

Prevenção e controle de infecção na atenção à saúde quando houver suspeita de COVID-19

Orientação provisória

19 de março de 2020

OPAS/BRA/COVID-19/20-025

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Introdução

Esta é a primeira edição da orientação sobre estratégias de prevenção e controle de infecções (PCI) que devem ser aplicadas quando houver suspeita de COVID-19. Ela foi adaptada do documento da OMS sobre prevenção e controle de infecções durante prestação de cuidados de saúde para casos prováveis ou confirmados de infecção da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV)¹, com base no conhecimento atual da situação e experiência com a síndrome respiratória aguda grave (SARS) e MERS².

A OMS atualizará estas recomendações à medida que novas informações forem surgindo.

Esta orientação é dirigida a trabalhadores da saúde, administradores em saúde e equipes de PCI nas unidades de saúde, mas também é relevante para os níveis nacionais, estaduais e municipais. As diretrizes completas encontram-se disponíveis num documento da OMS².

Princípios das estratégias de PCI associadas à atenção à saúde quando houver suspeita de COVID-19

Para atingir os mais altos níveis de efetividade em resposta ao surto do vírus COVID-19 através do uso de estratégias e práticas recomendadas no documento, deve haver um programa de PCI com equipe dedicada e capacitada, ou pelo menos um ponto focal de PCI, com o apoio da administração nacional e da alta administração³. Em países onde a PCI é limitada ou inexistente, é fundamental começar garantindo que ao menos os requisitos mínimos para PCI sejam implantados assim que possível, tanto em nível nacional, quanto da unidade de saúde, avançando gradualmente para o cumprimento total dos requisitos dos componentes fundamentais da PCI de acordo com as prioridades locais⁴.

As estratégias de PCI para prevenir ou limitar a transmissão em contextos de atenção à saúde incluem as seguintes:

1. garantir a triagem, reconhecimento precoce e controle da fonte (isolamento de pacientes com suspeita de COVID-19);
2. aplicação das precauções-padrão para todos os pacientes;
3. implementação de precauções empíricas adicionais (precauções para contato e gotículas e, quando aplicável, precauções para aerossol) para casos suspeitos de COVID-19;
4. implantação de controles administrativos;
5. uso de controles ambientais e de engenharia.

1. Garantir triagem, reconhecimento precoce e controle da fonte

A triagem clínica inclui um sistema para a avaliação de todos os pacientes na internação, permitindo o reconhecimento precoce de possível COVID-19 e o isolamento imediato dos pacientes com suspeita da doença numa área separada de outros pacientes (controle da fonte). Para facilitar a identificação precoce de casos com suspeita de COVID-19, as unidades de saúde devem:

- incentivar os trabalhadores da saúde a ter um alto nível de suspeita clínica;
- estabelecer um posto de triagem bem equipado na entrada da unidade, apoiado por uma equipe bem treinada;
- instituir o uso de questionários de triagem de acordo com a definição de caso atualizada. Consulte Vigilância Global para infecção humana com doença do coronavírus (COVID-19) [Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) para definições de caso;
- afixar cartazes em áreas públicas lembrando os pacientes sintomáticos a alertarem os trabalhadores da saúde;
- higienização das mãos e higiene respiratória são medidas de prevenção essenciais.

2. Aplicação das precauções-padrão para todos os pacientes

As precauções-padrão incluem a higienização das mãos e a higiene respiratória, o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) apropriados de acordo com a avaliação de risco, práticas de injeção segura, gestão segura dos resíduos, roupa de cama apropriada, limpeza do ambiente, e esterilização de equipamentos usados nos cuidados prestados aos pacientes.

Certifique-se de que as seguintes medidas de higiene respiratória estão sendo usadas:

- assegurar que todos os pacientes cubram o nariz e a boca com lenço descartável ou com o cotovelo ao tossir ou espirrar;
- oferecer uma máscara cirúrgica aos pacientes com suspeita de COVID-19 enquanto estiverem em áreas de espera/públicas, ou agrupados com outros pacientes no mesmo quarto;
- realizar higienização das mãos após contato com secreções respiratórias.

Os trabalhadores da saúde devem aplicar a abordagem dos 5 Momentos para Higienização das Mãos da OMS antes de

tocar um paciente, antes de qualquer procedimento de limpeza ou asséptico, após a exposição a fluidos corporais, depois de tocar um paciente, e depois de tocar o entorno de um paciente⁵.

- a higienização das mãos inclui a limpeza das mãos com álcool gel ou água e sabão;
- o álcool gel deveria ser usado preferencialmente se as mãos não estiverem visivelmente sujas;
- lavar as mãos com água e sabão quando estiverem visivelmente sujas.

O uso racional, correto e consistente dos EPIs também ajuda a reduzir a disseminação dos patógenos. A efetividade dos EPIs depende muito de suprimentos adequados e regulares, capacitação adequada da equipe, higienização apropriada das mãos e comportamento humano apropriado.^{2,5,6,7}

É importante garantir que os procedimentos de limpeza e desinfecção do ambiente sejam seguidos de forma consistente e correta. A limpeza cuidadosa das superfícies do ambiente com água e detergente e a aplicação de desinfetantes comumente usados em hospitais (como hipoclorito de sódio) são procedimentos efetivos e suficientes⁸. Dispositivos e equipamentos médicos, lavanderia, utensílios de serviço de alimentação, e resíduo hospitalar devem ser gerenciados de acordo com os procedimentos de segurança de rotina^{2,9}.

3. Implementação de precauções empíricas adicionais

3.1. Precauções de contato e gotículas

- além das precauções-padrão, todos os indivíduos, inclusive familiares, visitantes e trabalhadores da saúde devem usar precauções de contato e gotículas antes de entrar na sala de pacientes com suspeita de COVID-19 ou com doença confirmada;
- os pacientes devem ser colocados em quartos privativos bem ventilados. Para quartos da ala geral com ventilação natural, uma ventilação adequada é considerada como 60 L/s por paciente¹⁰;
- quando não houver quartos privativos, os pacientes com suspeita de COVID-19 devem ser colocados juntos;
- os leitos de todos os pacientes devem ser colocados pelo menos a um metro de distância entre eles, independente se há ou não suspeita de COVID-19;
- onde for possível, uma equipe de trabalhadores da saúde deve ser designada para cuidar exclusivamente de casos suspeitos ou confirmados a fim de reduzir o risco de transmissão;
- os trabalhadores da saúde devem usar uma máscara cirúrgica^a (para as especificações, *vide* referência 2);
- os trabalhadores da saúde devem usar proteção ocular (óculos de proteção) ou proteção facial (tipo *face shield*) para evitar a contaminação das membranas mucosas;
- os trabalhadores da saúde devem usar avental de manga longa limpo, não estéril;

^a As máscaras cirúrgicas são máscaras de procedimento planas ou com pregas (algumas são como copos); são afixadas à cabeça com tiras.²

- os trabalhadores da saúde também devem usar luvas;
- o uso de botas, avental e capote não é exigido durante os cuidados de rotina;
- depois de prestar cuidados ao paciente, deve-se realizar a remoção e descarte apropriados de todos os EPIs e higienizar as mãos^{5,6}. Um novo conjunto de EPIs é necessário quando se presta cuidados a outro paciente;
- os equipamentos devem ser de uso único, descartáveis ou dedicados (por exemplo, estetoscópios, manguitos de aparelho de pressão e termômetros). Se o equipamento precisar ser compartilhado entre os pacientes, limpe-o e desinfete-o antes de utilizá-lo em outro paciente (usando, por exemplo, álcool etílico a 70%)⁹;
- os trabalhadores da saúde não devem tocar olhos, nariz ou boca com ou sem uso de luvas potencialmente contaminadas;
- evite deslocar e transportar pacientes para fora de seu quarto ou área, a menos que seja clinicamente necessário. Use equipamento de raio-X portátil dedicado ou outros equipamentos diagnósticos dedicados. Se for necessário transporte, utilize rotas de transporte pre-determinadas a fim de minimizar a exposição da equipe, de outros pacientes e visitantes, e faça com que o paciente use uma máscara cirúrgica;
- assegure que os trabalhadores da saúde que transportam os pacientes realizem a higienização das mãos e usem os EPIs adequados conforme descrito nesta seção;
- notifique a área que recebe o paciente sobre quaisquer precauções necessárias o mais cedo possível antes da chegada do paciente;
- faça a limpeza e desinfecção de rotina das superfícies com as quais o paciente entrar em contato;
- limite o número de trabalhadores da saúde, familiares e visitantes que entram em contato com pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19;
- manter um registro de todas as pessoas que entrarem no quarto de um paciente, incluindo toda a equipe e visitantes.

3.2. Precauções no contexto de procedimentos que geram aerossóis

Alguns procedimentos que geram aerossol, como intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, reanimação cardiovascular, ventilação manual antes da intubação e broncoscopia foram associadas a um maior risco de transmissão do coronavírus.^{12,13}

Assegure que os trabalhadores da saúde que realizam procedimentos que geram aerossol:

- realizem os procedimentos em um quarto com ventilação adequada – ou seja, ventilação natural com fluxo de ar de, pelo menos, 160 L/s por paciente, ou em quartos com pressão negativa com pelo menos 12 trocas de ar por hora, e direção controlada do fluxo de ar quando utilizar ventilação mecânica.¹⁰
- usar um respirador de partículas com proteção equivalente a um N95 certificado pelo *US National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), ou um FFP2 padrão da União Europeia ou equivalente.^{2,13} Quando os trabalhadores da saúde colocam um respirador de partícu-

las, devem sempre verificar se está bem vedado.¹³ Notem que pelo facial (por exemplo, barba) pode impedir um ajuste adequado do respirador;¹³

- usar proteção ocular (ou seja, óculos de proteção ou protetor tipo *face shield*);
- usar avental de manga longa limpo, não estéril e luvas. Se os aventais não forem impermeáveis, os trabalhadores da saúde devem usar um capote impermeável para procedimentos que podem gerar grandes volumes de fluido, que podem penetrar no avental¹²;

Limitar o número de pessoas presentes no quarto a um mínimo absolutamente necessário para o cuidado e apoio do paciente.

4. Implantação de controles administrativos

Os controles² e políticas administrativos para a prevenção e controle da transmissão do vírus COVID-19 no contexto da saúde incluem, mas podem não se limitar a: estabelecimento de infraestruturas e atividades de PCI sustentáveis; orientação dos cuidadores dos pacientes; desenvolvimento de políticas sobre o reconhecimento precoce de infecção respiratória aguda potencialmente causada pelo COVID-19; garantia de acesso a testes laboratoriais imediatos para a identificação do agente etiológico; evitar aglomerações, especialmente na sala de emergência; fornecimento de áreas de espera dedicadas para pacientes sintomáticos; isolamento apropriado dos pacientes internados; garantia de suprimento adequado de EPIs; e garantia do cumprimento das políticas e procedimentos de PCI para todos os aspectos da atenção à saúde.

4.1. Medidas administrativas relacionadas aos trabalhadores da saúde

- oferecer capacitação adequada aos trabalhadores da saúde;
- garantir uma proporção paciente-pessoal adequada;
- estabelecer um processo de vigilância para infecções respiratórias agudas potencialmente causadas pelo COVID-19 entre os trabalhadores da saúde;
- garantir que os trabalhadores da saúde e o público entendam a importância de procurar cuidado médico prontamente;
- monitorar o cumprimento, pelos trabalhadores da saúde, das precauções padrão e fornecer mecanismos para a melhoria conforme o necessário.

5. Uso de controles ambientais e de engenharia

Esses controles referem-se à infraestrutura básica da unidade de saúde¹⁴ e seu objetivo é garantir a ventilação¹⁰ adequada em todas as áreas na unidade de saúde, bem como limpeza adequada do ambiente.

Além disso, é preciso manter uma separação de pelo menos um metro entre todos os pacientes. A separação espacial e a ventilação adequada podem ajudar a reduzir a disseminação de muitos patógenos no contexto da saúde.¹⁵

Garantir que os procedimentos de limpeza e desinfecção sejam consistentes e corretos.⁹ Limpeza de superfícies do ambiente com água e detergente e a aplicação de desinfetantes

comumente usados em hospitais (como hipoclorito de sódio) é efetivo e suficiente.⁸ Gerenciar lavanderia, utensílios de serviço de alimentação e resíduos hospitalares de acordo com os procedimentos de segurança de rotina.

Duração das precauções de contato e gotículas para pacientes com COVID-19

As precauções-padrão devem ser aplicadas o tempo todo. Precauções adicionais de contato e gotículas devem continuar até que o paciente esteja assintomático. Informações mais abrangentes sobre o modo de transmissão do vírus são necessárias a fim de se definir a duração de precauções adicionais.

Coleta e manuseio de amostras laboratoriais de pacientes com suspeita de COVID-19

Todas as amostras coletadas para exames laboratoriais devem ser consideradas como potencialmente infectantes. Os trabalhadores da saúde que coletam, manuseiam ou transportam amostras clínicas devem seguir rigorosamente as medidas de precaução-padrão e as práticas de biossegurança para minimizar a possibilidade de exposição a patógenos^{16,17,18}.

- garantir que os trabalhadores da saúde que coletam amostras utilizem os EPIs apropriados (ou seja, proteção ocular, máscara cirúrgica, avental de manga longa e luvas). Se a amostra for coletada durante um procedimento que gere aerossol, a equipe deve usar um respirador particulado com um grau de proteção equivalente a pelo menos o N95 certificado pelo NIOSH ou o FFP2 padrão da União Europeia, ou equivalente;
- assegurar que todo o pessoal que transporta amostras seja treinado em práticas de manuseio seguro e procedimentos de descontaminação em derramamentos;⁸
- colocar as amostras para transporte em bolsas de amostras à prova de vazamentos (recipiente secundário) que tenham um bolsão vedável separado para a amostra (bolsa plástica para amostra com risco biológico) com a etiqueta de identificação do paciente no recipiente da amostra (recipiente primário) e um formulário de requisição ao laboratório redigido de forma clara;
- garantir que os laboratórios nas unidades de saúde sigam as práticas de biossegurança e os requisitos adequados de acordo com o tipo de organismo que está sendo manuseado;
- entregar todas as amostras em mãos, sempre que possível. NÃO UTILIZAR sistemas de tubo pneumático para transportar as amostras;
- documentar claramente o nome completo, data de nascimento e “suspeita de COVID-19” para cada paciente na requisição ao laboratório. Notificar o laboratório assim que possível que a amostra está sendo transportada.

Recomendação para cuidados ambulatoriais

Os princípios básicos de PCI e as precauções-padrão devem ser aplicados em todas as unidades de saúde, inclusive nos cuidados ambulatoriais e atenção primária. Para a COVID-19, as seguintes medidas devem ser adotadas:

- triagem e reconhecimento precoce;
- ênfase na higienização das mãos, higiene respiratória e máscaras cirúrgicas pelos pacientes com sintomas respiratórios;
- uso apropriado de precauções de contato e gotículas para todos os casos suspeitos;
- priorização do atendimento de pacientes sintomáticos;
- quando os pacientes sintomáticos tiverem que esperar, certifique-se de que eles têm uma área de espera separada;
- orientar pacientes e familiares sobre o reconhecimento precoce de sintomas, precauções básicas a serem tomadas e que unidade de saúde eles devem procurar.

Referências

1. World Health Organization. Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: interim guidance (accessed 17 January 2020).
2. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. (accessed 17 January 2020).
3. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016 (accessed 20 January 2020).
4. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/min-req-IPC-manual/en/>, accessed 20 January 2020).
5. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge – clean care is safer care. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, accessed 17 January 2020).
6. How to put on and take off personal protective equipment (PPE). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/putontakeoffPPE/en/>, accessed 17 January 2020).
7. Rational use of PPE
8. CDC and ICAN. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; Cape Town, South Africa: Infection Control Africa Network; 2019. (<https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/environmental-cleaning.html> and <http://www.icanetwork.co.za/icanguideline2019/>, accessed 20 January 2020).
9. Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/>, accessed 20 January 2020).
10. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CK, Jensen P, Li Y, Seto WH, editors. Natural ventilation for infection control in health-care settings. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, accessed 17 January 2020).
11. Hui DS. Epidemic and emerging coronaviruses (severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome). *Clin Chest Med.* 2017;38:71–86. doi:10.1016/j.ccm.2016.11.007.
12. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One.* 2012;7:e35797. doi: 10.1371/journal.pone.0035797. Epub 2012 Apr 26.
13. How to perform a particulate respirator seal check. Geneva: World Health Organization; 2008. (<http://www.who.int/csr/resources/publications/respiratorsealcheck/en/>, accessed 17 January 2020). For the latest information, please consult the WHO coronavirus webpage (http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/).
14. Adams J, Bartram J, Chartier Y, editors. Essential environmental health standards in health care. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43767>, accessed 17 January 2020).
15. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011, 7:CD006207. (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub4/abstract;jsessionid=074644E776469A4CFB54F28D01B82835.d03t02>. Accessed 17 January 2020).
16. Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: interim guidance January 2020. Geneva: World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/33067/6/9789240000971-eng.pdf>).
17. Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus: interim guidance (revised), January 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/25995/2/WHO-MERS-LAB-15.1-Rev1-2018-eng.pdf?sequence=1>, accessed 17 January 2020).
18. Laboratory biosafety manual, third edition. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42981>, accessed 17 January 2020).

Agradecimentos

A versão original da orientação de PCI para o MERS-CoV1 foi desenvolvida em consulta com a Rede Global de Prevenção e Controle de Infecções, Rede de Resposta e Avaliação Clínica de Doenças Emergentes da OMS, e outros especialistas internacionais. A OMS agradece a todos os que participaram no desenvolvimento e atualização dos documentos sobre PCI.

Este documento foi elaborado em consulta com a Rede Global de Prevenção e Controle de Infecções da OMS e outros especialistas internacionais. A OMS agradece as seguintes pessoas por sua revisão (em ordem alfabética):

- Abdullah M Assiri, Director General, Infection Control, Ministry of Health, Arábia Saudita
- Babacar N Doye, Board Member, Infection Control Network, Dakar, Senegal.
- Barry Cookson, Division of Infection and Immunity, University College, London, Reino Unido.
- Dale Fisher, Global Outbreak Alert and Response Network steering committee.

- Diamantis Plachouras, Unit of Surveillance and Response Support, European Centre for Disease Prevention and Control.
- Fernanda Lessa, Epidemiologist, Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA.
- Fernando Otaiza O'Rayan, Head, National IPC Program, Ministry of Health, Santiago, Chile
- Gail Carson, ISARIC Global Support Centre, Director of Network Development, Consultant in Infectious Diseases and Honorary Consultant Public Health England, Reino Unido.
- John M Conly, Department of Medicine, Microbiology, Immunology and Infectious Diseases, Calvin, Phoebe and Joan Snyder Institute for Chronic Diseases, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, Canadá
- Kathleen Dunn, Manager, Healthcare Associated Infections and Infection Prevention and Control Section, Centre for Communicable Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada.
- Michael Bell, Deputy Director of Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA.
- Moi Lin Ling, Director, Infection Control Department, Singapore General Hospital, Singapore and President of Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC).
- Nandini Shetty, Consultant Microbiologist, Reference Microbiology Services, Colindale, Health Protection Agency, Reino Unido
- Wing Hong Seto, Department of Community Medicine, School of Public Health, University of Hong Kong, Hong Kong, República Popular da China

Da OMS, também agradecemos:

Benedetta Allegranzi, April Baller, Ana Paula Coutinho, Janet Diaz, Christine Francis, Maria Clara Padoveze, Joao Paulo de Toledo, Maria Van Kerkhove.

A OMS continua a monitorar a situação de perto para detectar quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se algum fator mudar, a OMS publicará uma atualização. Do contrário, o presente documento de orientação provisória expirará dois anos após a data de publicação.

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.** Alguns direitos reservados.
Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO