

## Anexo 1: Avaliação de Risco para Profissionais de Saúde Expostos a Pessoas com COVID-19

I. INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR	
Nome do entrevistador (sobrenome, nome)	
Data da entrevista (DD/MM/AAAA)	
Afiliação do entrevistador	

II. INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	
Sobrenome	
Nome	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Prefere não responder
Idade (anos)	
Função de profissional de saúde (assinale todas as opções aplicáveis)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Trabalhador das instalações/manutenção  <input type="checkbox"/> Trabalhador dos serviços de restauração  <input type="checkbox"/> Técnico de laboratório  <input type="checkbox"/> Médico (assistente)  <input type="checkbox"/> Médico (estagiário/residente)  <input type="checkbox"/> Técnico clínico  <input type="checkbox"/> Parteira  <input type="checkbox"/> Assistente ou técnico de enfermagem (ou equivalente)  <input type="checkbox"/> Nutricionista  <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____           </div> <div style="width: 35%;"> <input type="checkbox"/> Flebotomista  <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta  <input type="checkbox"/> Assistente de médico  <input type="checkbox"/> Técnico de radiologia  <input type="checkbox"/> Enfermeiro registado (ou equivalente)  <input type="checkbox"/> Terapeuta respiratório  <input type="checkbox"/> Estudante  <input type="checkbox"/> Professor/precetor  <input type="checkbox"/> Administrativo da enfermaria           </div> </div>
Tipo de unidade de saúde (selecionar localização primária)	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de saúde primário, especifique o nível _____ <input type="checkbox"/> Clínica de ambulatório, especifique o tipo de clínica _____ <input type="checkbox"/> Lar de idosos ou centro de enfermagem especializado <input type="checkbox"/> Cuidados ao domicílio <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____

III. EXPOSIÇÕES COMUNITÁRIAS	
<b>Os profissionais de saúde que responderem “Sim” a qualquer uma das perguntas desta secção devem ser considerados como tendo uma exposição de alto risco na comunidade.</b> <b>Respostas “não tem a certeza” devem ser consideradas caso a caso.</b>	
Data da exposição comunitária mais recente a uma pessoa com COVID-19 (DD/MM/AAAA)	
Nos últimos 14 dias, morava na mesma casa que uma pessoa com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Nos últimos 14 dias, esteve a menos de um metro de uma pessoa com COVID-19 durante 15 minutos ou mais (por exemplo, sala de reuniões, espaço de trabalho, sala de aula ou viajar com qualquer tipo de transporte), fora de um estabelecimento de saúde? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Nos últimos 14 dias, teve contacto físico direto com uma pessoa com COVID-19 (por exemplo, apertar as mãos) ou com as respetivas secreções infecciosas (por exemplo, tossir ou tocar em lenços usados), fora de um estabelecimento de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza

<sup>1</sup> As orientações para definir contactos próximos de uma pessoa com COVID-19 incluem estar no mesmo ambiente fechado durante 15 minutos ou mais, a uma distância inferior a 2 metros, pelo ECDC (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-public-health-management-contact-novel-coronavirus-cases-EU.pdf>); contacto presencial dentro de 1 metro durante mais de 15 minutos, de acordo com OMS ([https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))); ou estar dentro de aproximadamente 2 metros por um período prolongado, de acordo com o CDC (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>).

IV. ATIVIDADES E EXPOSIÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	
Data da exposição mais recente ao(s) doente(s) COVID-19 conhecido(s) num contexto de cuidados de saúde (DD/MM/AAAA)	
Nome da unidade de saúde em que a exposição ocorreu	
Tipo(s) de unidade de saúde em que ocorreu a exposição a doentes com COVID-19 (assinale todas as opções aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Serviços de limpeza <input type="checkbox"/> Área de ambulatório <input type="checkbox"/> Sala de operações <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Sala de urgências <input type="checkbox"/> Enfermaria de internamento <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Área de receção <input type="checkbox"/> Radiologia/exame de imagiologia <input type="checkbox"/> Unidade de cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Os profissionais de saúde que responderem “Sim” a qualquer uma das perguntas desta secção devem ser considerados como tendo uma exposição de alto risco.</b> <b>Os profissionais de saúde que responderem “Não” a todas as perguntas desta secção devem ser considerados como tendo uma exposição de baixo risco.</b> <b>Respostas “não tem a certeza” devem ser consideradas caso a caso.</b>	
Teve alguma exposição direta de pele com pele a um doente com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Teve alguma exposição direta (à sua pele ou mucosa) às secreções respiratórias ou ao fluido corporal de um doente com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Teve uma exposição percutânea (por exemplo, picada de agulha, corte, punção) com material potencialmente contaminado com fluidos corporais, sangue ou secreções respiratórias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
<b>Estava a menos de um metro de um doente com COVID-19<sup>2</sup>...</b>	
Enquanto não estava a usar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado? <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Ou teve problemas com o seu EPI (por exemplo, rasgões, removido ainda na área do doente)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
<b>Prestou cuidados diretos<sup>4</sup> a um doente com COVID-19<sup>2</sup>...</b>	
Enquanto não estava a usar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Ou teve problemas com o seu EPI (por exemplo, rasgões, removido ainda na área do doente)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
<b>Realizou ou ajudou em algum procedimento de utilização de aerossóis (AGP)<sup>5</sup> num doente com COVID-19 ou estava presente na sala quando um foi realizado...</b>	
Enquanto não estava a usar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Ou teve problemas com o seu EPI (por exemplo, rasgões, removido ainda na área do doente)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
<b>Lidou com fluido corporal ou outras amostras de um doente com COVID-19...</b>	
Enquanto não estava a usar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Ou teve problemas com o seu EPI (por exemplo, rasgões, removido durante o manuseamento de amostras)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
<b>Teve contacto direto com o ambiente em que um doente COVID-19 recebeu cuidados (por exemplo, cama, roupa de cama, equipamento médico, superfícies frequentemente tocadas, casa de banho)...</b>	
Enquanto não estava a usar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Ou teve problemas com o seu EPI (por exemplo, rasgões, removido ainda no ambiente de contacto)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Não realizou a higienização das mãos após prestar cuidados diretos ao doente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Não realizou a higienização das mãos após remover o seu EPI?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza
Não realizou a higiene das mãos após ter contacto direto com o ambiente em que um doente da COVID-19 recebeu cuidados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem a certeza

<sup>2</sup> Se o doente com COVID-19 usava controlo na origem durante estas interações (por exemplo, máscara facial, respirador N95 ou intubação), a exposição seria considerada de baixo risco.

<sup>3</sup> Estão disponíveis informações sobre o uso de equipamento de proteção individual em: [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)

<sup>4</sup> As atividades de cuidados do doente incluem, mas não se limitam a: realização de exame de sinais vitais ou historial clínico, realização de exame físico, fornecimento de medicação, banho, alimentação, esvaziamento de arrastadeira, troca de roupa de cama, colheita de sangue, realização de radiografia, colheita de amostras respiratórias, inserção de cateter central ou periférico, inserção de tubos nasogástricos, colocação de cateter urinário, injeção e tratamento de traqueostomia.

<sup>5</sup> Os procedimentos de utilização de aerossóis incluem, entre outros: intubação traqueal, ventilação não invasiva, traqueostomia, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, broncoscopia ([https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications-detail/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages))

Use esta secção para descrever as interações de cuidados de saúde com doentes com COVID-19 e determinar se o EPI apropriado foi usado. Registe detalhes sobre o EPI que o profissional de saúde usava e determine se era apropriado com base nas orientações sobre o uso do EPI. <sup>6</sup> Veja os exemplos nas duas primeiras linhas.		
Interação	O EPI foi usado pelo profissional de saúde?	
<b>Exemplo:</b> <b>Fornecer cuidados diretos ao doente</b>  <i>O profissional de saúde não usava EPI adequado (não usava proteção ocular)</i>	Luvas	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Bata	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Máscara médica	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador N95, ou equivalente	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Óculos ou viseira	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador purificador de ar motorizado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Outro, especificar _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
<b>Exemplo:</b> <b>Realizar um procedimento de utilização de aerossóis</b>  <i>O profissional de saúde usava EPI apropriado</i>	Luvas	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Bata	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Máscara médica	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador N95, ou equivalente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Óculos ou viseira	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador purificador de ar motorizado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Outro, especificar _____	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
Interação (especificar):	Luvas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Bata	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Máscara médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador N95, ou equivalente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Óculos ou viseira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador purificador de ar motorizado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Outro, especificar _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
Outra interação (especificar):	Luvas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Bata	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Máscara médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador N95, ou equivalente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Óculos ou viseira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador purificador de ar motorizado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Outro, especificar _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
Outra interação (especificar):	Luvas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Bata	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Máscara médica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador N95, ou equivalente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Óculos ou viseira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Respirador purificador de ar motorizado (PAPR)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto
	Outro, especificar _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Incerto

<sup>6</sup> Estão disponíveis informações sobre prevenção e controlo de infeções e o uso de equipamento de proteção individual em: [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)