

Estratégia para a Prevenção e Controle de Infecções de Covid-19 em Abrigos de Idosos Baseada em Delineamento Claro de Zonas de Risco

Data desta versão: 30 de junho de 2020

Escrito por:

Sr. Eric Fewster, BA, MSc, C.WEM, MCIWEM, CEnv, Gerente Independente de Água & Meio Ambiente, Salford, Reino Unido

Com contribuições e revisão de:

Dr. David R Tomlinson, BM, BSc, MD, Hospitais Universitários Plymouth NHS Trust, Plymouth, Reino Unido

Sr. Jean-François Fesselet, MSc, Coordenador da Unidade de Água e Saneamento, Médicos Sem Fronteiras, Amsterdam, Holanda

Dra. Sarah House, BEng, DIS, MSc, D.Litt, CEng, MICE, C.WEM, FCIWEM, Consultora independente de saneamento e higiene da água (WASH) / Engenheira de Saúde Pública, Leicester, Reino Unido

Dr. Michaël R Laurent, MD, PhD, Geriatra, Hospital Imelda, Bonheiden, Bélgica

Sra. Adelina Comas-Herrera, MSc, Pesquisadora Profissional Assistente, Care Policy & Evaluation Research Centre (CPEC), London School of Economics & Political Science, Reino Unido, Editora de LTCcovid.org

Dr. Muh-Yong Yen, MD, Diretor do Departamento de Controle e Prevenção de Doenças, Taipei City Hospital, Taiwan

Dr. Jonathan Schwartz, PhD, Universidade de Nova York em New Paltz, Estados Unidos da América

Sra. Alison Criado Perez, Enfermeira, RN, DTN, Rutland, Reino Unido

Sr. Christopher J Peskett, BA, Enfermeiro, RN, CTN, Norwich, Reino Unido

O autor e os revisores coletivamente têm uma mistura de experiência em medicina e saúde, clínicas de repouso, água (saneamento e higiene), prevenção & controle de infecções por surtos (especificamente de Ebola, SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), Cólera, Febre Hemorrágica de Lassa, Dengue, Leishmaniose Visceral, Sarampo, Tuberculose e Difteria), e em resposta de emergência.

Aviso: Note-se que contribuições e revisão por autores ou colaboradores não significam qualquer endosso pela Instituição para a qual eles trabalham.

Traduzido do inglês para o Português por Sr. César Pereira, Sr. Christopher Peskett e Sra. Maria Betânia Silva.

Os tradutores deste documento optaram por usar o termo "Abrigo de Idosos" e não o termo oficial "Instituição de Longa Permanência para Idosos" por ser a primeira expressão mais comum e popular.

Para quaisquer perguntas, comentários ou alterações sugeridas, por favor entre em contato com:

Eric Fewster, ericfewster@bushproof.com, +44 7814 788 846

Este documento continua sujeito a modificações, dado os avanços em nova evidências e informações.

Revisões:

Data	Seção	Revisão
17 de abril de 2020		Original online
18 de abril de 2020	2	Clareza adicionada aos sintomas e não confiabilidade da triagem baseada nos sintomas.
18 de abril de 2020	11, 18	Esclarecimento de que 0,1% e 1.000 ppm são a mesma coisa.
20 de abril de 2020	11	A Seção "outras considerações" na fita de cobre foi removida.
20 de abril de 2020	Página Título	Qualificações adicionadas
20 de abril de 2020	18	Esclarecimento sobre a precisão necessária para a pesagem do cloro.
21 de abril de 2020	1	O artigo atualizado sobre zoneamento por Schwartz <i>et al</i> (2020) e Yen <i>et al</i> (2020) foi adicionado; o texto a respeito de condições menos que ideais para a promoção da Prevenção e Controle de Infecções (PCI) em clínicas de repouso também foi adicionado, usando nossa metodologia; a seção "outras opções" foi acrescentada.
21 de abril de 2020	4, 9	Expandido em informações de alocação da equipe de funcionários, e informações sobre máscaras para a equipe de funcionários.
21 de abril de 2020	15	Adicionou-se um pouco na observação da higiene na zona de pessoal.
22 de abril de 2020	15	Adicionaram-se orientações para o Exame Periódico de Saúde (EPS) e Centros de Controle de Doenças (CCD) sobre o retorno ao trabalho, com links.
29 de abril de 2020	2	Variações de layout modificadas e adicionadas, texto adicionado sobre opções de layout, informações adicionadas sobre pessoas com o vírus > 14 dias.
29 de abril de 2020	4	Texto de alocação de pessoal modificado.
29 de abril de 2020	9, 12, 16	Algumas modificações nas recomendações sobre a limpeza a vácuo.
29 de abril de 2020	Página Título	Colaboradores adicionados
11 de maio de 2020	2	Sintoma adicionado à lista (perda de paladar), parte reformulada na transmissão assintomática, código de cores rejeitado no diagrama 1.
11 de maio de 2020	19	Adicionada nova seção para explicar a transmissão assintomática/pré-sintomática, juntamente com as referências.
11 de maio de 2020	6, 7	Referência adicionada aos Clínicos Gerais (CGs) ou enfermeiros, como possíveis visitantes.
11 de maio de 2020	7	Seção reescrita sobre o isolamento olhando para abordagem pragmática a longo prazo; parte sobre demência acrescentada; detalhes sobre elevadores acrescentados.

11 de maio de 2020	9	Adicionado link para pelos faciais e máscaras; informações sobre reutilização de máscaras PFF2/N95; também vídeo de treinamento para a colocação e a retirada do EPI.
11 de maio de 2020	11	Adicionada etapa de enxágue antes da cloração, observação para não armazenar cloro em porões.
11 de maio de 2020	14	Link para arquivo zip de sinalização
11 de maio de 2020	16	Modificação nos conselhos para os ventiladores durante ondas de calor
11 de maio de 2020	18	Sublinhou-se o fato de adicionar cloro à água, não o contrário.
11 de maio de 2020	12	Parte sobre a separação de lixo vermelho, verde e âmbar externamente removida
1º de junho de 2020	Página Título	Colaboradores adicionados
1º de junho de 2020	1	Referência adicionada à enfermagem de barreira, segundo link do webinar, link para a orientação do Governo Britânico alterado para se referir ao nosso documento de mapeamento; nova referência da OMS adicionada; necessidade adicional de pré-plano de surto.
1º de junho de 2020	2	Qualificou-se a parte sobre testes, sugerindo-se 2 testes para confirmar se negativo.
1º de junho de 2020	5	Parte adicionada sobre o compartilhamento de itens comuns, como livros.
1º de junho de 2020	6	Adicionadas informações para a entrada se for criada sala para visitantes.
1º de junho de 2020	7	Adicionado para aqueles isolados ter toiletes portáteis e oportunidades dedicadas ao banho, também dando aos residentes a opção de usar máscaras se quiserem, além da ideia para sala de visitantes.
1º de junho de 2020	9	Acrescentada a parte sobre retratos laminados, uso de máscaras por funcionários quando longe da clínica de repouso, opção para os residentes usarem máscaras, se desejarem, e uma nota sobre o reuso do PFF2/N95.
1º de junho de 2020	10	Foi feita uma observação sobre máquinas de lavar louça.
1º de junho de 2020	12	Adicionada a parte sobre sacos de lixo clínico, tecidos, toalhas de papel, e sobre deixar algum lixo por 72 horas, se não houver fluxo de lixo clínico.
1º de junho de 2020	15	Adicionada a parte sobre a perda de olfato e paladar, e o uso de máscaras.
1º de junho de 2020	16	Título de seção modificada para ficar claro que era sobre aerossóis; acrescentaram-se conselhos para os residentes sobre espirros e tosse; adicionaram-se varredores de tapete como opção; menção sobre o tipo de máscara para os faxineiros usando aspiradores de pó.
1º de junho de 2020	17	Modificada
1º de junho de 2020	19	Adicionado o segundo link do webinar.
29 de junho de 2020	3	Parte adicionada sobre a lavagem das mãos sujas com sabão e água
29 de junho de 2020	9	Informação adicionada para máscara com válvulas de exalação, parte modificada em pesquisa/ evidência para máscaras, modificada informação & ordem do texto em torno do uso de máscaras e adicionado forma/lacre de

		informação de teste, adicionada parte de marcação e disposição de máscaras re-utilizadas
29 de junho de 2020	11, 18	Referência removida relativa aos produtos combinados detergente-desinfetante
29 de junho de 2020	11	Adicionada parte sobre Composto quaternário de amônia
29 de junho de 2020	19	Adicionado link à base de evidências, adicionado uma referência na tabela

Conteúdo

1. Introdução.....	7
2. Delineamento de zonas.....	11
3. Higiene das mãos	17
4. Alocação e rotação de pessoal em relação às zonas.....	18
5. Uso de equipamentos	19
6. Entradas: fluxo de funcionários e pacientes	20
7. Isolamento / quarentena / vida comunitária.....	20
Para residentes com demência e outros comportamentos desafiadores.....	22
8. Roupas de casa dos funcionários e higiene ao deixar o trabalho	23
9. Equipamentos de Proteção Individual (EPI).....	23
EPI recomendado.....	24
Reutilização do EPI	27
Colocar e tirar EPI.....	28
10. Preparação de alimentos e lavagem de louça.....	29
11. Cloração e desinfecção de itens e limpeza de superfícies	29
Desinfecção do EPI.....	30
Louças.....	30
Superfícies	30
Observações sobre a preparação do cloro.....	31
12. Lixo	31
13. Lavanderia.....	31
14. Sinalização.....	32
15. A saúde dos funcionários	33
16. Quartos dos residentes e aerossóis	33
17. Relatórios do Exame de Saúde Periódico.....	34
18. Preparação da solução de cloro	35
Segurança	35
Tipos de cloro	35
Procedimento	35
19. Transmissão assintomática e pré-sintomática em clínicas de repouso.....	37

1. Introdução

Justificativa para a necessidade deste documento

Algumas pessoas com formação em enfermagem estarão familiarizadas com os dois conceitos de isolamento de origem (enfermagem de barreira) e isolamento protetor (enfermagem de barreira reversa). A orientação geral do Governo do Reino Unido também utiliza os termos de procedimentos padrões para a prevenção e controle de infecções (PCI), que são os procedimentos básicos do cotidiano para PCI; e precauções baseadas em transmissão (PBTs), que são procedimentos adicionais para situações de surto. Esta estratégia está alinhada com esses conceitos, mas acrescenta algumas barreiras adicionais específicas para o COVID-19, que atualmente estão ausentes ou não estão claras na orientação do Governo do Reino Unido para a PCI.

Agora existem dois Webinars disponíveis que explicam a lógica deste documento e seu conteúdo essencial:

- Uma introdução à transmissão assintomática e visão geral do documento de estratégia, gravado em 23 de Abril: <https://youtu.be/QNN9iTnnRH0>. (Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português).
- Uma revisão da transmissão assintomática e pré-sintomática, gravado em 25 de Maio: <https://www.youtube.com/watch?v=kbTifRj7rg4>. (Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português).

Esta estratégia incorpora o máximo possível de orientação do Governo Britânico atual, mantendo-se consistente. Fizemos um mapeamento das orientações existentes para entendermos os pontos fortes e as lacunas, e para mostrar como elas se relacionam com nossa estratégia e a lógica para a qual ela difere:

Mapeamento da orientação do Governo Britânico para PCI do COVID-19 em clínicas de repouso: <https://www.bushproof.com/wp-content/uploads/2020/05/Mapping-Govt-IPC-strategies-for-COVID-19-in-care-homes.pdf>

A nossa estratégia para os Abrigos de Idosos é baseada em uma compreensão fundamental na transmissão assintomática e pré-sintomática como um grande contribuinte para a disseminação do COVID-19. Por isso, nós enfatizamos fortemente a importância de um delineamento claro das zonas de risco em todo o prédio, a fim de reduzir a contaminação cruzada, inclusive de residentes assintomáticos, aos quais os "cuidados normais" poderiam ser dados. Este método de zoneamento (também conhecido como "Traffic Control Bundling" – "Agrupamento de Controle de Tráfego") é conhecido por ter reduzido consideravelmente a infecção nos centros de saúde, a partir de surtos anteriores de SRAG (síndrome respiratória aguda grave) e Ebola, e foi detalhado aqui:

Yen, M.Y. *et al* (2006) Utilizando uma estratégia integrada de controle de infecções durante o controle de surtos para minimizar a infecção nosocomial da síndrome respiratória aguda grave entre os profissionais de saúde. *Journal of Hospital Infection*, Volume 62, Edição 2, fevereiro de 2006, Páginas 195-199. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670105001258>

Yen, M.Y. *et al* (2011) Agrupamento de Controle de Tráfego de Taiwan e a eliminação da síndrome respiratória aguda grave nosocomial entre os profissionais de saúde. *Journal of Hospital Infection*, Volume 77, Edição 4, abril de 2011, Páginas 332-337. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567011000530X>

Yen, M.Y. *et al* (2020) Interrupção da transmissão do COVID-19 implementando o agrupamento reforçado de controle de tráfego: Implicações para os esforços globais de prevenção e controle. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300712>

Schwartz, J. King, C-C.; Yen, M.Y. (2020) Proteção dos profissionais de Saúde Durante o Surto da Doença de Corona vírus 2019 (COVID-19): Lições da resposta à síndrome respiratória aguda grave de Taiwan. *Clinical Infectious Diseases*, ciaa255. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa255>

Reconhecemos que esse conhecimento sobre o zoneamento vem dos estabelecimentos de saúde, e não dos Abrigos de Idosos que têm uma população vulnerável vivendo em locais próximos. Portanto, a estratégia descrita neste documento talvez não seja a ideal (por exemplo, quando temos que lidar com residentes confirmados, suspeitos e saudáveis que estão todos presentes dentro do mesmo prédio). E mesmo com controles rigorosos, a contaminação cruzada é uma possibilidade muito real, dadas as restrições de pessoal e escassez de EPI.

No entanto, esta é a situação atual em que nos encontramos. Um artigo recente adaptando o conceito de zoneamento às instalações de atendimento de longo prazo foi publicado, que tem orientação muito semelhante a este documento:

Yen, M.Y. *et al* (2020) Recomendações para proteger e mitigar contra a pandemia de COVID-19 em instalações de atendimento de longo prazo. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300979?via%3Dihub>

Mais recentemente, em 21 de maio, a OMS publicou orientações atualizadas para a prevenção e controle de infecções em instalações de atendimento de longo prazo na Europa, que agora recomenda nossa estratégia de zoneamento:

OMS (2020) *Fortalecendo a Resposta dos Sistemas de Saúde ao COVID-19. Orientação técnica #6: Prevenção e gestão da pandemia do COVID-19 em serviços de atendimento de longo prazo na Região Europeia da OMS*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/technical-guidance-and-check-lists/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6,-21-may-2020>

Esta estratégia também tenta adicionar alguns detalhes mais pragmáticos para certos elementos. Por exemplo, como praticamente reutilizar o EPI como sugerido aqui:

OMS (2020) *Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença do Corona vírus (COVID-19), e considerações durante escassez severa: Orientação provisória.*
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

Audiência pretendida

Em geral, é preciso ter um funcionário designado em cada Abrigo de Idoso, que é o líder para a prevenção e controle de infecções. Este documento é destinado a esta pessoa e/ou ao gerente da clínica de repouso.

Ele foi escrito para o contexto do Reino Unido para ajudar as pessoas a planejar e implementar um controle eficaz de infecções, a fim de minimizar os riscos para pessoas vulneráveis que vivem nas casas e para os funcionários que cuidam delas, mas também deve ser útil para contextos semelhantes em outros países.

Percebemos que haverá uma gama de configurações diferentes de Abrigo de Idosos, dependendo do nível de cuidado necessário (por exemplo, enfermagem, cuidados, moradia abrigada), de modo que necessitará uma resposta baseada no contexto de cada uma. A ideia aqui é que as pessoas possam usar e adaptar este documento para seu próprio contexto, e ainda fazê-lo à luz da compreensão sobre a prevenção e controle de infecções (IPC) através do uso de delineamento claro de zonas de risco.

O pré-planejamento para um surto é muito importante em sua clínica de repouso enquanto você ainda tem tempo para fazê-lo. Fazer isso permitirá que você seja capaz de agir rapidamente e parar ou minimizar a propagação assim que você descobrir o primeiro caso, em vez de ter que colocar seus sistemas no lugar e treinar a sua equipe ao mesmo tempo de lidar com este primeiro caso. Desenvolva um plano passo a passo para cada elemento da resposta, como descrito nesta estratégia e adaptado ao seu contexto particular. Prepare placas, treine sua equipe e desenvolva instruções simples, prepare-se para treinamento de pessoal adicional que talvez você possa precisar chamar (por exemplo, funcionários de agências de curto prazo). Se possível, também planeje em seus exercícios de treinamentos para aumentar a confiança de sua equipe em lidar com a situação.

Opções preferidas

Há outras opções que permitem um aumento do nível de compartimentação, em vez de lidar com vários níveis de risco dentro de uma instalação. Estas seriam opções preferíveis para o governo considerar, a fim de reduzir o risco de infecção em clínicas de repouso, e incluir ideias como:

- Blindagem total: como a infecção vem de fora, a maneira mais segura é a de os funcionários se mudarem para morar na clínica de repouso e todo o contato com o exterior seja eliminado.
- Dar alta aos residentes (com e sem Covid-19) dos hospitais, para residências âmbar específicas (No Reino Unido o documento do Departamento de Saúde & Assistência Social, datado de 15 de Abril e chamado de "Nosso Plano de Ação para a Assistência Social para Adultos", tem isso como opção oficial).

- Transferir todos os casos confirmados ou prováveis para residências vermelhas específicas (embora isso não lide com residentes assintomáticos).

Aspectos fundamentais do controle de prevenção de infecções em clínicas de repouso

1. Entendimento de que a transmissão assintomática e pré-sintomática é um dos principais contribuintes para a disseminação do COVID-19 em clínicas de repouso, onde a fonte de transmissão vem de fora (principalmente pelos funcionários e residentes de retorno dos hospitais, mas também de visitantes).
2. Claro delineamento de zonas de risco para todo o prédio, diferenciando entre contaminado e limpo, o que é reforçado através da alocação e rotação de funcionários.
3. Desinfecção das mãos para todos os pontos entre zonas de risco (mesmo quando usando luvas).

2. Delineamento de zonas

Ter o Abrigo de Idosos dividido em zonas de risco claramente marcadas deve ajudar bastante a reduzir a infecção. A experiência do surto de SRAG sugeriu que quando os funcionários trabalharam em uma determinada área sem quaisquer zonas de risco designadas, eles desenvolveram uma falsa sensação de segurança quando estavam trabalhando longe de pacientes com SRAG. Da mesma forma o uso de EPI também pode ter levado a uma falsa sensação de segurança.

Para os Abrigos de Idosos, sugerimos dividir todo o prédio em zonas claras da seguinte forma:

	Zona verde		Zona âmbar	Zona vermelha
Atividade	Qualquer coisa ao lado antes de colocar um EPI completo – por exemplo: Área de armazenamento Farmácia Escritórios Chuveiro Vestiário Preparação de alimentos Área de alimentação de funcionários Lavagem de louça	Quartos de residentes (sem sintomas, residente no local por mais de 14 dias)	Quartos de residentes (sem sintomas, mas que retornaram do hospital nos últimos 14 dias) Áreas de acesso e elevadores Entrada para visitantes essenciais e residentes de retorno Cloro / preparação de limpeza / desinfecção de EPI / área de secagem (porta para o terraço, linhas externas) Posto de enfermagem / armário ou carrinho de medicamentos Lavanderia Banheiros para funcionários	Quartos de residentes (para pessoas com sintomas) Desinfecção / área de armazenamento para equipamentos compartilhados (por exemplo, termômetros, medidores de pressão, guindaste, tolete portátil – ver seção 5 abaixo) Área para descarte temporário de lixo / lixo dos quartos âmbar e vermelho Imersão de louças de quartos vermelhos Área de detenção de roupa suja de quartos vermelhos
EPI	Somente máscara	EPI completo	EPI completo (como é uma zona de quarentena = retornados hospitalares assintomáticos)	EPI completo

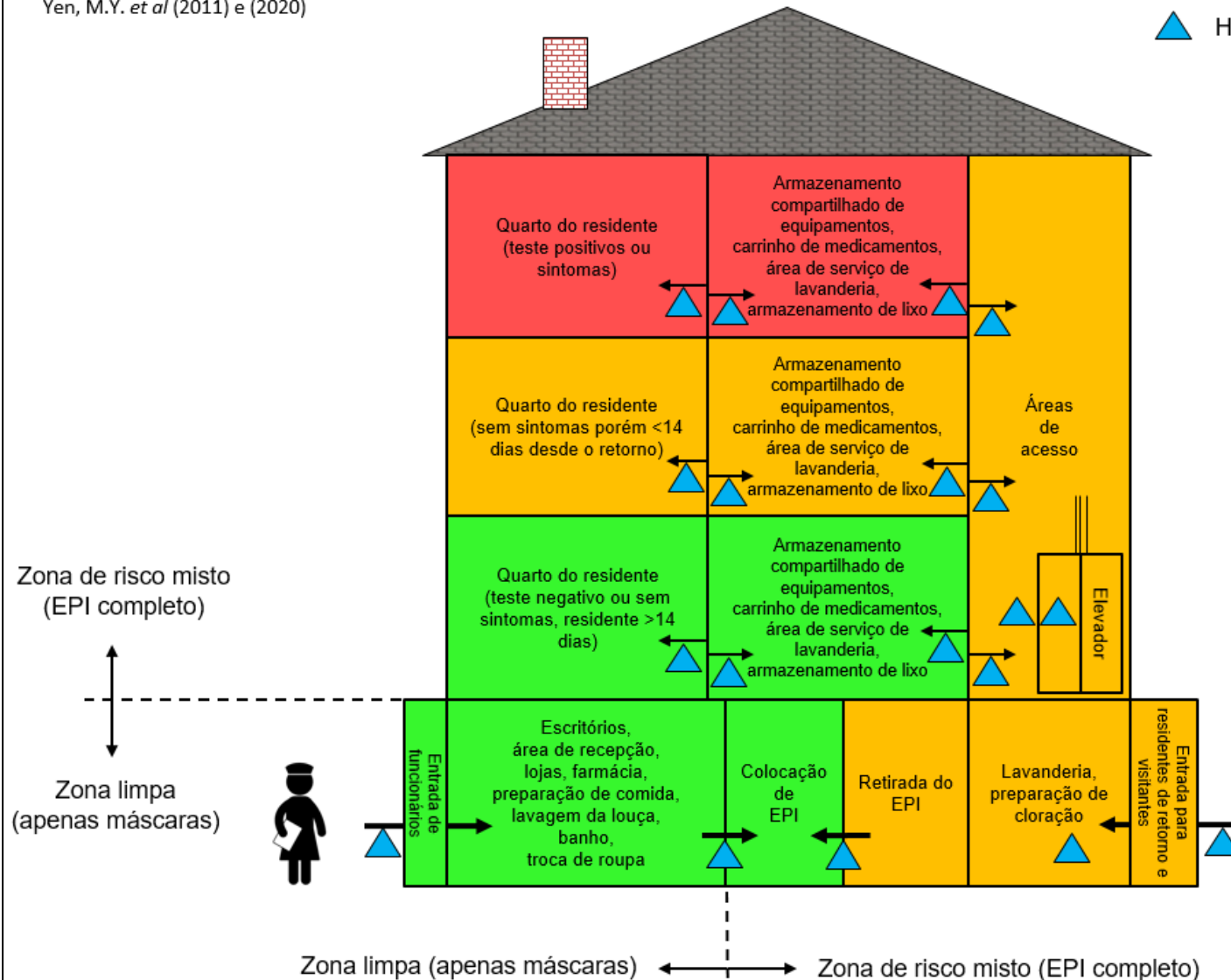
Como as estrutura(s) existentes podem ser exatamente demarcadas nessas zonas, isso variará muito entre as diferentes instituições, e dependerá do plano físico e do espaço existente. Em princípio, quanto mais você se puder separar as zonas verde, âmbar e vermelha, mais fácil deve ser a prevenção e controle de infecções. No entanto, haverá limitações locais em muitos casos, então a ideia deste documento é introduzir a abordagem geral, a fim de permitir que você as adapte adaptá-lo ao seu contexto da melhor forma possível. Abaixo sugerimos algumas opções que são visualizadas como planos nas seguintes páginas:

1. Zonas separadas em andares diferentes dentro do mesmo prédio (separação maior)
2. Zonas separadas no mesmo andar dentro do mesmo prédio (separação menor, mas esta é provavelmente a situação real no início, e/ou quando o espaço físico é muito limitado, e/ou os residentes não podem sair de seus quartos por qualquer motivo).

1. Delineamento de zonas de risco – andares diferentes, mesmo prédio (seção)

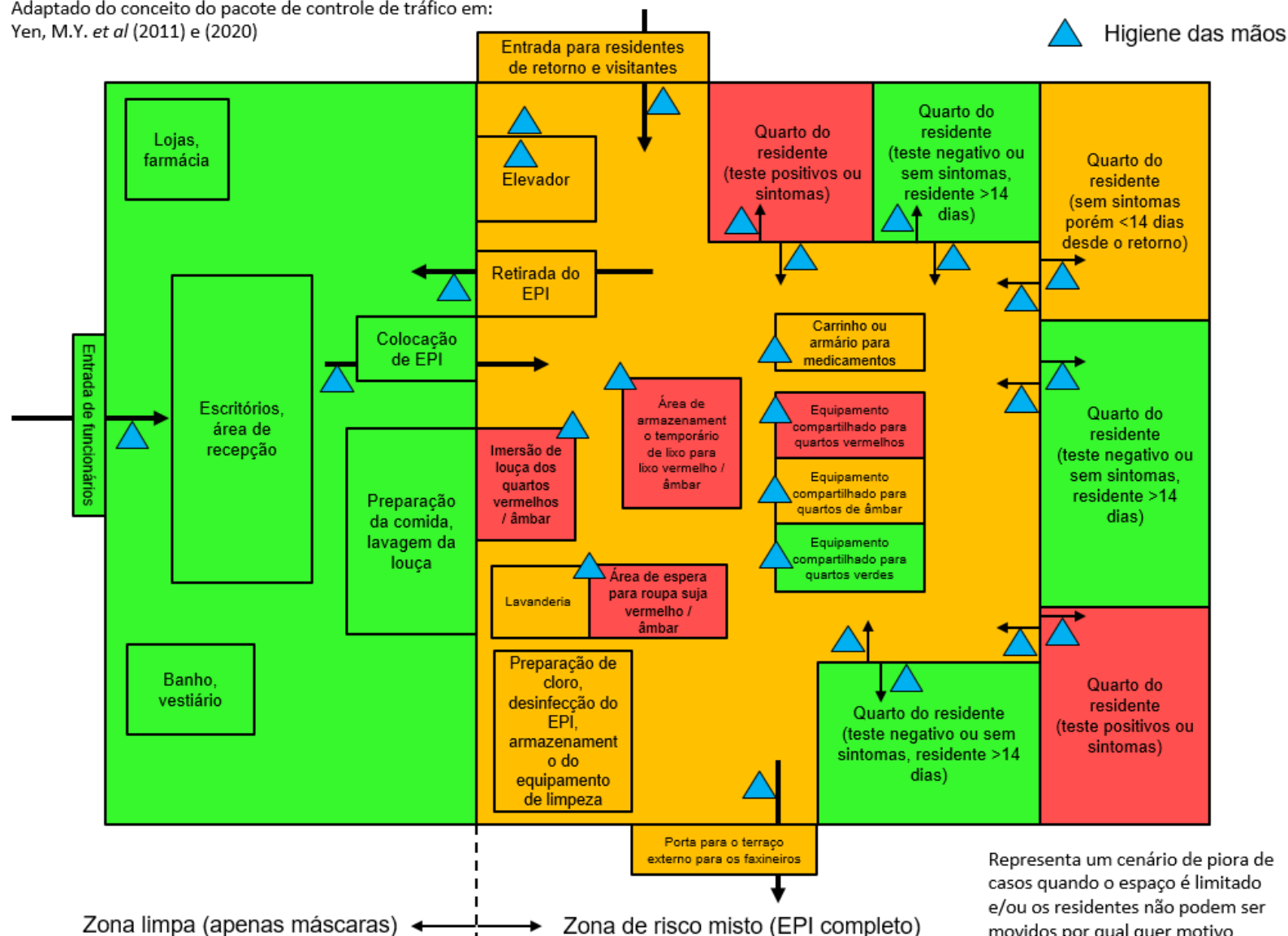
Adaptado do conceito do pacote de controle de tráfico em:
Yen, M.Y. *et al* (2011) e (2020)

▲ Higiene das mãos



2. Delineamento de zonas de risco – mesmo andar, mesmo prédio (plano)

Adaptado do conceito do pacote de controle de tráfico em:
Yen, M.Y. *et al* (2011) e (2020)



Você precisará mapear sua clínica de repouso e decidir quais áreas são qual zona, e onde estará(ão) a(s) área(s) para colocar e tirar o EPI.

Para fazer isso, você precisa decidir qual residente deve ser alocado para qual zona (o que significa que as zonas podem mudar ao longo do tempo, dependendo da doença ou da recuperação). Alocar residentes para zonas é um desafio, no entanto, já que há evidências crescentes de transmissão assintomática e pré-sintomática do Covid-19 em clínicas de repouso, e que a triagem baseada em sintomas pode não identificar cerca de metade dos residentes com Covid-19. Isso significa, por exemplo, que você pode presumir que um residente não está infectado porque ele parece saudável e não tem sintomas óbvios, o que o coloca na zona verde – mas pode ser que na realidade ele tenha Covid-19 e seja infeccioso (observação: pessoas assintomáticas ou pré-sintomáticas são muito infecciosas com esta versão do Corona vírus (SRAG/SARS CoV-2), em comparação com a versão anterior de 2003 (SRAG/SARS CoV-1), uma vez que a carga do vírus atinge picos 5 dias antes com SRAG/SARS CoV-2, que está entre 1 e 6 dias antes dos sintomas aparecerem. Para uma explicação sobre a transmissão assintomática em clínicas de repouso, veja a seção 19 neste documento, bem como a explicação neste webinar (a partir do nove minutos):

<https://youtu.be/QNN9iTnnRH0>. (Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português).

Isso significa que não podemos confiar apenas na triagem baseada nos sintomas, e ressalta a importância crucial da abordagem de zoneamento para o prédio inteiro, combinada com outras medidas rigorosas de controle de infecções em todas as zonas.

Os testes de todos os residentes (incluindo aqueles sem sintomas) serão, portanto, algo muito útil para se fazer o mais frequentemente possível, mas de novo, atualmente não podemos confiar apenas em testes, devido ao atraso entre teste e resultados (atualmente pelo menos 48 horas aqui no Reno Unido), e à possibilidade de falsos negativos. E por tanto, isso nos traz de volta a importância crítica do zoneamento e de outras medidas rigorosas de controle de infecções.

Decidir quais residentes estão na zona vermelha:

- Qualquer residente com resultado positivo no teste. Observe que esses residentes devem permanecer na zona vermelha por pelo menos 14 dias. Após tal período, o ideal seria fazer 2 testes para verificar seu status. Um teste será uma boa ideia para a confirmação, uma vez que pesquisas recentes mostraram que uma proporção de casos positivos pode passar o vírus por mais tempo do que os 14 dias padrão (um estudo de caso de uma clínica de repouso de Londres descobriu que 3 em cada 20 casos positivos ainda estavam passando o vírus até 4 semanas depois – assista 32 minutos nesta apresentação: <https://covid.joinzoe.com/post/webinar-covid-research>. Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português). Esses chamados "long-shedders" (pessoas que podem transmitir o vírus por um período mais longo) podem ser mais comuns em algumas pessoas mais velhas, que podem não ser capazes de desenvolver respostas de imunidade tão facilmente ou tão rapidamente quanto as pessoas mais jovens.
- Qualquer residente que seja conhecido por ter estado em contato com um caso confirmado de Covid-19 (pode ser alguém que teve contato com um visitante essencial, ou um membro da equipe que deu positivo).

- Sem fazer um teste, os sintomas são, no entanto, um método que temos para ajudar a decidir se um residente é mais propenso a ter Covid-19 (e, portanto, ser categorizado como zona vermelha). Verificações diárias de saúde e conscientização e monitoramento de quaisquer mudanças de saúde nos residentes, os seguintes indicadores podem ser buscados para tomar uma decisão:

Sintoma	Quando ele indica um possível problema
Temperatura corporal (usando termômetro de ouvido e cone plástico descartável)	Se a febre for de > 37,8 graus (mas observe que idosos muitas vezes não têm febre)
Tosse	Tosse persistente
Falta de ar	
Saturação de Oxigênio	>5% de queda absoluta na saturação O2
Dor de garganta	
Perda do olfato	
Perda do paladar	
Fungando	
Dor muscular e nas articulações	
Dores de cabeça	
Náusea / vômito	
Diarreia	
Mal-estar geral	
Novo início ou piora de confusão	Os funcionários da clínica de repouso com conhecimento detalhado dos residentes, estão bem posicionados para reconhecer tais sinais sutis.
Perda de apetite / perda de peso	
Perda do olfato e do paladar	
Conjuntivite	
Erupção cutânea	
Apatia / sonolência	

Decidir quais residentes são da zona âmbar:

- Qualquer residente que retorne sem sintomas precisa ser classificado como um caso "suspeito" e precisa de quarentena por 14 dias. Depois de 14 dias desde que voltou seu quarto pode ficar verde.

Decidir quais residentes são da zona verde:

- Qualquer residente com um teste negativo ou sem sintomas E se já está hospedado na clínica por mais de 14 dias.

Você precisará de um sistema de gravação centralizado para registrar o status dos residentes. Isso por si só pode ser um desafio, já que canetas e papel não podem ser levados da zona do escritório (verde) para a zona de EPI. Portanto, é preciso que haja um mecanismo de gravação diária de códigos de cores para diferentes quartos que podem ser impressas e/ escritas na zona do escritório, mas vistas na zona de EPI (por exemplo, listas afixadas em uma janela divisória). Qualquer sistema de gravação que seja usado, para que o conceito de zoneamento funcione, vai precisar ser muito

claro todos os dias de qual quarto é verde, âmbar ou vermelho (para alertar a equipe relevante se deve ou não entrar).

O desafio em uma clínica de repouso é ter uma mistura de áreas âmbar, vermelha e verde depois de vestir (colocar) o EPI. Combinada com a probabilidade de ter residentes ou funcionários assintomáticos, essa complexidade significa que devemos ser obsessivos em prevenir a contaminação cruzada entre os residentes entre as zonas, a fim de manter os residentes não infectados seguros. Isso significa:

- Dedicar todos os funcionários (incluindo a equipe de limpeza) para atender apenas determinadas zonas, com rotações separadas e, de uma maneira ideal, manter a mesma equipe alocada em cada zona ao longo do tempo (ver seção 4 abaixo).
- Higiene constante das mãos ao atravessar zonas (por exemplo, em ambos os lados de cada porta, ou perto de botões fora e dentro de um elevador; veja a seção 3 abaixo).
- Ter um plano racional para o uso de elevadores, que são uma área de risco para transmissão. Algumas ideias incluem:
 - Se houver mais de um elevador, considere ter um dedicado aos residentes vermelhos e âmbar ou qualquer item potencialmente contaminado (por exemplo, lixo, lavanderia), e o outro dedicado aos residentes verdes e funcionários.
 - Se houver apenas um elevador, considere ter horários definidos no dia em que pessoas ou itens de maior risco são transportados, após o qual o elevador possa ser limpo.
- Depois de sair de um quarto vermelho ou âmbar evite tocar em corrimãos, paredes, e itens, antes da área de retirada do EPI.
- Durante um turno de trabalho onde os funcionários visitarão mais de um quarto de residentes, os funcionários devem trocar o EPI entre os quartos, e isso deve ser em áreas específicas para a mudança de EPI (ver seção 9 abaixo). Isso porque usar um conjunto de EPI e depois ir com ele para um segundo quarto introduzirá risco de contaminação (por exemplo, é possível que você precise levantar, tocar nos residentes ou em outros itens, o que significa que um avental ou vestido contaminado no primeiro quarto pode entrar em contato com a pessoa ou item que precisa ser erguido).
- No caso de um funcionário ter que manusear ou levantar um residente quando estiver fora de seu quarto (por exemplo, uma queda no jardim), então o EPI deve ser trocado após o procedimento de manuseio.

3. Higiene das mãos

A desinfecção das mãos precisa acontecer em muitos lugares muitas vezes por dia:

- Com relação ao manuseio dos pacientes, a OMS recomenda trocar luvas e fazer a higiene das mãos entre o manuseio (geralmente com um esfregão de mão à base de álcool).
- Além disso, com base na experiência do surto de SARS, também recomendamos realizar a desinfecção das mãos mesmo quando usar luvas, a fim de reduzir a transmissão do vírus de ou para diferentes superfícies no ambiente. Isso ocorre porque a transmissão do vírus

acontece não só de pacientes infectados para suas luvas, mas também de várias superfícies para suas luvas também. Então a rotina é desinfetar-tocar-desinfetar. Por exemplo, quando for entrar em um quarto do residente, desinfetar as mãos, abrir a porta, e desinfetar as mãos ao fechar a porta. Ou ao pegar medicamentos do carrinho de remédios: desinfeta-pegar os medicamentos-desinfetar.

- A higiene das mãos também é feita quando você muda o seu EPI – mas aqui também note que quando vestidos de manga comprida não são usados, você também deve lavar os braços nus com água e sabão.
- Note que se as mãos estiverem visivelmente sujas então é melhor usar água e sabão em vez de gel de álcool.

O tipo de produtos manuais à base de álcool deve conter pelo menos 70% de álcool. Espumas à base de álcool também estão disponíveis (talvez mais disponíveis agora) e mais adequadas para áreas onde os residentes têm dependências de álcool.

A sinalização vívida em cada ponto de higiene das mãos ajudará a lembrar (ver seção 14 para ideias).

Esses pontos de desinfecção das mãos precisam estar localizados em todos os pontos entre as zonas de risco (ver o layout da zona), tais como:

- Área para colocar o EPI
- Área para retirar o EPI
- Ambos os lados da porta de cada residente
- No ponto de armazenamento de itens de equipamento compartilhado
- No carrinho de medicamentos
- Do lado de fora de cada porta de elevador em cada andar, e dentro do elevador
- Em todas as entradas e saídas do prédio
- Em qualquer área de armazenamento temporário de lixo
- Na lavanderia

4. Alocação e rotação de pessoal em relação às zonas

Para reduzir o risco de infecção cruzada, aloque os funcionários para determinadas zonas (incluindo a equipe de limpeza) e tente ter o mínimo possível de interações entre os diferentes grupos de funcionários:

- Alocação de pessoal:
 - A situação ideal é quando os funcionários podem morar com os residentes de uma zona, e onde não há contato entre funcionários ou residentes com o mundo exterior (no Reino Unido algumas casas de saúde estão fazendo isso, e provavelmente seria a única maneira confiável de cuidar de pessoas com demência).
 - Para outras situações em que os funcionários vem e vão todos os dias:

- Os funcionários devem ser alocados para trabalhar em zonas vermelhas, âmbar ou verdes.
- O ideal é que os funcionários continuem trabalhando nessas zonas todos os dias quando vierem trabalhar (em vez de trocá-los).
- Tente manter o máximo de separação possível entre agrupamentos de funcionários em todos os momentos (por exemplo, mesmo quando de volta à zona de escritório (verde) compartilhado, os grupos poderiam ter espaços separados para atividades).
- Rotação de pessoal: Quando os funcionários forem alocados para determinadas zonas (por exemplo, um grupo alocado para a zona verde, outro grupo para âmbar, outro grupo para a vermelha), o escalonamento de turnos de pessoal pela zona também pode ajudar a evitar a contaminação cruzada entre os funcionários (desde que haja menos proximidade durante as tarefas de trabalho). Então por exemplo, uma hora poderia ser reservada para o turno da equipe verde, depois uma hora para o turno da equipe âmbar, e assim por diante. No entanto, reconhecemos que, na realidade, isso pode ser impraticável.
- Se não houver pessoal suficiente para alocar turnos apenas para os quartos âmbar ou vermelhos, então os funcionários devem acessar os quartos âmbar e vermelhos na mesma rotação. Eles devem começar com os quartos âmbar primeiro e depois os quartos vermelhos (mas com a mudança de EPI entre cada quarto).
- Em casos de um número muito limitado de funcionários (por exemplo, um faxineiro em uma clínica de repouso), limpeza por rotação usando o mesmo princípio seria o caminho a seguir - por exemplo, limpeza de quartos verdes no primeiro turno, limpeza dos quartos âmbar no turno seguinte, limpeza dos quartos vermelhos no turno seguinte (mas com mudança de EPI entre cada quarto).

5. Uso de equipamentos

O risco de contaminação cruzada dos equipamentos precisa ser eliminado, tanto da zona verde (área de escritórios) como nas outras áreas (as zonas após a colocação de EPI), mas também entre os quartos verdes, âmbar e vermelhos. Algumas ideias para ajudar incluem:

- Proibir o uso (e o porte) de celulares pessoais pelos funcionários quando estiverem usando EPI completo – a tentação e o risco são grandes demais para responder a chamadas e mensagens enquanto não realiza a higiene das mãos antes e depois de tocar no telefone. Deixe esses telefones com objetos pessoais na área de escritório da zona verde (você precisará de um lugar para que os funcionários possam manter seus objetos de valor em segurança).
- Quando bips ou telefones forem necessários para trabalhar em áreas de EPI completos, eles precisam ser alocados para essas áreas e deixados lá. Não traga esses itens de volta para a zona de escritório (verde). Quando os computadores forem necessários na zona de EPI, estes também devem ser permanentemente alocados para esse lado.
- Coisas simples como canetas e papel também não devem circular de e para a zona de escritório (verde). Tenha um estoque de canetas e papel “sujos”, então quando você

precisar transferir anotações para os funcionários do escritório, prenda o papel nas janelas da zona de EPI e, em seguida, copie os itens atrás da janela da zona limpa.

- Todos os equipamentos necessários para os residentes devem ser mantidos dentro da zona de EPI, e não devem voltar para a zona de escritório (verde).
 - Quando houver suprimentos suficientes, a situação ideal é que alguns equipamentos sejam mantidos nos quartos para uso individual (por exemplo, medidores de saturação, termômetros).
 - Alguns equipamentos precisarão ser compartilhados entre quartos, no entanto (por exemplo, máquinas de Pressão Arterial, guindaste, toilete portátil, equipamentos de limpeza como esfregões e aspiradores de pó) – neste caso:
 - Separe e armazene para cada zona o equipamento que é compartilhado (verde, âmbar e vermelho) em áreas de armazenamento específicas, separadas (ou seja, não use equipamento vermelho em uma zona verde).
 - Lave e desinfete cada item após cada uso, independentemente da zona (veja a seção 18 abaixo).
- Outro ponto é que os residentes não devem compartilhar imediatamente livros e outros itens que geralmente são comuns – a maneira mais segura será deixar os itens em quarentena por cinco dias entre os usos (isso dá tempo suficiente para qualquer vírus morrer).

6. Entradas: fluxo de funcionários e pacientes

Residentes de retorno ou visitantes essenciais (por exemplo, familiares para pacientes em estado terminal, enfermeiros distritais ou médicos) podem introduzir o COVID na zona verde. Então, se possível, dedique uma entrada para os funcionários (na zona verde), e uma segunda entrada para todos os outros diretamente na zona âmbar.

Se uma sala para visitantes for criada (ver seção 7), ela precisará de uma entrada separada para o lado de fora, em vez de uma entrada de algum lugar de dentro do prédio.

7. Isolamento / quarentena / vida comunitária

Todos os residentes devem ser considerados vulneráveis e necessitando proteção, portanto:

- Cada residente deve ter seu próprio quarto e banheiro.
- No inevitável caso de quartos compartilhados, de ocupação múltipla, e/ou banheiros compartilhados:
 - Os residentes que compartilham quartos devem ser agrupados de acordo com: assintomáticos, suspeitos ou confirmados (ou seja, residentes sintomáticos não devem compartilhar com residentes assintomáticos, e casos suspeitos não devem ser agrupados com os confirmados).
 - Residentes isolados em seus próprios quartos, mas compartilhando banheiros:

- Para o banheiro, o ideal seria um toilete portátil específico (urinol / aparadeira conforme apropriado) para reduzir a necessidade dos que estão isolados continuarem saindo de seus quartos.
- Tenha em mente que só porque os residentes estão nas zonas vermelha e âmbar, isso não deve significar que eles recebem menos cuidados como resultado, especialmente por questões com relação à higiene e dignidade (por exemplo, o banho – houve casos em que as pessoas isoladas não tomavam banho há semanas, onde havia instalações comunitárias por causa de preocupações sobre regras de isolamento). Os residentes isolados já estão em uma posição estressante, e não ter acesso à higiene básica só vai aumentar isso. Para tomar banho, deve haver sempre uma maneira de contornar uma situação (por exemplo, alocar certos banheiros compartilhados como vermelho ou âmbar e desinfetá-los entre os usos).
- O isolamento em si, no entanto, é difícil para os residentes, e como essa situação continuará por muitos meses, você precisará inventar formas seguras e livres de riscos para a interação. Sugerimos dois cenários baseados em saber se há casos confirmados e suspeitos ou não:
 - Onde você tiver casos confirmados ou suspeitos: isole todos em seus quartos, sem interação social, até que duas semanas se passem desde o último caso e/ou todos sejam testados negativos. Todas as refeições devem ser feitas nos quartos, sem jantar comunitário.
 - Quando não tiver casos confirmados ou suspeitos, você ainda terá o risco de transmissão de funcionários ou residentes assintomáticos ou pré-sintomáticos. Mas neste caso, um caminho pragmático em termos de isolamento para longo prazo será criar formas de interação social, mas tendo em mente:
 - O distanciamento social interno deve ser aplicado – isso significa que nenhuma visita ou socialização interna de residente para residente onde a distância de 2 metros não possa ser assegurada, deve ser feita. Quaisquer áreas onde isso não possa ser garantido devem ser isoladas.
 - Outras ideias existirão para ainda permitir a interação interna – por exemplo, uma ideia é ter tabelas com divisões Plexiglass (acrílico sólido claro), para que os residentes possam conversar em um ambiente semi-comunitário.
 - Além disso, será bom dar a opção para os residentes usarem máscaras faciais se quiserem fazê-lo ao acessar áreas comuns. Sabemos agora que a transmissão é muito reduzida pelo uso de máscaras (ver seção 9), e também alguns residentes podem se sentir mais seguros usando uma. Mas também percebemos que para muitos residentes, isso não será possível por várias razões. No entanto, a opção deve existir.
- Nenhum visitante externo que tenha contato físico ou próximo com os residentes, se possível:
 - As exceções podem ser um "visitante essencial" (ou seja, alguém que tenha a permissão para visitar um paciente em estado terminal), ou um médico e/ou enfermeiro fazendo rondas. Em ambos os casos, é necessário um exame de saúde

para os visitantes na chegada (conforme a seção 15), o EPI completo deve ser usado, e o procedimento de colocar e tirar o EPI deve ser supervisionado pela equipe antes e depois da visita.

- Para os parentes de todos os outros residentes, algumas ideias a se considerar incluem:
 - Contato online com parentes (mas observe que se compartilhar um dispositivo, ele tem que ser totalmente desinfetado entre usos).
 - Facilitar as visitas, mas de uma forma diferente que não cause o risco de os residentes receberem o vírus de fora. Os funcionários terão que supervisionar de perto essas interações para garantir que os visitantes sigam rigorosamente a orientação. Alguns exemplos de ideias:
 - Permitir que os parentes visitem, mas permaneçam do lado de fora de uma janela.
 - Com tempo bom, ter um espaço ao ar livre específico, onde a interação possa acontecer a uma distância social segura. Os visitantes devem usar máscaras (e preferencialmente, os residentes também), já que se sabe que o vírus pode viajar mais de 2 metros e permanecer no ar, e até onde ele pode ir dependerá de coisas, tais como condições locais de vento – portanto, ter uma máscara reduzirá esse risco drasticamente.
 - Criar uma sala de visitas específica com uma parede Plexiglass (acrílico sólido claro) que bloqueia completamente o acesso físico de um lado para o outro, mas permite que as pessoas falem, quando os residentes ainda estiverem protegidos. Neste caso, esta sala deve ter uma entrada separada diretamente do lado de fora – isso significa que a entrada não deve ser via área verde do pessoal, caso contrário os visitantes correm o risco de contaminar aquela área, de onde a contaminação pode então ser levada aos residentes pelos funcionários. Além disso, os próprios visitantes também devem estar protegidos – isso significa que os visitantes devem usar máscaras e realizar a higiene das mãos ao entrar e sair, e quaisquer superfícies de alto toque devem ser desinfetadas entre as visitas (por exemplo maçanetas, mesas, cadeiras).

Para residentes com demência e outros comportamentos desafiadores

Cuidar de residentes com demência é reconhecidamente uma das circunstâncias mais desafiadoras, e não há respostas fáceis sobre isso. É importante acertar, uma vez que uma grande proporção de pessoas sob cuidados (pelo menos aqui no Reino Unido) tem alguma forma de demência.

Em geral, o que sabemos é como o vírus se espalha, e o contato próximo é uma dessas maneiras. Então mesmo que o controle de zoneamento e infecção seja feito rigorosamente, o contato próximo com a equipe ainda traz riscos, já que o vírus pode passar de alguém com demência para um membro da equipe ou vice-versa, e depois, dessa pessoa com demência para outro residente. Esse risco sempre será o caso quando há funcionários e/ou visitantes de fora que entrarão em uma instalação diariamente (estes trarão o vírus). Portanto, pode-se fazer o seguinte caminho:

- A melhor situação para quem tem demência e que necessita de contato próximo, seria ter prédios ou andares específicos, onde os funcionários se comprometam a morar com esses residentes e não ir para casa. Também onde não são permitidos estranhos. No entanto, isso é muito difícil de implementar, especialmente porque alguns visitantes serão necessários (por exemplo, Clínicos Gerais) e, a longo prazo, provavelmente não será sustentável.
- Quando isso não for possível, a única maneira então é entender o risco e aderir o mais obsessivamente possível a todas as outras medidas de prevenção e controle de infecções descritas neste documento (por exemplo, higiene rigorosa das mãos e uso de EPI completo, certificando-se de que os visitantes essenciais estejam fazendo o mesmo, etc.). Em geral, se a clínica de repouso inteira tiver todas essas medidas estritamente no lugar, então o risco geral para todos na clínica é muito menor do que teria sido no caso contrário.

8. Roupas de casa dos funcionários e higiene ao deixar o trabalho

- Tenha um vestiário no local. Ao entrar, troque de roupas de casa por roupas e sapatos de trabalho (seja um uniforme, vestimentas dos médicos ou outros). Ao sair, troque roupas e sapatos de trabalho antes de viajar de volta com roupas de casa. Recomendamos lavar roupas de trabalho no Abrigo de Idoso (pode haver mais risco quando roupas sujas tiverem que viajar mais), fazendo regularmente a 60 graus Celsius ou mais, e em seguida passar ou secar em uma máquina de secar roupa (ou quando lavar roupas à mão seja a única opção, adicionando um passo sobre imersão em cloro – ver seção 13). Quando isso não for possível, as roupas levadas para casa precisam ser colocadas em um saco de pano (que pode ser lavado com as roupas de trabalho sem removê-las do saco) e depois colocadas em um saco plástico antes de serem transportadas, e, em seguida, em casa as roupas precisam ser lavadas da mesma forma (ver seção 13). O saco plástico usado para transportar as roupas precisa ser descartado com segurança.
- Ao sair do trabalho, certifique-se de lavar as mãos e braços.

9. Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

O EPI precisa ser usado em todos os quartos dos residentes (vermelho, âmbar ou verde) e nas áreas de acesso a esses quartos, bem como a quaisquer zonas vermelhas e âmbar no diagrama.

No entanto, em alguns casos pode não estar exatamente tão claro quando se trata de usar EPI e prevenir contaminação – por exemplo:

- Residentes com deficiência auditiva e fora de seu quarto (por exemplo, alguns são permitidos sair, mas não em grupos): aqui será particularmente uma boa prática usar um escudo facial e máscara (o que estamos sugerindo que deve ser feito para todo o contato do paciente), ao se comunicar com eles, já que eles podem precisar se aproximar mais do que o ideal para entender o que está sendo dito.
- Residentes com demência: o contato de pessoa para pessoa pode ser inevitável em certos casos, portanto nestes casos aderir à higiene rigorosa das mãos e mudar conjuntos limpos de roupas antes do contato, juntamente com o uso de EPI completo, pode ser o único caminho a seguir. Alocar funcionários que vão viver naquela zona onde não há outro contato com o mundo exterior, também pode ser a única opção confiável aqui.

EPI recomendado

O tipo de EPI que a organização governamental “Public Health England” (Saúde Pública da Inglaterra) recomenda para os funcionários das clínicas de repouso é encontrado aqui:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/878750/T2_poster_Recommended_PPE_for_primary_outpatient_community_and_social_care_by_setting.pdf.

Isso recomenda o tipo de EPI de acordo com o tipo de tarefa:

EPI completo para quartos verdes, âmbar e vermelhos depois de colocar o EPI	
EPI completo (atividades do dia-a-dia)	EPI completo (para procedimentos geradores de aerossol (PGAs))
<ol style="list-style-type: none">1. Máscara cirúrgica repelente de fluidos (MCRF / tipo IIR)2. Avental (descartável)3. Luvas (descartáveis)4. Proteção ocular / escudos faciais	<ol style="list-style-type: none">1. Respirador de peça facial filtrante (PFF2 / N95 sem válvula exalação)2. Vestido / macacões repelente de fluido de manga comprida3. Luvas (descartáveis)4. Proteção ocular / escudos faciais

Ao escolher uma máscara respirador N95 ou PFF2, verificar se estas são as que estão sem válvulas – isso porque se você estiver infectado e usar uma máscara com uma válvula exalação o ar de saída não é filtrado e há o risco de você infectar outras pessoas. Algumas máscaras N95 e PFF2 (e a muitas das máscaras PFF3) têm válvulas exalação, então você precisa verificar.

Observe que os escudos faciais podem ser mais fáceis de usar para pessoas mais velhas, especialmente aquelas com demência, já que o rosto e os olhos podem ser mais claramente vistos. Outra ideia que poderia ajudar os residentes a reconhecer os funcionários é plastificar um retrato facial de cada membro da equipe, o qual eles possam fixar em seu uniforme – estes devem ser limpos e deixados em um ponto designado na zona âmbar (em vez de serem trazidos para a zona verde).

A orientação acima é um nível mínimo básico. Se for possível, também recomendamos os seguintes itens adicionais para clínicas de repouso:

1. Aventais resistentes (em vez de descartáveis). Isso significa que estes podem ser desinfetados e reutilizados, reduzindo as necessidades contínuas de EPI.
2. Um macacão lavável de mangas compridas ou um vestido (para todo o trabalho, não apenas procedimentos geradores de aerossol). A lógica é que mais do seu uniforme ou vestimentas dos médicos (uniformes usados no trato cirúrgico) possam ser protegidos em comparação apenas com o uso de um avental, e em uma situação ideal também haveria quantidades suficientes para que macacões e vestidos também pudessem ser mudados quando o EPI fosse mudado, em vez de continuar o dia inteiro em roupas e uniformes que poderiam ter sido contaminados (fora da área que tinha sido protegida pelo avental).
3. Luvas de borracha resistentes (para uso pela equipe de limpeza). Novamente ter um estoque dessas luvas significa que elas podem ser desinfetadas e reutilizadas.

Percebemos que o estoque de EPI será limitado em muitos lugares. Algumas coisas que você pode considerar para ajudar nesta situação incluem:

- Desinfetar e reutilizar certos tipos de EPI, o que pode aumentar a disponibilidade (veja abaixo).
- O ideal seria que mudássemos o EPI completo entre cada residente, já que não sabemos com certeza se os residentes em uma zona são todos não infecciosos, mesmo que não tenham sintomas. No entanto, as circunstâncias podem muito bem ditar que temos que racionar EPI, e nesse caso mudar apenas parte do EPI entre cada residente pode ter que ser o caminho a seguir. A questão então é qual parte do EPI deve ser trocada após cada residente, e que poderia ser usada para uma 'sessão' ou turno (por exemplo, 2 a 6 horas). Logicamente, a contaminação cruzada quando o EPI não é trocado entre cada residente virá principalmente de superfícies que são tocadas – isso significa as luvas, aventais e o que você veste sob o avental, como uniforme. Em contraste, a máscara e a proteção dos olhos são menos arriscadas se você (ou outros) não tocá-las ou movê-las. O desafio é tirar e colocar certos itens de EPI enquanto mantém a máscara e a proteção dos olhos no lugar, desde que você não queira contaminar os itens, e já que você deve desviar-se dos protocolos padrão para a colocação. Portanto, quando o estoque de EPI estiver baixo, você provavelmente acabará concentrando seus esforços em trocar apenas:
 - As luvas entre cada residente.
 - Os aventais ao mesmo tempo, mas note que isso será mais difícil devido à rotina de colocar e tirar (ou seja, ter que colocar o avental sobre a cabeça enquanto a proteção da máscara e do olho ainda está sendo usada).

Para os faxineiros usando aspirador de pó, recomendamos que utilizem o respirador de maior grau PFF2/N95 para procedimentos geradores de aerossol (devido ao efeito ainda desconhecido da circulação de vírus no escape de ar).

Recomendamos que máscaras sejam usadas por todos os funcionários o dia todo, mesmo quando não estiverem com EPI completo (ou seja, quando em zona de escritório - verde), e ao ir e voltar do trabalho (isto é, usando transporte público) – isso é para evitar que os funcionários se infectem (por exemplo, no transporte público) e, em seguida, infectem os moradores (quando em turno). A razão para esta recomendação é que agora está claro a partir de pesquisas recentes que a transmissão aérea é um risco tanto de gotículas quanto de aerossóis, e que o uso de uma máscara impede alguém que está infectado de transmitir o vírus, e também protege alguém que não está infectado. Por isso, a OMS recomenda o uso generalizado de máscaras em público. O risco de transmissão quando as máscaras não são utilizadas também existe por portadores assintomáticos – esse risco aumenta quando a atividade leve é realizada (ou seja, andando por aí, semelhante ao que a equipe de trabalho estaria fazendo), em espaços fechados com mais pessoas presentes (ou seja, áreas comuns, escritórios, salas de reunião), e onde há ventilação insuficiente (ou seja, onde as janelas estão fechadas, ou onde não há sistema de ventilação mecânica). Para uma revisão das evidências recentes em torno da transmissão aérea e da eficácia das máscaras, há um link na página de retenção do documento: <https://www.bushproof.com/care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-of-covid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones/>.

Algumas coisas para ter em mente ao usar máscaras em geral:

- Se precisar conversar, faça-o através da máscara.
- Se você precisar tirar a máscara (por exemplo, para comer), lembre-se que uma máscara nunca deve ser abaixada no queixo ou colocada na testa, e ela não deve ser retirada e depositada em

qualquer lugar, exceto numa lixeira (isto é, não deve ser reutilizada) ou num recipiente de armazenamento (no caso de máscaras PFF2 / N95 que são reutilizados – veja seção em 'Reutilização do EPI' abaixo).

Para máscaras respiradoras (PFF2 / N95) especificamente:

- Lembre-se que as máscaras devem cobrir tanto o nariz quanto a boca. Para homens que têm pelos faciais, eles devem verificar o seguinte diagrama para ver se ele funcionará com segurança com uma máscara:
<https://www.cdc.gov/niosh/npptl/pdfs/FacialHairWmask11282017-508.pdf>.
- Um 'Fit Test' (ensaio de vedação) é necessário primeiro para ver qual máscara se encaixa em você e, em seguida, um Teste de vedação é necessário toda vez que você colocar a máscara. Se a máscara não se encaixar perfeitamente, você não estará protegido do COVID-19 (e outras doenças respiratórias).
 - Fit test:
 - Todo mundo tem uma forma diferente de rosto, e um tipo de máscara respirador pode caber melhor do que outro. Portanto, é uma boa prática ter pelo menos duas marcas diferentes de máscara respiradora disponível para as pessoas usarem (mas se tiver mais marcas melhor).
 - Se um 'Fit Test' não puder ser feito no abrigo de idosos então os funcionários devem ser enviados para um centro de saúde, ou para uma outra instituição onde os funcionários foram devidamente treinados para isso.
 - Note que um 'Fit Test' deve ser refeito se alguém mudar de peso, ou tiver feito um procedimento odontológico (a longo prazo).
 - Teste de Vedação
 - Verifique sempre as instruções do fabricante sobre como realizar o teste de vedação, pois ele pode variar de acordo com a marca.
 - Se fizer um teste de vedação para um respirador que você está reutilizando, o ideal é usar luvas para fazer isso, em seguida, descarte-as e realize a higiene das mãos. Se isso não for possível, então faça uma higiene das mãos muito rigorosa depois de fazer o teste.
 - Uma vez colocado, verifique se há vazamentos de ar, cobrindo o respirador com as duas mãos (sem empurrar o respirador sobre o rosto) e exale com força. O respirador deve se expandir ao exalar, e nenhum vazamento de ar entre o rosto e o respirador deve ser detectado. Consulte esta orientação do CDC sobre isso: https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2010-133_sp/pdfs/2010-133_sp.pdf?fbclid=IwAR0FHhHvwER-

Nós também recomendamos máscaras para serem usadas por todos os residentes sempre que possível, desde que possam tolerá-las:

- Para os residentes sintomáticos que estão isolados, certifique-se de que eles têm acesso a máscaras e peça-lhes para usá-las ao saírem de seus quartos, se quiserem usar um banheiro comunitário ou chuveiro (e definitivamente fazer isso ao mover um residente de quarto em quarto).

- Para os residentes assintomáticos que têm acesso a áreas comuns, também seria melhor dar a eles a opção de usar uma máscara, se assim desejarem. Isso porque as máscaras são conhecidas por prevenirem a propagação do vírus de indivíduos infectados, e também ajudam a proteger indivíduos não infectados de receber o vírus – portanto, no caso de um residente ou membro da equipe ser assintomático, mas não saber, o uso de máscaras reduzirá o risco de transmissão em geral para todos. No entanto, percebemos que isso não será prático para muitos residentes (por exemplo, aqueles com formas de demência), mas ainda sim, seria bom se a opção existisse para aqueles que a querem.

Reutilização do EPI

Devido à escassez atual (no Reino Unido e em muitos outros países também), deve ser possível reutilizar alguns EPI – veja a tabela a seguir.

Lavagem quente em 60 graus Celsius ou mais	Desinfetar usando cloro de 0,1% por pelo menos 10 minutos	Descarte, não reutilizar	Reutilizar como último recurso: alocar cinco itens para cada funcionário, usar um em cada turno, armazenar cada um por cinco dias em saco de papel respirável rotulado no final de cada turno, usá-los em ordem. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html
Alguns vestidos médicos feitos sob medida	Proteção ocular / escudos faciais	Luvas de látex descartáveis	Máscaras para procedimentos de geração de aerossol (respirador de peça facial filtrante, PFF2 / N95)
Vestimentas dos médicos	Luvas de borracha resistentes (para faxineiros)	Máscaras para atividades do dia-a-dia (máscara cirúrgica repelente de fluidos, MCRF / Tipo IIR)	
Macacões / jalecos	Aventais resistentes	Aventais descartáveis	

Quanto às informações na tabela acima (última coluna), sobre a reutilização das máscaras como um último recurso – observe que:

- Isso não é ideal de forma alguma, mas é pelo menos uma maneira lógica de abordá-lo, dado o que sabemos sobre a vida útil deste vírus (armazenando-o por tempo suficiente, o vírus morre).
- Mas isso é considerado apenas uma abordagem válida para os respiradores de maior grau (PFF2/N95).
- Embora os respiradores PFF2/N95 possam ser usados por sessões (por exemplo, turnos de 2 a 6 horas), dependendo do número de turnos, você pode precisar alocar mais máscaras por

membro da equipe para que isso funcione. O número real a ser alocado a cada membro da equipe precisa ser suficiente para permitir cinco dias entre o uso de cada máscara.

- Um bom sistema de etiquetagem precisa existir para acompanhar isso. Note que você nunca deve escrever sobre o material da máscara, mas sim colocar um rótulo nas alças.
- Descarte uma máscara se estiver molhada, manchada, contaminada por fluidos corporais (por exemplo, secreções nasais), danificada ou se os elásticos das alças estiverem frouxas ou esticadas. Se o interior da máscara for contaminado pelo toque, descarte-o.

Existem algumas opções alternativas de EPI, tais como:

- Jalecos de mangas compridas ou macacões de trabalho em vez de vestidos feitos sob medida.
- Óculos de proteção ocular do tipo para construção (do tipo com extensões ao lado dos olhos).
- Óculos de natação. Observação: se usar óculos de natação fechados, eles tendem a embaçar – no entanto, a experiência dos centros de tratamento do Ebola mostrou que limpar o interior da lente primeiro com lenços umedecidos e permitir secar antes de colocá-los, tende a ajudar a evitar embaçamentos.

Colocar e tirar EPI

É preciso ter pelo menos duas áreas específicas para a colocação e a retirada de EPI, embora possa haver mais do que isso. A coisa mais importante é que elas devem ser áreas separadas e segregadas (mesmo que fisicamente próximas umas das outras), e são lugares específicos onde o EPI é colocado ou tirado (ou seja, não leve EPI com você para os quartos). O espaço nessas áreas precisa ser suficientemente grande para permitir que as pessoas mantenham 2m de distância (o número máximo de pessoas em qualquer momento depende do espaço. Talvez possa se colocar um Anúncio na porta afirmando isso).

A colocação e a retirada do EPI precisa seguir protocolos claros e rigorosos.

É absolutamente essencial que os funcionários tenham um bom treinamento prático sobre como colocar e tirar EPI sem se contaminar (Português talvez não seja sua primeira língua e portanto, demonstrações práticas talvez ajudem).

- Um bom vídeo sobre colocar e retirar EPI, que tem as etapas apropriadas de higiene das mãos pode ser encontrado aqui: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/using-ppe.html>. (Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português).
- A higiene das mãos é conhecida como um dos métodos mais eficazes para parar a transmissão de doenças. Para alguns exemplos visuais que os gestores de clínicas de repouso podem até tentar com seus funcionários como treinamento, veja este vídeo (a partir de vigésimo minuto) em: https://www.youtube.com/watch?v=WeV_b8YM9kE&feature=youtu.be. (Você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas,

seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português).

As áreas para a colocação de EPI devem ter:

- Bancos e cadeiras
- Prateleiras para o arranjo ordenado de EPI
- Pôster de colocação de EPI (observação: dependendo do guia oficial que você estiver usando, se não for mencionado, adicione um passo de higiene das mãos no início).
- Espelho

As áreas para a retirada do EPI devem ter:

- Descarte de lixo (etiquetados como itens laváveis e reutilizáveis ou não laváveis e descartáveis).
- Pia com água e sabão líquido (para lavar os braços nus entre as mudanças de EPI).
- Pôster de retirada de EPI (observação: nota: se estiver usando o guia da PHE (Saúde Pública da Inglaterra), adicionar um passo de higiene das mãos entre os passos 2 e 3, depois de remover o vestido, mas ANTES de remover a máscara ou a proteção dos olhos – consulte nosso sinal modificado que faz parte do nosso arquivo zip de sinalização disponível aqui: <https://www.bushproof.com/wp-content/uploads/2020/07/Sinaliza%C3%A7%C3%A3o-para-abrigos-de-idosos.zip>. Regra geral: realizar a higiene das mãos após cada etapa de retirada do EPI.
- Espelho
- A experiência de Milão, Itália, mostra que se houver pessoal disponível, ter alguém para ajudar a supervisionar a retirada de EPI pode adicionar confiabilidade ao processo (e reduzir possíveis infecções).

10. Preparação de alimentos e lavagem de louça

Uma precaução adicional pode ser a de levar louças sujas dos quartos vermelhos e âmbar e processá-las separadamente (veja a seção 11 abaixo). Para isso, é preciso que haja uma forma de transferir louças entre as áreas sujas e a cozinha, com a lavagem e imersão acontecendo na zona contaminada e não na cozinha em si. Como lava-louças são usadas na cozinha, você precisará de uma área separada para lavar as louças com água e sabão dentro das zonas vermelhas ou âmbar, antes de movê-las para a área e colocá-las na máquina de lavar louça.

11. Cloração e desinfecção de itens e limpeza de superfícies

O cloro é necessário para a desinfecção o EPI, imersão de louças e limpeza de superfícies.

Observação: 0,1% de cloro é o mesmo que 1.000 ppm/parte por milhão ou 1.000 mg/L. – ver seção 18 abaixo.

O procedimento em geral é:

1. Lavar com água e sabão primeiro
2. Enxaguar o sabão (importante, pois o cloro reagirá com sabão, e portanto, será menos eficaz)
3. Desinfetar com cloro em seguida

Desinfecção do EPI

A desinfecção do EPI, de certos itens (por exemplo, luvas resistentes, proteção ocular, aventais resistentes) é feita lavando-se com água e sabão, enxaguando, depois fazendo a imersão em água por pelo menos 10 minutos em 0,1% de cloro, e depois enxaguando e secando.

Louças

Quando as louças forem lavadas à mão, elas devem ser lavadas com água e sabão, enxaguadas, depois imersas em água por pelo menos 10 minutos em 0,1% de cloro, e depois enxaguadas e secadas.

Superfícies

A limpeza das superfícies precisa acontecer 2x por dia se possível nas áreas âmbar e vermelha. Uma lista de verificação vai ajudar a acompanhar o que foi feito. Mas você precisa priorizar o que limpar, em virtude do seu tempo disponível e recursos da equipe:

- A primeira prioridade precisa ser dada a qualquer superfície de alto toque – o que inclui trilhos de cama, mesas, maçanetas, qualquer equipamento com superfície de alto toque.
- Se o tempo permitir, outras superfícies que são tocadas (pelas mãos) com menos frequência, podem seguir – estas podem incluir pisos duros e cadeiras.

Duas opções sobre qual solução de limpeza usar:

- Comece com água e sabão, depois enxágue com água, e depois desinfete com 0,1% de cloro. Cloro é o que a OMS e a orientação do Governo Britânico sugerem.
- Use uma formulação detergente-desinfetante, mas apenas quando a formulação e concentração particular se conforma com o código EN 14476. Esta padrão significa que ele é "ativo contra vírus envoltos" que inclui coronavírus e portanto devia ser eficaz contra SRAG-CoV-2. No entanto, até o momento, há estudos limitados que têm olhado para medir a eficácia contra o SRAG-CoV-2. (Estas formulações contêm compostos quaternários de amônio (CQAs), mas note que a eficácia especificamente do CQA conhecido como Cloreto de Benzalkonium é questionável).

Ao usar cloro, o cheiro pode ser bastante forte, então abrir as janelas para ventilar durante o processo de limpeza ajudará.

Cabeças de esfregão ou panos podem ser descartados após o uso (se houver estoque suficiente), ou podem ser reutilizados da mesma forma que o reuso de EPI (ou seja, lavados com sabão, enxaguados, clorados).

Observações sobre a preparação do cloro

Para a desinfecção usando cloro, você precisa ter uma maneira de criar a diluição necessária de 0,1% de força, dependendo do tipo de cloro utilizado (veja procedimento na seção 18 abaixo) – isso deve ser válido para produtos com apenas cloro ou detergente-cloro.

Observações importantes para o uso de cloro:

- Os produtos de cloro emitem um gás denso – é melhor ter a área de mistura e armazenamento longe de áreas de convivência e em espaço bem ventilado, mas não em um porão onde esse gás vai acumular, e preferencialmente dentro da zona âmbar e com ligação com exterior (por exemplo, terraço para secagem).
- Não armazene próximo a combustíveis, fontes de calor, extintores de incêndio de pó seco, outros tipos de cloro, compostos contendo nitrogênio, oxidantes ou qualquer coisa corrosiva ou inflamável.

12. Lixo

O lixo devem ser tratado como lixo clínico. Você precisa ter um sistema de descarte de lixo para lixos vermelhos e âmbar versus lixos verdes, dentro da clínica de repouso:

- Assegure-se de ter sacos para lixo clínico prontos em cada quarto vermelho ou âmbar.
- Assegure-se de ter tecidos e toalhas de papel disponíveis em cada quarto, bem como em áreas comuns.
- Se você colocar lixo temporariamente dentro do prédio antes de ser levado para fora, então o lixo provenientes dos quartos vermelhos e âmbar deve ser colocado em uma zona de armazenamento vermelha designada e separada.
- Dedique um cuidado especial ao gerenciamento de almofadas de incontinência, ou qualquer coisa suja com urina ou fezes de todos os quartos. Estudos indicam que o vírus pode ser detectado em fezes até 5 semanas após o fim dos sintomas respiratórios, por isso é preciso ter cuidado ao manusear qualquer item contaminado (aqui é um princípio de precaução, pois ainda não sabemos se os vírus são viáveis e podem infectar outra pessoa).
- Esvazie o conteúdo dos aspiradores de pó enquanto usa respiradores completos devido ao risco de aerossolização – qualquer conteúdo de equipamentos usados para zonas vermelhas ou âmbar deve ser colocado nas áreas designadas para lixo.
- O lixo das zonas vermelhas e âmbar deve ser descartado como lixo clínico infeccioso. Deve ser ensacado duas vezes. No caso de não haver fluxo de lixo clínico, uma solução pode ser armazená-lo por 5 dias antes de colocá-lo no fluxo de lixo normal.

13. Lavanderia

A lavanderia é feita normalmente em uma lavagem quente (60 graus Celsius ou mais), seguida por passar ou secar na máquina.

Quando a roupa deve ser lavada manualmente, o procedimento a ser seguido deve ser:

- Mergulhe a roupa em água quente com sabão em um tambor grande, usando uma vara para mexer e tomando cuidado para evitar salpicando com a água.
- Esvazie o tambor da água com sabão e encha o tambor para enxaguar a roupa, mexendo com uma vara. Esvazie essa água enxaguada.
- Em outro tambor, componha um estoque de solução de cloro de 0.05% (ver seção 18 para como fazer isso). Uma vez diluído, adicione esta solução de cloro ao tambor com roupa, e deixe-o de molho por 30 minutos.
- Após esse tempo, esvazie o tambor e enxágue mais uma vez com água limpa, seguido de permitir que a roupa seque totalmente (à luz solar, sempre que possível).

Na área da lavanderia, ter áreas separadas para o armazenamento temporário de roupa suja de zonas vermelhas e âmbar ajudará a criar mais consciência do risco da equipe de lavanderia ao manuseá-la.

Para roupas sujas ou roupas de cama de todos os quartos, tenha cuidados especiais ao coletar e transportá-las para a área de lavanderia. A roupa a ser lavada deve ser colocada em um saco de alginato vermelho, selada e depois carregada no carrinho para a área da lavanderia. Sacos de alginato podem ser colocados na lavagem diretamente sem ser abertos (desde que uma parte do saco se dissolva durante o ciclo de lavagem). Em termos de controle de infecções, a vantagem do uso de sacolas de alginato é que elas impedirão que os funcionários que manuseiam a lavanderia estejam em risco aumentado por não perturbar os vírus que estão nos lençóis ou roupas – isso é importante, uma vez que um estudo de duas pessoas que foram positivas para o vírus (mas assintomáticas e que ficaram em uma sala por apenas 24 horas) descobriu que a maior concentração do vírus estava nas roupas de cama, mais ainda do que na maçaneta da porta e em outras áreas regularmente tocadas.

Não sacuda as roupas ou as roupas de cama em lugar nenhum.

14. Sinalização

Placas para ajudar a delinear as zonas e esclarecer os níveis de contaminação. Um arquivo zip contendo placas que você pode ajustar e imprimir está disponível aqui:

<https://www.bushproof.com/wp-content/uploads/2020/07/Sinaliza%C3%A7%C3%A3o-para-abrigos-de-idosos.zip>.

Placas para considerar a impressão incluem:

0,1% de cloro (para quaisquer recipientes que o contenham)	Área de colocação de EPI completo obrigatória	Realizar a higiene das mãos antes E depois desta porta
Ponto de armazenamento de equipamentos compartilhados vermelhos, âmbar e verdes	Área para a colocação de EPI – máximo de pessoas por vez. Não entre se você pode contar mais do que isso!	Não toque o rosto com as mãos ou as luvas
Lixo verde	Área para tirar o EPI	Entrada de residentes de retorno e visitantes

Lixos vermelhos e âmbar	Instruções para a colocação do EPI	Residentes de retorno e visitantes, por favor usem outra entrada
Zona temporária de retenção de lixo vermelhos e âmbar	Instruções para tirar o EPI	Entrada de funcionários

15. A saúde dos funcionários

Para aqueles funcionários que vêm trabalhar todos os dias:

- Realize uma lista diária de verificação de sintomas para os funcionários antes de entrarem na clínica de repouso (temperatura, tosse, perda do olfato ou paladar e qualquer sintoma gastrointestinal).
- Lembre-se que da mesma forma que os residentes podem ser assintomáticos e ainda ter Covid-19, os funcionários também podem ser portadores assintomáticos e podem infectar outros funcionários. Manter o distanciamento social, usar uma máscara e ter o mesmo procedimento de higiene das mãos (desinfetar-toque-desinfetar) é necessário, mesmo na zona verde 'mais segura'.
- Além disso, se testes regulares de pessoal podem ser feitos (ou seja, todos os funcionários, incluindo aqueles sem sintomas), então isso ajudará a reduzir o risco de transmissão.
- Incentive os funcionários a realizarem seu próprio zoneamento em casa.
- Incentive o uso de máscaras ao ir e voltar do trabalho (ou seja, usar transporte público) – veja a seção 9.

16. Quartos dos residentes e aerossóis

Em geral, queremos reduzir qualquer coisa que gere aerossóis tanto quanto for possível. Pesquisas agora indicam que os aerossóis podem viajar muito mais do que 2 metros e também podem permanecer suspensos no ar por algum tempo. Isso significa que precisamos tentar minimizar a quantidade de movimento aéreo forçado que poderia exacerbar isso:

- Não é permitido ventiladores. Em ondas de calor, no entanto, isso será desafiador. Quando há consequências claras de saúde e conforto para os idosos se os ventiladores não forem usados, sugerimos o uso de condicionadores de ar em baixas velocidades do ventilador e com a oscilação desligada.
- Um cronograma de aspiração reduzido para quartos vermelhos ou âmbar (desde que ele crie um fluxo de ar através do filtro e recirculação de partículas, o efeito não é conhecido). Use aspiradores específicos para zonas vermelhas ou âmbar, e garanta que os funcionários que os usem também usem máscaras PFF2/N95. Uma alternativa aos aspiradores de pó poderia ser usar varredores de tapetes em vez deles.
- O uso de oxigênio umidificado pressurizado, Entonox ou medicação via nebulização não são considerados como um risco infeccioso significativo (veja p.31 do documento 'COVID-19 - prevenção e controle de infecções:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/881489/COVID-19_infection_prevention_and_control_guidance_complete.pdf).

- No entanto, existem também outros métodos que são igualmente eficazes para dar medicamentos aos asmáticos ou aqueles com doença pulmonar, mas que não usem um nebulizador (por exemplo, uma câmara de retenção).
- Você também precisa ajudar os residentes a saber o que fazer se espirrarem ou tossirem (em seus quartos, e também em áreas comuns). Isso significa educar as pessoas para:
 - Tossir ou espirrar sob o cotovelo, ou coloque a mão sobre a boca ao fazê-lo, seguido pela higiene das mãos.
 - Usar lenços de papel apenas uma vez e depois jogá-los na lixeira.

17. Relatórios do Exame de Saúde Periódico

Quando um caso suspeito se desenvolve, o contato local do Public Health England deve ser notificado. Se os funcionários da clínica de repouso não puderem contatar essa pessoa, eles podem falar com o Clínico Geral alocado, ou com o profissional de cuidados de saúde primário. O residente deve ser isolado até que os resultados dos 2 testes estejam disponíveis, mas um contato adicional com o profissional de saúde alocado pode ser requerido mesmo no contexto de um teste negativo (tendo em vista a atual alta taxa de falsos negativos) – por exemplo, repetir os testes depois de 2-4 dias pode ser sugerido em casos onde há uma alta probabilidade de pré-teste de infecção do COVID-19.

Entretanto, sabemos que qualquer um que não apresente sintomas, ou sintomas leves, pode estar espalhando o vírus (ou seja, caso suspeito ou não). Isso significa que realmente todos os residentes e equipe de funcionários devem ser testados tão regularmente quanto possível.

18. Preparação da solução de cloro

Esta orientação é para quando você precisar criar a solução de cloro para desinfecção de EPI ou outros itens, e para a desinfecção de superfícies. A força recomendada (0,1% ou 1.000 ppm) baseia-se na orientação atual da OMS e o método de preparação está de acordo com os procedimentos usados durante os surtos de Ebola.

Note que 0,1% de cloro é o mesmo que 1.000 ppm ou 1.000 mg/L.

Segurança

Várias coisas para estar ciente:

- Os produtos de cloro emitem um gás denso – é melhor ter a área de mistura e armazenamento longe das áreas de convivência e em espaço bem ventilado, de preferência dentro da zona âmbar e com ligação com exterior (por exemplo, terraço para secagem).
- Não armazene ao lado de combustíveis, fontes de calor, extintores de incêndio de pó seco, outros tipos de cloro, compostos contendo nitrogênio, oxidantes ou qualquer coisa corrosiva ou inflamável.
- Evite o contato com a pele, use luvas e proteção ocular, não inale vapores.

Tipos de cloro

Você precisa criar uma solução de 0,1% baseada no tipo de produto à base de cloro que você tem no local. Suas opções podem ser:

- Cloro granular 90% de força (emprestado de piscinas – note que para este tipo, que não deve ser do tipo de dissolução lenta – tudo deve dissolver quando você misturá-lo)
- Cloro granular 70% de força (comumente usado no tratamento de água).
- Alvejante líquido 5% de força (de lojas – não é tão bom, já que o cloro pode ter expirado com produtos líquidos, e além disso, em climas quentes, a taxa de degradação é mais rápida). Existe o risco de não ser eficaz (o cheiro não é um bom indicador de cloro ativo).

Procedimento

1. Adicione a quantidade de água relevante em um balde. Observação: não adicione água ao cloro, adicione sempre cloro à água – isto é para evitar a reação química excessiva.
2. Adicione lentamente os grânulos de cloro, a quantidade a adicionar sendo determinada pela % de força do cloro (veja abaixo) e o número de litros que você estiver produzindo.
3. Mexa suavemente por pelo menos 30 segundos.
4. Desinfete os itens desta solução por pelo menos 10 minutos antes de enxaguar e secar.
5. Os itens normalmente são secados por gotejamento – isso pode ser feito no lado de fora em uma linha, ou dentro em uma sala molhada ou sala de secagem.

Note que as diluições de cloro vão deteriorar ao longo do tempo, especialmente quando você estiver colocando vários itens nelas. Portanto, elas devem ser trocadas regularmente (pelo menos uma vez por dia, mas se muito usadas e/ou visivelmente sujas, então duas vezes por dia).

Quanto cloro adicionar para o passo 2 depende do produto que você tem. Para diferentes produtos, veja tabela abaixo:

Produto	Quantidade a adicionar por 1 litro de água
Cloro granular 90%	1.11 gramas
Cloro granular 70%	1.43 gramas
Alvejante líquido 5%	20 ml

Se o seu produto tiver uma % diferente de cloro ativo, você poderá ajustá-lo ao seu produto, desde que você saiba a % de cloro ativo indicado no rótulo. Faça-o baseado na fórmula:

$$(1 \times 100) / \%$$

Por exemplo, se usar cloro granular de 90%:

- $(1 \times 100) / 90 = 1,11$ gramas a serem adicionadas para cada litro de água. É melhor usar balanças de cozinha digitais para medir o peso (mantenha essas balanças especificamente para esta tarefa, não devolvê-las para a cozinha!).
- Se você quisesse fazer 20 litros, adicionaria $1,11 \times 20 = 22,2$ gramas aos 20 litros de água no balde.
- Observação: suas balanças provavelmente medirão apenas até o grama mais próximo – isso é mais do que suficientemente preciso, então no caso deste exemplo, algo em torno de 22 ou 23 gramas é o que é necessário nessa quantidade de água.

19. Transmissão assintomática e pré-sintomática em clínicas de repouso

Há evidências crescentes de transmissão assintomática e pré-sintomática de Covid-19 em clínicas de repouso. É aqui que tanto os residentes quanto os funcionários podem parecer saudáveis e não ter sintomas óbvios, quando na realidade eles têm Covid-19 e carregam o vírus em quantidades suficientes para infectar outras pessoas ou objetos.

Abaixo está uma lista de pesquisas recentes sobre a prevalência de transmissão assintomática e pré-sintomática em abrigos de idosos, com os principais pontos de retirada resumidos para cada uma. Isso vem de uma revisão das evidências que realizamos, que está disponível:

- Através do link na página de retenção do documento: <https://www.bushproof.com/care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-of-covid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones/>.
- Através de um blog explicando esta evidência: <https://ltccovid.org/2020/06/12/asymptomatic-and-pre-symptomatic-transmission-in-uk-care-homes-and-infection-prevention-and-control-ipc-guidance-an-update/>.

Pesquisa	Principais lições a serem tiradas
<p>Oran, D.P.; Topol, E.J. (2020) Prevalência de Infecção Assintomática SARS-CoV-2 – Revisão Narrativa. <i>Ann Intern Med</i>.</p> <p>Publicado online em 3 de junho de 2020.</p> <p>https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M20-3012</p>	<p>"A probabilidade de que aproximadamente 40% a 45% dos infectados com SARS-CoV-2 permaneçam assintomáticos sugere que o vírus pode ter um potencial maior do que a estimativa anterior para se espalhar silenciosamente e profundamente através de populações humanas."</p>
<p>Wei, W.E. <i>et al</i> (2020) Transmissão pré-sintomática de SARS-CoV-2 – Cingapura, 23 de janeiro a 16 de março de 2020. <i>Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade</i>, CDC.</p> <p>https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6914e1-H.pdf</p>	<p>"Esta investigação identificou sete 'clusters' (grupos de pessoas infectadas) de COVID-19 em Cingapura, nos quais provavelmente ocorreu a transmissão pré-sintomática. Dos 243 casos de COVID-19 notificados em Cingapura em 16 de março, 157 foram adquiridos localmente; 10 dos 157 (6,4%) casos adquiridos localmente estão incluídos nesses 'clusters' e foram atribuídos à transmissão pré-sintomática".</p>
<p>Kimball, A. <i>et al</i> (2020) Infecções assintomáticas e pré-sintomáticas de SARS-CoV-2 em residentes de uma clínica de enfermagem qualificada para cuidados de longo prazo – King County, Washington, março de 2020. <i>Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade</i>, CDC. 3 de abril de 2020, Vol. 69, No. 13.</p> <p>https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6913e1-H.pdf</p>	<p>A experiência de uma clínica de enfermagem qualificada mostrou que 30% dos residentes que foram testados eram positivos, mas destes mais da metade (57%) não apresentava sintomas no momento do teste (mas 7 dias após o teste, 10 dos 13 haviam desenvolvido sintomas). Este estudo sugere que a triagem baseada nos sintomas em instalações de atendimento de longo prazo pode não identificar aproximadamente metade dos residentes com COVID-19.</p>

<p>Arons, M.M. <i>et al</i> (2020) Infecções e Transmissão de SARS-CoV-2 pré-sintomáticos em uma Clínica de Enfermagem Qualificada. <i>The New England Journal of Medicine</i>.</p> <p>Publicado em 24 de abril de 2020.</p> <p>https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2008457?articleTools=true</p>	<p>A experiência de uma clínica de enfermagem qualificada descobriu que 63% dos residentes testados positivos, e mais da metade deles (57%), não tinha sintomas no momento do teste. As estratégias de controle de infecções focadas apenas em residentes sintomáticos não foram suficientes para impedir a introdução do vírus na clínica.</p>
<p>Gandhi, M.P.H. <i>et al.</i> (2020) Transmissão assintomática, o calcanhar de Aquiles das Estratégias Atuais para Controlar o Covid-19. <i>The New England Journal of Medicine</i>.</p> <p>Publicado em 24 de abril de 2020.</p> <p>https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMe2009758?articleTools=true</p>	<p>As cargas virais com SARS-CoV-1 (vírus de 2003) foram associadas ao aparecimento dos sintomas, um pico médio de 5 dias a mais depois do que as cargas virais com SARS-CoV-2 (vírus a partir de 2020). Foi isso que tornou a detecção baseada em sintomas de infecção mais eficaz no caso do SARS CoV-1.</p> <p>Com o vírus atual (SARS-CoV-2), pessoas que não têm sintomas podem carregar o vírus e ser infecciosas – por exemplo, 17 das 24 amostras (71%) de pessoas pré-sintomáticas tinham vírus viável por cultura 1 a 6 dias antes do desenvolvimento dos sintomas.</p>
<p>Baggett, T. P. <i>et al</i> (2020) Prevalência de infecção por SARS-CoV-2 em residentes de um grande abrigo de sem-teto em Boston. <i>JAMA</i>.</p> <p>Publicado em 27 de abril de 2020.</p> <p>https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765378</p>	<p>Um total de 147 participantes (36,0%) teve resultados de teste PCR positivos para SARS-CoV-2. Entre eles, tosse (7,5%), falta de ar (1,4%) e febre (0,7%) eram todos incomuns, e 87,8% eram assintomáticos.</p> <p>A maioria dos indivíduos com infecções recém-identificadas não apresentava sintomas e febre no momento do diagnóstico, sugerindo que a triagem de sintomas em abrigos para desabrigados pode não capturar adequadamente a extensão da transmissão da doença neste ambiente de alto risco. Esses resultados suportam testes PCR de todos os residentes de abrigo assintomáticos, se um indivíduo sintomático com COVID-19 for identificado no mesmo abrigo.</p>
<p>Du, Z. <i>et al</i> (2020) Intervalo Serial do COVID-19 entre Casos Confirmados Publicamente Relatados. <i>Carta de Pesquisa</i>, Volume 26, Número 6 - Junho de 2020.</p> <p>https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/6/20-0357_article</p>	<p>"12,6% dos relatos de casos indicaram transmissão pré-sintomática".</p> <p>"Cinquenta e nove dos 468 relatos indicam que o infectado tinha sintomas mais cedo que o infectador. Assim, a transmissão pré-sintomática pode estar ocorrendo".</p>

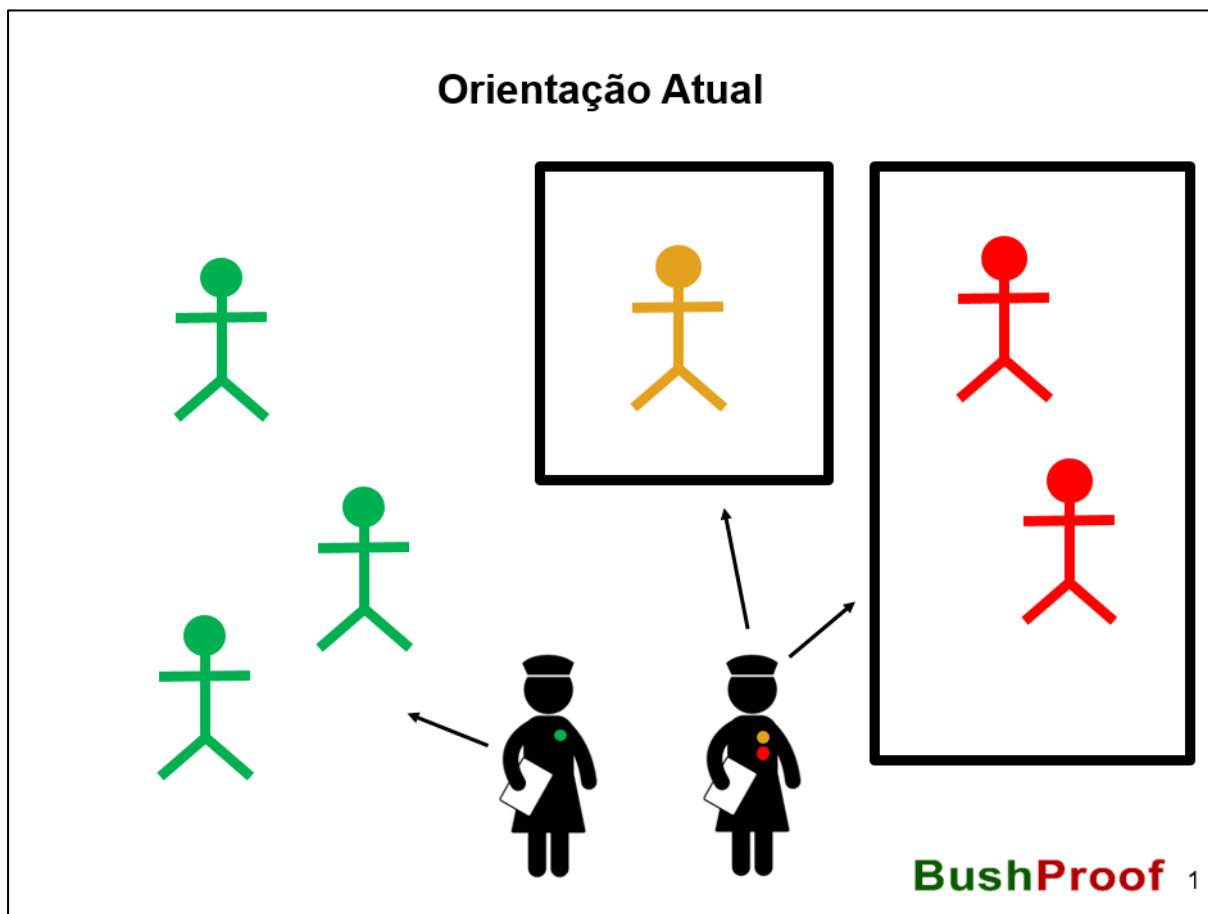
<p>Vetter, P. et al (2020) Características clínicas do Covid-19: A ampla gama de sintomas tem implicações para a estratégia de teste. <i>Editorial, BMJ</i> 2020;369:m1470.</p> <p>Publicado em 17 de abril de 2020.</p> <p>https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1470.full.pdf</p>	<p><i>"As evidências disponíveis dos relatórios observacionais e de modelagem indicam que até 12% da transmissão ocorre antes de um caso de índice desenvolver os sintomas. Isso tem implicações importantes para a eficácia de qualquer estratégia de teste e para medidas de triagem e busca dos contatos. Para reduzir a transmissão ativa do SARS-CoV-2, os testes devem ser estendidos muito além das pessoas que se encaixam em uma definição de caso estreito e outras populações atualmente consideradas em risco. A estratégia atual não capturará o quadro completo, faltando um número substancial de pacientes com apresentações atípicas, ou poucos sintomas. E pior, critérios restritivos de teste podem resultar em casos não reconhecidos que transmitem o vírus em ambientes de saúde ou comunidade, e em atrasos na triagem e gestão adequada dos pacientes".</i></p>
<p>He, X. et al (2020) Dinâmica temporal em derramamento viral e transmissibilidade de COVID-19. Breve Comunicação. <i>Nat Med.</i> 2020; 26: 672–5.</p> <p>Arquivo Epub antes da impressão.</p> <p>Publicado em 15 de abril de 2020.</p> <p>https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5.pdf</p>	<p><i>"Relatamos padrões temporais de derramamento viral em 94 pacientes com COVID-19 confirmados laboratorialmente, e perfis de infecciosidade de COVID-19 modelados de uma amostra separada de 77 pares de transmissão infectador-infectado. Observamos a maior carga viral em cotonetes de garganta no momento do início dos sintomas, e inferimos que a infecciosidade atingiu o pico durante ou antes do início dos sintomas. Estimamos que 44% (margem de confiança de 95%, 25 a 69%) de casos secundários foram infectados durante o estágio pré-sintomático dos casos de índice, em ambientes com agrupamento domiciliar substancial, buscas ativas de casos e quarentena fora de clínica. As medidas de controle da doença devem ser ajustadas para explicar a provável transmissão pré-sintomática substancial".</i></p>

Com isso em mente temos portanto, que programar os procedimentos corretos de prevenção e controle de infecções para impedir que essa transmissão aconteça (de pessoas para pessoas, ou pessoas para objetos, e vice-versa). Para uma explicação disso, por favor, veja um ou ambos Webinars (você pode assistir ao vídeo com legendas em português, ativando primeiro o menu de legendas, seguido do menu de configuração e, em seguida, selecione a opção de legendas >> tradução simultânea >> português):

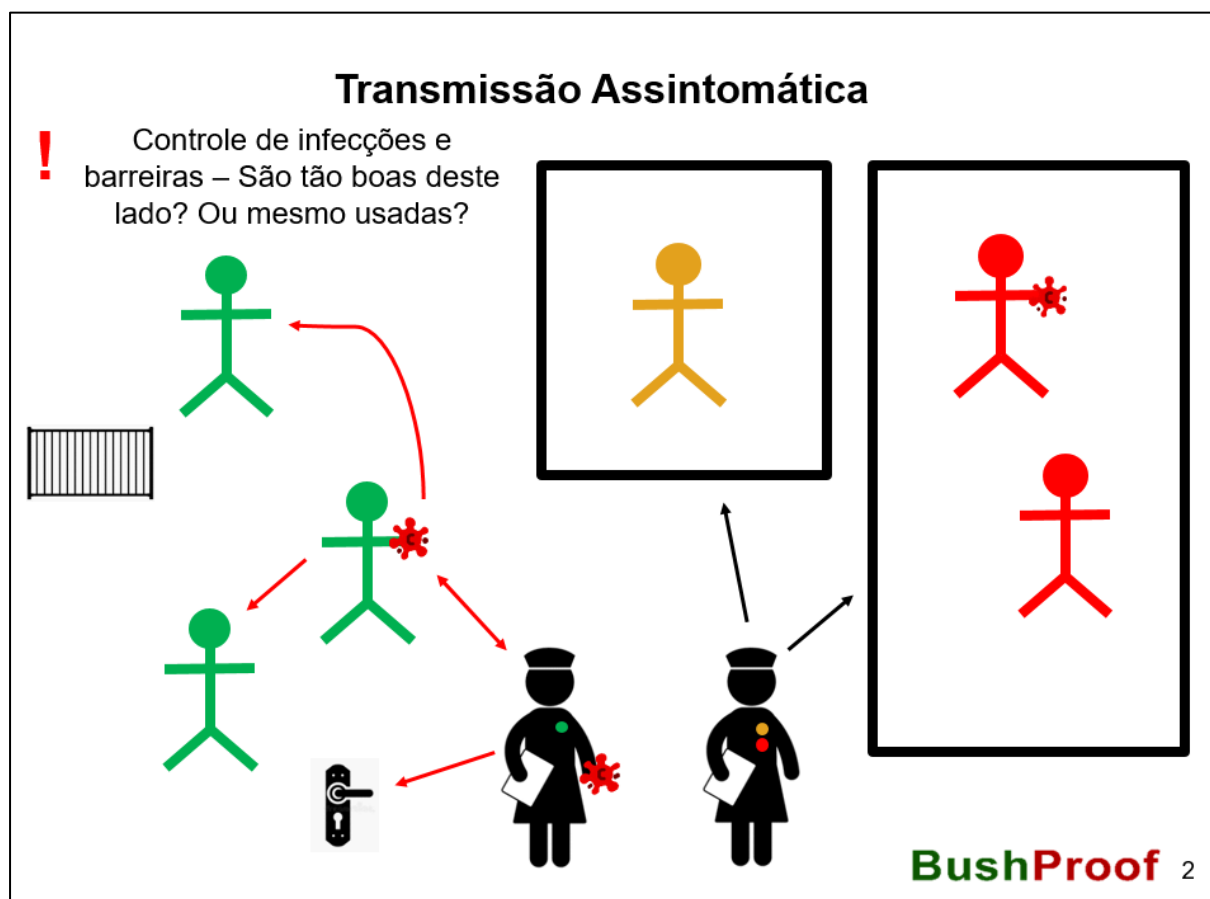
- Webinar gravado em 23 de abril: <https://youtu.be/QNN9iTnnRH0> (na transmissão a partir do nono minuto).
- Webinar gravado em 25 de maio: <https://www.youtube.com/watch?v=kbTifRj7rg4>.

Alguns slides dos Webinars foram incluídos abaixo para ajudar a explicar isso.

1. A orientação prévia disponível foi isolar aqueles com sintomas (vermelhos), colocar em quarentena qualquer pessoa que chegasse do hospital por 14 dias (âmbar), e ter funcionários alocados nesses casos. Aqueles sem sintomas (verdes) foram atendidos normalmente.



2. O problema com isso está na transmissão assintomática e pré-sintomática. Se um residente ou funcionário não tiver sintomas, ele ainda pode (a) ter COVID-19 e (b) ser infeccioso para outros.
- Essa transmissão pode acontecer de funcionários para residentes, ou vice-versa, ou de residente para residente.
 - E também, há a chance de alguém que é sintomático não ter COVID-19.
 - No exemplo abaixo, mostramos a categorização de funcionários e residentes por sintomas (mostrados por cor), ao mesmo tempo em que mostramos aqueles que realmente têm o vírus para estar carregando um pequeno vírus vermelho. Então aqui podemos ver que temos um residente assintomático que está carregando o vírus (categorizado como verde, desde que ele não tenha sintomas), um membro da equipe assintomática que também está carregando o vírus que foi alocado para trabalhar nas áreas verdes, e um portador sintomático do vírus (vermelho). Todos podem transmitir o vírus para outros residentes e outros funcionários ou objetos inanimados, se eles não realizarem a higiene obsessiva das mãos, usar o EPI e outros protocolos. Isso mostra que a triagem e a ação apenas com base nos sintomas, não vai parar o vírus, e que os portadores assintomáticos são um sério risco de disseminação do vírus se não tomarmos medidas para parar isso.



- ### Soluções: barreiras para a transmissão assintomática

