

grau 2/5) e diminuição de tônus muscular. Eletroneuromiografia mostrou polineuropatia motora axonal. Houve melhora progressiva do quadro, com alta hospitalar após 35 dias, com discreta perda de força em membros superiores.

Discussão/Conclusão: A avaliação dos casos relatados mostra que o espectro de alterações neurológicas causadas pelo SARS-CoV-2 pode ser maior do que comumente é visto em infecções virais, sendo necessária vigilância dos pacientes infectados para melhor descrição das nuances da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101125>

EP-048

OS TELEFONES CELULARES FAZEM PARTE DA CADEIA DE TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2 NO HOSPITAL?

Evelyn Patricia Sanchez Espinoz, Marina Cortes Farrel, Saidy Vasconez Noguei, Anderson Vicente de Paul, Lucy Santos Vilas Bo, Marcelo Park, Cristina Carvalho da Sil, Maria Cássia Mendes-Correa, Anna Sara Shafferman Levi, Silvia Figueiredo Cost

Laboratório de Bacteriologia IMT, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Telefones celulares (TCs) tornaram-se globalmente uma ferramenta de trabalho, inclusive em hospitais. No entanto, não existem políticas oficiais sobre sua desinfecção. A permanência do SARS-CoV-2 em superfícies inertes do ambiente hospitalar foi descrita levantando a preocupação sobre a contaminação cruzada. Embora o SARS-CoV-2 tenha sido encontrado em MPs de pacientes com COVID-19 (3), eles não foram retratados como fonte de transmissão no hospital.

Metodologia: Estudo transversal realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital universitário de São Paulo, Brasil. A UTI possui 11 quartos separados para pacientes.

Uma campanha educacional sobre transmissão cruzada e desinfecção de TCs foi realizada. Dez dias após a campanha, coletamos amostras dos TCs. Com isso, um questionário eletrônico foi aplicado questionando concepções sobre higiene das mãos e TC. Todos os swabs foram submetidos à RT-PCR, e apenas as amostras positivas foram submetidas à cultura viral.

Resultados: Cinquenta PS participaram. Apenas quatro (8%) não acreditavam que o vírus pudesse permanecer nos TCs e um (4%) não acreditava que o vírus pudesse permanecer nas mãos; 98% referiram lavar mais as mãos desde a pandemia.

Foram coletados 51 swabs, dois foram positivos por RT-PCR para SARS-CoV-2 (4%), com Ct de 34 e 36, ambos detectaram o gene E. No entanto, as culturas foram negativas.

Discussão/Conclusão: Neste estudo, embora a maioria dos PSs acreditasse na importância da transmissão cruzada e aumentasse a adesão à higiene das mãos e desinfecção do TC durante a pandemia, identificamos SARS-CoV-2 em TCs. Nossos achados sugerem a necessidade de uma política universal nas diretrizes de controle de infecção sobre como cuidar de dispositivos eletrônicos no hospital.

Um estudo de TCs de PS de uma unidade pediátrica encontrou RNA do vírus em 38,5% dos casos; predominantemente norovírus (n = 39).

Dois amostras de um capacete de CPAP usado por pacientes COVID-19, foram positivas pelo RT-PCR de pacientes com 10 ou mais dias de sintomas e foram positivas apesar do fato de as superfícies serem limpas duas vezes ao dia.

Não está claro qual é o melhor método para coletar o SARS-CoV-2 de TCs. Além disso, os Cts encontrados são elevados e podem ser interpretados como de pequena carga viral, embora a amplificação tardia possa ter sido causada pelo congelamento e descongelamento das amostras.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101126>

EP-049

PRODUÇÃO DE MÁSCARAS CIRÚRGICAS E AVENTAIS DESCARTÁVEIS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM CENÁRIO DE RESTRIÇÃO DE RECURSOS DECORRENTES DA PANDEMIA POR SARS COV-2

Stella Crosara Lopes, Karina F.S. Leite, Roberto Rodrigues Pereira Jr, Juliana G.C. Jacob, Raquel Oliveira, Renata Pessolo Peraro, Catia H.D. Salomão, Jane Aparecida Cristina, Sandro Scarpelini, Karen M.L. Morejón

Município de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A pandemia pelo SARS Cov2 trouxe imensos desafios para as equipes de saúde. Um dos maiores problemas foi a restrição de fornecimento de máscaras cirúrgicas e aventais descartáveis, devido ao aumento súbito de demanda por esses materiais no mundo todo. Com o avanço dos casos para o interior do estado de São Paulo, as unidades de saúde começaram a receber inúmeros pacientes nas unidades de saúde e, com isso, houve aumento do consumo de máscaras cirúrgicas e aventais descartáveis, levando a situações críticas em vários municípios.

Objetivo: Descrever a solução encontrada para essa dificuldade em cidade do interior do estado de São Paulo, com cerca de 704.000 habitantes, através de grupo de voluntárias para confecção de máscaras e aventais para uso no sistema público municipal de saúde.

Metodologia: Foram organizadas frentes de trabalho, 5 dias da semana, em dois turnos, em locais com estrutura adequada para confecção segura das máscaras. Estes espaços seguiram as normas brasileiras de controle sanitário. As voluntárias receberam orientações constantes sobre segurança no ambiente de trabalho. Para a confecção das máscaras, foram seguidas as orientações da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), conforme manuais publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Os materiais utilizados para a confecção das máscaras foram: TNT (tecido não tecido) 100% propileno com 40 g/m²; SMS (spunbond - meltblown - spunbond) gramatura 50g; fio de alumínio revestido (para o clipe nasal); material para costura (linha e máquina apropriada). O TNT 40 foi cortado na dimensão de 34 x 21 cm e o filtro SMS com 21 x 17 cm. Para compor o corpo da máscara, o TNT