

# Orientações de prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19

Orientação provisória

8 de janeiro de 2021

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas

Este documento é uma atualização das orientações publicadas em 21 de março de 2020 e contém novas evidências e orientações, incluindo:

- Resultados atualizados de estudos publicados sobre:
  - epidemiologia e alcance da infecção pelo SARS-CoV-2 entre residentes e funcionários de instituições de longa permanência;
  - eficácia das precauções de prevenção e controle de infecção (PCI) para prevenir a transmissão do SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência;
  - impacto das precauções de PCI na saúde mental e física e no bem-estar dos idosos e, principalmente, de pessoas com demência ou outras doenças mentais ou neurológicas;
- Orientações atualizadas sobre precauções de PCI para prevenir a propagação do SARS-CoV-2 e para proteger os trabalhadores da saúde e os cuidadores dos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 em instituições de longa permanência.
- Orientações sobre detecção precoce do SARS-CoV-2 entre residentes e funcionários de instituições de longa permanência.
- Orientações sobre políticas para visitantes em instituições de longa permanência e considerações adicionais sobre como minimizar o impacto sobre a saúde mental e física das restrições e medidas de PCI implementadas no contexto da COVID-19.

## Pontos-chave

- As instituições de longa permanência são locais de alto risco de transmissão da COVID-19 entre residentes e funcionários. Os residentes desses estabelecimentos correm maior risco de quadro grave da doença e morte, porque tendem a ser mais idosos, apresentar outras doenças concomitantes e/ou declínio funcional. Detecção precoce da COVID-19; treinamento e capacitação em PCI adequados para todos os funcionários, residentes e visitantes; e implementação consistente de políticas e medidas de PCI apropriadas podem reduzir significativamente o risco de transmissão do SARS-CoV-2 entre residentes, funcionários e cuidadores nas instituições de longa permanência.
- As medidas de PCI podem afetar a saúde mental e física e, conseqüentemente, o bem-estar de residentes e funcionários – principalmente o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e as restrições de visitantes e atividades em grupo. Portanto, cuidados compassivos, respeitosos e humanizados devem ser prestados de forma consistentes, assegurando-se a proteção adequada de residentes, visitantes e funcionários contra a COVID-19.
- No contexto da pandemia de COVID-19, as políticas e os procedimentos essenciais de PCI a seguir devem ser implementados nas instituições de longa permanência, independentemente de ter ocorrido ou não infecção pelo SARS-CoV-2 entre residentes e/ou funcionários. As instituições de longa permanência devem:
  - assegurar a existência de um programa e uma equipe de PCI ou, pelo menos, um ponto focal de PCI qualificado;
  - implementar precauções padrão de PCI para todos os residentes (principalmente higiene adequada das mãos de acordo com [os cinco momentos da OMS](#) e limpeza e desinfecção rigorosas e periódicas em todo o estabelecimento) e precauções baseadas na transmissão do SARS-CoV-2, quando indicadas;
  - em áreas com suspeita ou confirmação de transmissão comunitária ou clusters de casos de COVID-19, implementar o uso universal de máscaras para todos os trabalhadores da saúde, cuidadores, outros profissionais, visitantes, prestadores de serviços e residentes;
  - em áreas com suspeita ou confirmação de transmissão esporádica da COVID-19, implementar uso dirigido e contínuo de máscara pelos trabalhadores da saúde nas áreas clínicas;
  - assegurar distanciamento físico;
  - assegurar ventilação adequada na instituição de longa permanência;
  - vacinar os residentes e funcionários contra gripe e COVID-19, e os residentes contra *Streptococcus pneumoniae*;
  - implementar políticas de PCI para visitantes das instituições de longa permanência;
  - garantir dimensionamento adequado e boa organização do pessoal, com horários de trabalho apropriados e proteção dos trabalhadores da saúde contra riscos ocupacionais.
- As medidas a seguir são críticas para garantir a detecção precoce da COVID-19. As instituições de longa permanência devem:
  - assegurar a detecção precoce de infecção pelo SARS-CoV-2 entre trabalhadores da saúde, por meio de vigilância sindrômica e/ou exames laboratoriais em funcionários e residentes;
  - assegurar a gestão adequada da exposição e infecção pelo SARS-CoV-2 entre os trabalhadores da saúde;

- expandir a testagem a todos os trabalhadores da saúde e residentes, sempre que um caso positivo de SARS-CoV-2 tiver sido identificado em um residente ou funcionário;
- testar residentes para SARS-CoV-2 no momento da admissão ou readmissão à instituição de longa permanência, em áreas com transmissão comunitária ou em *clusters*, contanto que os recursos permitam.
- Quando um residente é identificado como um caso suspeito ou confirmado de COVID-19, as seguintes precauções de PCI devem ser implementadas imediatamente. As instituições de longa permanência devem:
  - implementar precauções de contato, gotículas e/ou aerossol (quando indicado) durante os cuidados ao(s) residente(s) infectado(s);
  - seguir os procedimentos específicos de limpeza e desinfecção de ambientes, gerenciamento de resíduos e lavanderia;
  - isolar casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 em quartos individuais ou, se isso não for possível, agrupá-los com outros casos, mantendo casos suspeitos e confirmados separados;
  - garantir a realização de avaliações clínicas cuidadosas de pacientes por médicos – principalmente daqueles com fatores de risco para deterioração rápida, como idade avançada ou doenças preexistentes -, incluir tratamento precoce, conforme apropriado, e avaliação da possibilidade de transferência do residente para um estabelecimento de cuidados agudos;
  - colocar todos os contatos de casos confirmados de COVID-19 em quarentena no quarto, ou separados de outros residentes, e monitorá-los por 14 dias a partir do último contato.
- Em caso de morte do paciente com COVID-19, devem-se aplicar procedimentos seguros para o manejo de cadáveres.

## Metodologia para elaboração da orientação

Esta orientação provisória atualizada baseia-se na orientação para PCI no contexto da COVID-19 anteriormente publicada pela OMS (orientação da OMS para PCI em locais de assistência à saúde; uso de máscaras; e prevenção, identificação e manejo de infecções em trabalhadores da saúde (1-3), revisões contínuas das evidências científicas disponíveis sobre COVID-19 em instituições de longa permanência e sobre a eficácia das precauções de PCI nesses contextos. Durante emergências, a OMS publica orientações provisórias, cuja elaboração segue um processo transparente e robusto de avaliação das evidências científicas disponíveis, incluindo evidências sobre benefícios e riscos de intervenções específicas. O Grupo *Ad-hoc* de Elaborações de Orientações de Prevenção e controle de infecção para COVID-19 (GDG de PCI para COVID-19) (consultar a seção de agradecimentos para obter uma lista dos membros) avalia as evidências cien-

tíficas disponíveis por meio de revisões sistemáticas abreviadas e discute as orientações por meio de um processo de obtenção de consenso, em consultas semanais com o GDG de PCI para COVID-19, facilitadas por um especialista em metodologia científica e, quando necessário, seguidas de pesquisas de opinião. O processo também considera, na medida do possível, possíveis implicações relativas a recursos, valores e preferências, viabilidade, equidade e ética. Os documentos provisórios de orientação são analisados por um painel de especialistas internos e externos antes de sua publicação.

## Objetivo da orientação

Este documento fornece orientações atualizadas para gestores de instituições de longa permanência e pontos focais de PCI, para evitar que o SARS-CoV-2 entre e se propague dentro de um estabelecimento e para fora dele, e para dar suporte a condições seguras de visitação, por meio da aplicação rigorosa de procedimentos de PCI, garantindo-se o bem-estar dos residentes.

A OMS atualizará as orientações à medida que novas informações forem disponibilizadas.

## Introdução

Os tipos de instituições de longa permanência podem variar entre países, ou mesmo no âmbito subnacional. Casas de repouso, instituições de suporte especializado de enfermagem, residência assistida para idosos, residenciais e lares -- conhecidos coletivamente como instituições de longa permanência -- prestam uma variedade de serviços, incluindo cuidados médicos e assistência, a pessoas que não conseguem viver de forma independente na comunidade. O termo “instituições de longa permanência” não inclui cuidados domiciliares de longa duração, centros comunitários, creches para adultos ou centros de cuidados temporários para cuidadores (4, 5).

Trabalhadores da saúde são todas as pessoas envolvidas em atividades profissionais cuja principal intenção é melhorar a saúde. Em instituições de longa permanência, os trabalhadores da saúde incluem cuidadores e assistentes sociais empregados pela instituição (6, 7).

As instituições de longa permanência são locais de alto risco de transmissão da COVID-19 entre residentes e funcionários. Trabalhadores da saúde que estão em contato e/ou prestam cuidados a pacientes de COVID-19 correm risco maior de se infectar do que a população em geral (3, 8). Um estudo multicêntrico recente realizado nos Estados Unidos da América relatou que 1,3 caso de COVID-19 foi detectado em trabalhadores da saúde para cada 3 casos identificados entre residentes de instituições de longa permanência (9). Em outros estudos que mediram a prevalência da COVID-19 entre tra-

balhadores da saúde de instituições de longa permanência, os valores variaram de 2,2% a 62,6%(10).

Os residentes desses estabelecimentos correm maior risco de quadro grave da doença e morte, pois tendem a ser mais idosos e apresentar doenças preexistentes e/ou declínio funcional (4, 11).

As pessoas que vivem com demência correm maior risco direto e indireto de contrair COVID-19, devido à sua capacidade reduzida de aderir a recomendações de saúde pública e medidas do PCI, incluindo o isolamento (11). Os residentes de instituições de longa permanência que têm demência também correm risco de eventos adversos resultantes da interrupção dos cuidados regulares, inclusive a interrupção do apoio social (11).

De acordo com uma revisão de estudos publicados sobre COVID-19 em instituições de longa permanência, as taxas de positividade nos testes para SARS-CoV-2 variaram bastante (4% a 77%), com média de 37%, que aumentou para 42,9% durante surtos (10).

Pessoas infectadas com SARS-CoV-2 podem transmitir o vírus independentemente de apresentarem ou não sintomas, e há evidências em alguns estudos de que pacientes em instituições de longa permanência apresentam “sintomas atípicos” (4, 12, 13). Estudos de surtos da doença mostraram que 7% a 75% dos residentes e 50% a 100% dos funcionários com resultado positivo eram pré-sintomáticos ou assintomáticos. Entre 57% e 89% dos residentes assintomáticos com resultado positivo desenvolveram sintomas mais tarde, o que enfatiza a importância da aplicação de precauções de PCI adequadas (4).

Os idosos são o grupo populacional responsável pela grande maioria dos casos graves, hospitalizações e mortes por COVID-19 (14). Residentes de instituições de longa permanência geralmente representam uma população vulnerável, devido à idade avançada e doenças preexistentes, como diabetes; doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias crônicas; câncer; e demência, que aumentam de forma independente o risco de progressão da COVID-19 incluindo desfechos graves e morte (15).

Uma avaliação de risco recentemente publicada pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) resumiu os fatores que contribuíram diretamente para maior probabilidade de propagação da COVID-19 para dentro das instituições de longa permanência e em seu interior. Eles incluem alta prevalência comunitária de COVID-19, natureza coletiva das instituições de longa permanência, porte das instituições (>20 leitos), altas taxas de ocupação, perda de oportunidades de identificar sinais precoces em dados de segurança (como absenteísmo de funcionários, casos positivos

isolados), funcionários assintomáticos que trabalham cientes de que estão infectados, demora no reconhecimento da COVID-19 em residentes devido a um baixo índice de suspeição e atraso na identificação de casos devido à disponibilidade limitada ou morosa de testes e/ou demora na liberação dos resultados (11).

Muitos residentes de instituições de longa permanência necessitam de hospitalização após o diagnóstico de COVID-19, devido à gravidade do quadro. De acordo com a revisão de Gmehlin & Munoz-Price, a taxa média de hospitalização dos residentes que apresentaram resultado positivo em todos os estudos foi de 44%, e a taxa média de mortalidade foi de 21%. Note-se que a taxa de hospitalização foi parcialmente inflada pela necessidade de isolar residentes com resultado positivo de outras pessoas (10).

Uma revisão dos dados disponíveis de mortalidade em instituições de longa permanência constatou que aproximadamente 46% dos óbitos por COVID-19 ocorreram em casas de repouso (com base em 21 países) (16). Outras revisões avaliaram as taxas de letalidade da infecção por faixa etária, e todas relataram que a letalidade aumentou com a idade (17-19). Um estudo constatou que a taxa de letalidade em pessoas com 80 anos ou mais foi de 8,29% (10,83% em homens), comparada a 0,001% em crianças de 5 a 9 anos e 0,79% na população geral (17), enquanto outro estudo relatou taxa de letalidade de 13,4% (18), e um terceiro relatou taxa de letalidade de 15% em residentes acima de 85 anos (19). As taxas de letalidade da infecção entre residentes de instituições de longa permanência variaram entre os países, chegando, em alguns deles, a 22,2% (17).

Dada a magnitude do impacto da COVID-19 nas instituições de longa permanência, a OMS emitiu um sumário de política sobre prevenção e manejo da COVID-19 em serviços de assistência de longa permanência (4), descrevendo formas de modificar os serviços de saúde e de cuidados de longa duração para que estes sejam prontamente integrados e prestados como parte do contínuo de assistência que inclui promoção da saúde, da prevenção, do tratamento, da reabilitação e dos cuidados paliativos, garantindo que as pessoas que necessitam de cuidados de longa duração possam receber serviços com qualidade, equidade e sustentabilidade. O sumário de política (4) identifica várias ações para solucionar essas questões, incluindo a necessidade de:

- Criar comitês diretivos conjuntos e sistemas de compartilhamento de informação e de dados entre setores e níveis subnacionais de elaboração de políticas, para assegurar uma resposta coordenada.
- Assegurar acompanhamento e avaliação eficazes do impacto da COVID-19 nos cuidados de longa duração e assegurar a canalização adequada de informações entre sistemas de saúde e de cuidados de longa duração, a fim de otimizar as respostas.

- Estabelecer um mecanismo de apoio aos prestadores de serviços não regulamentados, focando-se no apoio cooperativo em vez de medidas punitivas.
- Estabelecer um mecanismo para planejar, priorizar e monitorar a implementação de medidas destinadas a proteger profissionais e pessoas que necessitam de cuidados de longa duração do risco de infecção e propagação da COVID-19.
- Assegurar vias de atendimento integrado e humanizado em todo o contínuo dos serviços de saúde e cuidados de longa duração, para que as pessoas que necessitam destes serviços recebam cuidados abrangentes.

## Princípios gerais fundamentais para prevenção e detecção precoce do SARS-CoV-2

As evidências disponíveis mostram que a implementação consistente e rigorosa de políticas e medidas de PCI apropriadas reduz significativamente o risco de infecção pelo SARS-CoV-2 entre residentes e funcionários de instituições de longa permanência (Quadro 1) (20).

### Quadro 1. Base de evidências sobre prevenção e controle de infecção em instituições de longa permanência

Em abril de 2020, a OMS encomendou uma revisão rápida da prevenção da COVID-19 em instituições de longa permanência (parcialmente disponível em uma publicação científica revisada por pares de Rios *et al.* (20) e atualizada em 9 de outubro de 2020. A revisão atualizada incluiu seis estudos observacionais (21-26) e dez diretrizes clínicas (20, 27), e concluiu que medidas de PCI em instituições de longa permanência devem ter como objetivo evitar a introdução do SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência e que, caso isso aconteça, medidas imediatas e abrangentes devem ser tomadas para controlar a propagação do vírus.

Embora limitados, dados disponíveis de **estudos observacionais** sobre as intervenções mais eficazes para prevenir e controlar a propagação do SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência sugerem que estratégias eficazes de PCI incluem as seguintes.

- Em áreas de transmissão comunitária do SARS-CoV-2, a testagem periódica de residentes e funcionários permite detecção precoce e isolamento de residentes e funcionários com resultado positivo (incluindo indivíduos infectados assintomáticos e sintomáticos), manejo adequado dos infectados e prevenção de surtos dentro do estabelecimento. Um estudo separado concluiu que a testagem de todos os residentes e funcionários após a identificação de um caso positivo no estabelecimento pode chegar a identificar 10-100 casos adicionais para cada caso inicial diagnosticado (28).
- A compartimentalização dos funcionários (organização do trabalho de modo que a equipe trabalhe em pequenos grupos em uma área da instituição de longa permanência, sem conexão física ou mistura com outros membros da equipe) e a formação de coortes de profissionais (atribuição de pessoal para cuidar separadamente de residentes infectados e não infectados) reduziu o risco de casos de SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência.
- A oferta de licença médica remunerada para funcionários de instituições de longa permanência aumentou o número de profissionais que se apresentaram para testagem e se autoisolaram em caso de sintomas de COVID-19, reduzindo, em última análise, o risco de transmissão dentro do estabelecimento.
- O cumprimento do distanciamento físico de pelo menos 1 metro, inclusive na hora das refeições, reduziu o risco de transmissão.
- A manutenção dos limites máximos de ocupação dos ambientes de uso comum nos estabelecimentos (com placas de aviso) foi associada a menor prevalência de infecção pela COVID-19.
- O uso adequado de EPIs durante os cuidados a todos os residentes infectados, placas lembrando os trabalhadores da saúde das precauções de gotículas e contato, bem como treinamento e auditorias frequentes para assegurar o uso correto da máscara pelos trabalhadores da saúde foram associados a uma prevalência de infecção significativamente menor entre residentes e funcionários.
- A limpeza de áreas de uso comum menos que duas vezes ao dia foi significativamente associada a maior prevalência de infecção pelo SARS-CoV-2 entre residentes e funcionários.
- As instituições de longa permanência com banheiros e pias nos quartos de residentes tiveram taxas de infecção significativamente mais baixas. Os achados adicionais dos estudos observacionais incluídos na revisão foram os seguintes.
- O uso de pessoal temporário aumentou significativamente o risco de transmissão do SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência e entre trabalhadores da saúde (23). Os estabelecimentos que empregam pessoal temporário na maior parte dos dias, comparados aos que não o fazem, tiveram aumento de quase duas vezes na prevalência de infecção pela COVID-19 entre residentes; tiveram quase o dobro da probabilidade de registrar um caso de COVID-19 ou um grande surto; e tiveram prevalência significativamente maior de infecção pela COVID-19 entre os funcionários.

- A incapacidade de isolar os residentes – por exemplo, devido à demência – foi associada ao aumento do risco de infecção pelo SARS-CoV-2 em residentes. A análise das evidências foi inconclusiva quanto à efetividade do rastreamento (monitorização de temperatura e sintomas) de residentes e funcionários como estratégia para reduzir o risco de infecção.

As recomendações mais comuns identificadas nas **diretrizes clínicas** publicadas, incluídas na revisão rápida de evidências (20), em ordem de frequência de citação, são:

- Estabelecer vigilância, monitorização e avaliação de sintomas entre funcionários, cuidadores e residentes.
- Uso de EPIs adequados para funcionários, residentes e visitantes.
- Medidas de distanciamento físico e isolamento.
- Isolamento em quartos individuais (ou coortes) de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.
- Aplicar desinfecção de rotina ou mais frequente das superfícies dentro do estabelecimento.
- Promover e aplicar medidas de higienização das mãos entre funcionários, residentes e visitantes.
- Promover e aplicar medidas de higiene respiratória entre funcionários, residentes e visitantes.
- Implementar políticas trabalhistas para promover e fazer cumprir o direito de licença médica remunerada para funcionários com sintomas ou suspeita de COVID-19, e assegurar remuneração adequada para funcionários em licença médica, bem como políticas para restringir a movimentação dos profissionais dentro do estabelecimento ou entre instituições.
- Assegurar comunicação adequada entre as instituições de longa permanência e as autoridades sanitárias locais/regionais.
- Instruir funcionários, cuidadores e residentes sobre medidas adequadas de controle de infecção, higienização das mãos e higiene respiratória.
- Assegurar estoques adequados de EPIs, medicamentos e outros equipamentos médicos (por exemplo, para suplementação de oxigênio) para o manejo de casos de COVID-19.
- Consulta e notificação de casos positivos de COVID-19 aos profissionais de saúde relevantes.
- Implementação de políticas, restringindo horários de visita ou restringindo a permissão apenas a visitantes “essenciais”.
- Tornar obrigatório o uso de precauções de gotículas (incluindo o uso de EPIs adequados) no atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19.
- Separar coortes de equipamentos específicos para uso exclusivo em pacientes de COVID-19, e testagem de todos os funcionários, cuidadores e residentes sintomáticos para COVID-19.

### Programa e atividades de PCI

O programa de PCI e a resposta à COVID-19 no âmbito nacional devem considerar suporte e fortalecimento das medidas de PCI em instituições de longa permanência como alta prioridade. As instituições de longa permanência devem ter um programa de PCI institucional, com uma equipe dedicada e treinada e pelo menos um ponto focal de PCI com responsabilidades delegadas, com suporte da alta administração da instituição e das autoridades de saúde locais. Idealmente, a equipe ou o ponto focal devem ser assessorados por um comitê multidisciplinar quanto à abordagem estratégica e o plano de ação para garantir a implementação adequada do programa de PCI. As recomendações da OMS para programas de PCI eficazes podem ser encontradas aqui (29). Ter um ponto focal de PCI é recomendado pela OMS como requisito mínimo de PCI em todos os estabelecimentos de saúde, incluindo instituições de longa permanência (30). Assegurar o acesso a informações e recursos sob a forma de diretrizes, orientações e procedimentos para prevenção e controle da COVID-19, bem como o acesso a equipamentos adequados, auxiliará os funcionários e garantirá que todos os estabelecimentos tenham estabelecido rotinas seguras de atendimento (11).

Treinamento adequado para diferentes públicos-alvo essenciais deve ser providenciado e atualizado periodicamente:

- Deve-se oferecer treinamento em PCI para COVID-19 (31) para todos aqueles que trabalham em instituições de longa permanência, incluindo funcionários, cuidadores e outros profissionais que frequentem o estabelecimento para prestar serviços aos residentes. O treinamento deve contemplar, no mínimo:
  - visão geral da COVID-19;
  - precauções padrão, com ênfase na higienização das mãos, etiqueta respiratória e limpeza e desinfecção de ambientes;
  - uso correto das máscaras;
  - precauções de contato e outras precauções baseadas no modo de transmissão, bem como procedimentos de manejo de surtos de COVID-19, incluindo como colocar e remover EPIs corretamente;
  - princípios fundamentais de saúde e segurança ocupacional.
- Devem-se oferecer sessões recorrentes de informações sobre a COVID-19 para residentes e seus visitantes, para informá-los sobre o vírus, a doença causada por ele e como se proteger da infecção. É necessário reforçar e sim-

plificar as informações, principalmente devido à alta proporção de residentes com deficiência cognitiva/demência. Deve-se prestar atenção especial ao uso de comunicação inclusiva (por exemplo, comunicação adaptada para residentes com deficiências sensoriais).

Por meio do trabalho do ponto focal ou da equipe de PCI, no mínimo, os padrões de PCI a seguir devem ser assegurados nas instituições de longa permanência:

- É preciso assegurar que exista triagem, reconhecimento precoce e controle da fonte (isolando-se casos suspeitos e confirmados de COVID-19 entre residentes e funcionários).
- Devem ser disponibilizadas áreas adequadas e bem equipadas para colocação e remoção dos EPIs.
- As práticas de PCI (como higienização das mãos, práticas de colocação e remoção de EPIs) devem ser auditadas regularmente, e deve-se fornecer feedback aos funcionários (tanto à equipe do estabelecimento quanto prestadores de serviços externos) e estratégias para a implementação de melhorias, conforme necessário.
- Deve-se prestar atenção especial à higienização das mãos e etiqueta respiratória, por meio das medidas a seguir:
  - assegurar estoques suficientes de álcool em gel (contendo no mínimo 70% de álcool) e disponibilidade de sabão e água limpa, com estações de higienização das mãos disponíveis nas entradas, saídas e pontos de atendimento;
  - incentivar a lavagem das mãos com sabão e água por no mínimo 40 segundos, ou higienização das mãos com álcool em gel por no mínimo 20 segundos (32);
  - exigir que os trabalhadores da saúde higienizem as mãos com frequência, principalmente de acordo com os [cinco momentos da OMS](#) (33, 34), no início do dia de trabalho, antes e depois de usar o banheiro, antes e depois de preparar alimentos e antes das refeições (32, 35);
  - incentivar e dar suporte aos residentes e visitantes para que higienizem as mãos com frequência, principalmente quando as mãos estiverem sujas, antes e depois de tocar em outras pessoas (embora isso deva ser evitado ao máximo), depois de usar o banheiro, antes de refeições e depois de tossir ou espirrar;
  - assegurar estoques adequados de lenços descartáveis e descarte adequado dos resíduos (em um recipiente com tampa);
  - colocar lembretes, cartazes e folhetos dentro da instituição, orientar os funcionários, residentes e visitantes com informações sobre higienização das mãos, distanciamento físico, uso da máscara, usar o cotovelo flexionado para tossir ou espirrar, ou usar um lenço descartável e descartá-lo imediatamente

mente em um cesto com tampa, e como colocar e remover corretamente os EPIs.

- Devem-se garantir estoques adequados de EPIs e produtos para limpeza dos ambientes.
- Deve-se manter um alto padrão de limpeza e desinfecção dos ambientes e equipamentos, gerenciamento de resíduos e saneamento dentro da instituição de longa permanência. Devem-se disponibilizar orientações sobre água, saneamento, lavanderia e gerenciamento de resíduos para COVID-19 (36).
- Residentes e funcionários devem ser vacinados para influenza (37-39) e COVID-19, e residentes também devem ser vacinados para *Streptococcus pneumoniae*, de acordo com as políticas locais.

As instituições de longa permanência podem realizar uma autoavaliação para ajudar a identificar, priorizar e solucionar pendências na capacidade de PCI durante a preparação e implementação da resposta à COVID-19 (40, 41).

O ponto focal de PCI e aqueles responsáveis pela prevenção e manejo da COVID-19 na instituição de longa permanência devem também assegurar a coordenação com os sistemas e serviços existentes de cuidados de longa duração, particularmente para garantir:

- Coordenação com as autoridades competentes (por exemplo, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social, Ministério da Justiça Social etc.) encarregadas de cuidados de longa duração.
- Ativação da rede local de saúde e assistência social para facilitar a continuidade dos cuidados em apoio às instituições de longa permanência (cuidados clínicos, agudos, hospital dia, grupos voluntários etc.).
- Apoio adicional (recursos, profissionais de saúde) em caso de casos confirmado de COVID-19 envolvendo idosos em instituições de longa permanência.

### **Vacinação contra a COVID-19 em instituições de longa permanência**

A OMS recomenda que as instituições de longa permanência tenham alta prioridade na vacinação contra a COVID-19, e planos claros devem ser estabelecidos antecipadamente (42). A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicaram informações para orientar governos nacionais na elaboração e atualização dos planos nacionais de implementação e operacionalização da vacinação contra a COVID-19. A orientação é que os alvos iniciais de alta prioridade para vacinação devem ser trabalhadores da saúde (inclusive os que trabalham em instituições de longa permanência e no setor privado), idosos e pessoas com comorbidades (42). Assim, comunicação e planejamento oportunos entre as instituições de longa permanência e as autoridades locais de saúde para determinar a logística da operacionalização das vacinas nas diferentes localidades são de extrema importância. As considerações devem incluir comunicação com residentes e pessoas próximas, necessidades de consentimento, armaze-

namento, administração, insumos descartáveis, gerenciamento de resíduos, manejo de efeitos adversos, manutenção de dados e garantia de oferta da segunda dose dentro do prazo.

É importante que qualquer pessoa elegível para vacinação contra a COVID-19 receba todas as doses recomendadas dentro do intervalo recomendado. É também essencial que funcionários, cuidadores e residentes continuem empregando precauções para minimizar a propagação da infecção, enquanto se espera por mais dados sobre a eficácia das vacinas contra a COVID-19. Funcionários e residentes devem, portanto, continuar usando máscara cirúrgica, manter distanciamento físico e higienizar frequentemente as mãos, além de seguir as outras precauções essenciais de PCI mencionadas acima. Nos casos em que a vacina contra a COVID-19 estiver sendo aplicada em instituições de longa permanência, recomenda-se a higienização das mãos com álcool em gel entre vacinações (35). Não é necessário usar luvas para a vacinação.

### Uso universal e uso contínuo direcionado de máscaras

A OMS publicou orientações sobre o uso de máscara no contexto da COVID-19 (2), incluindo evidências científicas que corroboram as recomendações feitas. Em áreas com suspeita ou confirmação de transmissão comunitária ou clusters de casos de COVID-19, o uso universal de máscaras<sup>1</sup> é aconselhado, conforme segue.

- Trabalhadores da saúde e cuidadores devem usar máscara cirúrgica para qualquer atividade em áreas de atendimento (residentes com ou sem COVID-19) ou em qualquer área de uso comum (como refeitório ou salas de funcionários).
- Outros profissionais, visitantes ou prestadores de serviços devem usar máscara cirúrgica ou não cirúrgica para qualquer atividade ou em qualquer área de uso comum.
- Os residentes devem usar máscara cirúrgica quando não for possível manter distanciamento físico de 1 metro ou quando o residente estiver fora do seu quarto ou área de atendimento dentro do estabelecimento.

Em áreas com suspeita ou confirmação de transmissão esporádica da COVID-19, os trabalhadores da saúde e cuidadores devem usar máscara cirúrgica em todas as áreas de atendimento (uso contínuo e direcionado de máscaras)<sup>2</sup> (2).

A orientação da OMS sobre uso de máscaras (2) também define os malefícios e riscos do uso universal de máscaras,

e reconhece que o uso de máscaras pode causar dificuldades de comunicação, principalmente para pessoas surdas, ou com deficiência auditiva, ou que contam com a leitura labial. Além disso, ela observa que pode haver desvantagens no uso da máscara para pessoas com comprometimento de desenvolvimento, transtornos mentais, declínio cognitivo, asma e outras doenças respiratórias crônicas, situação em que o uso da máscara pode desencadear problemas respiratórios graves. Dada a importância do uso da máscara por idosos para protegerem a si mesmos, por outro lado, nessas categorias de pessoas, uma análise caso a caso deve ser realizada, ponderando-se os riscos de eventos adversos e o efeito protetor do uso da máscara. Em caso de dificuldades com o uso da máscara, protetores faciais podem ser considerados como alternativa, embora seja importante ressaltar que eles são inferiores às máscaras no que diz respeito à prevenção da transmissão de gotículas (para proteção ou controle da fonte). Caso sejam usados protetores faciais, o design deve ser adequado para cobrir as laterais do rosto e abaixo do queixo.

É fundamental garantir treinamento dos funcionários e orientação dos residentes e visitantes quanto ao uso correto da máscara, inclusive sobre como higienizar as mãos antes de colocar e depois de remover a máscara, ajuste correto da máscara e instruções sobre como evitar o compartilhamento de máscaras e como descartá-las.

Mais detalhes sobre o uso de máscaras foram incluídos na orientação da OMS sobre máscaras no contexto da COVID-19 (2), e alguns vídeos relacionados podem ser encontrados [aqui](#).

### Distanciamento físico dentro do estabelecimento

O distanciamento físico de pelo menos 1 metro entre as pessoas deve ser instituído para reduzir o risco de transmissão do SARS-CoV-2. No contexto das instituições de longa permanência, a OMS recomenda as seguintes medidas.

- Para atividades de grupo, o distanciamento físico deve ser assegurado, com alternativas como atividades virtuais/por vídeo (43). Quando possível, as mesmas poucas pessoas devem ser colocadas juntas em todas as atividades em grupo. Essas atividades devem também ser realizadas ao ar livre, sempre que possível.
- As refeições devem ser escalonadas para garantir distanciamento físico entre os residentes. Se isso não for possível, os refeitórios devem permanecer fechados e os residentes receberão refeições individuais no quarto.
- Deve haver distância mínima de, pelo menos, 1 metro entre os residentes.
- Qualquer pessoa na instituição de longa permanência deve evitar toques (inclusive apertos de mãos, beijos e abraços), exceto quando estes fizerem parte dos cuidados. O toque pode ser muito importante para alguns residentes em termos de comunicação não verbal, principalmente aqueles com demência ou outros qua-

<sup>1</sup> O uso universal de máscaras em estabelecimentos de saúde é definido como a exigência de que todas as pessoas (funcionários, pacientes, visitantes, prestadores de serviços e outros) usem máscara o tempo todo, exceto ao comer ou beber.

<sup>2</sup> Uso contínuo e direcionado de máscaras é definido como o uso de máscaras cirúrgicas por todos os trabalhadores da saúde e cuidadores que atuam em áreas clínicas, durante todas as atividades de rotina e por toda a duração do turno.

dros complexos, depressão ou deficiência sensorial. Quando necessário, devem-se considerar as precauções adequadas (por exemplo, higienização das mãos antes e depois de tocar e uso de luvas, se necessário, como parte das precauções padrão ou de gotículas) (44).

Por outro lado, a suspensão das atividades em grupo não foi significativamente associada à redução no risco de COVID-19 em instituições de longa permanência (22).

Nota: essas medidas podem ter sérias implicações para a saúde mental e o bem-estar dos residentes e devem ser implementadas com cautela (ver a seguir).

Vale ressaltar que, embora não existam evidências específicas, a *WHO Global Network on Long-term Care* [Rede Global da OMS para Cuidados de Longa Duração] enfatiza a importância de se promover a conciliação das preferências pessoais dos residentes com a gestão dos riscos. Se os residentes forem forçados a ficar sob confinamento físico e sua movimentação for limitada por longos períodos, devem-se tomar medidas para gerenciar esses riscos, com apoio a formas seguras de interação social e eventos que os mantenham motivados. Por exemplo, os residentes podem fazer pequenos presentes uns para os outros, e a criação de ocasiões especiais pode contribuir para renovar o humor e promover resiliência. Além disso, devem ser oferecidas oportunidades para interações mais seguras entre os residentes em espaços ao ar livre e jardins, sempre que possível, desde que sejam respeitadas as medidas de distanciamento físico e outras medidas de PCI.

### Ventilação adequada

A ventilação adequada é importante para reduzir a transmissão do SARS-CoV-2. A OMS fornece orientações sobre requisitos de ventilação em estabelecimentos de saúde no contexto da COVID-19 no documento *IPC during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed* [Prevenção e controle de infecção nos cuidados de saúde quando há suspeita ou confirmação da doença do novo coronavírus (COVID-19)] (1).

Um sistema bem projetado, mantido e operado pode reduzir o risco de propagação da COVID-19 em espaços fechados, diluindo a concentração de aerossóis potencialmente infecciosos por meio da ventilação com ar exterior e da filtragem e desinfecção do ar recirculado. O uso adequado da ventilação natural pode proporcionar os mesmos benefícios.

Os quartos de residentes e áreas de uso comum devem ser bem ventilados, com grandes quantidades de ar exterior fresco e limpo, para controlar contaminantes e odores. Isso pode ser feito com ventilação natural, abrindo-se janelas e portas para criar fluxo e troca de ar, quando possível e seguro (45).

Para sistemas mecânicos, a porcentagem de ar externo deve ser aumentada, usando-se modos de economia nas operações de aquecimento, ventilação e ar-condicionado (HVAC), chegando a até 100%.

Se forem usados sistemas AVAC, estes devem ser inspecionados, passar por manutenção e ser limpos regularmente. Padrões rigorosos de instalação e manutenção de sistemas de ventilação são essenciais para garantir que estes sejam eficazes e contribuam para um ambiente seguro (46).

Qualquer decisão sobre o uso de ventilação natural, híbrida (modo misto) ou mecânica deve levar em conta o clima, incluindo a direção predominante do vento, a planta do local, a necessidade, a disponibilidade de recursos e o custo do sistema de ventilação.

Particularmente em áreas onde são atendidos casos de COVID-19, existem requisitos específicos de ventilação a serem cumpridos. Quando não são realizados procedimentos geradores de aerossóis, considera-se que a ventilação adequada é de 60 litros/segundo por paciente (L/s/paciente) para áreas naturalmente ventiladas ou 6 trocas de ar por hora (ACH) (equivalente a 40 L/s/paciente para uma sala de 4x2x3 m<sup>3</sup>) para áreas ventiladas mecanicamente.

Nas salas onde são realizados procedimentos geradores de aerossóis, existem requisitos específicos a serem cumpridos. Estabelecimentos de saúde que usem sistemas de ventilação natural devem garantir o sistema de exaustão envie o ar contaminado diretamente para fora, e para longe das entradas de ar, áreas clínicas e pessoas. A taxa média de ventilação natural recomendada é de 160 L/s/paciente. Em estabelecimentos de saúde com sistema de ventilação mecânica disponível, deve ser criada pressão negativa para controlar a direção do fluxo de ar. A taxa de ventilação deve ser de 6-12 ACH (por exemplo, equivalente a 40-80 L/s/paciente para uma sala de 4x2x3 m<sup>3</sup>), e de preferência 12 ACH para novas construções, com diferencial de pressão negativa recomendado de  $\geq 2,5$  Pa (0,01-polegada no indicador de água) para assegurar que o ar esteja fluindo do corredor para dentro dos quartos de residentes.

Mais detalhes estão incluídos na orientação da OMS sobre PCI em cuidados de saúde (1).

### Considerações específicas para os residentes com demência e/ou declínio cognitivo

As atividades de PCI podem afetar a saúde mental e física e o bem-estar dos residentes e funcionários – principalmente o uso do EPI e a restrição de visitantes e atividades em grupo (47). O distanciamento físico e as restrições de quarentena podem reduzir a atividade física e promover estilos de vida pouco saudáveis (48).



Alterações na rotina de um residente podem aumentar a ansiedade.

O isolamento social pode contribuir para a piora de sintomas neuropsiquiátricos ou levar a alterações comportamentais, sendo apatia, ansiedade e agitação os sintomas mais comuns (49).

As pessoas com demência, particularmente, podem não entender totalmente a importância e a necessidade de isolamento ou distanciamento físico. Podem ficar mais ansiosas, zangadas, estressadas, agitadas e fechadas durante um surto ou durante o isolamento.

Intervenções não farmacológicas/psicossociais são o tratamento de primeira linha recomendado para sintomas comportamentais e psicológicos na demência (50), mas podem ser mais difíceis de aplicar em um contexto de medidas de PCI para COVID-19. O uso de certos medicamentos psicotrópicos, como haloperidol e diazepam, é associado a maior risco de acidente vascular cerebral e mortalidade em pessoas com demência e deve, portanto, ser evitado, assim como o uso de contenção física para residentes agitados (51).

Deve-se prestar atenção especial à evolução das condições de saúde mental dos residentes durante a implementação das medidas de contenção ou mitigação da COVID-19, e encaminhamento e consulta com especialistas em saúde mental devem ser providenciados conforme necessário e quando disponíveis. A saúde mental dos residentes deve ser monitorada, de preferência usando ferramentas simples de rastreamento para identificar aqueles que estão em risco de problemas graves de saúde mental ou suicídio. A equipe deve estar ciente de que pessoas com demência ou outro declínio cognitivo podem ser menos capazes de relatar sintomas, devido a dificuldades de comunicação, e, portanto, os profissionais devem ficar alertas para a presença de sinais e sintomas de COVID-19. Isso pode incluir delírio, um quadro que pessoas com demência são mais propensas a apresentar durante uma infecção.

### Visitantes

Neste documento, visitantes de instituições de longa permanência referem-se a qualquer pessoa que não é funcionário nem residente da instituição de longa permanência, incluindo:

- Familiares, pessoas próximas ou pessoas designadas pelo residente.
- Prestadores de serviços clínicos não ofertados pela instituição de longa permanência (por exemplo, Fisioterapia).
- Prestadores de cuidados informais (possivelmente não remunerados).
- Prestadores de serviços para o bem-estar dos residentes (por exemplo, Arteterapia, músicos, cabeleireiros ou serviços religiosos).

Nas fases iniciais da pandemia de COVID-19, a maioria das políticas nacionais e orientações – incluindo a edição anterior deste documento – recomendavam evitar ou restringir ao máximo as visitas a instituições de longa permanência. Isso devido ao maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2, maior frequência de quadro clínico grave e complicações sérias, e maior mortalidade entre idosos.

Em geral, no entanto, sabe-se que visitas por familiares ou pessoas próximas são essenciais para o bem-estar dos residentes, e contribuem significativamente para os cuidados destes, proporcionando interação social, engajamento e atividades. Além disso, as lições aprendidas com a implementação das orientações e as novas evidências mostram que a suspensão das visitas teve impacto significativamente negativo no bem-estar tanto dos residentes quanto dos familiares, além de consequências de saúde mental. Particularmente, quando o residente tem demência, a falta de compreensão do motivo para a suspensão das visitas pode gerar dificuldades adicionais. Reconhece-se também que a compaixão em saúde e bem-estar é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, inclusive na manutenção de serviços essenciais de saúde no contexto da COVID-19. Finalmente, restringir o acesso dos visitantes às instituições de longa permanência também levou à interrupção de algumas importantes atividades médicas e de assistência social.

Sendo assim, o GDG de PCI concordou unanimemente que devem ser identificados critérios e considerações para uma política segura de visitação de residentes em instituições de longa permanência, para fins pessoais, sociais ou médicos. O GDG de PCI também concordou unanimemente que, se for demonstrado que esse tipo de política pode ser eficaz, as visitas podem ser permitidas em instituições de longa permanência. Obrigatoriamente, toda e qualquer política ou procedimento operacional padrão que permita visitas a residentes de instituições de longa permanência deve ser baseada na existência e reforço contínuo de um programa de PCI robusto, e sua implementação em toda a instituição, principalmente nos pontos de atendimento, incluindo demonstração de eficácia, com base em indicadores essenciais de monitoramento de PCI (como cumprimento das recomendações de higienização das mãos e disponibilidade e uso correto de EPIs pelos trabalhadores da saúde e pelos visitantes).

Particularmente, o GDG de PCI concordou que a adoção das seguintes medidas é essencial para evitar o risco de visitantes contribuírem para a transmissão do SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência:

- Políticas ativas de rastreamento e testagem de residentes, funcionários e visitantes.
- Demonstração das práticas de PCI apropriadas e em vigor, de acordo com as orientações da OMS e as políticas locais.

- Disponibilidade de um plano de manejo para surtos de COVID-19.
- Ponto focal de PCI nomeado para a instituição de longa permanência.
- Acesso contínuo a EPIs adequados.
- Funcionários suficientes disponíveis para dar suporte a interações entre residentes e visitantes.
- Pessoa encarregada de instruir e auxiliar os visitantes quanto a precauções de PCI, de forma contínua.
- Sistema de monitoramento implementado para verificar o cumprimento das precauções de PCI por parte dos visitantes.
- Acesso à vacina contra a COVID-19, quando disponível.

Em relação à vigilância, todos os visitantes devem ser avaliados quanto a sinais ou sintomas de infecção respiratória aguda ou risco significativo de COVID-19 (ver a seguir), e ninguém considerado positivo nessa triagem deve entrar no recinto. Deve-se manter registro de todos os visitantes que entram no estabelecimento.

Além das medidas referidas, são consideradas importantes as seguintes precauções adicionais:

- A instituição de longa permanência deve ter um acordo para permitir agendamento/horários marcados para visitantes: visitas não agendadas devem ser evitadas.
- Cada residente deve ter um único visitante constante, sempre que possível.
- Deve-se usar máscara facial durante toda a visita, inclusive durante a circulação dentro do estabelecimento e nos arredores. Isso é especialmente importante para visitantes que também são cuidadores. Se necessário, equipamentos de proteção individual (EPIs) adicionais devem ser usados, de acordo com a avaliação de risco.
- Distanciamento físico de no mínimo 1 metro (entre visitantes e residentes, funcionários e visitantes de outros domicílios) deve ser mantido o tempo todo, a menos que o residente esteja recebendo cuidados ou o contato físico ou próximo seja necessário.
- O espaço de visita designado deve ser utilizado por apenas um residente e visitante de cada vez, e deve ser submetido à limpeza e desinfecção mais detalhadas após cada visita.
- O espaço de visita deve ser bem ventilado.
- Sempre que existir um único ponto de acesso ao espaço, o residente e o visitante devem entrar no espaço em momentos diferentes, de modo a garantir a manutenção de distanciamento seguro e disposição adequada dos assentos.
- Uma tela ou lâmina plástica transparente pode ser usada entre o residente e o visitante.

- As visitas devem ocorrer ao ar livre sempre que possível (reconhecendo-se que para muitos residentes e visitantes, isso não será apropriado no inverno).

Os riscos potenciais de permitir visitas devem ser explicados aos residentes que têm capacidade de compreender e a seus familiares/pessoas próximas.

Também é importante levar em conta a epidemiologia local da COVID-19. Restrições temporárias podem ser necessárias em áreas com transmissão comunitária.

Alternativas às visitas presenciais devem ser consideradas quando necessário, incluindo o uso de telefone ou vídeo. De acordo com relatos anteriores à pandemia de COVID-19, há evidências limitadas de que as videochamadas podem reduzir a sensação de isolamento e a solidão em idosos (52). Funcionários, familiares e residentes podem precisar de instruções sobre como usar/facilitar interações usando tecnologia digital.

Caso tenha sido acordado localmente que as visitas devem ser suspensas, deve-se considerar a permissão de um número limitado de visitantes após a devida avaliação, em caráter compassivo, especificamente para residentes em estado grave, para os quais os familiares e as pessoas próximas fazem parte dos cuidados emocionais. Deve-se decidir localmente se visitantes com suspeita ou confirmação de COVID-19 podem visitar residentes em estado grave, usando-se os controles apropriados.

A decisão de suspender as visitas deve ser revista regularmente, reconhecendo-se a importância das visitas de familiares ou pessoas próximas para o bem-estar dos residentes.

Nota: em alguns contextos, a suspensão total das visitas só pode ser determinada pelas autoridades sanitárias locais.

### **Dimensionamento de pessoal**

O dimensionamento adequado e a boa organização do pessoal são elementos críticos para assegurar a aplicação de medidas de PCI e a qualidade do atendimento (29, 30, 53). Além disso, trabalhadores da saúde devem ser protegidos dos riscos ocupacionais amplificados pela pandemia de COVID-19, e deve haver políticas trabalhistas em vigor, como licença médica remunerada (3, 53). O uso de pessoal temporário foi associado a maior risco de infecção (22, 23). A separação do pessoal em coortes (ou seja, a organização do trabalho para que a equipa trabalhe em pequenos grupos em uma área da instituição de longa permanência sem ligação física com outros membros da equipe) pode ser uma estratégia eficaz para minimizar o risco de transmissão do SARS-CoV-2 (22).

A movimentação de profissionais entre diferentes instituições de longa permanência deve ser minimizada, e deve haver um sistema para manter registros dessa movimentação. Sempre que os profissionais tiverem que se deslocar entre estabeleci-

mentos, é indispensável que eles estejam cientes dos riscos de transmissão da infecção entre as instituições, e compreendam as precauções de PCI necessárias, inclusive recebendo treinamento apropriado (24). Isso é muito importante no que se refere a trabalhadores da saúde que sejam visitantes (incluindo os que prestam cuidados não oferecidos pela instituição de longa permanência, como fisioterapia, ou prestadores de outros serviços).

O uso de pessoal temporário deve ser limitado ao mínimo possível. Caso sejam contratados, os temporários devem receber treinamento apropriado em PCI, pois esse tipo de contratação já foi associado a maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2 em instituições de longa permanência (22, 23).

### Identificação e manejo de infecções em trabalhadores da saúde

A detecção precoce e o manejo adequado de infecções pelo SARS-CoV-2 entre profissionais em instituições de longa permanência, incluindo cuidadores, são essenciais para se evitar o risco de transmissão para residentes da instituição que façam parte da população de alto risco. A OMS fornece orientações específicas sobre detecção precoce por meio de vigilância sindrômica e/ou exames laboratoriais na orientação provisória específica *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19* [Prevenção, identificação e manejo de infecções em trabalhadores da saúde no contexto da COVID-19] (3). É preciso elaborar e implementar uma estratégia nacional e/ou local de vigilância e testagem -- que inclua as instituições de longa permanência.

Em suma, a OMS recomenda que a vigilância sindrômica de trabalhadores da saúde para sintomas de COVID-19 ocorra antes que eles entrem no local de trabalho, usando vigilância ativa ou passiva, dependendo dos recursos disponíveis, e com forte preferência para vigilância ativa em áreas com transmissão comunitária ou clusters de casos de SARS-CoV-2. É preciso haver políticas trabalhistas, como licenças médicas remuneradas, e a possibilidade de ficar em casa em caso de sintomas, com garantia de confidencialidade e não punição para trabalhadores da saúde que se tornem contatos ou estejam infectados com o SARS-CoV-2 (53).

Testes laboratoriais adequados para SARS-COV-2 são outro elemento necessário para identificar a transmissão com maior precisão entre trabalhadores da saúde (3). Independentemente do cenário de transmissão do SARS-CoV-2, os trabalhadores da saúde que atuam em instituições de longa permanência devem ser considerados para testagem de rotina e, no mínimo, devem ser testados para SARS-CoV-2 assim que um caso positivo tenha sido identificado entre residentes ou funcionários.

Em suma, a estratégia de testagem deve incluir:

- Testagem de trabalhadores da saúde sintomáticos.

- Testagem de trabalhadores da saúde identificados como contatos de um caso de SARS-CoV-2 dentro de uma instituição de longa permanência ou na comunidade.
- Testagem de todos os trabalhadores da saúde quando um caso positivo de SARS-CoV-2 for identificado em um residente ou funcionário.
- Testagem de rotina dos trabalhadores da saúde, principalmente os que trabalham em vários locais, se possível.

A frequência de testagem dos trabalhadores da saúde dependerá do nível de transmissão dentro de uma instituição, dos objetivos da estratégia de testagem (vigilância ou controle de surtos), da capacidade da instituição, da disponibilidade de laboratórios para realizar os testes e das orientações nacionais e locais. Durante um surto de infecção pelo SARS-CoV-2, testes devem ser realizados com regularidade (variando de a cada 2-3 dias a semanalmente, dependendo dos recursos e da capacidade disponíveis), até que não haja casos de COVID-19 em trabalhadores da saúde ou residentes na instituição.

Os trabalhadores da saúde devem ser incentivados a notificar exposições ao SARS-CoV-2 sem proteção, tanto ocupacionais quanto não ocupacionais, sem medo de retaliação. Além disso, políticas e procedimentos claros devem ser implementados, descrevendo os passos a serem tomados caso o profissional fique retido no rastreamento sindrômico realizado na chegada, ou apresente sintomas durante o seu turno. Em ambos os casos, profissionais de saúde ocupacional e/ou de PCI devem avaliar o risco de exposição e categorizá-lo com base em uma ferramenta padronizada (como a ferramenta de avaliação de risco da OMS) (54) e determinar as providências adequadas, incluindo a aptidão do trabalhador para voltar ao trabalho.

Todo e qualquer trabalhador da saúde identificado como sintomático ou com resultado positivo para SARS-CoV-2 deve:

- Ser isolado imediatamente e parar todas as atividades de atendimento a pacientes até ser totalmente avaliado.
- Informar seu supervisor, que deve notificar os serviços de PCI e saúde ocupacional.
- Buscar cuidados caso não se sinta bem ou caso os sintomas piorem, usando o sistema de encaminhamento apropriado.

Mais detalhes sobre o manejo de trabalhadores da saúde expostos ou com resultado positivo (com ou sem sintomas) são fornecidos no documento de orientação provisória da OMS *Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19* [Prevenção, identificação e manejo de infecções em trabalhadores da saúde no contexto da COVID-19] (3).

Se for necessário isolar o trabalhador da saúde, os princípios da OMS para liberação do isolamento de pacientes com

COVID-19 (55) devem ser adotados na tomada de decisão quanto ao retorno ao trabalho de trabalhadores da saúde acometidos pela COVID-19. Considerações adicionais para subpopulações específicas de trabalhadores da saúde e políticas locais também devem ser levadas em conta (3).

### **Suporte aos trabalhadores da saúde**

É essencial proteger os trabalhadores do estresse. Estratégias que apoiem a notificação pelos funcionários de sintomas de doenças mentais em resposta à pandemia de COVID-19 e exaustão física devem ser adotadas. A OMS recomenda as seguintes medidas:

- O risco de estresse deve ser administrado, mitigado ou eliminado, inclusive assegurando-se que medidas de segurança ocupacional e PCI estejam em vigor para evitar a exacerbação do estresse.
- Todos os funcionários devem ser monitorados periodicamente e apoiados para o seu bem-estar, e um ambiente de comunicação oportuna e prestação de cuidados com atualizações precisas deve ser promovido.
- Turnos longos devem ser evitados, e deve-se assegurar o direito ao descanso e recuperação, com arranjos alternativos, conforme necessário.
- Todos os funcionários devem ser treinados em habilidades psicossociais básicas (56) para prestar o suporte psicossocial necessário aos residentes e aos colegas em instituições de longa permanência.
- A disponibilidade de serviços confidenciais de saúde mental e o apoio psicossocial, incluindo serviços remotos ou presenciais, devem ser assegurados, e o acesso a esses serviços deve ser facilitado (57).
- Outras ações abrangentes para proteger a saúde mental de funcionários envolvidos na resposta à pandemia devem ser disponibilizadas (53).
- Algumas precauções de PCI e distanciamento físico também devem ser aplicadas pelos trabalhadores da saúde durante seus intervalos de descanso. Elas são importantes para evitar a transmissão entre trabalhadores da saúde. O mesmo se aplica ao transporte de/para o local de trabalho, por exemplo, quando os funcionários compartilham o mesmo automóvel.

## **Reconhecimento precoce, controle da fonte, isolamento e atendimento de casos de COVID-19 entre residentes de instituições de longa permanência**

### **Reconhecimento precoce**

A identificação precoce, o isolamento e o atendimento a casos de COVID-19 entre residentes são essenciais para limitar a propagação da doença nas instituições de longa permanência. Treinar os profissionais nos sinais e sintomas da COVID-19 e nas definições de casos mais recentes, bem como avisar aos trabalhadores da saúde para que fiquem alertas a potenciais casos de infecção pelo SARS-CoV-2 entre os residentes, é

um passo importante para permitir a identificação precoce de casos suspeitos de COVID-19 entre os residentes.

Durante a pandemia, deve haver vigilância prospectiva para COVID-19 entre os residentes de todas as instituições de longa permanência, independentemente da situação epidemiológica da área.

- O estado de saúde de todo e qualquer novo residente deve ser avaliado no momento da admissão, quanto a sinais de doença respiratória, incluindo febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), tosse ou falta de ar ou outros sintomas sugestivos (58).
- Cada residente deve ser avaliado duas vezes ao dia quanto à presença de febre, tosse ou falta de ar, ou outros sintomas sugestivos.
- Residentes com febre ou sintomas respiratórios devem ser imediatamente reportados ao ponto focal de PCI e à equipe clínica.

Idosos e pessoas imunossuprimidas podem apresentar sintomas atípicos como delírio, fadiga, baixa vigilância, mobilidade reduzida, diarreia, perda de apetite, quedas, delírio e ausência de febre (58). Por isso, as perguntas de rastreamento talvez precisem ser ajustadas para determinados contextos e guiadas por considerações epidemiológicas.

Apesar de não haver evidências específicas disponíveis, o IPC GDG recomendou que, em áreas com transmissão comunitária ou clusters de casos, os residentes devem ser testados no momento da admissão à instituição de longa permanência, ou na readmissão após alta de outro estabelecimento, sempre que houver capacidade de testagem disponível. Eles também devem ser colocados em quarentena em seus respectivos quartos ou separados de outros residentes até que o resultado do teste esteja disponível. Se não houver testes disponíveis, em áreas com transmissão comunitária ou clusters de casos, após a admissão, os residentes podem ser isolados por 14 dias dentro de seu próprio quarto, para minimizar o risco para outros residentes da instituição de longa permanência. Isso deve ser feito sempre, a menos que eles já tenham cumprido isolamento por um período de 14 dias em outro local; ainda assim, a instituição de longa permanência pode preferir isolar os novos residentes por 14 dias adicionais. Se novos residentes forem admitidos no meio de um período de isolamento, eles devem, no mínimo, concluir o período de isolamento restante dentro do seu próprio quarto.

### **Controle da fonte, do isolamento e da assistência aos residentes com suspeita ou confirmação de COVID-19**

Para garantir o controle da fonte (prevenção de transmissão subsequente a partir de uma pessoa infectada), caso um residente tenha suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2, os passos a seguir devem ser implementados:

- As autoridades locais devem ser notificadas de quaisquer casos suspeitos e os residentes com início de sintomas respiratórios devem ser isolados.
- Deve-se garantir que o residente e toda e qualquer outra pessoa presente no quarto usem máscara cirúrgica até que o caso suspeito/confirmado seja adequadamente isolado.
- Se possível, o caso suspeito/confirmado de COVID-19 deve ser isolado imediatamente em um quarto individual.
- Se não houver quartos individuais disponíveis, deve-se considerar a separação em coortes de residentes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2:
  - residentes com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser separados em coortes com outros casos suspeitos, e não devem ser colocados em coortes com casos confirmados de COVID-19;
  - casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 não devem ser colocados na mesma coorte com residentes imunocomprometidos.
- Os quartos devem ser claramente identificados com placas de PCI, indicando na entrada a necessidade de precauções de gotículas e contato.
- Companheiros de quarto de casos confirmados de COVID-19 devem ser colocados em quarentena em seu próprio quarto e separados de outros residentes, além de serem submetidos a vigilância por 14 dias após o último contato.
- Sempre que possível, devem-se designar funcionários para cuidar exclusivamente de residentes com suspeita ou confirmação de COVID-19.
- Deve-se manter um registo dos funcionários que entram nos quartos de residentes.
- Equipamentos médicos específicos (por exemplo, termômetros, manguitos de medidores de pressão, oxímetros de pulso) devem ser dedicados para residentes com suspeita ou confirmação de COVID-19.
- Os equipamentos devem ser limpos e desinfetados antes de serem reutilizados com outro residente.
- Deve-se restringir o compartilhamento de dispositivos pessoais (dispositivos de mobilidade, livros, dispositivos eletrônicos) com outros residentes.
- Os residentes devem ser testados para infecção pelo SARS-CoV-2 de acordo com as políticas de vigilância locais, caso o estabelecimento seja capaz de coletar de forma segura uma amostra biológica para testagem.
- Se o residente tiver resultado negativo para SARS-CoV-2 e continuar a apresentar sintomas respiratórios, ele deve ser testado para outras infecções respiratórias e isolado, se possível. Se não for possível isolar o residente e ele estiver compartilhando um quarto com outras pessoas, este deve usar máscara cirúrgica e manter distância física

de outros residentes; além disso, deve-se garantir ventilação adequada no quarto.

- Se o residente tiver resultado positivo para SARS-CoV-2, todos os outros residentes e todos os funcionários da instituição de longa permanência devem ser testados, e todos identificados como contatos devem ser submetidos a quarentena (3).
- O residente, os familiares ou as pessoas próximas, bem como as autoridades competentes de saúde pública, devem ser prontamente notificados se o teste de SARS-CoV-2 for positivo.
- Uma avaliação clínica deve ser realizada por um médico para estabelecer a gravidade da doença, incluindo avaliação de uma possível transferência do residente para um serviço de cuidados agudos (58). A decisão de monitorizar na própria instituição de longa permanência ou transferir para outro estabelecimento de saúde deve ser tomada caso a caso.
- Pessoas com fatores de risco para deterioração rápida, como idade mais avançada e doenças preexistentes, devem ser submetidas a acompanhamento rigoroso.
- Os funcionários devem usar precauções de contato e gotículas ao prestar cuidados ou ficar a menos de 1 metro de distância do residente.

As instituições de longa permanência devem estar preparadas para aceitar novos residentes ou pacientes que tenham sido internados com infecção pelo SARS-CoV-2 e que estejam clinicamente estáveis e possam ser transferidos. Para essas transferências, as instituições de longa permanência devem ter protocolos específicos acordados com as autoridades locais de saúde, e devem usar as mesmas precauções de PCI e restrições que seriam usadas se o residente tivesse sido diagnosticado com infecção pelo SARS-CoV-2 na instituição de longa permanência.

### **Precauções de PCI para assistência a residentes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2**

A OMS fornece orientações específicas sobre PCI em locais de assistência à saúde onde são atendidos casos suspeito ou confirmado de COVID-19 (1). Segue um resumo das principais medidas.

#### **EPIs**

O uso racional e correto dos EPIs é uma medida essencial para evitar a exposição ao SARS-CoV-2 e a outros patógenos (59). A efetividade dos EPIs depende muito de:

- Capacitação do pessoal para colocação e remoção de EPIs.
- Acesso fácil a estoques suficientes.
- Higienização apropriada das mãos.
- Cumprimento dos princípios de uso adequado pelos Trabalhadores da saúde.
- Monitoramento e feedback periódicos pelo ponto focal de PCI.

Ao prestar cuidados de rotina a um residente com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, precauções de contato e gotículas devem ser aplicadas. Elas incluem o uso dos seguintes EPIs: máscara cirúrgica, luvas, aventais e protetor ocular (óculos ou protetor facial).

Ao cuidar de residentes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 e que precisem ser submetidos a procedimentos com geração de aerossol, precauções de contato e aerossol devem ser aplicadas: a máscara cirúrgica deve ser trocada por uma máscara N95, PFF2 ou PFF3, ou equivalente. Nota: o uso correto de máscaras N95 requer um programa com testes de vedação periódicos nos funcionários (1).

Deve-se prestar atenção especial ao seguinte:

- Os EPIs devem ser colocados e removidos com cuidados, de acordo com os procedimentos recomendados para evitar a autocontaminação.
- A higienização das mãos deve ser sempre realizada antes e depois da remoção dos EPIs e de acordo com [os cinco momentos para a higienização das mãos da OMS](#) (33, 34).
- Os trabalhadores da saúde devem colocar os EPIs logo antes de entrar no quarto de um caso de COVID-19, e removê-los assim que saírem, descartando-os adequadamente.

O pessoal da limpeza e os outros profissionais que têm contato com roupas de cama, banho e outros artigos semelhantes após o uso devem usar EPIs adequados, incluindo máscaras, luvas, aventais de manga longa, óculos de proteção ou protetor facial, e botas ou calçados fechados. Ele deve higienizar as mãos antes de colocar e depois de remover os EPIs e de acordo com os [cinco momentos para a higienização das mãos da OMS](#) (33, 34).

### Limpeza e desinfecção dos ambientes

A OMS tem orientações específicas sobre limpeza e desinfecção no contexto da COVID-19 (60). A limpeza ajuda a remover agentes patogênicos ou reduzir significativamente a respectiva carga em superfícies contaminadas, e é um primeiro passo essencial em qualquer processo de desinfecção. A limpeza com detergente (industrializado) ou sabão e água deve progredir das áreas menos sujas (mais limpas) para as mais sujas (menos limpas), e de alturas mais altas para as mais baixas. Isso deve ser seguido do uso de um desinfetante à base de cloro, que tenha sido avaliado quanto à eficácia contra o SARS-CoV-2 (61).

Para o SARS-CoV-2, a OMS recomenda o uso de hipoclorito de sódio a 0,1% (1.000 ppm), etanol a 70%-90% ou peróxido de hidrogênio a  $\geq 0,5\%$ , com tempo de contato de, pelo menos, um minuto. Para grandes manchas (mais de cerca de 10 ml) de sangue e fluidos corporais, recomenda-se o uso de hipoclorito de sódio a 0,5% (5.000 ppm). Após o tempo de

contato apropriado, o resíduo do desinfetante pode ser enxaguado com água limpa, se necessário. Pode haver outros desinfetantes disponíveis ou avaliados localmente, e o tempo de contato recomendado pelo fabricante deve ser respeitado, caso esses produtos sejam usados. Não se deve misturar diferentes tipos de desinfetante, já que isso pode produzir gases nocivos (62). As instruções para obter a diluição correta dos desinfetantes e informações sobre efeitos adversos relativos a eles, principalmente para o hipoclorito de sódio, estão disponíveis na orientação da OMS sobre limpeza e desinfecção no contexto da COVID-19 (60).

Todas as superfícies horizontais e de alto contato (como interruptores, maçanetas, grades da cama, mesas de cabeceira e telefones), bem como os banheiros, devem ser limpos pelo menos duas vezes por dia e sempre que estiverem sujos.

Devem-se usar panos limpos no início de cada sessão de limpeza. Para áreas com alto risco de contaminação pelo SARS-CoV-2, deve-se usar um pano novo em cada quarto de residente. Panos sujos devem ser corretamente reprocessados após cada uso.

Equipamentos de limpeza (por exemplo, baldes) devem estar em boas condições. Equipamentos utilizados em áreas de isolamento para residentes com infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser codificados por cores e separados de outros equipamentos.

É importante que o pessoal de limpeza seja treinado em todos os aspectos de uma limpeza eficaz, incluindo preparação segura de desinfetantes, uso correto de EPIs para proteção contra possível exposição ao SARS-CoV-2 e a produtos químicos.

### Gerenciamento de resíduos

Os resíduos produzidos durante o atendimento a residentes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 são considerados infecciosos e devem ser coletados de forma segura, em recipientes revestidos e claramente identificados e em caixas para objetos perfurocortantes (36).

Para gerenciar os resíduos de saúde de forma segura, os estabelecimentos devem:

- Atribuir responsabilidades e designar recursos humanos e materiais adequados para a separação e descarte dos resíduos.
- Tratar os resíduos, de preferência no local, caso exista um espaço seguro para isso e, em seguida, eliminá-los com segurança (se os resíduos forem levados para fora do local, é fundamental saber onde e como eles serão tratados e descartados).
- Garantir que a equipe esteja usando EPIs apropriados (botas, aventais de manga longa, luvas, máscaras e óculos de proteção ou protetor facial) enquanto manu-

seia os resíduos infecciosos, e que higienizem as mãos após a remoção dos EPIs.

- Preparar-se para um aumento no volume de resíduos infecciosos em caso de surto de SARS-CoV-2 na instituição de longa permanência, principalmente em relação ao uso de EPIs.

### Lavanderia

Roupas de cama e banho usadas de residentes com suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2 devem ser colocadas em sacos ou recipientes vedados e claramente identificados após a remoção cuidadosa de quaisquer excretas sólidas, que devem ser colocados em um cesto fechado para descarte em um vaso sanitário ou latrina (36).

Recomenda-se a lavagem à máquina com água morna a 60-90°C (140-194°F) com sabão para roupas. As roupas de cama e banho podem então ser secas de acordo com os procedimentos de rotina.

Caso não seja possível usar máquina de lavar, as roupas de cama e banho podem ser imersas em água quente e sabão, em um tambor grande, usando-se um objeto comprido para agitar e tomando-se todo o cuidado para evitar respingos. Depois, o tambor deve ser esvaziado e as roupas devem ser imersas em solução de cloro a 0,05% (500 ppm) por aproximadamente 30 minutos. Finalmente, as roupas devem ser enxaguadas com água limpa e deixadas para secar totalmente ao sol (60).

### Restrição de circulação/transporte

Caso um residente tenha suspeita ou confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, a instituição de longa permanência deve assegurar que as seguintes medidas sejam aplicadas e respeitadas:

- Os pacientes confirmados não devem deixar o quarto durante o período de isolamento, a menos que necessário, por razões médicas.
- A circulação ou o transporte de residentes deve ficar restrito apenas a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos essenciais.
- A transferência para outros estabelecimentos deve ser evitada (exceto mediante indicação médica).
- Se o transporte for necessário, os serviços de transporte e os funcionários na área ou estabelecimento de destino devem ser instruídos quanto às precauções necessárias para o residente que está sendo transportado. Residentes que deixarem o quarto por razões estritamente necessárias devem sempre usar máscara e praticar higiene respiratória. A equipe de transporte deve usar máscara cirúrgica e carregar álcool em gel, além de usar EPIs adicional conforme demandado pelas atividades realizadas (59).

### Precauções para encerramento do isolamento

Precauções de contato e gotículas só devem ser encerradas após a resolução dos sinais e sintomas clínicos, ou após o número determinado de dias após o resultado positivo em teste molecular realizado com amostra do trato respiratório superior. Para residentes sintomáticos, essas precauções adicionais podem ser suspensas dez dias após o início dos sintomas e após, no mínimo, três dias consecutivos sem febre nem sintomas respiratórios. Para residentes assintomáticos, o isolamento pode terminar dez dias após a data do exame positivo inicial (55).

As precauções padrão devem continuar sendo usadas nos cuidados a todos os residentes, durante todo o tempo.

### Cuidados com os falecidos

A dignidade dos falecidos, suas tradições culturais e religiosas e seus familiares devem ser sempre respeitados e protegidos após a morte (63).

A segurança e o bem-estar daqueles que cuidam dos cadáveres são muito importantes; trabalhadores da saúde devem fazer uma avaliação de risco prévia antes de iniciar qualquer atividade relacionada ao manejo de cadáveres com suspeita ou confirmação de COVID-19, e seguir as orientações de PCI da OMS para o manejo seguro de cadáveres no contexto da COVID-19 (63).

Durante os procedimentos funerários, os trabalhadores da saúde devem:

- Higienizar as mãos antes e depois de tocar o cadáver.
- Usar equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados com base no nível de interação com o cadáver e a avaliação de risco (por exemplo, uso de protetor ocular e máscara cirúrgica, além de luvas cirúrgicas e de borracha ou capotes, caso haja risco de respingo de fluidos corporais durante o manuseio do cadáver).
- Assegurar a contenção de quaisquer fluidos corporais que possam vaziar pelos orifícios.
- Cobrir o cadáver com panos durante a transferência para o necrotério.
- Não participar de outra atividade durante o manuseio ou preparação do cadáver.
- Desinfetar todo e qualquer equipamento não descartável usado durante o manuseio do cadáver, de acordo com as orientações da OMS para limpeza e desinfecção no contexto da COVID-19.

Não é necessário usar sacos mortuários para óbitos relacionados à COVID-19, embora estes possam ser usados por outros motivos, como vazamento excessivo de fluidos corporais ou indisponibilidade de necrotério refrigerado, principalmente em países de clima quente. Caso mais de 24 horas tenham passado desde o óbito, ou caso não haja previsão de enterro/

cremação nas próximas 24-48 horas, um segundo saco mortuário pode ser usado.

## Referências

- Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance, 29 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção e controle de infecção durante cuidados de saúde quando há suspeita ou confirmação da doença do novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória, 29 de junho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332879>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- Mask use in the context of COVID-19: interim guidance, 1 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Uso de máscara no contexto da COVID-19: orientação provisória, 1 de dezembro de 2020 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance, 30 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção, identificação e manejo de infecções em trabalhadores da saúde no contexto da COVID-19: orientação provisória, 30 de outubro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336265>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção e manejo da COVID-19 em serviços de assistência de longa permanência: sumário de política, 24 de julho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333074>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: web annex. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção e manejo da COVID-19 em serviços de assistência de longa permanência: anexo da Web. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334020>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 [Relatório mundial de saúde 2006: trabalhando juntos em prol da saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, acesso em 4 de janeiro de 2021).
- International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC), revision 4, section Q: human health and social work activities. New York: United Nations; 2008 ([https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm\\_4rev4e.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_4rev4e.pdf), acesso em 4 de janeiro de 2021).
- Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Newport: Office for National Statistics; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20death\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20death)), acesso em 21 de junho de 2020).
- Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T et al. Facility-wide testing for SARS-CoV-2 in nursing homes – seven U.S. jurisdictions, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1095-9.
- Gmehl CG, Munoz-Price LS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities: a review of epidemiology, clinical presentations, and containment interventions. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 2020:1-6.
- Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
- Gallichotte EN, Quicke KM, Sexton NR, Fitzmeyer E, Young MC, Janich AJ et al. Longitudinal surveillance for SARS-CoV-2 among staff in six Colorado long-term care facilities: epidemiologic, virologic and sequence analysis. *medRxiv.* 2020:2020.06.08.20125989.
- Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Investigation of SARS-CoV-2 outbreaks in six care homes in London, April 2020. *EClinicalMedicine.* 2020;26:100533.
- Mas Romero M, Avendano Cespedes A, Taberner Sahuquillo MT, Cortes Zamora EB, Gomez Ballesteros C, Sanchez-Flor Alfaro V et al. COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain: many lessons to learn. *PLoS One.* 2020;15(10):e0241030.
- Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M et al. The impact of COVID-19 pandemic on long-term care facilities worldwide: an overview on international issues. *Biomed Res Int.* 2020;2020:8870249.
- Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. In: LTC Covid [website]. London: International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, acesso em 4 de janeiro de 2021).
- O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature.* 2020 (<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>, acesso em 4 de janeiro de 2021).
- Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(6):669-77.
- Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(12):1123-38.
- Rios P, Radhakrishnan A, Williams C, Ramkissoon N, Pham B, Cormack GV et al. Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review. *Syst Rev.* 2020;9(1):218.
- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005-11.
- Rolland Y, Lacoste MH, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H et al. Guidance for the prevention of the COVID-19 epidemic in long-term care facilities: a short-term prospective study. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(8):812-6.



23. Shallcross L, Burke D, Stat OAC, Donaldson A, Hallatt G, Hayward A et al. Risk factors associated with SARS- CoV-2 infection and outbreaks in long term care facilities in England: a national survey. medRxiv. 2020:2020.10.02.20205591.
24. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Wiggins-Benn S, McCloud M, Holland DP et al. Assessment of infection prevention and control protocols, procedures, and implementation in response to the COVID-19 pandemic in twenty-three long-term care facilities in Fulton County, Georgia. medRxiv. 2020:2020.08.13.20174466.
25. Telford CT, Onwubiko U, Holland D, Turner K, Prieto J, Smith S et al. Mass screening for sars-cov-2 infection among residents and staff in twenty-eight long-term care facilities in Fulton County, Georgia. medRxiv. 2020:2020.07.01.20144162.
26. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B et al. Coronavirus disease 2019 outcomes in French nursing homes that implemented staff confinement with residents. JAMA Netw Open. 2020;3(8):e2017533.
27. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the right balance: an evidence- informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(10):1365-70.e7.
28. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). Science. 2020;368(6490):489-93.
29. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016 [Orientações sobre componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção em estabelecimentos de âmbito nacional e de cuidados agudos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
30. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization; 2019 [Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção. Organização Mundial da Saúde; 2019] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
31. Infection prevention and control (IPC) for COVID-19 virus [online course]. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção e controle de infecção (PCI) para o vírus da COVID-19 [curso online]] (<https://openwho.org/courses/COVID-19-IPC-EN>, acesso em 22 de dezembro de 2020).
32. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization; 2009 [Orientações da OMS sobre higienização das mãos nos estabelecimentos de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009] (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/hand-hygiene-2009/en/>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
33. Your 5 moments for hand hygiene. Geneva: World Health Organization; 2009 [Os 5 momentos para a higienização das mãos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009] ([https://www.who.int/docs/default-source/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf?sfvrsn=83e2fb0e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf?sfvrsn=83e2fb0e_2), acesso em 3 de janeiro de 2021).
34. Your 5 moments for hand hygiene: health care in a residential home. Geneva: World Health Organization; 2012 [Os 5 momentos para a higienização das mãos: assistência à saúde em residenciais. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012] (<https://www.who.int/gpsc/5may/residential-care.pdf?ua=1>, acesso em 3 de janeiro de 2021).
35. 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: World Health Organization; 2012 [Higiene das mãos no atendimento ambulatorial, assistência domiciliar e instituições de longa permanência: guia para a aplicação da estratégia multimodal de aprimoramento da higienização das mãos e da abordagem “cinco momentos para a higienização das mãos” da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78060>, acesso em 15 de dezembro de 2020).
36. WHO & UNICEF. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19: interim guidance, 29 July 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [OMS e UNICEF. Água, saneamento, higiene e gestão de resíduos para o SARS-CoV-2, o vírus causador da COVID-19: orientação provisória, 29 de julho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333560>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
37. How to implement seasonal influenza vaccination of health workers. Geneva: World Health Organization; 2019 [Como implementar vacinação contra influenza sazonal para trabalhadores da saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019] ([https://www.who.int/immunization/research/development/health\\_worker\\_influenza\\_immunization/en/](https://www.who.int/immunization/research/development/health_worker_influenza_immunization/en/), acesso em 3 de dezembro de 2020).
38. Vaccines against influenza: WHO position paper – November 2012. Wkly Epidemiol Rec. [Vacinas contra influenza: Position paper da OMS – Novembro de 2012. Registro epidemiológico semanal.] 2012;87(47):461-76.
39. WHO seasonal influenza vaccination recommendations during the COVID-19 pandemic. Wkly Epidemiol Rec. [Recomendações da OMS para vacinação contra influenza sazonal durante a pandemia de COVID-19. Registro epidemiológico semanal.] 95(45):539-43 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336260>, acesso em 4 de janeiro de 2021).
40. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 [Resposta de prevenção e controle de infecção dos estabelecimentos de saúde para a COVID-19. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] ([https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF\\_assessment-IPC-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-IPC-2020.1), acesso em 4 de dezembro de 2020).
41. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, 20 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Resposta de prevenção e controle de infecção dos estabelecimentos de saúde para a COVID-19: módulo do pacote de avaliações de capacidade de estabelecimentos de saúde no contexto da pandemia de COVID-19: orientação provisória, 20 de outubro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336255>, acesso em 3 de janeiro de 2021).
42. WHO & UNICEF. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance, 16 November 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [OMS e UNICEF. Orientação para o desenvolvimento de um plano nacional de operacionalização

- e aplicação das vacinas contra a COVID-19: orientação provisória, 16 de novembro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020](<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
43. Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H et al. Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *J Infect Dev Ctries.* 2020;14(4):328-31.
  44. Gillis K, Lahaye H, Dom S, Lips D, Arnouts H, Van Bogaert P. A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(4):e12269.
  45. Natural ventilation for infection control in health care settings. Geneva: World Health Organization; 2009 [Ventilação natural para controle de infecções em contextos de assistência à saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, acesso em 22 de dezembro de 2020).
  46. Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update 10 November 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>, acesso em 4 de janeiro de 2021).
  47. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 18 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Considerações de saúde mental e psicossocial durante o surto de COVID-19. 18 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
  48. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(7):1189-94.
  49. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: definition, treatment, and future directions. *Front Psychiatry.* 2020;11:579842.
  50. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Geneva: World Health Organization; 2020 [Aprimoramento do treinamento em pré-atendimento de saúde mental com o guia de intervenções mhGAP: experiências e lições aprendidas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970>, acesso em 4 de dezembro de 2020).
  51. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019 [Redução do risco de declínio cognitivo e demências: orientações da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>, acesso em 4 de dezembro de 2020).
  52. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5:CD013632.
  53. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Políticas e manejo da força de trabalho em saúde no contexto da resposta à pandemia de COVID-19: orientação provisória, 3 de dezembro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
  54. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Avaliação de risco e manejo da exposição de trabalhadores da saúde no contexto da COVID-19: orientação provisória, 19 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
  55. Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation: scientific brief, 17 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Critérios para liberação de pacientes de COVID-19 do isolamento: informa científico, 17 de junho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332451>, acesso em 3 de dezembro de 2020).
  56. Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-basic-psychosocial-skills-a-guide-for-covid-19-responders>, acesso em 4 de dezembro de 2020).
  57. IASC guidance on operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19 pandemic. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, acesso em 22 de dezembro de 2020).
  58. Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Manejo clínico da COVID-19: orientação provisória, 27 de maio de 2020. Genebra: organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>, acesso em 4 de dezembro de 2020).
  59. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 23 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Uso racional de equipamentos de proteção individual (EPI) para doença do novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória, 23 de dezembro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] ([https://www.who.int/publications/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages), acesso em 3 de janeiro de 2020).
  60. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19: interim guidance, 15 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Limpeza e desinfecção de superfícies do ambiente no contexto da COVID-19: orientação provisória, 15 de maio de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332096>, acesso em 22 de dezembro de 2020).
  61. List N: disinfectants for Coronavirus (COVID-19). In: EPA [website]. Washington DC: United States Environmental Protection Agency; 2020 (<https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-coronavirus-covid-19>, acesso em 22 de dezembro de 2020).
  62. Recommendations on Chemical Safety for Cleaning and Disinfection Supplies, 11 May 2020. Washington DC: Pan American Health Organization; 2020 ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52190/PAHOCDECECOVID-19200027\\_eng](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52190/PAHOCDECECOVID-19200027_eng).

[pdf?sequence=1&isAllowed=y](#), acesso em 22 de dezembro de 2020).

63. Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance, 4 September 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 [Prevenção e controle de infecção para manejo seguro de cadáveres no contexto da COVID-19: orientação provisória, 4 de setembro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334156>., acesso em 3 de dezembro de 2020).

## Agradecimentos

Este documento foi desenvolvido em consulta com os seguintes membros:

1. Grupo Ad-hoc de Elaboração de Orientações de PCI para COVID-19 do Programa de Emergências em Saúde da OMS (WHE) (em ordem alfabética):

Jameela Alsalman, Ministry of Health, Barein; Anucha Apisarnthanarak, Thammasat University Hospital, Tailândia; Baba Aye, Public Services International, França; Gregory Built, UNICEF, Estados Unidos da América; Roger Chou, Oregon Health Science University, EUA; May Chu, Colorado School of Public Health, EUA; John Conly, Alberta Health Services, Canadá; Barry Cookson, University College London, Reino Unido; Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Reino Unido; Dale Fisher, National University of Singapore & GOARN; Tiouiri Hanene, CHU La Rabta Tunis, Tunísia; Joost Hopman, Radboud University Medical Center, Holanda; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka; Seto Wing Hong, School of Public Health, Hong Kong SAR, China; Souha Kanj, American University of Beirut Medical Center, Líbano; Daniele Lantagne, Tufts University, EUA; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention, EUA; Anna Levin, University of São Paulo, Brasil; Yuguo, Li, School of Public Health, Hong Kong, China; Ling Moi Lin, Sing Health, Cingapura; Caline Mattar, World Health Professions Alliance, EUA; Mary- Louise McLaws, University of New South Wales, Austrália; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control, Índia; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, África do Sul; Ziad Memish, Ministry of Health, Arábia Saudita; Babacar Ndoeye, Infection Control Africa Network, Senegal; Fernando Otaiza, Ministry of Health, Chile; Diamantis

Plachouras, European Centre for Disease Prevention and Control, Suécia; Maria Clara Padoveze, School of Nursing,

University of São Paulo, Brasil; Mathias Pletz, Jena University, Alemanha; Marina Salvadori, Public Health Agency of Canada, Canadá; Ingrid Schoeman, TB Proof; Mitchell Schwaber, Ministry of Health, Israel; Nandini Shetty, Public Health England, Reino Unido; Mark Sobsey, University of North Carolina, EUA; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Cingapura; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, Holanda; Walter Zingg, University of Zurich, Suíça;

2. Grupo de revisão externa por pares: Liat Ayalon, Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Bar Ilan University, Israel; Leon Geffen, Samson Institute for Ageing Research, África do Sul; Peter Lloyd-Sherlock, School of International Development, University of East Anglia, Reino Unido; Terry Lum, University of Hong Kong, China; Reshma A Merchant, International Federation of Ageing; Colin Milner, International Council on Active Aging; Saniya Sabzwari, Aga Khan University, Paquistão;
3. Observadores da UNICEF: Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu.

### OMS:

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Catherine Bertrand-Ferrandis, Sylvie Briand, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Shalini Desai, Sergey Eremin, Luca Fontana, Dennis Falzon, Nathan Ford, Carole Fry, Nina Gobat, Rebecca Grant, Tom Grein, Zee A Han, Fahmy Hanna, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Catherine Kane, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Aiysha Malik, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Katrin Seehr, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Howard Sobel, Valeska Stempliuk, Yuka Sumi, Maha Talaat Ismail, Jotheeswaran Thiyagarajan, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Adriana Velazquez, Susan Annemarie Wang, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed.

A OMS continua monitorando a situação, atenta a quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Em caso de mudanças, a OMS publicará uma nova atualização. Caso contrário, esta orientação provisória será válida por 12 meses após a data de sua publicação.

© Organização Pan-Americana da Saúde 2021.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/21-0016