

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Prevenção e Controle da Transmissão Intra-Hospitalar de Vírus Respiratórios e Manejo de Surto

Versão: 4 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE
LUCIANA ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE
LUCIANA PAIVA

CHEFE DA UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CRISTINA DA CUNHA HUEB BARATA DE OLIVEIRA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Sara Borges Ferreira Gomes, Unidade de Vigilância em Saúde

ANÁLISE

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 28/4/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UVS.001

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVOS

- Orientar o período de isolamento recomendado para os casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) de acordo com a Nota Técnica nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).
- Investigar surto e implementar estratégias para prevenção da transmissão intra-hospitalar e o controle da disseminação da infecção pelo SARS-CoV- 2, influenza e outros vírus respiratórios.
- Estabelecer normas e boas práticas que minimizem a exposição de profissionais, pacientes e acompanhantes a patógenos respiratórios.

2. JUSTIFICAVA

- Considerando a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde de harmonizar as recomendações de isolamento, baseado no diagnóstico sindrômico; este protocolo descreve as ações de vigilância integrada para manejo epidemiológico intra-hospitalar e de surto por Covid-19, influenza e outros vírus respiratórios.
- Devido à similaridade das manifestações clínicas dos vírus respiratórios e à possibilidade de circulação simultânea, as medidas de prevenção, precaução e isolamento serão aplicadas de forma padronizada para todos os casos suspeitos. A identificação do vírus específico depende de exame laboratorial e é utilizada principalmente para fins epidemiológicos.
- As medidas de prevenção e controle devem ser implementadas em todas as etapas do atendimento do paciente no serviço de saúde, desde sua chegada, triagem, espera, durante toda a assistência prestada, até a sua alta/transferência ou óbito, conforme regulamentações vigentes.

3. CONCEITOS

- Caso: pessoa infectada ou doente apresentando características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.
- Caso autóctone: caso contraído pelo enfermo na zona laboral ou de sua internação.
- Casos assintomáticos de Covid-19: são caracterizados por teste laboratorial positivo para Covid-19 e ausência de sintomas compatíveis com a Covid-19.
- Caso-índice: primeiro entre vários casos de natureza similar e epidemiologicamente relacionados. O caso-índice é muitas vezes identificado como fonte de contaminação ou infecção.
- Surto: aglomeração de casos com mesma sintomatologia ou agente, com relação temporal e espacial confirmada, ou seja, presença de um caso sintomático confirmado laboratorialmente e dois ou mais contatos próximos positivos/reagentes em ambiente fechado/restrito, com intervalo de até 7 dias entre as datas de início de sintomas e vínculo epidemiológico estabelecido. Considera-se ambiente fechado/restrito uma mesma unidade de internação ou de trabalho.
- Isolamento: é a separação de indivíduos infectados dos não infectados durante o período de transmissibilidade da doença.
- Quarentena: A quarentena é uma medida preventiva recomendada para restringir a circulação de pessoas que foram expostas a uma doença contagiosa durante o período em que elas podem ficar doentes.



4. DEFINIÇÃO DE CASO

Serão incluídos no monitoramento: contatos próximos de caso confirmado, casos suspeitos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Quadro 1 – Definição de casos suspeitos de Infecção por Vírus Respiratórios e contato

DEFINIÇÃO DE CASOS	
DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
Definição 1 Síndrome Gripal (SG)	Indivíduo com infecção respiratória, com início nos últimos 10 dias, que apresente pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas, sendo obrigatório ao menos um sintoma respiratório: ✓ Sintomas respiratórios: tosse, coriza, dor em orofaringe, congestão nasal. ✓ Sintomas gerais: febre, cefaleia, mialgia, calafrio. Observação: pacientes internados com síndrome gripal (SG) são aqueles admitidos por condições clínicas ou cirúrgicas não relacionadas ou não agravadas pelos sintomas gripais.
Definição 2 Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Indivíduo hospitalizado por SG que apresente pelo menos um sinal ou sintoma de agravamento: dispneia, desconforto respiratório, saturação periférica de oxigênio (SpO2) ≤94% em ar ambiente ou descompensação de comorbidades. Observações: * Em crianças: além dos itens anteriores, considerar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação, inapetência, irritabilidade e letargia.
Contato próximo Covid-19*	É toda pessoa exposta a um caso confirmado de Covid-19 durante seu período de transmissibilidade. Considera-se contato próximo estar a 1 metro de distância de caso confirmado de Covid-19 por >15 minutos; contato físico direto com caso confirmado de Covid-19; prestar atendimento direto a pacientes diagnosticados com Covid-19 sem utilizar o Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado.

Fonte: Guia de Vigilância integrada da Covid-19, Influenza e outros vírus respiratórios de importância em Saúde Pública. *Considerar a definição de contato próximo do covid-19 para outros vírus respiratórios.

5. PERÍODO DE ISOLAMENTO PARA CASOS DE SRAG E SG INTRA-HOSPITALARES

Considerando a publicação da Nota Técnica nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS, em 20 de março de 2026; as recomendações de **período de isolamento** para pacientes internados no HC-UFTM com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) são:

- ✓ **Casos de SRAG por SARS-CoV-2**, confirmados por teste rápido de antígeno ou exame de biologia molecular: **20 dias** a partir do início dos sintomas, desde que o paciente esteja afebril há pelo menos 24 horas e apresente remissão dos sintomas respiratórios.
- ✓ **Casos de SRAG por outros vírus respiratórios:**
 - **Sem uso de ventilação mecânica:** **10 dias** a partir do início dos sintomas, desde que o paciente esteja afebril há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios;
 - **Com uso de ventilação mecânica:** **20 dias** a partir do início dos sintomas, desde que o paciente esteja afebril há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.
 - **Casos de Síndrome Gripal (SG) internados:** 10 dias a partir do início dos sintomas, desde que o paciente esteja afebril há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.



Consideram-se pacientes internados com SG aqueles admitidos por motivos clínicos ou cirúrgicos não relacionados ao quadro respiratório (exemplo: parturientes, pacientes com fraturas ou em programação de cirurgias eletivas), mas que apresentam critérios de SG, mesmo não sendo essa a causa da internação.

A testagem laboratorial por biologia molecular (RT-PCR), associada à discussão com a equipe técnica da Unidade de Vigilância em Saúde - UVS (Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CCIRAS), poderá ser considerada para a descontinuidade do isolamento, especialmente em indivíduos imunossuprimidos ou em casos de confirmação de infecção por influenza, que prevê isolamento por até 10 dias, desde que haja remissão dos sintomas.

Implementar **precauções de contato e gotículas** durante todo o período de isolamento.

6. SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Para solicitação de exames laboratoriais, além do pedido realizado no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) é necessário preenchimento da ficha de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave, conforme protocolo Prevenção de Pneumonia Associada à Assistência à Saúde.

<https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.HCUFTMUVS.009PrevencaodePneumoniaAssociadaaAssistenciaSaudeversao5.pdf>

- Os exames disponíveis são:
 - ✓ TESTE RAPIDO COVID-19,
 - ✓ VIRUS RESPIRATÓRIOS (INCLUINDO CORONAVIRUS) FUNED
 - ✓ TESTE RAPIDO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO, ANTIGENO

Cada exame possui um kit específico de coleta, composto por swab e meio de transporte. Para a retirada do kit no laboratório, é necessário apresentar uma ficha de notificação de SRAG para cada exame, sendo aceita cópia. É importante registrar na parte superior da notificação o número do pedido gerando no AGHU.

O período ideal de coleta vai do 1° até o 7° dia de sintoma, em pacientes internados a coleta para pesquisa de vírus respiratórios pode ser realizada até o 10° dia, devido maior sensibilidade da técnica utilizada.

7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

As atribuições, competências e responsabilidades estão elencadas em quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Atribuições, competências, responsabilidades

ÁREA	RESPONSABILIDADE
Profissionais Assistenciais	- Notificar no Vigihosp (Sistema de notificação de eventos adversos e queixas técnicas) a ocorrência de surtos. - Preencher ficha de notificação de SRAG e SG conforme critérios definidores do quadro 1.



Unidade de Vigilância em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar os casos e identificar o agente e vias de transmissão; - Informar a ocorrência do surto ao Serviço de Gestão da Qualidade/CGC/DAS, da Ebserh Sede -- Notificar os órgãos públicos responsáveis pela vigilância epidemiológica e sanitária; - Rastrear processo; - Identificar pontos críticos; - Identificar possíveis falhas; - Orientar medidas adicionais de precaução para interrupção do surto.
Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Rastrear processo; - Identificar pontos críticos; - Identificar possíveis falhas; - Informar oportunamente afastamentos relacionados e aglomerado de casos; - Orientar e monitorar adesão às medidas de precaução.
Chefias - Unidades Assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Rastrear processo; - Identificar pontos críticos; - Identificar possíveis falhas; - Listar os pacientes e funcionários expostos, discriminando o grau de exposição.

Fonte própria

8. MEDIDAS DE CONTROLE DE TRANSMISSÃO

- Determinar uso de precauções, conforme risco de exposição (para gotículas ou aerossóis e contato, além das precauções padrão).
- Uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), implementar uso universal de máscara cirúrgica na(s) unidade(s) envolvidas no surto
- Treinar e estimular o uso correto dos EPIs.
- Reforçar normas e fluxos de boas práticas e realizar treinamentos para higienização de mãos.
- Reforçar a rotina de limpeza concorrente e desinfecção terminal.
- Descarte adequado de resíduos, segundo o regulamento técnico do Programa de Gerenciamento de Riscos em Serviços de Saúde (PGRSS).
- Implementar estratégias para redução do fluxo de pessoas na unidade, o grupo de trabalho irá reavaliar rotinas de visitas e acompanhantes. Caso ocorram, fornecer e orientar uso EPI, de acordo com a situação.
- Evitar novas admissões ou transferência de sintomáticos.
- Casos suspeitos e confirmados, na medida do possível, devem permanecer em seus quartos. Caso necessário se deslocarem, utilizar máscara cirúrgica. Não deve ser utilizada máscara N95 no paciente.
- O paciente em isolamento não pode ser privado da realização de exames e procedimentos, porém estes devem ocorrer com precaução por gotículas/aerossóis e contato.
- Restringir movimentação dos profissionais que atuam em áreas acometidas pelo surto para áreas não atingidas.
- Não compartilhar objetos de uso pessoal. Manter na área do surto uso exclusivo de materiais como termômetro, esfigmomanômetro e outros.
- Manter distância mínima de 1 metro entre os leitos.

8.1 Descrição do Grupo de Trabalho



Hospital de Clínicas



Considera-se que a atividade de investigação é multidisciplinar e será conduzida pela UVS, Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (USOST) e chefia da Unidade Assistencial em Surto.

8.2 Caracterização Epidemiológica Inicial

A caracterização epidemiológica inicial deve descrever o evento e o relatório de comunicação de surto deve conter as seguintes informações:

- Dados de identificação do paciente.
- Antecedentes de exposição.
- Tipo de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, entre outros).
- Características clínicas dos casos suspeitos, especialmente se, no grupo acometido, há pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações da doença.
- Quantidade de expostos (contatos profissionais e pacientes).
- Notificar surto no Sinan NET (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

O relatório de comunicação de surto deve ser encaminhado em até 24h às autoridades sanitárias da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Regional de Saúde de Uberaba e Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais por e-mail, além da comunicação às chefias de gerência, Suerintendência do HC-UFTM e sede da Rede HU Brasil. Semanalmente encaminhar atualizações do surto.

8.3 Orientação ao Pacientes e Acompanhante

A equipe assistencial deve orientar pacientes internados na unidade em surto por Covid-19, influenza ou outros vírus respiratórios quanto às medidas de prevenção, higiene das mãos, precauções, etiqueta respiratória, evitar tocar olhos, nariz ou boca e medidas adicionais implementadas para interrupção do surto. Para pacientes internados com acompanhante previsto em lei, fornecer EPI e orientar sobre uso adequado.

- Orientar pacientes e familiares a não circular pelas dependências do HC-UFTM, mantendo-se exclusivamente na enfermaria de internação.
- Realizar triagem na sala de internação para visitas e acompanhantes de pacientes em leito de isolamento do surto, quanto a sinais e sintomas de SG; em caso de suspeita de SG orientar a troca do acompanhante/visitante por outro assintomático. Orientar o visitante com sinais e sintomas gripais a procurar unidade de saúde para testagem.

9. INVESTIGAÇÃO DE SURTO DE COVID-19 OU OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS

9.1 Início da Investigação

Para fim de monitoramento, a chefia deverá informar ao USOST e ao Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) a partir de 2 (dois) casos autóctones em Setores/Unidades com intervalo de até 7 dias de sintomas, condição classificada como aglomerado de casos.

A investigação do surto será deflagrada após registro de ≥ 3 (três) casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalo de até 7 dias entre as datas de início de sintomas dos casos e vínculo epidemiológico estabelecido¹. Será avaliada a necessidade de investigação de contactantes em situações de alto risco de transmissão.



9.2 Monitoramento de contato de caso confirmado de Covid-19

Contatos hospitalares **assintomáticos** não necessitam cumprir quarentena. Entretanto, devem ser monitorados quanto ao aparecimento de sintomas sugestivos de síndrome gripal por 5 dias, contados a partir da última exposição. Durante esse período, recomenda-se rigor na adesão às precauções padrão e evitar a transferência de leito.

TODOS os pacientes expostos a casos confirmados de Covid-19 que tornarem-se **sintomáticos** deverão ser submetidos ao teste rápido de Covid-19, e preferencialmente deverão também realizar exame RT-PCR para vírus respiratórios.

Os profissionais identificados como contatos deverão comunicar chefia imediata se apresentarem sintomas, e poderão ser afastados das atividades laborais, conforme orientações da USOST.

9.3 Monitoramento de contatos de caso confirmado de Influenza ou outros vírus respiratórios

Contatos hospitalares **assintomáticos** não necessitam realizar quarentena; entretanto, devem ser monitorados quanto ao aparecimento de sintomas sugestivos de Síndrome Gripal por 5 dias, a contar da última exposição.

Para os pacientes expostos a casos confirmados de influenza ou outros vírus respiratórios que tornarem-se **sintomáticos**, o exame RT-PCR para vírus respiratórios deverá ser realizado em pelo menos 3 casos suspeitos aleatórios. O teste rápido de Covid-19 também deverá ser feito em todos os pacientes com sintomas gripais, mesmo que o surto em investigação esteja relacionado a outros vírus respiratórios.

Em caso de aquisição/disponibilidade de teste rápido de influenza e outros vírus respiratórios pela Unidade de Análises Clínicas e Anatomia Patológica (UACAP), a testagem de sintomáticos poderá ser ampliada conforme disponibilidade do exame e orientação da equipe técnica da UVS.

Considera-se confirmado surto por influenza ou outros vírus respiratórios a partir do resultado laboratorial positivo em, pelo menos, 1 das 3 amostras coletadas. Nessa situação, todos os demais casos suspeitos (com sintomas) relacionados ao surto, ou seja, integrantes da mesma cadeia de transmissão, poderão ser confirmados por vínculo (critério clínico-epidemiológico) na impossibilidade de realização do exame laboratorial.

Será descartado surto quando resultado laboratorial for negativo nas amostras coletadas, conservadas e transportadas de modo adequado ao laboratório. Nessa situação, todos os demais casos de SG relacionados ao surto (mesma cadeia de transmissão) deverão ser descartados por vínculo (critério clínico-epidemiológico).

9.4 Alocação de pacientes suspeitos e confirmado - Covid-19

- A alocação dos pacientes suspeitos ou confirmados deve ser realizada, preferencialmente, em um quarto privativo com porta fechada e bem ventilado (com janelas abertas), com distância mínima de 1 metro entre os leitos.
- Os procedimentos que podem gerar aerossóis devem ser realizados, preferencialmente, em uma unidade de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Arrestance). Na ausência desse tipo de unidade, deve-se colocar o paciente em um quarto individual com portas fechadas, janelas abertas e restringir o número de profissionais durante estes procedimentos.



- Além disso, deve-se obrigatoriamente utilizar a máscara de proteção respiratória com filtração de 95% de partículas e dos demais elementos para a paramentação adequada dos profissionais de saúde, conforme especificado em Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA e Nota Técnica nº 7/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA e Anexo 9 – Equipamentos de Proteção Individual – EPI da Nota Técnica - SEI nº 5/2020/SGQ/CGC/DAS-EBSERH, ou outros que os substituam.
- Considerando a possibilidade do aumento do número de casos, se não houver quartos privativos disponíveis, será estabelecida a acomodação dos pacientes em coorte, ou seja, alocar esses pacientes em uma mesma enfermaria ou área. Essa coorte pode ser realizada em todas as unidades ou setores que forem receber pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2.

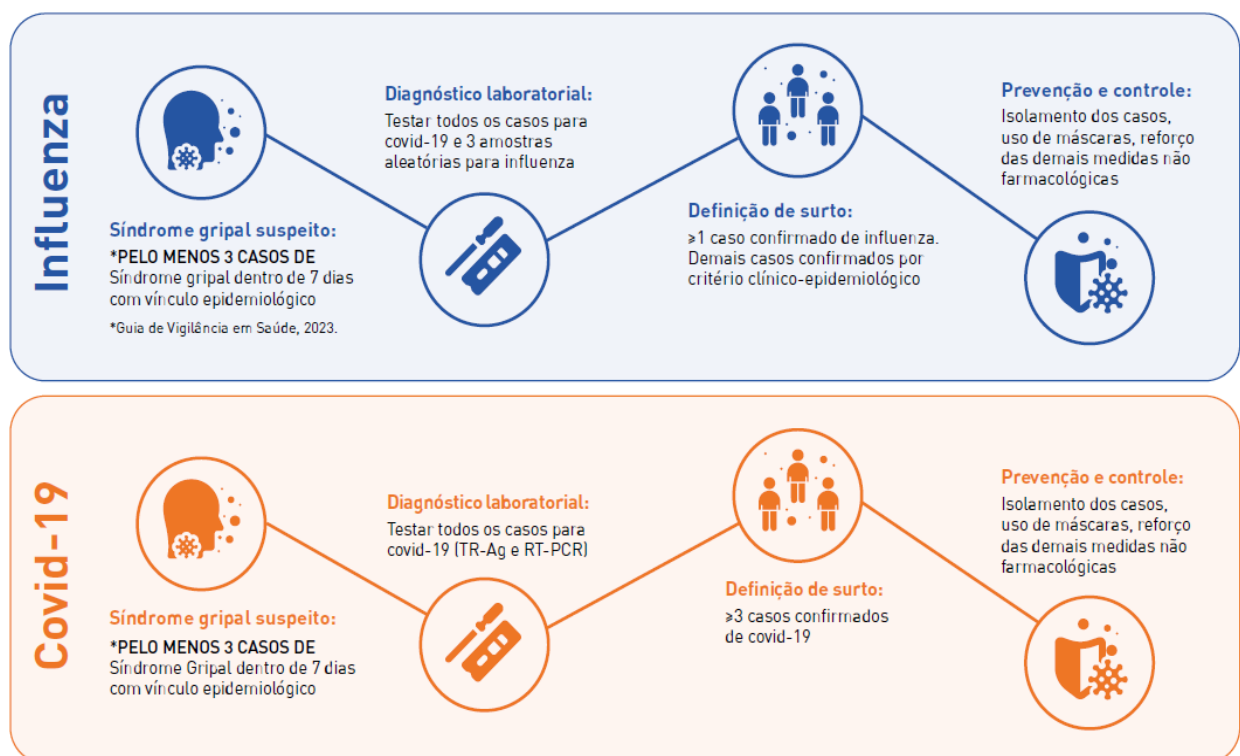


Figura 1. Comparação entre as definições de surto em caso de aumento de casos de SG suspeita para covid-19 e influenza em ambientes fechados/restritos. Fonte: Guia de Vigilância integrada da Covid-19, Influenza e outros vírus respiratórios de importância em Saúde Pública.

9.5 Recomendações e Medidas adicionais – surto influenza

- Vacinar anualmente todos os funcionários.
- Realizar coleta de amostra e encaminhar para Funed como painel viral para diagnóstico de influenza **TODOS** os casos suspeitos, até que haja no mínimo 2 casos confirmados.
- Realizar busca ativa diária até pelo menos 1 semana após a identificação do último caso.
- Realizar quimioprofilaxia nos casos elegíveis, de acordo com as orientações vigentes para tratamento e manejo da influenza.

- Implementar precaução por gotículas ou aerossóis (paciente intubado ou submetido à procedimentos geradores de aerossóis) para todos os pacientes internados com suspeita ou confirmação de influenza por 7 dias após o início dos sintomas.
- Isolamento em quarto privativo ou, quando não disponível, isolamento de coorte.
- Evitar visitas. Caso ocorram, usar EPI de acordo com a situação.
- O uso do antiviral está indicado para todos os casos de SRAG e casos de SG associados com condições ou fatores de risco para complicações¹. Considerando que a manifestação de sintomas iniciais da Covid-19 tende a ser muito semelhante a um quadro de influenza (gripe), é importante ressaltar que o medicamento fosfato de oseltamivir não está indicado para o tratamento de SARS-CoV-2, portanto, recomenda-se avaliar se há teste rápido de antígeno negativo para Covid-19 antes de indicar.

9.6 Quimioprofilaxia: indicações para influenza

- Pacientes adultos, adolescentes e crianças com graves deficiências imunológicas ou em uso de drogas imunossupressoras, após contato com pessoas com infecção.
- Residentes de alto risco em instituições de longa permanência ou pacientes internados, durante surtos na instituição, deverão receber quimioprofilaxia **caso tenham comorbidades¹** (descritas no Guia de vigilância).
- A quimioprofilaxia com antiviral não é recomendada se o período após a última exposição* a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas, ou seja, considera-se exposta a pessoa que teve contato com caso suspeito ou confirmado para influenza em até 48 horas.
- Para que a quimioprofilaxia seja efetiva, o antiviral deve ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com influenza e continuar por mais 7 dias após a última exposição conhecida.

DROGA	FAIXA ETÁRIA	QUIMIOPROFILAXIA	
Fosfato de oseltamivir	Adulto	75 mg/dia, VO* / 10 dias	
	Maiores ou igual a 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg/dia, VO / 10 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg/dia, VO / 10 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg/dia, VO / 10 dias
		> 40 kg	75 mg/dia, VO / 10 dias
	Menores de 1 ano de idade	0 a 8 meses	3 mg/kg ao dia, 10 dias
9 a 11 meses		3,5 mg/kg ao dia, 10 dias	

Figura 2. Quimioprofilaxia para situações indicadas, posologia e administração. Fonte: Guia de Vigilância integrada da Covid-19, Influenza e outros vírus respiratórios de importância em Saúde Pública.

- ✓ Quimioprofilaxia para crianças menores de 3 meses – não é recomendada, a menos que a situação seja julgada crítica.

10. ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AO AFASTAMENTO E RETORNO ÀS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

O profissional de saúde exposto deve ser avaliado pela USOST para cumprimento dos dispostos das Partes 1, 2 e 3 do Anexo 12, presente na Nota Técnica – SEI nº 5/2020/SGQ/CGC/DEPAS/EBSERH, e atualizações, conforme descrito a seguir:

- Avaliação e Registro da Exposição Laboral ao SARS-CoV-2.
- Classificação do risco de exposição e definição da estratégia de afastamento.
- Preenchimento de Relatório de Investigação de Acidente de Trabalho com exposição a material biológico nos casos confirmados e, se necessário, abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho e Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

O afastamento laboral de profissionais deverá ser conduzido pela USOST, considerando as instruções do Ministério da Saúde Nota Técnica nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS.

Ao retornar às atividades laborais, o profissional deverá utilizar máscara cirúrgica até completar 10 dias do início dos sintomas durante toda jornada de trabalho e realizar refeições separadamente dos outros profissionais.

11. ENCERRAMENTO DO SURTO

Considera-se como encerrado o surto quando decorridos 10 dias após a data de início de sinais e/ou sintomas (caso confirmado sintomático) ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomático) do último caso, sem a presença e/ou o aparecimento de um novo caso. Encaminhar relatório de encerramento do surto para as mesmas autoridades e chefias que receberam os demais relatórios de comunicação e monitoramento do surto.

12. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 146 p.: il.
3. Nota Técnica nº 10/SES/SUBVS/2022. Vigilância e manejo de aglomerado de casos de covid-19 em ambientes restritos ou fechados - surtos de covid-19, 17/05/2022.
4. Nota Técnica nº 04/2022 GVIMS/GGTES/ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
5. Nota Técnica nº 07/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA.
6. Anexo 9 – Equipamentos de Proteção Individual – EPI da Nota Técnica - SEI nº 5/2020/SGQ/CGC/DAS-EBSERH.
7. NOTA TÉCNICA Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS, 31/10/2022.
8. Nota Técnica nº 4/SES/COES MINAS COVID-19/2022, 09/03/2022.



13. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	19/4/2021	Elaboração da 1ª versão do documento
2	23/1/2023	Revisão do Protocolo (PRT)
3	14/4/2025	Alteração do nome para incluir influenza e outros vírus respiratórios, atualização de conteúdo, de acordo com o novo guia do Ministério da Saúde
4	28/4/2026	Atualização de conteúdo, de acordo com a Nota Técnica nº 5/2026-CGCOVID/DEDT/SVSA/MS, atualização das referências e alteração no nome

14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 4) – data: 9/4/2026 Sara Borges Ferreira Gomes, enfermeira da Unidade de Vigilância em Saúde (UVS)</p> <p>Análise – data: 9/4/2026 Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da UVS</p> <p>Aprovação – data: 13/4/2025 Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 28/4/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental (CGQD)</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 14/4/2025 Sara Borges Ferreira Gomes, enfermeira da UVS Luciana Paiva, chefe do STGQ Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p>Aprovação Luciana Paiva, chefe do STGQ</p> <p>Registro, validação de forma e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da CGQD</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 23/1/2023 Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, médica do STGQ</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 19/4/2021 Luciana Paiva, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar substituta Sara Borges Ferreira Gomes, enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica</p> <p>Validação Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde</p>