

AVALIAÇÃO DE RISCO E GESTÃO DA EXPOSIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19

PROJETO
**AGIR
COV**

Copyright (c) 2021 Maria Helena Palucci Marziale, Alex Jones Flores Cassenote, Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, Pedro Fredemir Palha, Jaqueline Garcia de Almeida Ballester, Fábio de Souza Terra, Vivian Aline Mininel, Heloisa Ehmke Cardoso dos Santos, Isabela Fernanda Larios Fracarolli, Gracielle Pereira Aires Garcia, Maria Alice Barbosa Fortunato, Marcelo Marques de Lima. Adaptação cultural e atualização do questionário Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19 para o contexto brasileiro. Preprints SCIELO, 2021.

DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2102>.

Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2102>

PARTE A

Evidências atuais sugerem que o vírus que causa a COVID-19 é transmitido entre as pessoas por meio de contato próximo e gotículas. As pessoas com maior risco de contrair a doença são aquelas que estão em contato ou cuidam de pacientes com COVID-19. Isso, inevitavelmente, coloca os Profissionais de Saúde (PS) em alto risco de infecção. Proteger os PS é de suma importância para a Organização Mundial da Saúde (OMS). Compreender como a exposição dos PS ao vírus causador da COVID-19 traduz em risco de infecção é fundamental para embasar as recomendações de Prevenção e Controle de Infecção (PCI). Ao utilizar este instrumento, são considerados Profissionais de Saúde todos as categorias de trabalhadores que atuam em serviços de saúde, em todos os níveis de atenção.

Este instrumento de coleta de dados e ferramenta de avaliação de risco pode ser utilizado para identificar falhas na prevenção e no controle da infecção e para definir políticas que irão diminuir a exposição de PS e as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Esta ferramenta é destinada aos serviços de saúde que atendem os pacientes com COVID-19. O instrumento deve ser preenchido por todos os PS que foram expostos aos pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19. Esta ferramenta auxilia na avaliação de risco após a exposição de PS e fornece recomendações para a gestão da exposição desses profissionais.

Os objetivos são os seguintes:

- Determinar a categorização de risco de cada PS após a exposição aos pacientes com COVID-19 (ver Parte 1 abaixo: “Instrumento de avaliação de risco de exposição ao vírus causador da COVID-19 para PS”);
- Orientar acerca da gestão da exposição com base no risco de cada PS (ver Parte 2 abaixo: “Gestão da exposição de PS ao vírus causador da COVID-19”).

Os serviços de saúde que usam esses instrumentos são incentivados a compartilhar dados não identificados com a OMS para receber orientações relacionadas à PCI. Os dados compartilhados com a OMS não devem incluir informações de identificação pessoal (questões 2A e 3F).

Os dados fornecidos por você e a sua identidade serão mantidos em sigilo. Por favor, responda todas as questões. Algumas questões requerem informações específicas sobre você e sobre seu local de trabalho; outras exigem apenas uma opção de resposta; outras permitem, ainda, a seleção de mais de uma opção de resposta. Escolha sempre as alternativas que melhor representem sua experiência profissional. A versão original e as versões traduzidas deste instrumento estão disponíveis para download.

Parte 1: Instrumento de avaliação de risco de exposição ao vírus da COVID-19 para Profissionais de Saúde

1. Informações iniciais

A. Data (DD/MM/AAAA):

B. Você tem histórico de permanecer no mesmo domicílio ou na mesma sala de aula de um paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19? Sim Não

C. Você tem histórico de viajar próximo (menos de 1 metro) de uma pessoa com diagnóstico confirmado de COVID-19 em qualquer meio de transporte? Sim Não

Respostas positivas para as questões 1B – 1C são consideradas **exposição comunitária** à COVID-19. Os Profissionais de Saúde devem ser tratados conforme as recomendações para esse tipo de exposição. As recomendações de gestão da exposição apresentadas na Parte 2 (“Gestão da exposição de Profissionais de Saúde ao vírus da COVID-19”) aplicam-se, apenas, à exposição em serviços de saúde.

2. Informações do Profissional de Saúde

A. Nome completo:

B. Idade (em anos):

C. Sexo: Masculino Feminino Prefiro não responder

D. Cidade e Estado:

E. País:

F. Categoria profissional: Médico
 Enfermeiro
 Técnico ou auxiliar de enfermagem
 Parteira
 Biomédico
 Dentista
 Fisioterapeuta
 Nutricionista
 Farmacêutico
 Técnico em farmácia ou dispensador
 Radiologista/técnico em radiologia
 Profissional do serviço de laboratório
 Profissional do serviço de nutrição
 Profissional do serviço de limpeza
 Maqueiro
 Recepcionista
 Conductor socorrista
 Outro (especificar): _____

-
- G. Tipo de serviço de saúde:
(Assinale todas as alternativas aplicáveis)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 - Unidade de atendimento de urgência e emergência
 - Ambulatório
 - Enfermaria
 - Unidade de Terapia Intensiva
 - Unidade de Atenção Primária à Saúde
 - Atendimento domiciliar
 - Radiologia
 - Farmácia
 - Laboratório
 - Nutrição
 - Serviço de limpeza
 - Outro, especificar: _____
-

3. Informações sobre interações do profissional para a prestação de cuidados de saúde a pacientes com COVID-19

- A. Você teve contato direto (menos de 1 metro) com um paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19 em um serviço de saúde? Sim Não Ignorado
-
- B. Você teve contato direto com o ambiente onde o paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19 recebeu atendimento? Sim Não Ignorado
-
- C. Você prestou atendimento direto a um paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19? Sim Não Ignorado
-
- D. Você prestou cuidado a vários pacientes com COVID-19 no serviço de saúde? Sim Não Ignorado
-
- E. Data da primeira exposição do Profissional de Saúde a um paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19:
Data (DD/MM/AAAA): _____
 Ignorado
-
- F. Nome do serviço de saúde onde o paciente foi atendido: _____
-
- G. Tipo de serviço de saúde:
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 - Hospital
 - Ambulatório
 - Unidade de Atenção Primária à Saúde
 - Atendimento domiciliar a pacientes com sintomas leves
 - Outro (especificar): _____
-
- H. Cidade e Estado: _____
-
- I. País: _____
-

4. Atividades que o Profissional de Saúde realizou no paciente com COVID-19 no serviço de saúde

A. Você esteve presente quando foram realizados procedimentos geradores de aerossóis no paciente? Ver exemplos abaixo.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Em caso afirmativo, que tipo de procedimento? (Assinale todas as alternativas aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Intubação endotraqueal <input type="checkbox"/> Tratamento com nebulizador <input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas <input type="checkbox"/> Coleta de escarro <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Broncoscopia <input type="checkbox"/> Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) <input type="checkbox"/> Aspiração/sucção da cavidade oral e/ou jateamento dentário <input type="checkbox"/> Outro (especificar): _____
B. Você esteve envolvido em interações para a prestação de cuidados de saúde (remuneradas ou não) em outro serviço de saúde no período referido anteriormente?	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde (público ou privado) <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> Nenhum outro serviço de saúde

Se você respondeu “Sim” a alguma das questões 3A – 3D e 4A – 4B, você deve ser considerado como um profissional **exposto ao vírus causador da COVID-19**.

5. Adesão aos procedimentos de prevenção e controle de infecção durante as interações para a prestação de cuidados de saúde

Para as questões seguintes, quantifique a frequência na qual você utilizou EPI, conforme recomendado: “Sempre, conforme recomendado” significa mais de 95% das vezes; “Na maioria das vezes” significa 50% ou mais, mas menos que 95%; “Ocasionalmente” significa entre 20% e 50%; “Raramente” significa menos de 20%.

A. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você utilizou Equipamento de Proteção Individual (EPI)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, indique com que frequência você utilizou cada um dos EPI abaixo:	
1. Luvas descartáveis	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
2. Máscara cirúrgica/de procedimentos	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
3. Escudo/protetor facial ou óculos de proteção	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
4. Avental descartável	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente

B. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você retirou e substituiu seu EPI de acordo com o protocolo (por exemplo, quando a máscara ficou úmida, descartou o EPI úmido na lixeira, higienizou as mãos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
C. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos antes e depois de tocar no paciente com COVID-19 (independentemente de estar usando luvas)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
D. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos antes e depois da realização de qualquer procedimento limpo ou asséptico (por exemplo, durante a inserção de cateter vascular periférico, de cateter urinário, intubação endotraqueal, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
E. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos após a exposição a fluidos corporais?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
F. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos após contato com áreas próximas ao paciente (leito, maçaneta da porta, etc.), independentemente de estar usando luvas?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
G. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a um paciente com COVID-19, as superfícies muito tocadas foram desinfetadas com frequência (pelo menos três vezes ao dia)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente

6. Adesão aos procedimentos de prevenção e controle de infecção durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis [por exemplo, intubação endotraqueal, tratamento com nebulizador, aspiração de vias aéreas, coleta de escarro, traqueostomia, broncoscopia, ressuscitação cardiopulmonar (RCP), etc.].

Para as questões seguintes, quantifique a frequência na qual você utilizou EPI, conforme recomendado: “Sempre, conforme recomendado” significa mais de 95% das vezes; “Na maioria das vezes” significa 50% ou mais, mas menos que 95%; “Ocasionalmente” significa entre 20% e 50%; “Raramente” significa menos de 20%.

- A. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, você utilizou Equipamentos de Proteção Individual (EPI)? Sim Não

Em caso afirmativo, indique com que frequência você utilizou cada um dos EPI abaixo:

1. Luvas descartáveis	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
2. Máscara N95 (ou respirador equivalente)	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
3. Escudo/protetor facial ou óculos de proteção	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
4. Avental descartável	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
5. Avental impermeável	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
6. Gorro descartável	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
B. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, você retirou e substituiu seu EPI de acordo com o protocolo (por exemplo, quando a máscara ficou úmida, descartou o EPI úmido na lixeira, higienizou as mãos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
C. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos antes e após o contato com pacientes com COVID-19, independentemente de estar usando luvas?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
D. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos antes e depois da realização de qualquer procedimento limpo ou asséptico?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
E. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, você higienizou as mãos após contato com áreas próximas ao paciente (leito, maçaneta da porta, etc.), independentemente de estar usando luvas?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente
F. Durante os procedimentos geradores de aerossóis em um paciente com COVID-19, as superfícies muito tocadas foram desinfetadas com frequência (pelo menos três vezes ao dia)?	<input type="checkbox"/> Sempre, conforme recomendado <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente

7. Acidentes com material biológico

- A. Durante as interações para a prestação de cuidados de saúde a pacientes com COVID-19, você teve algum tipo de acidente com fluidos corporais e/ou secreções respiratórias? Sim Não
Ver exemplos abaixo.
-

Em caso afirmativo, que tipo de acidente? (Assinale todas as alternativas aplicáveis)

- Respingo de fluidos biológicos e/ou secreções respiratórias na mucosa dos olhos
 - Respingo de fluidos biológicos e/ou secreções respiratórias na mucosa oral e/ou nasal
 - Respingo de fluidos biológicos e/ou secreções respiratórias em pele não íntegra
 - Acidente perfurocortante com qualquer material contaminado com fluidos biológicos e/ou secreções respiratórias
-

Categorização de risco dos profissionais de saúde expostos ao vírus da COVID-19

1. Alto risco de infecção pelo vírus causador da COVID-19:

- O PS não respondeu “Sempre, conforme recomendado” às questões 5A1 – 5G, 6A1 – 6F;
- Ou respondeu “Sim” à questão 7A.

2. Baixo risco de infecção pelo vírus causador da COVID-19:

- Todas as outras respostas.

Parte 2:

Gestão da exposição de Profissionais de Saúde ao vírus da COVID-19

A gestão da exposição de Profissionais de Saúde à COVID-19 varia de acordo com a categorização de risco apresentada anteriormente.

Recomendações para todos os Profissionais de Saúde:

- Seja testado para COVID-19;
- Caso receba confirmação de diagnóstico positivo para COVID-19, realize quarentena em um local apropriado;¹
- Auto monitore sua temperatura corporal e fique atento ao surgimento de sintomas respiratórios, diariamente;
- Comunique a Coordenação do serviço de saúde caso você desenvolva qualquer sintoma sugestivo de COVID-19;
- Lembre-se da importância da adoção das precauções por contato e por gotículas durante o atendimento a todos os pacientes com doenças respiratórias agudas² e das precauções padrão para todos os pacientes;

- Lembre-se da importância da adoção das precauções ambientais para os procedimentos geradores de aerossóis em todos os pacientes suspeitos ou com diagnóstico confirmado de COVID-19;
- Faça uso racional, correto e consistente dos equipamentos de proteção individual;³
- Utilize os “Meus 5 Momentos para Higienização das Mãos” da OMS, ou seja, antes de tocar em um paciente, antes de qualquer procedimento limpo ou asséptico, após a exposição a fluidos corporais, após tocar em um paciente e após tocar áreas próximas ao paciente;⁴
- Pratique a etiqueta respiratória sempre.

Os serviços de saúde devem:

- Oferecer apoio psicossocial aos profissionais de saúde durante a pandemia, durante o período de quarentena ou durante o período da doença, caso a COVID-19 seja confirmada;
- Respeitar a legislação vigente no país acerca da remuneração de trabalhadores durante a pandemia;
- Realizar a revisão de treinamentos sobre a prevenção e o controle de infecção para todos os profissionais de saúde.

Para maiores informações, consulte o site do Ministério da Saúde e acesse as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”, disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/16/01-recomendacoes-de-protecao.pdf>

Referências

1. WHO Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance 28 February 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))).
2. WHO Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim guidance 25 January 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)).
3. WHO Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: Interim guidance 25 January 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)).
4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge – clean care is safer care. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>).

A OMS continua monitorando, atentamente, quaisquer mudanças que possam alterar esta Diretriz Preliminar. Se houver modificações em algum fator, a OMS emitirá uma versão atualizada. Caso contrário, esta Diretriz Preliminar expirará 2 anos após a data de publicação.

© Organização Mundial da Saúde 2020. Alguns direitos reservados.
Esta obra está disponível sob a licença **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Número de referência da OMS: **WHO/2019-nCoV/HCW_risk_assessment/2020.2**

PARTE B

Questionário sociodemográfico e ocupacional: fatores de risco para profissionais de saúde no cuidado a pacientes com COVID-19

Seção I. Identificação Profissional

1. Local de domicílio permanente:	_____
1.2 Cidade:	_____
1.3 Estado:	_____
2. Local de trabalho na pandemia (Cidade, Estado):	_____
3. Tempo que atua na Instituição (se período maior ou igual a doze colocar em anos completos):	_____ () ano(s) () mês(es)
4. Atua em outra(s) instituição(ões)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim,	
4.1 Local de trabalho 2 na pandemia (Cidade, Estado):	_____
4.2 Tempo que atua na Instituição 2 (se período maior ou igual a doze colocar em anos completos):	_____ () ano(s) () mês(es)
5. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós-Graduação/Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Estudante de Graduação
5.1 Área de pós-graduação/especialização:	_____
5.2 Estudante (Curso):	<input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Outro: _____
5.2.1 Período do Curso (semestre):	<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11° <input type="checkbox"/> 12°
6. Em qual ano terminou a graduação/curso profissionalizante?	Ano: _____
7. Há quanto tempo atua na profissão? (se período maior ou igual a doze meses colocar em anos completos)	_____ () ano(s) () mês(es)

8. Área de pós-graduação/especialização:	
9. Você está aposentado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.1 Há quanto tempo está aposentado(a)? (se período maior ou igual a doze meses colocar em anos completos)	_____ () ano(s) () mês(es)

Seção II. Caracterização Clínica

10. Peso(kg):	_____
11. Altura (cm):	_____
12. Doenças pré-existentes: (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença auto-imune <input type="checkbox"/> Doença pulmonar <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Doença na tireoide <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Transtornos mentais <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Nenhuma

Seção III. Caracterização Familiar/Domiciliar

13. Habitantes do domicílio:	<input type="checkbox"/> Reside sozinho (a) <input type="checkbox"/> Reside com outras pessoas
14. Perfil das pessoas que moram no domicílio: (Pode ser marcada mais de uma resposta – opção: caixa de rolagem com números)	<input type="checkbox"/> De 0 a 12 anos - Quantos _____ <input type="checkbox"/> De 13 a 18 anos - Quantos _____ <input type="checkbox"/> De 19 a 59 anos - Quantos _____ <input type="checkbox"/> Acima de 60 anos - Quantos _____
15. Durante a pandemia, você precisou se isolar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.1 De que forma?	<input type="checkbox"/> Mudou de domicílio ou as outra(s) pessoa(s) mudaram de domicílio <input type="checkbox"/> Isolado em um quarto/cômodo, separado das outras pessoas <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____ _____

Seção IV. Estilo de Vida

16. Durante a pandemia, você tem praticado algum exercício físico regularmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16.1 Se sim, qual a frequência da prática de exercícios físicos?	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três vezes ou mais

17. Como você avalia a qualidade do seu sono atualmente?	<input type="checkbox"/> péssimo <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> muito bom
18. Você consome bebidas que contém álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
18.1 Se sim, qual a frequência do consumo no último mês?	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana
19. Quanto ao hábito de fumar, você se considera:	<input type="checkbox"/> Não fumante <input type="checkbox"/> Ex-fumante <input type="checkbox"/> Fumante
19.1 Quantos cigarros você consome por dia? (somente respondida por fumantes)	
20. Quais locais você tem frequentado durante a pandemia (exceto ambiente de trabalho)? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Academia <input type="checkbox"/> Cabeleireiro/Barbeiro/Manicure <input type="checkbox"/> Casa de amigos e/ou familiares <input type="checkbox"/> Igrejas/templos <input type="checkbox"/> Rede bancária e/ou casas lotéricas <input type="checkbox"/> Shopping center, lojas e comércio em geral <input type="checkbox"/> Supermercados <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
21. Como é feita a sua locomoção? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Veículo próprio <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Transporte compartilhado com outras pessoas (transporte coletivo, aplicativos e caronas)
22. Fora do ambiente de trabalho (espaços públicos e sociais), você utiliza máscara de proteção e lavagem das mãos e/ou higienização com álcool gel a 70%?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente

Seção V. Caracterização Laboral

23. Qual é sua carga horária diária de trabalho (considerando todas as instituições que trabalha)?	_____ horas/dia
24. Qual é sua carga horária semanal de trabalho (considerando todas as instituições que trabalha)?	_____ horas/dia

25. Qual o seu turno de trabalho? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/> Outros: _____
26. Durante seu turno de trabalho você tem usufruído de pausas para descanso, alimentação e/ou hidratação?	<input type="checkbox"/> Não tenho usufruído <input type="checkbox"/> Tenho usufruído às vezes <input type="checkbox"/> Tenho usufruído regularmente
27. Na maioria das vezes, o descanso é realizado em qual local?	<input type="checkbox"/> Espaço próprio para descanso <input type="checkbox"/> Espaços improvisados <input type="checkbox"/> Não há local
28. Na maioria das vezes, as refeições/lanches são feitas em que local?	<input type="checkbox"/> Espaço próprio para descanso <input type="checkbox"/> Espaços improvisados <input type="checkbox"/> Não há local
29. Na maioria das vezes, essas refeições/lanches são:	<input type="checkbox"/> Ofertadas pela Unidade/Serviço <input type="checkbox"/> Trazidas de sua casa <input type="checkbox"/> Entregas/doações
30. Existem sanitários próximos ao seu posto de trabalho para o uso dos trabalhadores/alunos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31. Você tem utilizado os sanitários durante o seu turno de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32. Possui outro(s) trabalho(s) em que você presta cuidado de saúde a pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32.1 Qual(is) local(is) de trabalho?	
32.2 Qual(is) função(ões) neste(s) outro(s) local(is) de trabalho?	
33. Você foi diagnosticado com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
33.1 Quanto tempo você ficou afastado?	_____ dias
34. Durante a pandemia de COVID-19, você teve afastamento(s) no trabalho por motivos de doença(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34.1 Se sim, quantas vezes você foi afastado do trabalho por motivos de doença?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais
34.2 Qual agravo/doença motivou seu afastamento? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> COVID-19 (confirmado) <input type="checkbox"/> COVID-19 (suspeita) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> Doença gastrointestinal <input type="checkbox"/> Doença pulmonar <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Transtornos mentais e comportamentais (depressão, ansiedade, estresse, dentre outros) <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ _____ _____

34.2.1 Se o afastamento foi motivado por COVID, como foi feito o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos (teste rápido) <input type="checkbox"/> Pesquisa de antígenos por swab naso-orofaringe <input type="checkbox"/> PCR swab naso-orofaringe <input type="checkbox"/> Exame sorológico para pesquisa de anticorpos <input type="checkbox"/> Diagnóstico clínico
34.3 Quantos dias você ficou afastado, no total?	_____ dias
35. Durante a pandemia, você teve afastamento por acidente de trabalho relacionado ao cuidado a pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
35.1 Se sim, quantas vezes você foi afastado por acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais
35.2 Durante o acidente de trabalho, você foi exposto à: (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Escarro <input type="checkbox"/> Fezes <input type="checkbox"/> Lavado gástrico <input type="checkbox"/> Líquido de diálise <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal <input type="checkbox"/> Líquido pleural <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Secreção de vias aéreas <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Outros. Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> Nenhum material biológico
35.3 Quantos dias você ficou afastado, no total?	_____ dias

Seção VI. Segurança no trabalho

36. Você reutiliza máscara N95 (ou respirador equivalente)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
36.1 Em média, por quantos dias você reutiliza essa máscara?	_____ dias
36.2 Como você realiza o acondicionamento de sua máscara?	<input type="checkbox"/> Em embalagem Individual <input type="checkbox"/> Em embalagem compartilhada com máscaras dos outros profissionais do serviço
36.3 Quais as características da embalagem utilizada para o acondicionamento da máscara n95?	<input type="checkbox"/> Embalagem de papel perfurada <input type="checkbox"/> Embalagem de papel sem perfurações <input type="checkbox"/> Embalagem do fabricante ou plástica perfurada <input type="checkbox"/> Embalagem do fabricante ou plástica sem perfurações
36.4 Você toma alguma outra precaução para o acondicionamento da máscara n95?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

36.5 Qual outra precaução?

37. Em relação à qualidade dos EPI fornecidos em seu(s) local(is) de trabalho, como você avalia?	Ruim	Regular	Boa	Ótima	Não é fornecida
Luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máscaras Cirúrgicas/de procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máscara N95 (ou respirador equivalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óculos de proteção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escudos/protetores faciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avental descartável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avental impermeável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Em relação ao conforto e facilidade de uso dos EPI fornecidos em seu(s) local(is) de trabalho, como você avalia?	Inadequado	Adequado
Luvas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máscaras Cirúrgicas/de procedimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máscara N95 (ou respirador equivalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óculos de proteção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escudos/protetores faciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avental descartável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avental impermeável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. A(s) instituição(ões) fornece(m) uniforme para uso exclusivo no local de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
39.1 Se não, a roupa que você utiliza no ambiente hospitalar é:	<input type="checkbox"/> Trocada em casa <input type="checkbox"/> Trocada antes de sair do trabalho
40. A(s) instituição(ões) fornece(m) calçado para uso exclusivo no local de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
40.1 Se não, o calçado que você utiliza no ambiente hospitalar é:	<input type="checkbox"/> Trocada em casa <input type="checkbox"/> Trocada antes de sair do trabalho
41. A(s) instituição(ões) fornece(m) qual (is) dos seguintes produtos de higiene e limpeza?	Sim Não
Álcool em gel a 70%	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sabão para lavagem das mãos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Papel toalha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

42. Para o cuidado aos pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 você recebeu: (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Treinamento/capacitação para assistência a pacientes de alta complexidade <input type="checkbox"/> Treinamento/capacitação para paramentação e desparamentação de EPI <input type="checkbox"/> Instruções formais para o seguimento de protocolos de segurança (fluxos de pessoas, objetos/materiais e descarte de resíduos) <input type="checkbox"/> Outro(s) treinamento(s)/informação(ões). Qual(is)? _____ _____ _____
43. Na(s) instituição(ões) em que você atua existe(m) protocolos, voltados a mitigação dos riscos da exposição a COVID-19, para a limpeza das instalações/ambientes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
43.1 Com que frequência a limpeza das instalações/ambientes em que você atua é feita?	<input type="checkbox"/> uma vez no turno de trabalho <input type="checkbox"/> duas vezes no turno de trabalho <input type="checkbox"/> três vezes no turno de trabalho <input type="checkbox"/> quatro no turno de trabalho <input type="checkbox"/> não é realizada diariamente
44. Você recebeu vacina contra a COVID-19	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
44.1 Se sim. Qual Vacina?	<input type="checkbox"/> Coronavac (Butantan e Sino-vac) <input type="checkbox"/> Covishield (AstraZeneca/Oxford/Fiocruz) <input type="checkbox"/> Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sputnik V <input type="checkbox"/> Jansen <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____ _____
44.2 Quantas doses você recebeu?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
44.3 O intervalo entre as doses seguiu a recomendação do Programa de Imunização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
44.4 Teve algum evento adverso pós vacinação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
44.4.1 Se sim, qual?	

Seção VII. Protocolo institucional em caso de profissional de saúde e/ou estudante infectado

45. Na(s) instituição(ões) em que você atua existe(m) um protocolo de atendimento e acompanhamento a profissionais de saúde e/ou estudantes potencialmente infectados por COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46. Na(s) instituição(ões) em que você atua existe(m) oferta de testes diagnósticos de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
46.1 Qual (is) teste(s)? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Pesquisa de anticorpos (teste rápido) <input type="checkbox"/> Pesquisa de antígenos por swab naso-orofarínge <input type="checkbox"/> PCR swab naso-orofarínge <input type="checkbox"/> Exame sorológico para pesquisa de anticorpos <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ _____
	<input type="checkbox"/> Não sei identificar
46.2 Como é realizada a testagem? (você pode marcar mais de uma opção de resposta)	<input type="checkbox"/> Na admissão do trabalhador <input type="checkbox"/> na presença de sintomas <input type="checkbox"/> se contato com pessoas com COVID-19 <input type="checkbox"/> Periodicamente <input type="checkbox"/> Outra
46.3 Se periodicamente, qual a frequência de testagem?	A cada _____ dias

Seção VIII. Outros Fatores de Risco

47. Você considera ter sido exposto a outro(s) fator(es) de risco durante a pandemia de COVID-19 que não foram abordados neste questionário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
48. Quais outros fatores de risco não foram contemplados neste questionário e que você considera ter sido exposto durante a pandemia de COVID-19?	