



Organização  
Mundial da Saúde

Região Africana

**Nota de informação técnica relativa à  
adaptação de medidas de prevenção  
e controlo de infeções (PCI) em  
unidades de saúde no contexto da  
Ómicron**

**WHO/AF/EPR/EMR/07, 2022**

**© Escritório Regional da OMS para a África 2022**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob [licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo)  
Nb: The link to the Portuguese (Portugal) license is [https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt\\_PT](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt_PT)

# Nota de informação técnica relativa à adaptação de medidas de prevenção e controlo de infeções (PCI) em unidades de saúde no contexto da Ómicron

## Principais mensagens

- ▶ As unidades que prestam cuidados de saúde (UCS) são um ponto de intersecção onde doentes, **profissionais de saúde** e visitantes convergem; desta forma têm um papel amplificador na evolução da situação epidemiológica. Portanto, é imperativo implementar em todas as UCS programas de prevenção e controlo de infeções (PCI) que sejam robustos.
- ▶ Evitar que as UCS afrouxem as medidas de PCI, ao invés devem reforçar a conscientização em relação a precauções padrão e baseadas na transmissão, bem como garantir o uso universal de máscara dentro das instalações, a triagem e o isolamento, a aplicação de estratégias multimodais de higiene das mãos e a disponibilidade de equipamento de protecção individual (EPI) a fim de melhorar o cumprimento dos princípios de PCI.
- ▶ Reforçar a capacidade dos **profissionais de saúde** encarregues de actividades de triagem nas unidades de saúde e apoiar a formação em cascata sobre WASH/PCI contra a COVID-19 ao nível subnacional
- ▶ Dar prioridade à protecção dos profissionais de saúde, estabelecendo uma estratégia nacional de detecção sistemática e precoce da infecção por SARS-CoV-2 e exposição dos profissionais de saúde; as UCS devem instituir políticas seguras de regresso ao trabalho após períodos de isolamento/quarentena.
- ▶ A tabela de pontuação das unidades de saúde que tem vindo a ser aplicada desde o início da epidemia é uma ferramenta valiosa para melhorar as medidas de PCI ao nível das UCS e a sua implementação é imprescindível para monitorizar sistematicamente a evolução da situação.
- ▶ No que se refere aos Estados-Membros, consideram-se as medidas prioritárias seguintes:
  - criar um sistema nacional abrangente para atingir os requisitos mínimos recomendados ao nível nacional e ao nível das unidades de saúde;
  - melhorar a aceitação da vacinação contra a COVID-19 pelos profissionais de saúde que constituem um público-alvo prioritário;
  - incrementar a produção, quantificação, aquisição e distribuição de EPI, incluindo respiradores e máscaras cirúrgicas para utilização em contextos de saúde e de cuidados de maneira a assegurar a todos os profissionais de saúde um acesso equitativo, incluindo em zonas mais afastadas.

## 1. Introdução

As UCS desempenham um papel de relevo na mitigação do impacto de surtos de doença. Desde 2020, quando foi confirmado na Região Africana o primeiro caso de doença provocada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), os Estados-Membros adoptaram as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) no sentido de implementar nas UCS medidas destinadas a reforçar a capacidade de resposta contra a COVID-19 e de continuar a prestar serviços essenciais de saúde aos demais doentes. Porém, dada a natureza evolutiva do vírus, que resultou no aparecimento de sucessivas variantes (Alpha, Beta, Delta e a mais recente Ómicron), tem sido necessário rever constantemente os dados factuais e ajustar as recomendações em conformidade. Nos últimos dois anos, as mutações da síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus 2 (SARS-CoV-2) deram lugar a variantes que estão na origem das quatro vagas que a maioria dos países africanos enfrentaram, conjugadas com um número acrescido de casos. Devido à natureza prolongada da pandemia, os governos, os empregadores e as comunidades estão desejosos de retomar uma vida normal como antes da COVID-19 e extinguir medidas sociais e de saúde pública (MSSP). Convém

realçar que os **profissionais de saúde** não foram poupados à fadiga, sendo chamados a trabalhar incansavelmente e em circunstâncias difíceis para prestar cuidados em UCS sobrecarregadas.

Inadvertidamente, isso originou relutância e fraca adesão em relação às medidas de PCI nas unidades de saúde e nas comunidades, resultando num elevado número de infecções nessa coorte. Nas unidades que prestam cuidados de saúde, a PCI tem por objectivo<sup>1</sup>:

- reduzir a transmissão de infecções associadas aos cuidados de saúde e, desta forma, aumentar a segurança de todas as pessoas presentes numa unidade de saúde, incluindo os doentes, os **profissionais de saúde** e os visitantes;
- melhorar a capacidade de uma unidade de saúde dar resposta a um surto;
- baixar ou eliminar o risco de a própria unidade de saúde amplificar o surto.

Tendo em mente estes objectivos e as diferentes características epidemiológicas e virológicas do vírus da SARS-CoV-2 parece ser necessário rever as medidas implementadas dentro das UCS e, nelas, continuar a proteger doentes, visitantes e **profissionais de saúde**.

## 2. Contexto

Segundo as actualizações diárias da OMS sobre a situação da COVID-19 na Região Africana em 8 de Março de 2022, registou-se desde o início da pandemia<sup>2</sup> um total cumulativo de 153.257 infecções nos profissionais de saúde (o que representa 2% da totalidade dos casos) em 46 países. Enquanto prestadores que se encontra na linha da frente, os **profissionais de saúde** estiveram e ainda estão expostos a riscos acrescidos de contágio pelo SARS-CoV-2 e, conseqüentemente, é preciso continuar a aperfeiçoar as medidas de PCI nas instalações de saúde. A actual pandemia de COVID-19 evidenciou a insuficiência dos programas de PCI, tanto ao nível nacional como das unidades de saúde.<sup>4</sup> Apesar de ter havido progressos consideráveis na melhoria das práticas de PCI no contexto africano, ainda há muito caminho por trilhar para melhorar os programas e as medidas de PCI nas unidades de saúde. Algumas das principais lições que se podem tirar da pandemia de COVID-19, conforme destacado no [Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: Consolidar a resiliência dos sistemas de saúde com vista à cobertura universal de saúde e à segurança sanitária durante a pandemia de COVID-19 e posteriormente](#):<sup>3</sup>, indicam que, antes da pandemia de COVID-19, os países só estavam preparados para pequenas emergências de saúde e não para emergências que ultrapassassem as suas capacidades, tendo a pandemia evidenciado as lacunas nos sistemas de saúde, incluindo carências em termos de PCI.

Inúmeros desafios afectam a implementação eficaz da PCI, incluindo a ausência de programas sustentáveis com pessoal e orçamentos dedicados, a inexistência de documentos e orientações estratégicas, a falta de infra-estruturas (água, saneamento e higiene, instalações “WASH”), a escassez de pessoal e enormes falhas nos conhecimentos em matéria de PCI. Uma iniciativa de emergência para melhorar a PCI nos cuidados primários, abrangendo ao todo 8.444 unidades de saúde em 22 países africanos, recomendou a sua promoção junto dos Estados-Membros de modo a formularem políticas, orientações e programas de formação, a realizarem uma supervisão solidária e a criarem sistemas de monitorização e avaliação para melhorar a sustentabilidade da PCI.<sup>4</sup>

Além disso, para reforçar a PCI nas UCS, o Escritório Regional da OMS para a África desenvolveu uma tabela de pontuação. Trata-se de uma ferramenta que permite fazer avaliações rápidas da PCI nas unidades de saúde e nortear melhorias ao nível das mesmas. A ferramenta avalia os seguintes componentes: disponibilidade de programas de PCI ao nível da unidade de saúde; triagem; isolamento; pontos onde lavar as mãos; EPI; separação de lixo; eliminação de resíduos; formação; alerta intra-hospitalar; esterilização; bio-limpeza; exposição dos **profissionais de saúde**; abastecimento de água e saneamento. A pontuação média de 16 países que partilharam os resultados das suas avaliações relativamente a 14 componentes (Figura 1) cifrou-se em 65% após

a primeira ronda de avaliações, tendo progredido para 75% graças à implementação de intervenções em matéria de PCI.

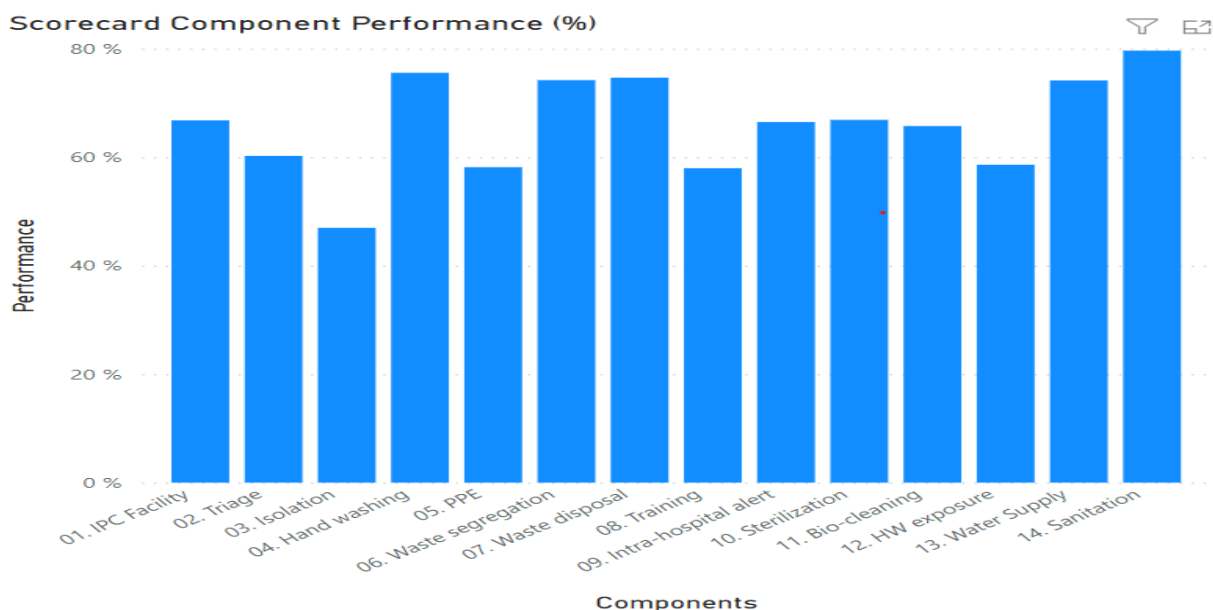


Figura 1. Resultados das avaliações às tabelas de desempenho das unidades de saúde relativamente a 16 países

### Variante Ómicron

O vírus SARS-CoV-2 tem vindo a sofrer mutações e a mais recente Ómicron, foi classificada de variante que suscita preocupação (VP) devido à sua elevada transmissibilidade e ao seu potencial de escapar à imunidade.<sup>5</sup> Os dados actuais sugerem haver um risco de reinfeção com a variante Ómicron, embora a gravidade da doença seja menor, conforme se verificou na África do Sul, no Reino Unido, na Dinamarca e em Israel.<sup>6</sup> Além disso, as estirpes BA.1, BA.1.1 e BA.2 da variante Ómicron encontram-se todas em circulação no mundo. Estão a ser acompanhadas de perto e a OMS e os parceiros têm instado os países a monitorizar a sua sequenciação, a sua transmissibilidade, bem como a gravidade da doença.<sup>26</sup> No entanto, apesar dos indícios sugerindo uma gravidade da doença mais reduzida, não existe garantia nenhuma que futuras variantes não tenham maior virulência e, conseqüentemente, recomenda-se que as unidades de saúde se dotem de um programa de PCI operacional com um ponto focal próprio no sentido de apoiar medidas de PCI na unidade de saúde para proteger os profissionais de saúde e os doentes vulneráveis.

## 3. Considerações para as unidades

### a) Rastreio e triagem

Pese embora a queda do número de casos, a OMS recomenda vivamente que continue a ser feito o rastreio activo no primeiro ponto de contacto da **unidade de saúde** e a triagem para identificação precoce de doentes suspeitos de COVID-19.<sup>7</sup> A implementação rápida das medidas de controlo na origem deve continuar a ser efectuada<sup>7</sup> com o intuito de quebrar a cadeia de contágio.

### Triagem

Os doentes que apresentam sintomas de desconforto respiratório e suspeitas de COVID-19 e graves problemas de saúde subjacentes devem ser submetidos prioritariamente a avaliação médica após o rastreio e isolamento. As ferramentas de triagem normalizadas e validadas (incluindo a ferramenta de triagem integrada interagências da OMS/CICV/MSF/FSCVCV)<sup>7</sup> devem ser utilizadas para

identificar pessoas que necessitam de cuidados imediatos e aquelas que podem esperar em segurança.

### ***Isolamento ou zona de espera designada***

Devem ser previstas salas de isolamento com boa ventilação, bancos ou cadeiras colocados no mínimo a 1 metro de distância do serviço de urgência, onde doentes com suspeita de COVID-19 possam esperar até serem avaliados. Além disso, na zona de espera deve haver máscaras para incentivar o seu uso universal de máscara pelos doentes, pessoal e visitantes, casas de banho dedicadas, postos de higienização das mãos e caixotes do lixo com tampa para a deitar fora lenços de papel usados na higiene respiratória ou depois de lavar as mãos.<sup>7</sup>

### ***Despistagem no internamento***

Os profissionais de saúde devem continuar a fazer avaliações regulares dos doentes através do rastreio de doentes internados e em ambulatório de modo a identificar indivíduos suspeitos ou confirmados de COVID-19, pois isso ajudará a reduzir o risco de transmissão do SARS-CoV-2 nas unidades de saúde.<sup>7</sup>

### ***b) Precauções normalizadas e em função da transmissão***

As precauções padrão correspondem a cuidados básicos que devem ser permanentemente observados por qualquer profissional de saúde, enquanto as precauções em função da transmissão vêm somar-se às precauções padrão referindo-se a doentes com infecção conhecida ou suspeita.

#### **Precauções normalizadas**

**Higiene das mãos:** Executar a higiene das mãos de acordo com a abordagem da OMS: “*Os meus 5 momentos para a higienização das mãos*”. Utilize gel à base de álcool (contendo 60-80% de álcool) ou sabão, água e toalhas descartáveis.<sup>8</sup>

**Higiene respiratória:** Cabe aos funcionários aplicar e promover a higiene respiratória e ajudar as pessoas que necessitam de assistência, como seja fornecer aos doentes lenços de papel, sacos de plástico para lenços de papel usados e postos para higienização das mãos, conforme necessário. Devem ser afixados cartazes e informações gráficas sobre a higiene respiratória na unidades de saúde.<sup>9</sup>

**Uso de equipamento de protecção individual (EPI):** A utilização racional e correcta de EPI reduz a exposição ao SARS-CoV-2 e o contágio. Antes de contactar com doentes, os **profissionais de saúde** devem efectuar avaliações de risco e seleccionar o EPI adequado e limpo a utilizar, como sejam luvas de procedimento não estéreis, bata não estéril resistente aos fluidos, máscara e protecção ocular ou viseira facial.<sup>9</sup>

**Limpeza e desinfeccção do meio-envolvente:** Todas as superfícies e equipamentos nas unidades de saúde, sobretudo as superfícies frequentemente tocadas e aquelas que estão visivelmente sujas ou contaminadas por fluidos corporais, devem ser regularmente limpas e desinfectadas.<sup>10</sup> As seguintes listas de verificação para materiais de limpeza utilizados nos cuidados a doentes com COVID-19 podem ser consultadas através destas hiperligações: [Care, cleaning and disinfection of BiPAP/CPAP devices \(who.int\)](#)<sup>11</sup>; [Care, cleaning and disinfection of oxygen concentrators \(who.int\)](#)<sup>12</sup>; [Care, cleaning and disinfection of invasive mechanical ventilators \(who.int\)](#)<sup>13</sup>; [Care, cleaning and disinfection of pulse oximeters and patient monitors devices \(who.int\)](#)<sup>14</sup>; [Care, cleaning and disinfection of high flow nasal cannula \(who.int\)](#)<sup>15</sup>; and [care-cleaning-and-disinfection-of-respiratory-equipment \(1\).pdf](#)<sup>16</sup>.

**Gestão de resíduos:** A maior parte dos resíduos gerados nas unidades de saúde corresponde a lixo comum não infeccioso (como embalagens, resíduos alimentares, toalhas descartáveis para secar as mãos).<sup>27</sup> Estes resíduos em geral devem ser separados dos resíduos infecciosos em contentores de lixo claramente identificados, ensacados, fechados e eliminados como lixo comum municipal. Os resíduos infecciosos produzidos no tratamento a doentes, incluindo os resíduos daqueles com infecção confirmada de SARS-CoV-2 (como sejam material médico cortante, ligaduras, resíduos patológicos), devem ser recolhidos de forma segura em contentores devidamente revestidos e caixas para material cortante.<sup>9</sup>

### **Precauções em função da transmissão**

**Constante uso universal e direccionado de máscaras:** Em qualquer contexto onde sejam prestados cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19, incluindo cuidados domiciliários, unidades de cuidados continuados e locais de prestação de cuidados comunitários, **os profissionais de saúde devem usar uma máscara com respirador (FFP2, FFP3, aprovada NIOSH N95 ou equivalente ou respirador de nível superior certificado) ou máscara cirúrgica a par de outros EPI - bata, luvas e óculos de protecção - antes de entrar num quarto onde está um doente com suspeita ou confirmação de COVID-19. O uso universal de máscara aplica-se igualmente a doentes e visitantes.**<sup>17</sup> [Recomendações da OMS sobre uso de máscaras por profissionais de saúde no quadro da variante Ómicron, que suscita preocupação: Orientações provisórias da OMS, 22 de Dezembro de 2021](#)<sup>17</sup>

**Isolamento e agrupamento de doentes suspeitos ou confirmados com COVID-19:** Sempre que possível a prestação de cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 deve ser assegurada por equipa dedicada de **profissionais de saúde assim como** o número de **profissionais de saúde** que contacta com cada doente com COVID-19 deve ser circunscrito. Os doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 devem ficar isolados em quartos individuais ou, à falta deles, colocados no mesmo quarto, seguindo princípios específicos.<sup>7</sup>

**Precauções em relação ao contacto e às gotículas:** Além de ter cuidados padrão, todas as pessoas devem tomar precauções em relação ao contacto e às gotículas antes de entrar num quarto onde está um doente suspeito ou confirmado de COVID-19.<sup>7</sup> **Deve ser usado um respirador, bata, luvas e óculos de protecção antes de entrar num quarto onde está um doente com suspeita ou confirmação de COVID-19**<sup>17</sup>

**Precauções em relação a transmissão por via aérea:** Além de ter cuidados padrão, todas as pessoas devem tomar precauções em relação ao contacto, às gotículas e transmissão por via aérea antes de entrar num quarto onde está um doente com suspeita ou confirmação de COVID-19. **Os profissionais de saúde que realizam procedimentos geradores de aerossóis (PGA) e os profissionais de saúde em serviço em contextos onde se efectuam regularmente PGA em doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19, como em unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados semi-intensivos ou serviços de urgência**<sup>17</sup>, devem usar sempre um respirador a par de outros EPI. No contexto africano, onde abundam relatórios sobre a escassez de EPI, a OMS incentiva os Estados-Membros a ampliar a produção, quantificação, aquisição e distribuição de EPI que incluem respiradores e máscaras médicas para utilização em ambientes de saúde e de cuidados, pois trata-se de garantir um acesso equitativo a todos os profissionais de saúde e prestadores de cuidados.<sup>17</sup>

**Gestão de cadáveres:** Pessoas que tenham falecido de COVID-19 podem ser enterradas ou cremadas de acordo com as normas locais e as preferências familiares sendo observadas as práticas de PCI. Não há dados factuais que comprovem a afirmação segundo a qual os cadáveres são altamente infecciosos e, portanto, recomenda-se a quem os manuseia a prática das precauções padrão. Os **profissionais de saúde** devem efectuar uma avaliação preliminar e dos

riscos antes de proceder a qualquer intervenção de gestão de uma vítima suspeita ou confirmada de COVID-19 e seguir as directrizes da OMS em termos de prevenção e controlo de infecções na gestão segura de um cadáver no contexto da COVID-19.<sup>18</sup>

### c) **Implementar controlos administrativos:**

Devem ser instituídas políticas de prevenção e controlo de transmissão do SARS-CoV-2 dentro da unidade de saúde. Nelas incluem-se as estratégias destinadas a minimizar a transmissão de infecções, nomeadamente: a prevenção, a identificação e a gestão da COVID-19 nos profissionais de saúde; as medidas administrativas de gestão das visitas; e as fiscalizações meio-ambientais e de engenharia, dando ênfase particular à necessidade de ter uma boa ventilação.<sup>7</sup>

É imprescindível uma abordagem multidisciplinar e integrada incluindo medidas de PCI, vigilância e em matéria de higiene e segurança no trabalho para prevenir infecções por SARS-CoV-2 entre **profissionais de saúde**, visitantes e doentes.<sup>14</sup>

### **Prevenção, identificação e gestão das infecções da COVID-19 entre profissionais de saúde**

Há que reforçar as estratégias nacionais e subnacionais de testagem para detectar infecções por SARS-CoV-2 nos **profissionais de saúde**, incluindo nas unidades de cuidados. Devem continuar a ser fornecidas orientações sobre a gestão dos **profissionais de saúde** expostos ou infectados com o SARS CoV-2, incluindo no que diz respeito ao seu regresso seguro ao trabalho. A vigilância sindrómica, que abrange a vigilância activa e a vigilância passiva, e as estratégias nacionais de testagem, que inclui os testes de rotina dos **profissionais de saúde** e a realização de testes aos **profissionais de saúde** depois de uma exposição ao SARS-CoV-2, são recomendadas conforme consta das orientações seguintes: [OMS-2019-nCoV-IPC long term care-2020.1-eng.pdf](#).<sup>20</sup> A ferramenta de avaliação dos riscos (Ferramenta 2), que faz parte do conjunto de ferramentas do Escritório Regional da OMS para a África relativamente a profissionais de saúde e que foi adaptada e contextualizada a partir das orientações provisórias: [OMS-2019-nCov-HCW risk assessment-2020.2-eng.pdf](#).<sup>21</sup> devem continuar a ser usadas para tentar determinar o risco de infecção por COVID-19 entre **profissionais de saúde** e reduzir o risco de propagação da infecção dentro da unidade de saúde e desta para a comunidade.

Devem ser instituídas medidas administrativas e organizacionais juntamente com os serviços de medicina do trabalho, para garantir a segurança do ambiente de trabalho em locais onde, tendencialmente, os funcionários se juntam (espaços de descanso, cafetarias, vestiários, etc.). Além disso, tem de haver uma forte colaboração com as secções dos recursos humanos e da logística para assegurar a disponibilidade de funcionários e de EPI suficientes, em número e quantidade.

**Quadro 1. Exemplos de abordagens de vigilância sindrómica** (adaptadas da prevenção, identificação e gestão das infecções em profissionais de saúde no contexto da COVID-19 (who.int))<sup>19</sup>

Cenário de transmissão da COVID-19	Tipo de vigilância sindrómica para profissionais de saúde	Possível abordagem
Sem casos ou casos esporádicos	Implementar uma vigilância sindrómica passiva	Se tiverem algum sintoma, incluindo febre, os funcionários comunicam eles próprios o seu estado à pessoa encarregue pela saúde do trabalho ou a outro responsável designado.
Concentrações de casos	Implementar a vigilância sindrómica passiva e,	Se tiverem algum sintoma, incluindo febre, os funcionários comunicam eles



	desde que haja recursos disponíveis, a vigilância activa	próprios o seu estado à pessoa encarregue pela saúde do trabalho ou a outro responsável designado. Se houver recursos disponíveis, considerar um processo para monitorizar activamente os funcionários e verificar se têm sintomas, incluindo febre.
Transmissão comunitária	Implementar uma vigilância sindrómica activa	É instituído um processo para medir a temperatura dos funcionários e submetê-los a uma avaliação activa (rastreamento) de sintomas no início de cada turno, pelo menos.

As unidades de saúde devem contar com uma política clara de regresso ao trabalho, seguindo as recomendações da OMS relativas à interrupção do isolamento após a infecção por COVID-19, bem como um sistema para gerir as suspeitas de infecção por COVID-19 e as medidas destinadas a **profissionais de saúde** que testam positivo para o SARS-CoV-2 e aqueles que sendo sintomáticos testam negativo.<sup>19</sup> Em cenários de elevada transmissão, podem ser encaradas mudanças à quarentena de 14 dias após um teste negativo ao SARS-CoV-2, seja PCR ou de TDR-Ag realizado por pessoal formado e qualificado, simultaneamente os profissionais de saúde em causa devem continuar a cumprir as precauções padrão e em função dos níveis contágio.<sup>22</sup> Além disso, o auto-teste à COVID-19, mediante teste de TR-Ag também é recomendado na orientação [OMS-2019-nCoV-Ag-RDT-Auto-testagem-2022.1-eng.pdf](#)<sup>28</sup>, tratando-se de uma abordagem de teste viável entre profissionais de saúde, que pode ajudar a melhorar o diagnóstico precoce e atempado levando os profissionais de saúde a tomar medidas adequadas de PCI para se protegerem a si próprios, aos seus doentes e aos respectivos colegas de trabalho. A abordagem de auto-teste à COVID-19 também reduz a quarentena e o absentismo dos profissionais de saúde no trabalho.<sup>28</sup>

#### *Medidas destinadas a gerir visitantes*

A gestão da unidade de saúde deve considerar políticas de visitas seguras após avaliação dos cenários de transmissão e da importância das visitas para o bem-estar dos doentes. As visitas devem ser agendadas para deixar tempo suficiente à triagem dos visitantes e dar-lhes instruções. No contexto da transmissão comunitária, as unidades de saúde devem implementar políticas para limitar o acesso aos visitantes para precaver infecções e reduzir a possibilidade de introduzir o SARS-CoV-2 nas unidades de saúde.<sup>7</sup>

#### **d) Controlo do meio envolvente e de engenharia:**

As normas relativas à ventilação suficiente de zonas específicas de unidades de saúde, uma concepção estrutural adequada, uma separação espacial e uma correcta limpeza do meio envolvente são elementos de PCI críticos que devem ser melhorados nas unidades de saúde.

#### *Ventilação*

Existem três métodos diferentes que podem ser utilizados para melhorar a ventilação dentro das unidades de saúde, incluindo a ventilação natural, mecânica e híbrida.<sup>23</sup> É possível consultar ao roteiro para implementação e aperfeiçoamento dos diferentes métodos de ventilação no contexto da COVID-19: [Roteiro para melhorar e garantir uma boa ventilação interior no contexto da COVID-19 \(who.int\)](#),<sup>24</sup> como orientação para os líderes das unidades de saúde e para as comissões de PCI.

## PCI nos cuidados relativos ao isolamento domiciliário

As orientações mais actualizadas sobre “[Cuidados domiciliários para doentes suspeitos ou confirmados de COVID-19 e gestão dos seus contactos \(who.int\)](#)”<sup>25</sup> salientam a importância da PCI comunitária nos cuidados relativos ao isolamento domiciliário, não só para prevenir a propagação da infecção pelo doente para as pessoas que o rodeiam, mas também para ajudar o cuidador na sua tarefa de atendimento ao doente. A este respeito, devem ser disponibilizadas orientações de saúde pública na comunidade para o pessoal que trabalha em centros de tratamento, agentes comunitários de saúde ou qualquer outro pessoal que trabalhe na prevenção e controlo da COVID-19.

### 4. Medidas prioritárias no que se refere aos Estados-Membros:

- Os Estados-Membros devem apoiar-se em dados factuais e na análise dos seus contextos, levando em consideração a situação epidemiológica, as avaliações e as melhorias na instalações (capacidade do sistema de saúde), doentes vulneráveis e peso das doenças, bem como na vigilância dos profissionais de saúde para informar quaisquer ajustamentos nas suas unidades de saúde e determinar as necessidades de um sistema de saúde resiliente capaz de responder adequadamente a uma emergência sanitária e continuar a prestar serviços essenciais antes de fazer quaisquer ajustamentos.
- Os Estados-Membros devem certificar-se da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e melhorá-la, adoptando e adaptando as recomendações da OMS sobre os requisitos mínimos de PCI ao nível nacional e das unidades de saúde, fazendo com que sejam aplicados programas sólidos e sustentáveis de PCI em todas as unidades de saúde.
- Um declínio do número de casos ou alterações na transmissão comunitária não devem fazer descarrilar os progressos conseguidos em termos de PCI. A pandemia de COVID-19 constitui uma grande oportunidade para investir na criação de sistemas resilientes, reforçando os programas de prevenção de infecções em todas as unidades de saúde e a todos os níveis do sistema de saúde.
- Reforçar a liderança, coordenação e sensibilização, criando um grupo de trabalho técnico multidisciplinar, dotado de termos de referência específicos, que possa coordenar e monitorizar as necessidades e os programas em termos de PCI.
- Dar prioridade à protecção dos profissionais de saúde, estabelecendo uma estratégia relativa à sua protecção ao nível nacional, e criando sistemas de vigilância que permitam identificar e atenuar a incidência das infecções junto dos profissionais de saúde.
- Os Estados-Membros devem incrementar a produção, quantificação, aquisição e distribuição de EPI, incluindo respiradores e máscaras cirúrgicas para utilização em contextos de saúde e de cuidados de maneira a assegurar a todos os profissionais de saúde e cuidadores um acesso equitativo, em qualquer unidade de saúde inclusive em zonas mais afastadas.
- Reforçar a formação em PCI para a COVID-19 e incluir exercícios práticos e simulações, envolvendo todos os profissionais de saúde nas unidades de saúde, e fazer formação em cascata em unidades remotas. Integrar a PCI nos programas curriculares antes da entrada ao serviço e em serviço e capacitar os agentes comunitários de saúde cujo papel foi fundamental na resposta à COVID-19.
- Desenvolver e reforçar quadros de monitorização e sistemas de dados em linha com os indicadores recomendados pela OMS para a PCI, com vista a orientar a identificação de lacunas e a informar melhorias aos níveis nacional e das unidades de saúde.
- Ampliar a aceitação de vacinas pelos profissionais de saúde.

## Referências

1. World Health Organization. Infection prevention and control (IPC) in health care facilities in the event of a surge or resurgence in cases of COVID-19 [Internet]. 2021. ([https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-\(-ipc\)-in-health-care-facilities-in-the-event-of-a-surge-or-resurgence-in-cases-of-covid-19](https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-(-ipc)-in-health-care-facilities-in-the-event-of-a-surge-or-resurgence-in-cases-of-covid-19), accessed 1 March 2022)
2. World Health Organization. World Health Organization Region Office for Africa. Coronavirus Update. COVID-19 Daily Situation Update for 8 March 2022. [Internet]. Epidemiological week no.11. (<https://bit.ly/35PIKur>, accessed 10 March 2022)
3. World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>, accessed 10 March 2022)
4. Patel LN, Kozikott S, Ilboudo R, Kamateeka M, Lamorde M, Subah M, et al. Safer primary healthcare facilities are needed to protect healthcare workers and maintain essential services: lessons learned from a multicountry COVID-19 emergency response initiative. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun;6(6):e005833.
5. World Health Organization. Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern [Internet]. ([https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern), accessed 10 March 2022)
6. World Health Organization. Enhancing response to Omicron SARS-CoV-2 variant [Internet]. ([https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-\(b.1.1.529\)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states](https://www.who.int/publications/m/item/enhancing-readiness-for-omicron-(b.1.1.529)-technical-brief-and-priority-actions-for-member-states), accessed 10 March 2022)
7. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1>, accessed 10 March 2022)
8. World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care [Internet]. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>, accessed 10 March 2022)
9. World Health Organization. Standard precautions in health care. CH-1211 Geneva-27 [Internet]. 2007 Oct 7 ([www.who.int/csr](http://www.who.int/csr), accessed 18 February 2022)
10. World Health Organization. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19. 2020 May 15 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1277966/retrieve>, accessed 2 November 2021)
11. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of BiPAP/CPAP devices [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and-disinfection-of-bipap-cpap-devices>, accessed 10 March 2022)
12. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of oxygen concentrators [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and-disinfection-of-oxygen-concentrators>, accessed 10 March 2022)
13. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of invasive mechanical ventilators [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and-disinfection-of-invasive-mechanical-ventilators>, accessed 10 March 2022)
14. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of pulse oximeters and patient monitors devices [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and-disinfection-of-pulse-oximeters-and-patient-monitors-devices>, accessed 10 March 2022)
15. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of high flow nasal cannula [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and-disinfection-of-high-flow-nasal-cannula>, accessed 10 March 2022)
16. World Health Organization. Care, cleaning and disinfection of respiratory equipment in sterile services department [Internet]. (<https://www.who.int/publications/m/item/care-cleaning-and->

- disinfection-of-respiratory-equipment-in-sterile-services-department, accessed 10 March 2022)
17. World Health Organization. World Health Organization. Recommendations on mask use by health workers, in light of the Omicron variant of concern: WHO interim guidelines, 22 December 2021 [Internet]. 2021. Report No.: WHO/2019-nCoV/IPC\_Masks/Health\_Workers/Omicron\_variant/2021.1. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350925>, accessed 10 March 2022)
  18. World Health Organization. Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>, accessed 10 March 2022)
  19. World Health Organization. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19 [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/10665-336265>, accessed 10 March 2022)
  20. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020. Report No.: WHO/2019-nCoV/IPC\_long\_term\_care/2020.1. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>, accessed 11 March 2022)
  21. World Health Organization. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19. 2020 Mar 19 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331496/WHO-2019-nCoV-HCW\\_risk\\_assessment-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331496/WHO-2019-nCoV-HCW_risk_assessment-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), accessed 5 March 2022)
  22. World Health Organization. Contact tracing and quarantine in the context of the Omicron SARS-CoV-2 variant: interim guidance [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Contact-tracing-and-quarantine-Omicron-variant-2022.1>, accessed 10 March 2022)
  23. Consejo Ejecutivo 129. World Health Organization. Decisiones [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011. Report No.: EB129/DIV/2. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/4416>, accessed 10 March 2022)
  24. World Health Organization. Roadmap to improve and ensure good indoor ventilation in the context of COVID-19 [Internet]. (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240021280>, accessed 10 March 2022)
  25. World Health Organization. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts: interim guidance. 2020 Sep 12 ([https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/corrigendum-ig-2020-4-home-care-for-patients-with-suspected-or-confirmed-covid-2020-08-12.pdf?sfvrsn=4aa82d9a\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/corrigendum-ig-2020-4-home-care-for-patients-with-suspected-or-confirmed-covid-2020-08-12.pdf?sfvrsn=4aa82d9a_2), accessed 22 February 2022)
  26. World Health Organization Statement on Omicron sublineage BA.2. 2022. [Statement on Omicron sublineage BA.2 \(who.int\)](#). Published 22 February 2022
  27. World Health Organization. Health Care Waste Fact Sheet. [Health-care waste \(who.int\)](#). Published 2018
  28. World Health Organization. Use of SARS-CoV-2 antigen-detection rapid diagnostic tests for COVID-19 self-testing Interim guidance. ([WHO-2019-nCoV-Ag-RDTs-Self-testing-2022.1-eng.pdf](#)). Published 9 March 2022, accessed 22 March 2022).

**Lista das pessoas que contribuíram:**

Dr. Landry Kabego Cihambanya – Escritório Regional da OMS para a África

Professor Babacar Ndoye – Escritório Regional da OMS para a África

Sr.<sup>a</sup> Tendai Makamure – Centro de Operações para as Emergências da Região Africana da OMS, Quênia

Dr.<sup>a</sup> Deborah Barasa – Centro de Operações para as Emergências da Região Africana da OMS, Quênia

Dr. Saliou Diallo – Pólo para as Emergências do Escritório Regional da OMS para a África, Senegal

Dr. Guy Ohirweo Iuhya Mulumeoderwa – Centro para as Emergências do Escritório Regional da OMS para a África, Senegal

Dr. Boniface Oyugi – Escritório Regional da OMS para a África, República do Congo

Dr. Thierno Balde – Escritório Regional da OMS para a África, República do Congo

**Para mais informações, queira contactar:**

Dr. Landry Kabego Cihambanya – Chefe de equipa do Sistema de Gestão de Ocorrências para as PCI relativas à COVID-19 no Escritório Regional da OMS para a África - [cihambanyal@who.int](mailto:cihambanyal@who.int)

Dr. Thierno Balde – Gestor de incidentes do Sistema de Gestão de Ocorrências para a COVID-19 no Escritório Regional da OMS para a África - [baldet@who.int](mailto:baldet@who.int)

Dr. Abdou Salam Gueye – Director Regional de Emergências, Preparação e Resposta a Emergências Sanitárias, Escritório Regional da OMS para a África - [gueyea@who.int](mailto:gueyea@who.int)