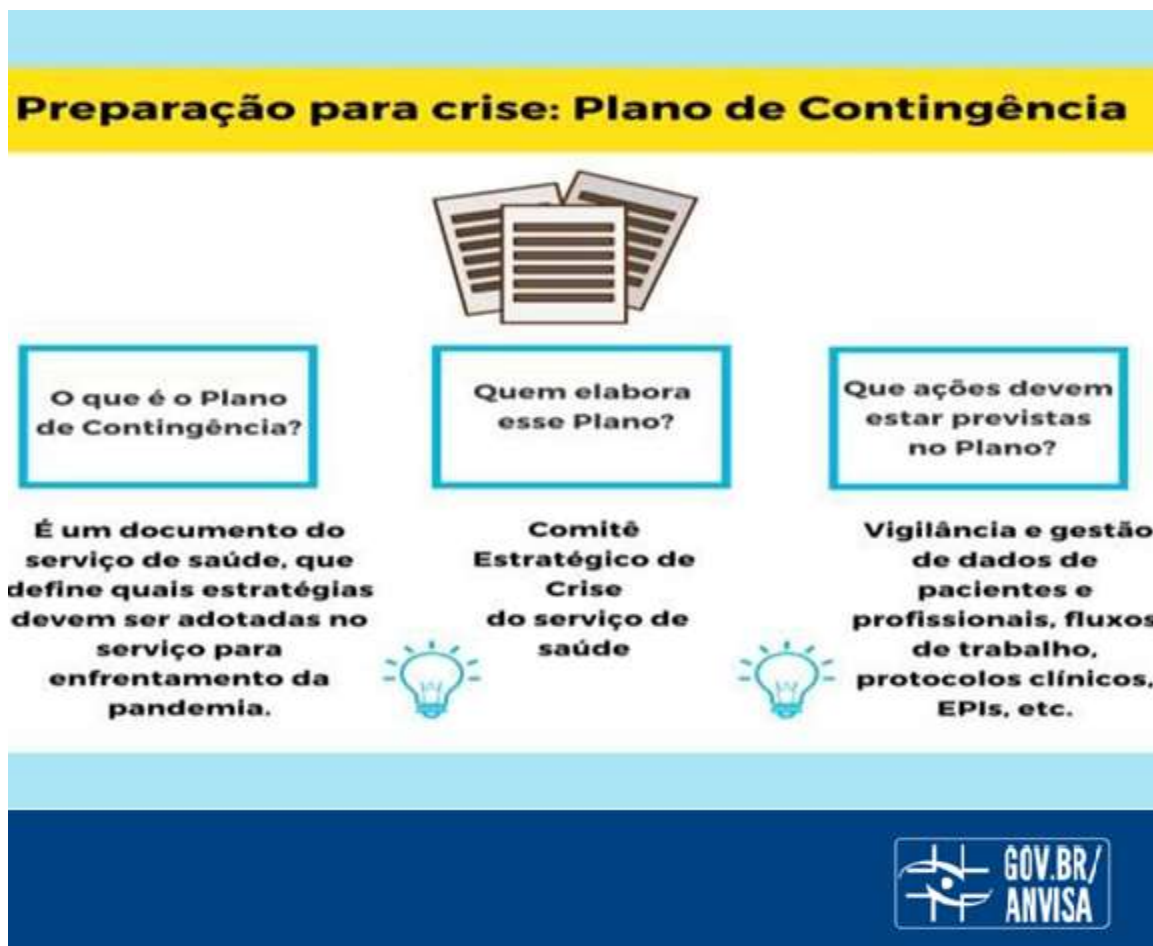
É recomendável que o serviço de saúde elabore e implemente um Plano de Contingência com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento da covid-19, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais disponíveis.

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 ao atendimento dos casos suspeitos ou confirmados; além de mecanismos que promovam a sensibilização de toda equipe do serviço de saúde sobre ações que devem ser tomadas para o enfrentamento dessas infecções.

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

2. VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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:

1. Pacientes que chegaram ao serviço com suspeita ou confirmação de covid-19;
2. Acompanhantes e visitantes de pacientes nos serviços de saúde;
3. 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);
4. Pacientes que entraram em contato com outros pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 (dentro ou fora do serviço de saúde);
5. Profissionais que atuam no serviço de saúde suspeitos ou confirmados de covid-19;

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 outras unidades e 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 as definições de caso estão detalhadamente descritas 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 3.

Quadro 3: 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. <p>Se antes do 10º dia vier a desenvolver sintomas, realizar novo exame para</p>

			diagnóstico. A quarentena do paciente não impede sua alta.
--	--	--	--

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023

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

2.1 Vigilância de pacientes, acompanhantes e visitantes

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 de covid-19 ou outras doenças de transmissão respiratória.

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, deve 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 isolamento 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, **algumas** 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 por ele.

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

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:
 1. Definições de casos de covid-19, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19, publicado pelo Ministério da Saúde;
 2. Sinais e sintomas clínicos da covid-19;
 3. Situação epidemiológica local relevante, incluindo grupos de risco.
 4. 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, 09/02/2021).

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 Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (ter recebido as duas doses de uma vacina de dose dupla + doses de reforço a ≥ 2 semanas, ou ter recebido uma dose de uma vacina de dose única + doses de reforço a ≥ 2 semanas), deve continuar a usar os EPIs recomendados no Quadro 1 deste documento, 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. Assim, 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 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 e Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS.

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, como veremos a seguir:

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, dor de garganta, 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 se autoavaliarem para sintomas consistentes com a covid-19 podem aumentar a aderência à 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 e [Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS](#) publicados 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 do MS e [Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS](#) e suas atualizações.

Entre as 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 e não trabalhar na assistência a pacientes imunossuprimidos antes do décimo dia de isolamento.

Trabalhadores de serviços de saúde sintomáticos devem ser avaliados pelo Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) do serviço de saúde, que deve adotar as medidas de proteção necessárias, incluindo a avaliação clínica, realização de testagem laboratorial e o afastamento do trabalhador, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde no Guia de Vigilância Epidemiológica e Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. Esses serviços devem oferecer atestado médico ao trabalhador para afastamento laboral durante o período de isolamento.

2. Quem não precisa ser afastado do trabalho:

- Profissionais que tiveram covid-19 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 5º e 7º 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 covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela

Doença pelo Coronavírus 2019” publicado pelo Ministério da Saúde e atualizações da Nota Técnica N° 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS (27/10/2022), disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf

- 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 na referida 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 para população em geral contida no Guia supracitado.
- Ações de vigilância e de monitoramento de casos de infecção em profissionais que atuam os serviços de saúde, devem ser realizadas pela CCIH / pelos profissionais responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS, juntamente com profissionais de outros setores do serviço, como por exemplo da saúde do trabalhador. No caso de serviços de saúde, não hospitalares, que não possuem CCIH, as ações de vigilância e de monitoramento, que são de competência dessa comissão, devem ser realizadas pelos profissionais responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS desse serviço ou pelo seu responsável técnico.

Observações:

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

*²Exposição 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.

*³A 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 e foi atualizada pela Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS (27/10/2022), disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf

Informações sobre reinfecção:

A definição de reinfecção está disponível no “Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019” publicado pelo Ministério da Saúde. Casos de reinfecção por SARS-CoV-2 já foram confirmados no Brasil.

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 10 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, etiqueta respiratória, bem como orientações sobre os sinais e sintomas da doença e sobre o que fazer se eles desenvolverem algum sinal ou sintoma.

O tópico sobre implementação de coortes da página 34 traz orientações em relação a pacientes contatos assintomáticos de casos positivos de covid-19.

No cenário atual de transmissão comunitária do SARS-CoV-2, onde todos os profissionais que atuam no serviço de saúde correm algum risco de exposição, os profissionais de saúde devem ser orientados a:

- relatar exposições reconhecidas como de risco;
- monitorar-se regularmente quanto à febre e sintomas respiratórios;
- não comparecer ao 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 isolamento 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?

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

Todos os profissionais do serviço de saúde

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



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa.

Quadro 4: 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/acompanhantes com sintomas respiratórios ou suspeitos/confirmados para covid-19; • Em áreas destinadas ao atendimento de covid-19, limitar a entrada de visitantes/acompanhantes apenas para casos realmente necessários ou previstos em lei; • 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 incluam: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruções para o uso da máscara facial; ✓ Orientação para etiqueta respiratória; ✓ 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 físico e evitar aglomeração nas enfermarias e corredores• Implantar protocolo de rastreamento, triagem e de isolamento de pacientes e acompanhantes sintomáticos respiratórios;• 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.• Vacinação completa contra a covid-19, incluindo doses 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 máscaras durante a circulação em áreas de assistência a pacientes: <ol style="list-style-type: none"> a. para pessoas sintomáticas ou positivas para covid-19: usar obrigatoriamente máscara cirúrgica b. para pessoas assintomáticas: não é obrigatório o uso de máscaras, mas eles podem optar por usar máscara facial, caso seja de sua preferência, considerando os riscos individuais. No entanto, em áreas de internação de pacientes, a recomendação é que visitantes e acompanhantes usem máscara durante sua permanência (conforme quadro 1 dessa nota). • 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;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Se disponível, utilizar ambientes com pressão negativa para realização de procedimentos geradores de aerossóis. • 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</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 a utilização de EPIs pelos profissionais para atendimento dos pacientes; • Implantar medidas e orientações que possam garantir a paramentação e desparamentação adequadas; • 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. • 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

	<p>saúde compartilhando ambientes coletivos mal ventilados, como copa, área de descanso, etc.</p>	<p>confirmado de covid-19 d) escalas para realização de refeições ou momentos de descanso alternados, melhorias na sinalização e comunicação de risco, etc.;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar e adequar áreas de convívio de profissionais com relação à garantia do distanciamento físico, higiene de mãos, limpeza e ventilação do ambiente. • Vacinação completa contra a covid-19, incluindo doses 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, 2023.



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA.

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 um aumento na demanda por leitos hospitalares, falta de instalações de isolamento, ventilação inadequada, indisponibilidade de EPIs 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.

Desta forma, 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 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 à Anvisa, até o 15º dia útil do mês posterior ao mês de vigilância, por meio do **formulário eletrônico disponibilizado:**

<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/DIRE3/Anvisa. A Anvisa disponibiliza a análise nacional consolidada desses dados no **Painel Analítico das notificações de infecções pelo SARS-CoV-2 de transmissão hospitalar, disponível em:**

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzI3NjUxMmYtYzU1My00Nzg2LWlyNGEtODk0ZGNlYmFjOGU5IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4M>

Reforçamos mais uma vez a necessidade de continuar a notificação de casos de IRAS covid-19 pelo 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. Esses dados são muito importantes e usados para definir ações e subsidiar recomendações.

Relembramos que essa notificação mensal é OBRIGATÓRIA para **todos** os hospitais e não apenas os que possuem leitos de UTI. Nesse sentido, todos os SCIH/CCIHs precisam continuar monitorando a ocorrência de casos de IRAS covid-19 dentro dos serviços de saúde e notificando no formulário disponibilizado pela Anvisa.

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. Os casos de covid-19 relacionados ao trabalho devem ser notificados na Ficha de Acidente de Trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme Orientações de Vigilância Epidemiológica da covid relacionada ao trabalho.

Além disso, todos os casos que evoluírem para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) devem ser notificados no sistema de informação do Ministério da Saúde: SIVEP-GRUPE, 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 3 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:

Reforçamos que 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 e 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>

Para definir os casos de IRAS covid-19 e orientar a notificação correta dos casos, os serviços devem utilizar os seguintes critérios epidemiológicos:

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



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



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).



Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2023

3.2.2 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.



FONTE: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2023

4 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 reapareçam.

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, **NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS** 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.

5 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 trombóticos 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.

Mais informações sobre medidas de prevenção e controle da disseminação de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 estão descritas na Nota técnica 05/2021 GVIMS/GGTES/Anvisa disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/covid-19>

6 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 de Fonte

A triagem de febre e outros sintomas, isoladamente, 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 os pacientes sintomáticos e seus acompanhantes, assim como pacientes positivos para covid-19, usem máscara facial enquanto estiverem na instituição, independentemente de estarem vacinados. Caso o acompanhante/visitante esteja com sintomas respiratórios deve ser orientado a não permanecer no serviço de saúde.**

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

Ressalta-se que, por ainda estarmos com transmissão comunitária do SARS-CoV-2 e pela vacinação não reduzir 100% a possibilidade de infecção por esse vírus, **pessoas com sintomas respiratórios ou com covid-19 positivos** devem continuar utilizando máscara facial como controle de fonte, independente de já estarem vacinados contra Covid-19 ou não.

a. Pacientes, acompanhantes e visitantes

Na chegada ao serviço de saúde, os pacientes, acompanhantes e visitantes devem ser instruídos a **informar se estão com sintomas respiratórios (por exemplo, tosse, coriza, dificuldade para respirar, etc).** Os pacientes com sintomas respiratórios ou positivos para covid-19 e seus acompanhantes **devem utilizar 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 do serviço de saúde. Caso esses pacientes e acompanhantes não estejam usando máscara, e os suprimentos do serviço de saúde permitirem, pode ser oferecida uma máscara cirúrgica, que deve ser usada enquanto estiverem no serviço de saúde.

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 **etiqueta respiratória**, 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.

No caso de visitantes com sintomas respiratórios, como já foi mencionado, **NÃO** podem permanecer no serviço 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 sintomática.

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 com sintomas respiratórios ou covid-19 positivos 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.

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 **pelos pacientes com sintomas respiratórios ou positivos para covid-19 e seus acompanhantes**), 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.

O quadro 1 dessa nota técnica detalha melhor a recomendação quanto ao uso de máscara nos serviços de saúde. O uso de máscaras continua sendo recomendado para todos, incluindo acompanhantes e visitantes, em áreas de internação de pacientes (incluindo enfermarias, quartos, corredores, etc, dessas áreas).

b. Profissionais do serviço de saúde

- Os profissionais do serviço de saúde devem utilizar EPIs, incluindo máscara facial, seguindo as orientações já descritas no Quadro 1 desta Nota Técnica.

OBS: O controle universal de fonte, considerando a covid-19, não é mais uma recomendação desta Nota Técnica, ficando a recomendação nacional reservada para alguns perfis de pessoas e situações, que são melhores descritas no Quadro 1.

Estas medidas devem se somar, em particular, à rigorosa higiene das mãos por 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 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 os visitantes/acompanhantes antes da entrada no serviço de saúde. Se for identificada febre ou sintomas respiratórios, não deve ser permitido o acesso aos setores de internação.
- Nas unidades pediátricas deve-se desencorajar a troca de acompanhantes, além de evitar visitas para as crianças.
- Estabelecer procedimentos para orientar, monitorar e gerenciar todos os visitantes, que contemplem:
 - instruções para o uso de máscaras faciais por pacientes com sintomas respiratórios, positivos para covid-19 e seus acompanhantes, em todos os locais do serviço de saúde, etiqueta respiratória 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.
- 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 5 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 5: Orientações de rotinas a serem estabelecidas em áreas ou setores do serviço de saúde.

ÁREAS OU SETORES DO SERVIÇO DE SAÚDE	ORIENTAÇÕES/MEDIDAS ADMINISTRATIVAS QUE PRECISAM SER REFORÇADAS PARA TODOS OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO
<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 sabão 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 do uso de máscara facial de acordo com o quadro 1 dessa nota técnica, durante toda a permanência em 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 transporte de</p>

	<p>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 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 possível; • Proibir a entrada nesse ambiente de pessoas em uso de EPIs, como capotes/aventais e luvas (exceto máscara).
	<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);

<p>Postos de enfermagem OU Salas de preparo de medicamentos OU Área para prescrição de assistência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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, 2023

7 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 a 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, deve-se liberar o menor número possível de visitantes e estes devem ser orientados a permanecerem somente nas 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, 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 1 desta Nota Técnica.

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-source/coronaviruse/situation-reports/20200402-sitrep-73-covid-19.pdf?sfvrsn=5ae25bc7_6
- 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-assesment-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, Oguti 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, Maratelli 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.** <https://www.who.int/multi-media/details/use-of-antigen-detection-rapid-diagnostic-testing>.
- 69.** <https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-SARS-CoV-2-infection-using-rapid-immunoassays>
- 70.** 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)
- 71.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggrape-atualizacoes-ve-covid-19.pdf
- 72.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Orientações de Vigilância Epidemiológica da covid relacionada ao trabalho. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116664/covid-orienta-es-trabalho.pdf>.
- 73.** Brasil. Ministério da Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL. Doença pelo Coronavírus Covid-19. Ministério da Saúde número 52. Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021).

ANEXO 7 - ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS INFECÇÕES PELO SARS-CoV-2 EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (antiga NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020)

INTRODUÇÃO

O mundo viveu um período sem precedentes com a pandemia da covid-19. Essa pandemia interferiu em todos os aspectos da vida cotidiana, com implicações de longo alcance, especialmente na área da saúde.

A prática cirúrgica foi afetada diretamente durante a pandemia da covid-19, pela suspensão de procedimentos eletivos e pela priorização de cirurgias de urgência e emergência, objetivando a reserva de leitos para pacientes com infecção respiratória, principalmente em unidades de terapia intensiva.

No contexto epidemiológico atual, muitos serviços já retomaram a realização dos procedimentos cirúrgicos de forma geral, mas é necessário continuar considerando as práticas para prevenção e controle da transmissão da covid-19 dentro dos serviços de saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) continua a monitorar as informações nacionais referentes ao SARS-CoV-2 e, em parceria com diversos especialistas de notório saber de todo país e apresenta neste documento informações atualizadas para apoiar a tomada de decisão durante a prática Perioperatória no contexto da covid-19.

I - PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

1. Procedimentos cirúrgicos eletivos

Tendo em vista o cenário epidemiológico atual, os serviços de saúde vêm retomando a “normalidade” na programação das cirurgias eletivas.

Em situações de crise, nas quais ainda seja necessário decidir sobre a priorização ou não de cirurgias eletivas essenciais em relação às não essenciais, é importante considerar.

- A situação epidemiológica local, visto que a ocorrência da covid-19 não tem uma distribuição uniforme no país;
- A avaliação dos gestores de saúde locais e do diretor técnico do serviço de saúde sobre a capacidade de receber pacientes eletivos (infraestrutura, profissionais de saúde e de apoio e insumos em geral);

2. Investigação de suspeição de covid-19

Triagem de pacientes

Recomenda-se realizar o exame TR-Ag ou o RT-PCR em pacientes que tiveram contato próximo com pessoas com covid-19, em período de quarentena, e aqueles que apresentam sintomas respiratórios, visto que a realização de cirurgias em pacientes portadores do SARS-CoV-2 aumenta muito o risco de complicações pós-operatórias.

Em caso de paciente com covid-19, proceder com o agendamento da cirurgia eletiva, conforme orientado no Quadro 6 desta Nota Técnica.

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 e foi atualizada pela Nota Técnica nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS (31/10/2022), disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf

2.1 Agendamento de cirurgias eletivas para pacientes expostos, suspeitos ou confirmados para covid-19

Pacientes com covid-19 apresentam maior morbimortalidade no período pós-operatório. Uma

análise demonstrou que 44,1% dos pacientes com COVID-19 submetidos a alguma cirurgia necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apresentando uma taxa de mortalidade de 20,5% após admissão nessa unidade (Lei, S. 2020).

O quadro 6 mostra os tempos de espera sugeridos para a realização de cirurgias eletivas em pacientes confirmados para covid-19. Esses tempos são contados a partir da data do diagnóstico de covid-19 até a cirurgia e consideram risco de complicações pós operatórias.

Quadro 6 – Agendamento de cirurgias eletivas para pacientes confirmados para covid-19

Paciente	Orientação
Após uma infecção por covid-19**	A cirurgia eletiva deve ser adiada por 7 semanas após uma infecção por SARS-CoV-2 em pacientes não vacinados e assintomáticos no momento da cirurgia.
	As evidências são insuficientes para fazer recomendações para aqueles que se infectam após a vacinação contra a covid-19. Embora haja evidências de que, em geral, a vacinação reduz a morbidade pós-infecção, o efeito da vacinação no tempo adequado entre a infecção e a cirurgia/procedimento é desconhecido.

Fontes: **Adaptado da American Society of Anesthesiologists - ASA and APSF Joint Statement on Elective Surgery/Procedures and Anesthesia for Patients after COVID-19 Infection

Atualizado em 22/02/22. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2022/02/asa-and-apsf-joint-statement-on-elective-surgery-procedures-and-anesthesia-for-patients-after-covid-19-infection>

Observações:

- Os procedimentos cirúrgicos eletivos devem ser adiados até que o paciente não esteja mais no período de transmissibilidade e tenha demonstrado recuperação da covid-19. Caso não seja possível adiar, a cirurgia pode ser realizada desde que sejam seguidas as

recomendações quanto ao uso de EPIs pelos profissionais de saúde e sejam tomados os devidos cuidados previstos nesta Nota Técnica.

2. O adiamento da cirurgia descrito no Quadro 6 deve ser estendido se o paciente permanecer com sintomatologia não exclusiva de sintomas pulmonares.
3. Qualquer atraso na cirurgia precisa ser ponderado em relação às necessidades individuais do paciente.
4. Se a cirurgia for considerada necessária durante um período de risco provavelmente aumentado, esses riscos potenciais devem ser incluídos no consentimento informado e na tomada de decisão compartilhada com o paciente.
5. Qualquer decisão de prosseguir com a cirurgia deve considerar:
 - A gravidade da infecção inicial
 - O risco potencial de sintomas contínuos
 - Comorbidades e estado de fragilidade
 - Complexidade da cirurgia

II. PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES

1. Todos os profissionais que atuam em qualquer etapa dos procedimentos cirúrgicos (pré, trans ou pós operatório) ou que atuam nas unidades onde são realizados estes procedimentos devem receber capacitação sobre os principais sinais e sintomas da covid-19, como realizar a higiene das mãos de forma correta, como devem utilizar e descartar os EPIs de maneira segura e demais orientações, de acordo com a realidade do serviço de saúde, para prevenir a contaminação dos profissionais, pacientes e acompanhantes.
2. Adotar escalas racionais de trabalho.
 - a) Evitar aglomeração de profissionais de saúde no mesmo ambiente.
 - b) Poupar força de trabalho para momentos críticos, como, por exemplo, quando parte da equipe estiver afastada por motivo de doença ou em isolamento de casos suspeitos sintomáticos e contactantes.
 - c) Manter constante reavaliação da escala para flexibilizar o quantitativo de profissionais de acordo com o momento local da pandemia.

d) Remanejar profissionais entre as unidades de forma a melhor atender a demanda e o aumento do fluxo de pacientes.

3. Adotar medidas individuais de proteção e cuidados relativos à saúde mental da equipe.

a) Atenção a potenciais transtornos mentais como síndrome de “Burnout”, transtornos de ansiedade e depressão. Estudo publicado na Revista Brasileira do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) mostrou que em um hospital de emergência do Brasil, cerca de metade dos cirurgiões que trabalham no setor de Emergência apresentavam quadro compatível com síndrome de “Burnout” (Novais, R, 2016).

b) Profissionais com fatores de risco para desenvolvimento de transtornos dessa natureza podem ser afetados pela vivência de situações críticas. Tais pessoas devem ser identificadas e acolhidas pela equipe e profissionais de saúde mental.

4. Estimular cooperação, tolerância e confiança, entre os membros da equipe cirúrgica e demais profissionais que atuam na unidade, considerando a proficiência dos profissionais durante o procedimento.

5. Adotar recursos para telessaúde/telemedicina:

a) Evita a possível exposição de toda a equipe ao vírus;

b) Possibilidade de trocar experiências, como sessões clínicas e rodadas de discussão com vários membros da equipe sem necessidade de aglomerações. Ainda é possível a realização de consultas de enfermagem pré-operatória e avaliação pré-anestésica, entre outros;

c) Existe a experiência prévia de sucesso dessa ferramenta em outras pandemias, bem como em catástrofes naturais, além de permitir a colaboração de especialistas de diferentes localidades e mesmo países, em tempo real.

6. Composição da equipe cirúrgica

Para a composição da equipe cirúrgica, recomenda-se:

- Diminuir ao máximo o número de pessoas dentro da sala cirúrgica. Somente os profissionais considerados essenciais devem participar do procedimento cirúrgico e, a menos que haja uma emergência, não deve haver troca de profissionais da sala durante os procedimentos.
- Não permitir a participação no ato operatório de qualquer membro da equipe cirúrgica, anestésica ou colaborador que apresente sintomas respiratórios. Este deverá ser testado para covid-19 (exame de RT-PCR ou Teste de Antígeno) e em caso de confirmação do diagnóstico, deve ser afastado do trabalho, seguindo as orientações do Ministério da Saúde.

III. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E ORIENTAÇÕES GERAIS

Todos os membros da equipe da sala cirúrgica devem usar EPIs, a depender da situação de risco (para precaução padrão + contato + gotículas ou aerossóis), conforme recomendado nesta Nota Técnica. O **Quadro 7** apresenta a indicação de EPI para as equipes do centro cirúrgico e da internação cirúrgica, de acordo com o tipo de situação de risco.

Antes de iniciar um procedimento cirúrgico é importante ter certeza que existem equipamentos de proteção individual (EPI) disponíveis para toda a equipe e que sejam adequados para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.

Quadro 7: Indicação de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para as equipes do centro cirúrgico e da internação cirúrgica.

Situação	Equipe do Centro Cirúrgico	Equipe da internação cirúrgica
<p>Triagem de sintomas respiratórios OU exame de RT-PCR disponíveis e o paciente é sintomático OU suspeito OU confirmado de COVID-19</p>	<p>Equipe Cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gorro descartável - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara N95/PFF2 ou equivalente - Avental cirúrgico* - Luvas estéreis <p>Anestesista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gorro descartável - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara N95/PFF2 ou equivalente - Avental* - Luvas 	<p>Para situações sem risco de aerossolização**:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara cirúrgica - Avental* - Luvas <p>Para situações com risco de aerossolização**:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gorro descartável - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara N95/PFF2 ou equivalente - Avental* - Luvas <p>Nota 1. Prosseguir com a investigação clínica-laboratorial para confirmar ou descartar a suspeita de covid-19 e rever as medidas de precaução, se necessário</p> <p>Nota 2. A máscara cirúrgica deve ser utilizada como medida de precaução por gotícula e N95/PFF2 ou equivalente como precaução por aerossol.</p>
<p>Paciente é assintomático OU exame de RT-PCR pré-operatório negativo (quando disponível)</p>	<p>Equipe Cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gorro descartável - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara cirúrgica - Avental cirúrgico* - Luvas estéreis <p>Anestesista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gorro descartável - Protetor facial ou óculos de proteção - Máscara cirúrgica - Avental* - Luvas 	<p>Usar EPIs, conforme precauções-padrão.</p>

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA, 2023.

*O profissional deve avaliar a necessidade do uso de avental impermeável, a depender do quadro clínico do paciente e do risco de exposição a sangue, vômitos, fezes, secreção orotraqueal etc.

****Cirurgias ou procedimentos com potencial risco para aerossolização com partículas infectantes:** intubação orotraqueal; cirurgias de cavidade oral, faringe, laringe e tórax; cirurgias abdominais com acesso ao trato gastrointestinal laparoscópicas ou abertas etc.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. Não se deve utilizar máscaras N95/PFF2 ou equivalente com válvula de expiração durante procedimentos cirúrgicos. Essas válvulas permitem a saída do ar expirado pelo profissional que está usando esse EPI e pode contaminar o campo operatório, paciente e outros profissionais.
2. Seguir rigorosamente as recomendações dessa Nota Técnica para escolha de EPIs e paramentação e desparamentação de forma segura.
3. Para o transporte de pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19 da sala cirúrgica ao local de internação, o profissional deverá trocar avental e luvas. Os demais EPIs devem ser mantidos até que a ação tenha sido concluída e o profissional tenha acessado local adequado para a sua desparamentação, dentro do centro-cirúrgico.
4. Para evitar a saída do profissional circulante de sala durante o procedimento cirúrgico, recomenda-se disponibilizar um profissional da equipe fora da sala operatória para providenciar materiais, equipamentos e insumos que sejam essenciais para o ato operatório.
5. Se paciente cirúrgico for sintomático respiratório ou positivo para covid-19, deve utilizar a máscara cirúrgica, para controle de fonte, durante sua circulação para o centro cirúrgico, anestésias e para o local de internação após o procedimento.

IV. MEDIDAS A SEREM ADOTADAS NO AMBIENTE CIRÚRGICO

1. Adoção de Protocolos e “Checklists” específicos

- a) A comunicação entre os membros da equipe cirúrgica deve sempre ser eficiente para evitar eventos adversos e a possibilidade de contaminação com o SARS-CoV-2.
- b) É importante a elaboração e implementação de protocolos e *checklists* específicos (recomenda-se minimamente, o Protocolo de Cirurgia Segura - Lista de verificação de segurança cirúrgica e um protocolo para paramentação e desparamentação de EPIs) com o objetivo de otimizar o fluxo de trabalho e prevenir infecções e outros eventos adversos.

- c) **É indispensável** a adoção de um *checklist* de conferência de itens essenciais que deverão permanecer dentro da sala operatória (equipamentos e insumos), a ser conferido junto com a equipe médica antes de chamarem o paciente para o centro cirúrgico.
- d) Garantir a capacitação das equipes para a implementação desses protocolos e a realização de auditorias para verificação de seu seguimento por parte dos profissionais de saúde.

2. Recomendações para as salas de cirurgias

- a) Considerar a definição de salas de cirurgias exclusivas para pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19.

Esta orientação é importante devido à dificuldade de descontaminação de várias salas cirúrgicas e para a minimização da contaminação de vários ambientes do centro cirúrgico, comprometendo o funcionamento da unidade. Além disso, essa ação tende a otimizar a alocação de recursos humanos e o uso de equipamentos de proteção.

- b) Preparo da sala operatória: somente equipamentos, mobiliários e medicamentos necessários devem ser levados à sala de cirurgia. Além disso, monitores anestésicos e superfícies de equipamentos de ultrassom, etc podem ser cobertos com filme plástico para diminuir o risco de contaminação e facilitar a limpeza sem danificar os equipamentos.

- c) **Disponibilizar** sinalização na porta da sala cirúrgica quanto à precaução recomendada.

- d) Manter as salas de cirurgias para pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19 com filtragem do ar ambiente adequada. Se possível, devem ser usadas salas diferentes para outros pacientes cirúrgicos emergenciais.

- e) Durante os procedimentos como a indução anestésica, intubação e extubação orotraqueal e procedimentos cirúrgicos com geração de aerossóis, é recomendável que o paciente permaneça em sala com pressão negativa, com filtro HEPA, que permita a filtração entre 6 e 25 vezes/hora e com a pressão negativa de pelo menos -5Pa em relação a antessala (para reduzir a disseminação do vírus para além da sala cirúrgica - ABNT 7256).

- f) Na indisponibilidade de sala cirúrgica que evite a dispersão dos aerossóis carregados com o vírus para fora da sala ou de sala com pressão negativa, recomenda-se desligar o equipamento de ar condicionado da sala cirúrgica durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis (pressão neutra).

g) Em cirurgias com risco de aerossolização (uso do aparelho de bisturi, videolaparoscópicas etc.), quando disponível, utilizar o filtro HEPA no aparelho de anestesia para evitar a contaminação do mesmo e proceder a troca da cal sodada.

Observações:

1. Normalmente, os centros cirúrgicos possuem pressão positiva, as salas não são independentes e o sistema de climatização é geral. Assim, desligando o sistema de uma sala, desliga-se todo o sistema. Dessa forma, em cirurgias em pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19, é recomendado desligar o sistema de ar central no centro cirúrgico, se tiver pressão positiva. Porém, é importante consultar a equipe responsável pela operação do sistema de climatização, certificando-se de que essas adaptações são possíveis e que não contaminará os ambientes de apoio da unidade ou outras unidades do serviço de saúde.

2. Enquanto a limpeza terminal estiver sendo realizada, após a cirurgia ou procedimento e antes da liberação para utilização da sala por outros pacientes e equipes, a sala deverá ser mantida com a mesma pressão (negativa ou neutra).

3. Objetos pessoais no ambiente cirúrgico

a) Reforçar as orientações de que objetos pessoais como bolsas, carteiras, telefones celulares, chaves etc. ou alimentos NÃO devem ser levados para o ambiente cirúrgico, visando minimizar a chance de levar contaminação ao centro cirúrgico, bem como, de contaminar tais objetos e torná-los fômites fora do ambiente hospitalar.

b) Reforçar a orientação para os profissionais NÃO utilizarem adornos dentro do ambiente cirúrgico.

4. Durante a cirurgia

- Manter as portas da sala cirúrgica fechadas durante todo o procedimento / cirurgia;

- Os patologistas devem receber a peça do lado de fora da sala e o diagnóstico deverá ser informado pelo telefone, evitando-se assim adentrar a sala cirúrgica.

4. Cuidados na intubação e na extubação orotraqueal

- a) O acesso às vias aéreas é um momento crítico de dispersão viral. Assim deve-se restringir o quantitativo de pessoal na sala cirúrgica durante a intubação e extubação orotraqueal.
- b) Os demais membros da equipe devem retornar à sala cirúrgica quando a equipe de anestesiologia tiver uma via aérea segura e adaptada ao aparelho de anestesia em sistema fechado. A equipe cirúrgica deve estar paramentada e fora da sala de cirurgia, para assim que terminar a intubação, o ato operatório possa ser iniciado sem atraso.
- c) Se necessário e possível, a intubação e a extubação devem ocorrer dentro de uma sala de pressão negativa.
- d) Durante a extubação traqueal, a equipe cirúrgica não deverá permanecer na sala de cirurgia ou, nesta impossibilidade, deve manter-se afastada o máximo possível do paciente.

V. PROCEDIMENTOS LAPAROSCÓPICOS EM PACIENTES SUSPEITOS/CONFIRMADOS DE COVID-19

É importante que as recomendações abaixo sejam seguidas quando a videolaparoscopia for a via de acesso escolhida para o procedimento cirúrgico.

Já existem diversas evidências científicas que tratam sobre os riscos relativos as Cirurgias Minimamente Invasivas versus a abordagem aberta convencional, em pacientes com covid-19 suspeita ou confirmada. O SARS-CoV-2 já foi encontrado em várias células do trato gastrointestinal e em todos os fluidos, incluindo saliva, conteúdo entérico, fezes e sangue. Além disso, pacientes podem apresentar manifestações gastrointestinais da COVID-19 e, por este motivo, todos os procedimentos endoscópicos de emergência realizados atualmente devem ser considerados de alto risco de infecção/contaminação pelo SARS-CoV-2.

Porém, existem benefícios comprovados da cirurgia minimamente invasiva na redução do tempo de permanência e complicações que devem ser considerados nesses pacientes, além do potencial de ultrafiltração da maioria ou de todas as partículas em aerossol, pois a filtragem de partículas em aerossol pode ser mais difícil durante a cirurgia aberta.

Considerando isso, é altamente recomendável que medidas de proteção sejam empregadas para

garantir a segurança da equipe e a manutenção da força de trabalho considerando a possibilidade de contaminação viral para a equipe em cirurgias abertas, laparoscópicas ou robóticas.

Recomendações:

a) O procedimento cirúrgico deve ser realizado pelo cirurgião com mais proficiência, visando diminuir o tempo operatório e conseqüentemente a exposição à contaminação.

b) Verificar a vedação dos trocartes antes do procedimento:

- Possibilidade de extravasamento do pneumoperitônio contaminado sob pressão.
- Verificar se as válvulas estão adequadas e as borrachas de vedação não estão rompidas antes de iniciar o pneumoperitônio.

c) Usar trocartes descartáveis

Devido a menor possibilidade de desgaste por uso com conseqüente falha nos mecanismos de vedação. Principalmente os trocartes de maior calibre (com espessura 10 mm ou superior) devem ser descartáveis, nos quais a retirada e colocação de instrumentos como óticas, pinças de trabalho, grampeadores etc. é mais constante durante a cirurgia.

d) Escolher um único trocar para esvaziamento do pneumoperitônio durante a cirurgia, em sistema fechado e com dispositivos de filtragem.

Para evitar a dispersão de gás contaminado para o ambiente cirúrgico. Na ausência de insufladores com dispositivos fechados de desinsuflação, deve-se conectar o sistema fechado a um único trocar. Muitos autores têm advogado pelo uso de dispositivos em selo d'água com filtros e em sistema fechado (respiro conectado ao vácuo). Uma publicação da *European Society of Endoscopic Surgery* recomenda o uso de filtros de ventilação mecânica, por serem eficazes e baratos. Entretanto, filtros específicos para laparoscopia são altamente recomendados.

e) Cerclagem em torno dos trocartes com suturas (principalmente acima de 10 mm) ou uso de trocartes-balão para evitar escape de gás em torno dos trocartes.

f) Retirada de peças cirúrgicas e trocartes somente após total desinsuflação e com uso de dispositivos ("bags") próprios.

- Evitar dispersão não controlada do pneumoperitônio com a abertura da cavidade e/ou retirada dos trocartes com o abdome insuflado.

- O uso de “bags” próprios para extração de peças cirúrgicas minimiza a perda do gás do pneumoperitônio, mesmo após a desinsuflação. Dispositivos artesanais com o uso de luvas e outros materiais não são apropriados para tal finalidade e são desaconselhados.

Considerações gerais sobre os procedimentos laparoscópicos:

- As incisões nos orifícios devem ser as menores possíveis para permitirem a passagem dos equipamentos/instrumentos, mas não o vazamento ao redor dos orifícios;
- A pressão de insuflação de CO2 deve ser mantida no padrão mínimo, e recomenda-se o uso de uma ultrafiltração (sistema de evacuação de fumaça ou filtragem), se disponível;
- Todo pneumoperitônio deve ser evacuado com segurança por um sistema de filtragem antes do fechamento, remoção do trocarte, extração da amostra ou conversão para abrir;
- Como o SARS-CoV-2 foi encontrado em várias células do trato gastrointestinal e em todos os fluidos, incluindo saliva, conteúdo entérico, fezes e sangue, o uso de qualquer forma de energia para hemostasia cirúrgica deve ser minimizado;
- Procedimentos endoscópicos que requerem insuflação adicional de CO2 ou ar ambiente por fontes adicionais devem ser evitados, pois geram aerossóis. Isso inclui muitos procedimentos de ressecção endoscópica da mucosa e endoluminal;
- A remoção das tampas nos endoscópios pode liberar fluidos ou ar e deve ser evitada.
- A decisão de usar ou não a via laparoscópica deve ser individualizada a critério clínico e do cirurgião, levando em consideração o risco de contágio por questões técnicas inerentes ao material cirúrgico apresentado.
 - Alguns procedimentos se beneficiam mais ou menos com o acesso laparoscópico.
 - O acesso laparoscópico pode reduzir morbidade e tempo de internação (26). Deve-se avaliar o risco de contaminação da equipe e aumento de morbimortalidade específica no pós-operatório versus benefício do acesso laparoscópico.

V. CIRURGIAS E VACINAS

Não há registros na literatura científica quanto à necessidade de intervalos entre a vacinação para covid-19 e a realização de cirurgias. Porém, sugere-se aguardar pelo menos 7 dias entre a vacinação para covid-19 e o procedimento cirúrgico, a fim de evitar confusão quanto às possíveis

reações à vacina ou as complicações cirúrgicas, caso surjam sintomas clínicos no paciente.

Da mesma maneira, não há intervalo mínimo recomendado para a administração de vacinas para covid-19 após procedimentos cirúrgicos, desde que o paciente esteja clinicamente estável. As vacinas para covid-19, atualmente regularizadas, não são de vírus vivos atenuados, portanto, não possuem contraindicações para uso em pacientes imunocomprometidos (oncológicos, transplantados etc.).

ATENÇÃO!

Essa Nota Técnica apresenta medidas de prevenção e controle de infecções causadas por um vírus novo e, portanto, essas orientações são baseadas no que se sabe até o momento.

Porém, os profissionais de saúde ou os serviços de saúde brasileiros podem determinar ações de prevenção e controle MAIS RIGOROSAS que as definidas nesta Nota Técnica, a partir de uma avaliação caso a caso, de acordo com a sua realidade e a disponibilidade de recursos.

REFERÊNCIAS

- 1- Aminian A, Safari S, Razeghian-Jahromi A, Ghorbani M, Delaney CP. COVID-19 Outbreak and Surgical Practice: Unexpected Fatality in Perioperative Period. Ann Surg. 2020 Mar 26. [Epub ahead of print]
- 2- Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, Zhan LY, Jia Y, Zhang L, Liu D, Xia ZY, Xia Z. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. EClinicalMedicine. 2020 Apr 5:100331.
- 3- A. Spinelli and G. Pellino. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. Br J Surg. 2020 Mar 19. doi: 10.1002/bjs.11627. [Epub ahead of print]
- 4- 2nd Updated Intercollegiate General Surgery Guidance on COVID-19 (https://www.asgbi.org.uk/userfiles/file/covid19/2nd-update-intercollegiate-general-surgery-guidance-on-covid-19-6-april-_1.pdf)

- 5- Tian Y, Rong L, Nian W, He Y. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020 May;51(9):843-851. doi: 10.1111/apt.15731. Epub 2020 Mar 31.
- 6- Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 02/2021-Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.
- 7- Brindle M, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems. *Ann Surg*, March 2020 [Epub ahead of print]
- 8- Brat GA, Hersey SP, Chhabra K, Gupta A, Scott J. Protecting Surgical Teams During the COVID-19 Outbreak: A Narrative Review and Clinical Considerations. *Ann Surg*, March 2020 [Epub ahead of print]
- 9- Novais RN, Rocha LM, Eloi RJ, Santos LM, Ribeiro MV, Ramos FW, Lima FJ, Sousa-Rodrigues CF, Barbosa FT. Burnout Syndrome prevalence of on-call surgeons in a trauma reference hospital and its correlation with weekly workload: cross-sectional study. *Rev Col Bras Cir.* 2016 Sep-Oct;43(5):314-319.
- 10- Mason DJ, Friese CR. Protecting health care workers against COVID-19—and being prepared for future pandemics. *JAMA Health Forum.* 2020;1(3):e200353.
- 11- Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976
- 12- Delivering the Emergency General Surgery service in the UK during the coronavirus COVID-19 pandemic. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland (ASGBI). Disponível em: <https://www.asgbi.org.uk/>
- 13- Ting DSW, Carin L, Dzau V, Wong TY. Digital technology and COVID-19. *Nat Med.* 2020 Apr;26(4):459-461.
- 14 – SOBECC, Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica. Recomendações relacionadas ao fluxo de atendimento para pacientes com suspeita ou infecção confirmada pelo covid-19 em procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos. 2 ed. 2020.
- 15- Federico Coccolini, Gennaro Perrone, Massimo Chiarugi, Francesco Di Marzo, Luca Ansaloni, Ildo Scandroglio, Pierluigi Marini, Mauro Zago, Paolo De Paolis, Francesco Forfori, Ferdinando Agresta, Alessandro Puzziello, Domenico D’Ugo, Elena Bignami, Valentina Bellini, Pietro Vitali, Flavia Petrini, Barbara Pifferi, Francesco Corradi, Antonio Tarasconi, Vittoria Pattonieri, Elena Bonati, Luigi Tritapepe, Vanni Agnoletti, Davide Corbella, Massimo Sartelli and Fausto Catena. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World Journal of Emergency Surgery* (2020) 15:25.
- 16- Forrester JD, Nassar Ak, Maggio, PM, Hawn MT. Precautions for operating room team members during COVID-19 pandemic. *Journal of American College of Surgeons*, 30 March 2020 [Epub ahead of print]
- 17- Correia MITD, Ramos RF, LC Von Bahten. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. *Rev Col Bras Cir* 47(1):e20202536.
- 18- Australian Society of Anaesthetists (ASA). Anaesthesia and caring for patients during the COVID-19 outbreak. 02 de abril de 2020. Disponível em: <https://anaesthetists.org/Home/Resources-publications/Anaesthetic-Management-of-Patients-During-a-COVID-19-Outbreak>.
- 19- Hyun Joo Kim, Justin Sangwook Ko, Tae-Yop Kim, Scientific Committee of the Korean Society of Anesthesiologists. Recommendations for anesthesia in patients suspected of COVID-19 Coronavirus infection. *Korean J Anesthesiol* 2020;73(2):89-91.
- 20- Understanding the “Scope” of the Problem: Why Laparoscopy Is Considered Safe during the COVID-19 Pandemic. Disponível em: [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(20\)30171-0/pdf](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(20)30171-0/pdf)

- 21- Laparoscopic surgery and coronavirus disease: What do we know now? Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/clin/v75/1807-5932-clin-75-e2083.pdf>
- 22- Surgery during the COVID-19 pandemic Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932281-9>
- 23- Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Ann Surg* 2020; March [Epub ahead of print]
- 24- Heniford BT, Shao J, Deerenberg E, Brown J, and the MIS Task Force. Statement for Laparoscopic Surgery During the COVID-19 Pandemic.
- 25- Mintz Y, Arezzo A, Boni L, Chand M, Brodie R, Fingerhut A and the Technology Committee of the European Association for Endoscopic Surgery. A Low Cost, Safe and Effective Method for Smoke Evacuation in Laparoscopic Surgery for Suspected Coronavirus Patient. *Ann Surg*. April 2020 [Epub ahead of print].
- 26- Morris SN, Fader NF, Milad MP, Humberto J Dionisi HJ. Understanding the "Scope" of the Problem: Why Laparoscopy is Considered Safe During the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* (2020), April [Epub ahead of print].
- 27- SAGES AND EAES RECOMMENDATIONS REGARDING SURGICAL RESPONSE TO COVID-19 CRISIS. Disponível em: <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/>
- 28- Orientações para o retorno de cirurgias eletivas durante a pandemia de COVID-19. Maio de 2020. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PROPOSTA-DE-RETOMADA-DAS-CIRURGIAS-ELETIVAS-30.04.2020-REVISTO-CBCAMIBSBASBOT-ABIH-SBI-E-DEMAIS.pdf>
- 29 - Royal College of Surgeons of England. Information for surgeons on vaccination of patients awaiting surgery. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2021_01_22_Vaccine%20position%20statement%20FINAL.pdf. Acesso em 13 de março de 2021.
- 30- Lima DS, Ribeiro Junior MF, Vieira-Jr HM, Campos T, Di Saverio S. Alternativas para o estabelecimento de via aérea cirúrgica durante a pandemia de COVID-19. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2020;47(1); e20202549.
- 31- 19. Li C I, Pai J Y, Chen C H. Characterization of smoke generated during the use of surgical knife in laparotomy surgeries. *J Air Waste Manag Assoc*, 2020, Feb 12 [online ahead of print].
- 32- Yeo C, Kaushal S, Yeo D. Enteric involvement of coronaviruses: is faecal-oral transmission of SARS-CoV-2 possible? *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020 Apr;5(4):335-337
- 33- Rebmann, T., S. Alexander, T. Cain, B. Citarella, M. Cloughessy, and B. Coll "APIC position paper: extending the use and/or reusing respiratory protection in healthcare settings during disasters. Disponível em http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Advocacy-PDFs/APIC_Position_Ext_the_Use_and_or_Reus_Resp_Prot_in_Hlthcare_Settings1209l.pdf
- 34- <https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/mascaras-n95-recomendacoes-para-uso-prolongado-e-reutilizacao/>
- 35- Gloster H M, Roenigk R K. Risk of acquiring human papillomavirus from the plume produced by the carbon dioxide laser in the treatment of warts *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 436-441
- 36- Johnson G K, Robinson W S. Human immunodeficiency virus-1 (HIV-1) in the vapors of surgical power instruments, 1991, 33: 47-50.
- 37- Linton NM, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Akhmetzhanov AR, Jung SM, et al. Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. *J Clin Med.* 2020;9(2):E5
- 38- Graham LA, Maldonado YA, Tompkins LS, Wald SH, Chawla A, Hawn MT. Asymptomatic SARS-CoV-2 Transmission from Community Contacts in Healthcare Workers. *Ann Surg*, 2020

[Epub ahead of print]

39- A. Nair, J.C.L. Rodrigues, S. Hare, A. Edey, A. Devaraj, J. Jacob, A. Johnstone, R. McStay, Erika Denton, G. Robinson. A British Society of Thoracic Imaging statement: considerations in designing local imaging diagnostic algorithms for the COVID-19 pandemic. *Clinical Radiology* 75 (2020) 329e334.

40 - American College of Surgeons. COVID-19 and Surgery. Disponível em: <https://www.facs.org/covid-19>

41 - The Royal College of Surgeons of England. Coronavirus (COVID-19). Last updated: Saturday 18 April. Disponível em: <https://www.rcseng.ac.uk/coronavirus/>

42 - Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. SAGES. SAGES and European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques EAES recommendations regarding surgical response to covid-19 crisis. March 29, 2020. Disponível em: <https://www.sages.org/recommendations-surgical-response-covid-19/>

43 - Association of periOperative Registered Nurses. AORN. Disponível em: <https://www.aorn.org/about-aorn/aorn-newsroom/covid-19-coronavirus>

44 - Anesthesia Patient Safety Foundation. Perioperative Considerations for the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). February 12, 2020 <https://www.apsf.org/news-updates/perioperative-considerations-for-the-2019-novel-coronavirus-covid-19/>

45 - American College of Surgeons. COVID-19: Considerations for Optimum Surgeon Protection Before, During, and After Operation. Updated on April 1, 2020. Disponível em <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/surgeon-protection>

46 - Joseph D. Forrester, Aussama K. Nassar, Paul M. Maggio, Mary T. Hawn. Precautions for Operating Room Team Members during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*, 2020; DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.030

47 - Australian Orthopaedic Association March 2020. Position statement: Orthopaedic surgery during the COVID-19 pandemic. Disponível em: https://www.aoa.org.au/docs/default-source/advocacy/aoa-position-statement-orthopaedic-surgery-during-the-covid-19-pandemic_march-2020.pdf?sfvrsn=957fdd04_4

48 - Zheng Liu, Yawei Zhang, Xishan Wang, Daming Zhang, Dechang Diao, K. Chandramohan, corresponding author and Christopher M. Booth. Recommendations for Surgery During the Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic. *Indian J Surg*. 2020 Apr 11 : 1–5.

49 - American College of Surgeons. New algorithm aims to protect surgical team members against infection with COVID-19 virus. April 6, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedaily.com/releases/2020/04/200406112526.htm>

50 - Royal College of Surgeons in Ireland. Disponível em: <https://www.rcsi.com/dublin/coronavirus/surgical-practice/clinical-guidance-for-surgeons>

51 - World Federation of Societies of Anesthesiologists. WFSA. Coronavirus - guidance for anaesthesia and perioperative care providers. Disponível em: <https://www.wfsahq.org/resources/coronavirus>

52 - Shaoqing Lei, Fang Jiang, Wating Sua, Chang Chen , Jingli Chen , Wei Mei, Li-Ying Zhan, Yifan Jia , Liangqing Zhangg, Danyong Liu , Zhong-Yuan Xia, Zhengyuan Xi. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection Published: April 04, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331>. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2820%2930075-4>

53 - Royal Australasian College of Surgeons. COVID-19 information hub. Disponível em: <https://www.surgeons.org/media-centre/covid-19-information-hub>

54 - Philip F. Stahel. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? Published

online 31 de março de 2020. doi: 10.1186/s13037-020-00235-9 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107008/>

55 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256: Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro, 2005.

56 - American Society of Anesthesiologists - ASA and APSF Joint Statement on Elective Surgery/Procedures and Anesthesia for Patients after COVID-19 Infection

. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2022/02/asa-and-apsf-joint-statement-on-elective-surgery-procedures-and-anesthesia-for-patients-after-covid-19-infection>

57 - Lei S, Jiang F, Su W, Chen C, Chen J, Mei W, Zhan LY, Jia Y, Zhang L, Liu D, Xia ZY, Xia Z. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr 5;21:100331. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100331. PMID: 32292899; PMCID: PMC7128617.

58 - Novais, R.N., Rocha, L.M., Eloi, L. J., Santos, L.M., et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em cirurgiões plantonistas de um hospital de referência para trauma e sua correlação com carga horária semanal de trabalho: estudo transversal. Artigo Original • Rev. Col. Bras. Cir. 43 (05) • Sep-Oct 2016 • <https://doi.org/10.1590/0100-69912016005003>