



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™



COVID-19



WEAR A MASK



STAY 6 FEET APART



AVOID CROWDS



GET A VACCINE

Considerações operacionais para a identificação de Profissionais de Saúde e doentes internados com suspeita de COVID-19 em estabelecimentos de saúde fora dos EUA

Updated Mar. 12, 2021

[Print](#)

Os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) estão a trabalhar em estreita colaboração com parceiros internacionais para responder à pandemia de coronavírus (COVID-19). O CDC fornece assistência técnica para ajudar outros países a aumentar a sua capacidade de prevenção, deteção e resposta a ameaças à saúde, incluindo a COVID-19.

Este documento é fornecido pelo CDC e destina-se ao uso em contextos de cuidados de saúde fora dos EUA.

Diapositivos de formação

Este conjunto de diapositivos é uma referência para o conteúdo desta página e pode ser usado para formação



1. Descrição geral

Este documento fornece orientações sobre a identificação ou rastreamento de profissionais de saúde (PS)[1] e doentes internados com suspeita de COVID-19. A fundamentação, os requisitos e as considerações serão discutidos para três estratégias abrangentes de identificação de casos:

- **Estratégias passivas:** os relatórios/alertas são iniciados pela fonte de dados (por exemplo, profissional de saúde ou médico) com base num conjunto conhecido de regras ou regulamentos.
- **Estratégias passivas melhoradas:** os relatórios/alertas são iniciados pela fonte de dados com um mecanismo adicional para solicitar a recolha, revisão e/ou comunicação de dados.
- **Estratégias ativas:** os relatórios/alertas são iniciados pela autoridade central de saúde (por exemplo, Ministério da Saúde, técnico de prevenção de infeção das instalações, administração das instalações) usando um conjunto conhecido de regras ou regulamentos.

Para apoiar as atividades destas estratégias, este documento fornece uma discussão inicial sobre a importância de definir os sinais/sintomas de pessoas com COVID-19, melhores práticas gerais e capacidades de vigilância.

2. Sinais e sintomas consistentes com COVID-19

Permanece a incerteza na definição de um conjunto generalizável de sinais e sintomas característicos para COVID-19. Na melhor das hipóteses, as evidências atuais sugerem variabilidade substancial, variando de ligeiro a grave, e baseada apenas em fatores parcialmente descritos ao nível do doente. Os sinais e sintomas mais frequentemente comunicados na literatura atual incluem:

- Febre
- Tosse
- Falta de ar

No entanto, outros sintomas não específicos ou atípicos incluem:

- Dor de garganta
- Diarreia
- Mialgia (dores musculares, dores no corpo)
- Cansaço ou fadiga

Além disso, doentes idosos podem apresentar um quadro clínico diferente das populações mais jovens

Dadas estas limitações, as instalações devem definir um conjunto padronizado de sinais e sintomas (por exemplo, febre e/ou tosse/falta de ar) para fazer o rastreio dos PS e dos doentes com suspeita de COVID-19. É essencial um alto nível de suspeita para garantir que os casos não sejam reconhecidos devido à provável proporção substancial de doentes e profissionais de saúde que apresentam sintomas atípicos ou mínimos.

3. Boas práticas gerais

Além de uma estratégia específica para a identificação de casos suspeitos de COVID-19, existem boas práticas gerais que melhorarão o rastreio de profissionais de saúde e de doentes com COVID-19. Alguns exemplos incluem:

Formar e instruir os profissionais de saúde

- Disponibilizar aos profissionais de saúde educação e formação específicas para o trabalho ou tarefa sobre a identificação e prevenção da transmissão de agentes infecciosos, incluindo formação de atualização
- Garantir que os profissionais de saúde recebam instrução, formação e pratiquem o uso apropriado de equipamento de proteção individual (EPI) antes de cuidar de um doente
- Fornecer auxiliares de trabalho e materiais de referência atualizados
- Incentivar e apoiar um alto índice de suspeita em profissionais de saúde em relação a casos suspeitos de COVID-19

Monitorizar e gerir profissionais de saúde doentes e expostos

- As instalações e organizações que prestam cuidados de saúde devem implementar políticas de licença médica para profissionais de saúde não penalizadoras, flexíveis e consistentes com as orientações de saúde pública
- As decisões de movimentação e monitorização dos profissionais de saúde com exposição à COVID-19 devem ser tomadas sob consulta com as autoridades de saúde pública

Estabelecer comunicação dentro e entre instituições de saúde e com as autoridades de saúde pública

- Implementar mecanismos e políticas que promovam a sensibilização relativamente à situação para os funcionários das instalações sobre doentes com confirmação ou suspeita de COVID-19 e planos de resposta para as instalações, incluindo:

- Controlo da infeção
- Epidemiologia nos cuidados de saúde
- Diretores de unidades
- Saúde ocupacional
- Laboratório clínico
- Funcionários da linha de frente
- comunicar e colaborar com as autoridades de saúde pública
- Comunicar informações sobre doentes confirmados ou suspeitos de COVID-19 ao pessoal apropriado antes de transferir para outros departamentos da instituição e para outras unidades de saúde

4. Capacidades de vigilância

A vigilância baseada em instalações para infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), incluindo infeções em profissionais de saúde e doentes internados, é um dos oito componentes principais da OMS da prevenção e controlo de infeções. Embora a vigilância seja um componente crítico da prestação de cuidados de saúde seguros, é importante reconhecer que requer experiência, dados de boa qualidade e um programa estabelecido de prevenção e controlo de infeções (PCI) e, portanto, pode demorar tempo a configurar[2]. Por este motivo, durante a resposta a emergências de saúde pública, as unidades de saúde são incentivadas a implementar inicialmente a localização (vigilância) de casos de doentes com suspeita de COVID-19 baseados nas instalações de forma viável com as capacidades de vigilância existentes.

A capacidade de vigilância das unidades de saúde varia muito, mesmo dentro dos sistemas de saúde. Uma avaliação realista da capacidade pode ajudar a identificar a melhor estratégia para um determinado contexto. É fornecida uma descrição geral das capacidades de vigilância com base nas atividades de vigilância de IACS existentes.

Capacidade de vigilância	Definições/métodos padronizados de IACS	Equipa de vigilância dedicada ³	Dados ao nível do doente disponíveis/acessíveis
Alta: os recursos necessários para entrevistas detalhadas com os doentes e/ou revisões de gráficos estão prontamente disponíveis	SIM	SIM	SIM

Média: alguma experiência com recolha de dados padronizados, com limitação na equipa e disponibilidade de dados	SIM	PARCIAL	PARCIAL
Baixa a muito baixa: pouca ou nenhuma experiência com a recolha de dados padronizados ao nível do doente, disponibilidade limitada de funcionários e dados para reatribuição para atividades de localização de casos	PARCIAL	NÃO	NÃO

5. Identificação de profissionais de saúde com suspeita de COVID-19

Objetivo: prevenir a exposição de doentes e funcionários em risco a profissionais de saúde sintomáticos COVID-19 positivos.

Estratégia passiva

Todos os profissionais de saúde autoavaliam-se para **febre e/ou um conjunto definido de sintomas recentemente presentes**, indicativos de COVID-19. Se existir febre ou sintomas respiratórios, os profissionais de saúde:

- Comunicam remotamente estas informações⁴
- Não comparecem às unidades de saúde onde trabalham
- Recebem avaliação médica imediata e ações de seguimento

Fundamentação:

Estabelece mecanismos para a identificação de profissionais de saúde com maior



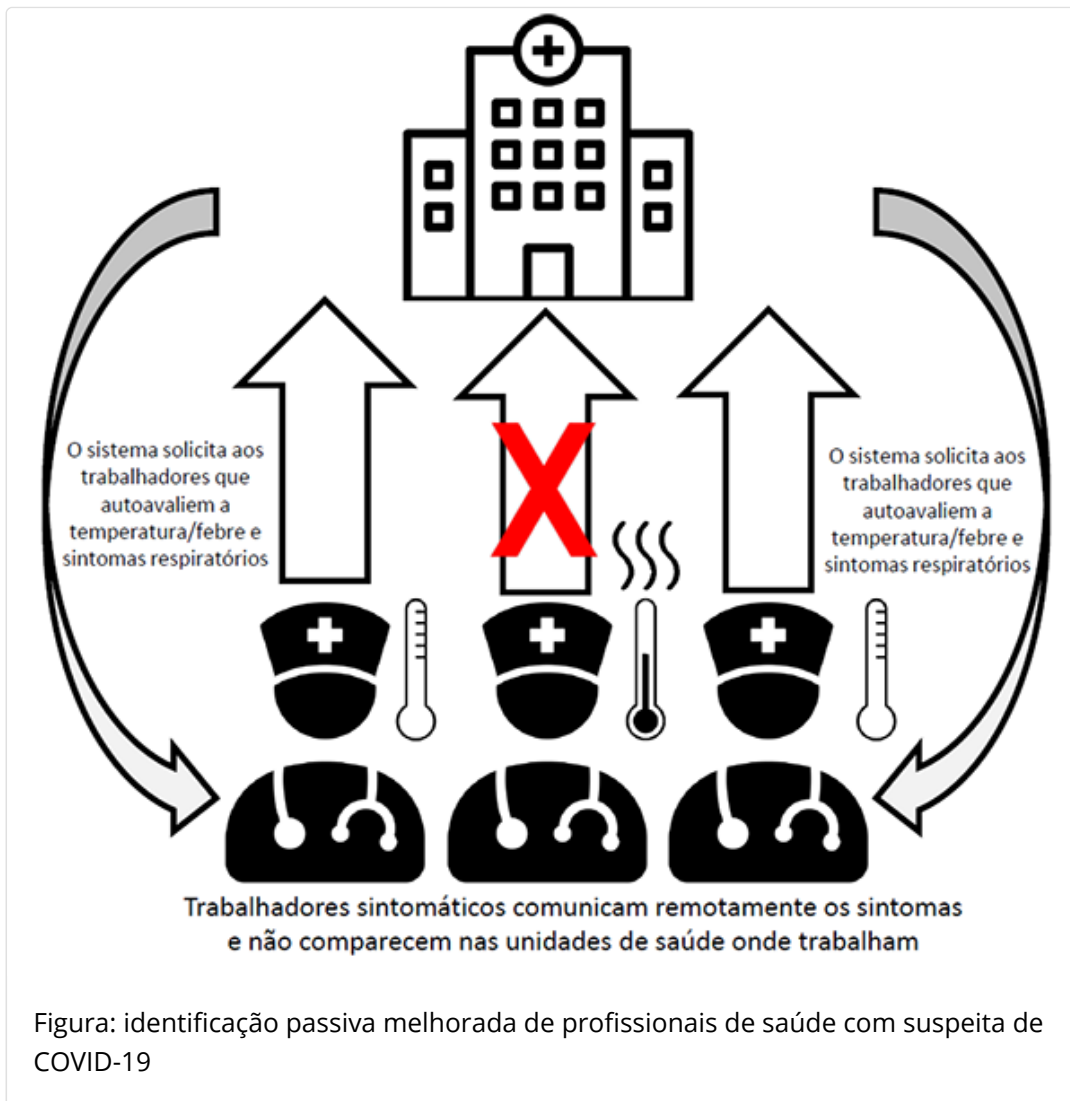
probabilidade de infecção com requisitos mínimos de recursos.

Requisitos:

- Lista de sintomas e termómetro para autoavaliação.
 - Equipa e mecanismo (por exemplo, linha telefónica) para notificação remota de febre e/ou presença de sintomas consistentes com a COVID-19. Idealmente, este sistema está sempre disponível para avaliação médica rápida.⁵
 - Algoritmos de decisão para resposta a relatórios de profissionais de saúde e resultados de avaliação secundária.
 - Formulários de avaliação clínica e movimentação e monitorização padronizados.

Considerações:

- A adesão é altamente dependente da motivação dos profissionais de saúde e da autoavaliação apropriada dos riscos.
- Pode resultar em redução da força de trabalho, principalmente entre algumas categorias críticas de pessoal.
- A disponibilização de licença médica remunerada/compensação para todos os profissionais de saúde que não têm permissão para trabalhar é frequentemente vital para o sucesso, exigindo recursos substanciais.



Estratégia passiva melhorada

Além da estratégia passiva, estabeleça um plano para lembrar ou levar os trabalhadores a autoavaliarem sintomas consistentes com a COVID-19. Lembretes comuns incluem mensagens de texto ou chamadas telefônicas automatizadas.

Fundamentação:

As evidências sugerem que lembretes automáticos simples podem aumentar a adesão.

Requisitos:

- Todos os requisitos da *estratégia passiva*
- Sistema automatizado (por exemplo, serviço de mensagens em massa) ou manual (por exemplo, mensagens diretas ou telefonemas) para entrar em contacto com os profissionais de saúde para solicitar autoavaliação

Requisitos (sistema automatizado):

- Serviços de mensagens de texto em massa capazes de enviar mensagens SMS (serviço de mensagens curtas) para grupos de pessoas simultaneamente. Por vezes, os serviços de mensagens de texto em massa são fornecidos por empresas de serviços independentes baseadas na Internet ou, em alguns contextos, por fornecedores de serviços de rede móvel.
- Base de dados de contactos (ou seja, profissionais de saúde sob monitorização). Além do número do contacto, os campos da base de dados podem incluir nome, cargo, unidade/área de trabalho e data final da monitorização.
- Uma mensagem de texto em massa eficaz e informativa, incluindo a frequência das mensagens, o momento de envio e qualquer interatividade das intervenções⁶.

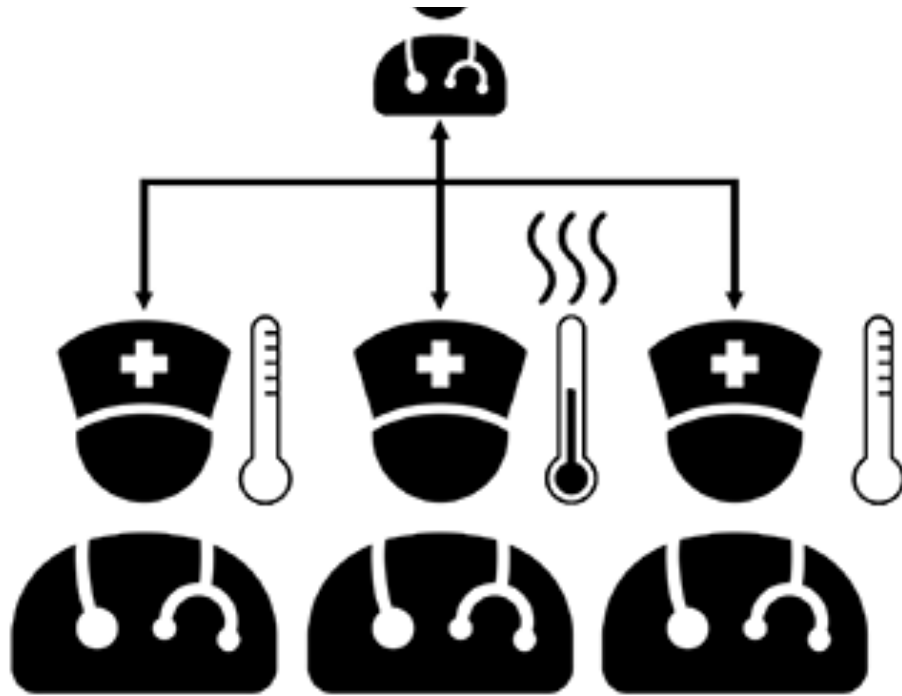
Requisitos (sistema manual):

- Base de dados de contactos (ou seja, profissionais de saúde sob monitorização). Devido ao esforço necessário em sistemas manuais, esta base de dados deve ser cuidadosamente direccionada para minimizar a carga de trabalho e maximizar os benefícios. As considerações para o direccionamento podem incluir:
- Profissionais de saúde com exposição documentada à COVID-19
- Profissionais de saúde que prestam cuidados a uma população de alto risco de complicação por COVID-19
- Funcionários disponíveis para contactar os profissionais de saúde monitorizados com lembretes.
- Telefone e crédito telefónico para suportar mensagens e/ou chamadas.

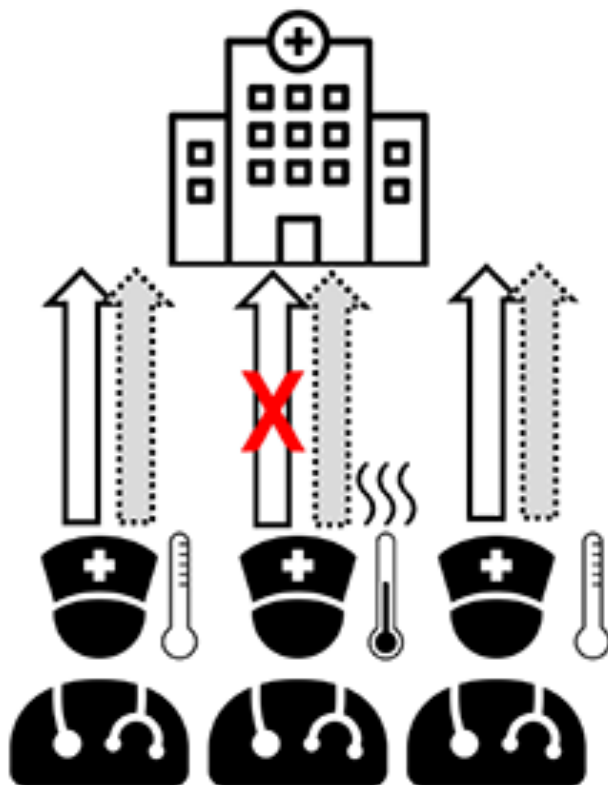
Considerações:

- Igual à *estratégia passiva*
- Pode ser necessário financiamento para oferecer suporte a mensagens de texto em massa





Todos os funcionários são avaliados quanto aos sintomas antes de iniciarem o respectivo turno



Todos os trabalhadores comunicam presença ou falta de sintomas antes de cada turno. Os trabalhadores com sintomas não comparecem nas respectivas unidades de saúde onde trabalham. É efetuado o seguimento em caso de não comunicação.

Figura: identificação ativa de profissionais de saúde com suspeita de COVID-19

Estratégias ativas

Estratégia ativa presencial

Todos os profissionais de saúde fazem uma avaliação pessoal dos sintomas e febre antes de cada turno. Se forem comunicados ou observados sintomas consistentes com a COVID-19, os profissionais de saúde receberão ações de seguimento imediato.

Estratégia ativa remota

Todos os profissionais de saúde comunicam (por exemplo, por telefone ou mensagem de texto) a ausência ou presença de sintomas consistentes com a COVID-19 remotamente todos os dias. Os funcionários que não comunicam ou comunicam sintomas são acompanhados.

Fundamentação:

Embora existam evidências limitadas para o benefício da monitorização ativa dos profissionais de saúde, estratégias ativas resultarão teoricamente em maior adesão dos trabalhadores à autoavaliação dos sintomas, melhorando assim a proteção dos doentes.

Requisitos (estratégia ativa presencial):

- Todos os requisitos da *estratégia passiva*
- Equipa dedicada a avaliar os profissionais de saúde antes do seu turno (no ativo) ou a responder e monitorizar as comunicações dos profissionais de saúde
- Área física para avaliações da equipa que permitirá o distanciamento social recomendado (ou seja, pelo menos um metro, de acordo com as recomendações da OMS [a recomendação do CDC é de pelo menos 1,8 metros]) e inclui estações de higiene das mãos adequadas (sabão e água corrente ou gel à base de álcool)
- Termómetros sem contacto
- Plano de implementação que inclui um método para garantir que a equipa está presente num determinado local para avaliação antes do turno
- Sistema de responsabilização para garantir que todos os profissionais de saúde foram avaliados (por exemplo, assinatura do registo do tempo de trabalho)

Requisitos (estratégia remota ativa):

- Todos os requisitos da estratégia passiva
- Sistema de responsabilização para garantir que todos os profissionais de saúde comuniquem remotamente antes do turno de trabalho

Considerações:

- Igual à estratégia passiva.
- A monitorização ativa dos profissionais de saúde pode consumir muito recursos. Existem evidências limitadas de maior eficácia na prevenção da transmissão hospitalar além das estratégias passivas.
- A aceitação pela equipa pode ser limitada por perceções de desconfiança na capacidade de monitorizar e comunicar adequadamente os sintomas.
- A monitorização ativa pode diminuir a probabilidade de os profissionais de saúde monitorizarem sinais e sintomas. Idealmente, os profissionais de saúde irão verificar a sua própria temperatura e sintomas e não se apresentarão se não forem indicados. Qualquer ação que enfraqueça a automonitorização deve ser implementada com cautela.
- Para diminuir a carga de trabalho e se a responsabilização puder ser mantida, o seguinte pode ser delegado aos supervisores da unidade/imediatos (por exemplo, chefes/responsáveis de enfermagem, chefes de departamento):
 - responsabilidade por receber relatórios de sintomas/temperatura
 - monitorizar a conformidade da equipa com a *estratégia ativa remota*

6. Identificação de doentes internados com suspeita de COVID-19

O desenvolvimento de infeção respiratória aguda e pneumonia associada aos cuidados de saúde são complicações frequentes da hospitalização. No entanto, é importante que os médicos mantenham um alto nível de suspeita de COVID-19 quando existir uma apresentação compatível. Como as unidades de saúde geralmente representam a reunião de indivíduos com maior risco de infeção e resultado adverso, o potencial de surtos e danos para os doentes exige um esforço especial para garantir que quaisquer casos de COVID-19 em doentes internados sejam identificados.

Um objetivo da identificação de doentes internados com suspeita de COVID-19 é orientar estratégias de prevenção e controlo de infeções (PCI) para impedir ou limitar a transmissão no contexto de saúde. Consulte a orientação provisória da OMS [aqui](#) ⁷.

Estratégia passiva:

Os médicos são mantidos informados⁸ sobre:

- Definições atuais de casos de COVID-19
- Última descrição da apresentação clínica da COVID-19
- Epidemiologia local relevante, incluindo grupos de risco e associação com viagens ou área de residência
- Triagem de admissão por COVID-19 e práticas de coorte das instalações

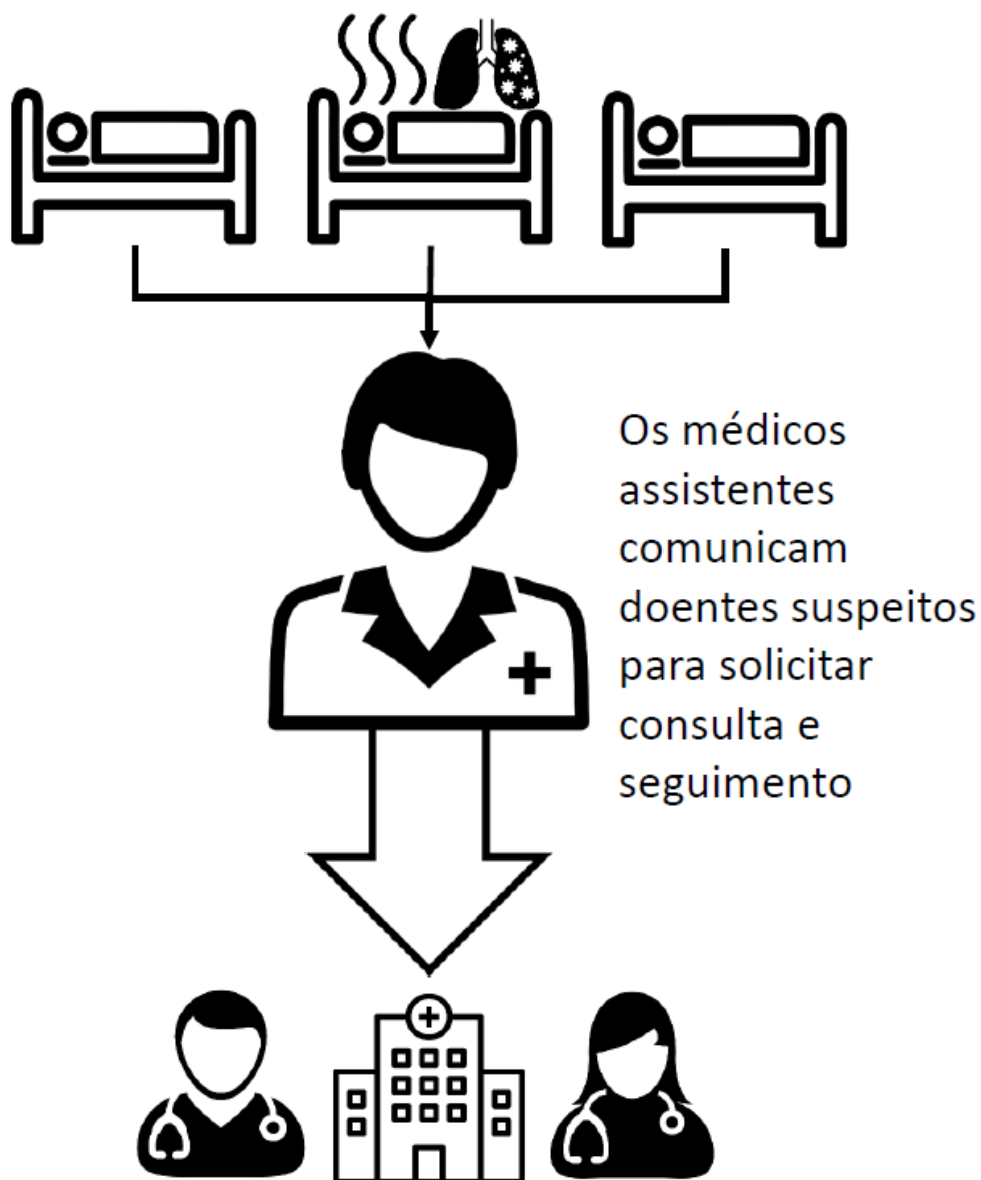


Figura: estratégia passiva para identificação de doentes internados com suspeita de COVID-19

Os médicos também são informados sobre o que fazer se suspeitarem de COVID-19 num doente hospitalizado, incluindo precauções de isolamento, uso de EPI, relatórios/informações do ponto focal da PCI nas instalações e autoridades de saúde pública e como obter testes, se disponível

Nível de capacidade de vigilância recomendado:

Aplicável em todos os níveis de capacidade de vigilância de IACS (ou seja, muito baixo a alto)

Fundamentação:

Rutura mínima da prática clínica existente e nenhum requisito para recolha de dados padronizada ou preenchimento de formulário. A estratégia procura incentivar o reconhecimento e a notificação por *médicos perspicazes*.

Requisitos:

- Materiais educativos/auxiliares de trabalho regulares e atualizados fornecidos e acessíveis pelos médicos
- Definições de casos de COVID-19⁹
- Procedimentos operativos normalizados (PON) para resposta a doentes que constituem casos suspeitos identificados (por exemplo, isolamento, coorte, EPI). Consulte a orientação provisória da OMS ([aqui](#) ) para obter recomendações
- Canais aceitáveis de comunicação/reporte para a administração do hospital e as autoridades de saúde pública

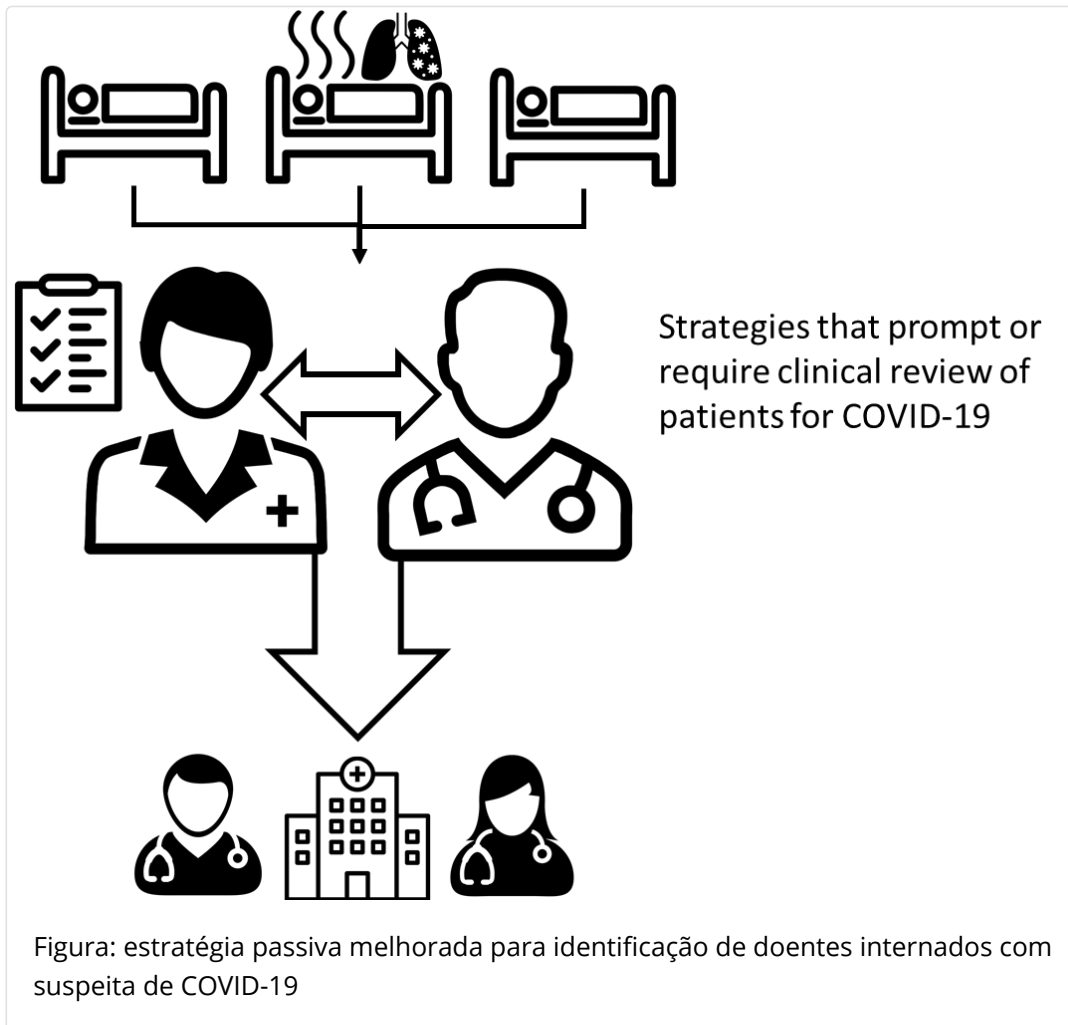
Considerações:

- A estratégia depende da participação e competência dos médicos disponíveis e do entendimento da epidemiologia local e da apresentação clínica da COVID-19, que pode diferir em diferentes populações.
- A falta de acesso a testes virais complicará este esforço, sendo a estratégia mais conservadora tratar todos os casos suspeitos como casos confirmados (determinação empírica de casos) – potencialmente desperdiçando recursos e, se os casos forem incluídos em coortes, misturando doentes positivos e negativos por longos períodos.
 - O grau de desperdício de recursos e o misto de doentes de caso dependerá da precisão da determinação empírica de casos
 - O suporte à determinação de casos empíricos através da educação do médico e auxiliares de trabalho (conforme descrito) pode ajudar a melhorar a precisão do diagnóstico clínico da COVID-19.

Estratégia passiva melhorada:

A melhoria da estratégia passiva pode ser alcançada através do estabelecimento de sistemas que solicitem ou exijam que os médicos revejam regularmente todos os doentes quanto à probabilidade de terem COVID-19. Exemplos de estratégias passivas melhoradas podem incluir:

- Incorporação da consideração da COVID-19 nas comunicações de saída
- Exigir que as unidades forneçam uma lista diária gerada pelo médico de casos suspeitos, incluindo se houver zero casos
- Solicitação diária específica aos médicos para comunicar e discutir doentes encontrados com sintomas/história compatíveis com COVID-19



Nível de capacidade de vigilância recomendado:

Aplicável na maioria dos níveis de capacidade de vigilância de IACS (muito baixo a alto)

Fundamentação:

O diálogo e a responsabilização pela localização e comunicação de casos podem melhorar a determinação empírica de casos, garantir que as avaliações dos doentes não se percam e ajudar a evitar a complacência do médico a longo prazo

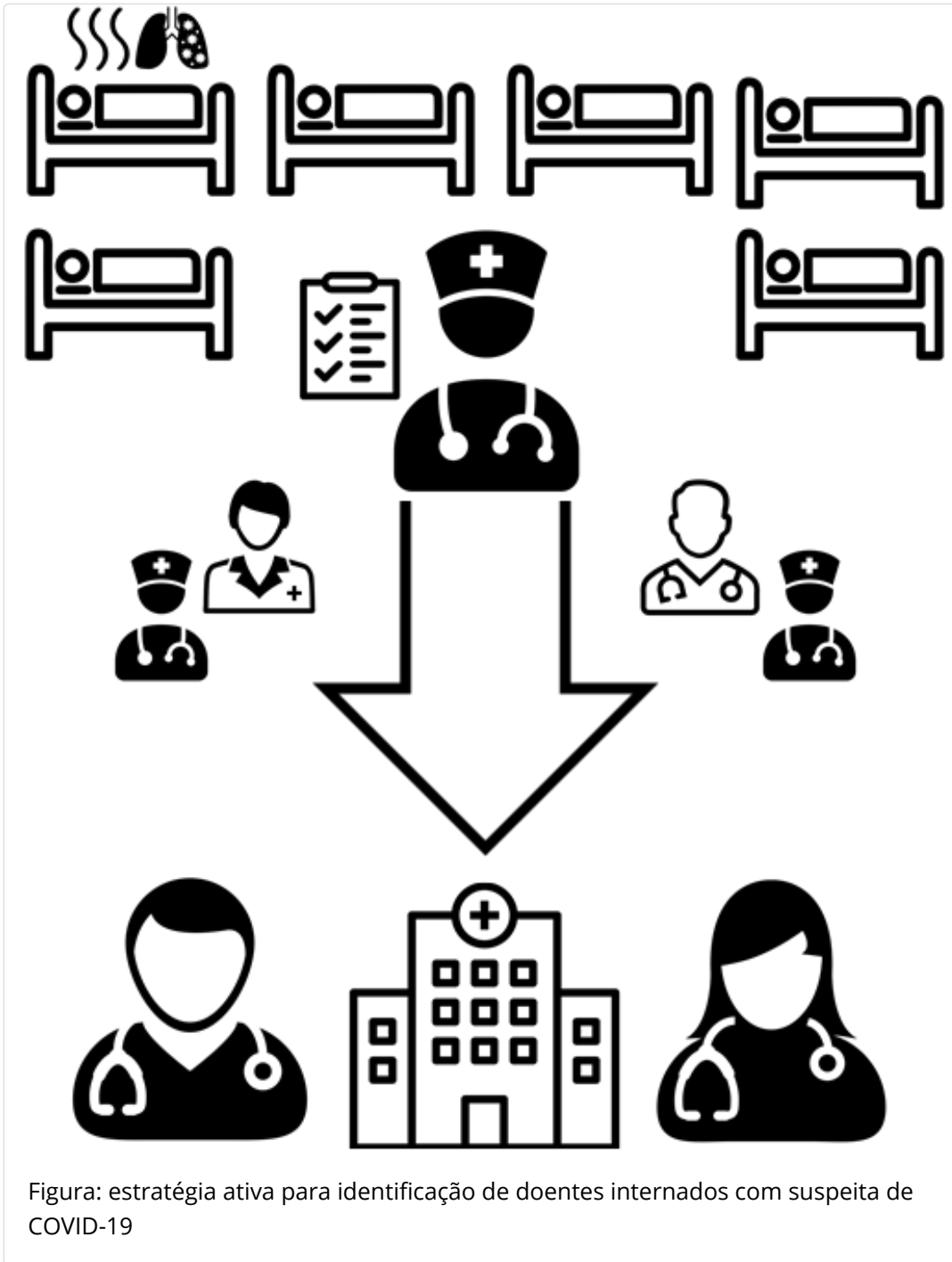
Requisitos:

- Todos os requisitos da *estratégia passiva*
- Estratégia para solicitar e/ou garantir a revisão do médico – Os requisitos dependerão da estratégia selecionada

Considerações:

- Estratégias eficazes serão específicas do contexto – exigindo reflexão e esforço no projeto e implementação

- Pode representar mudanças na prática atual, limitando a aceitabilidade



Estratégia ativa:

A identificação ativa de casos envolve a recolha de dados direcionada e a revisão das informações do doente por grupos especificamente responsáveis pela identificação de casos suspeitos de COVID-19. Exemplos de grupos responsáveis pela identificação de casos e identificação ativa de casos podem incluir:

- Ministérios da Saúde
- Autoridades de saúde pública subnacionais/locais
- Equipas de prevenção e controlo de infeções das instalações

Nível de capacidade de vigilância recomendado:

Alta capacidade de vigilância ou capacidade média existente, com o fornecimento de recursos adicionais

Fundamentação:

Uma equipa menor e mais centralizada, responsável pela identificação de casos, pode aumentar a qualidade geral através de formação dedicada, maior envolvimento, limitação de prioridades concorrentes e padronização de método

Requisitos:

- Equipa com o acesso às informações, recursos e experiência necessários para a revisão sistemática das informações do doente, a fim de aplicar adequadamente definições padronizadas de casos suspeitos
- Grupo(s) com disponibilidade e responsabilidade pela recolha de dados, análise/apresentação e partilha de informações
- Grupo(s) com disponibilidade e responsabilidade pela revisão das informações de identificação de casos com autoridade e vontade de tomar as medidas apropriadas

Considerações:

- Elevado consumo de recursos
- É difícil criar equipas com as competências necessárias durante os períodos de resposta a epidemias
- Separa as atividades de localização de casos das atividades de cuidados dos doentes, o que pode diminuir a aceitabilidade e ter impacto na sustentabilidade
- O valor da localização ativa de casos em doentes internados, especialmente no contexto de testes virais limitados, deve ser cuidadosamente ponderado

7. Definições de caso

CONSULTE A OMS [AQUI](#) PARA ATUAIS DEFINIÇÕES DE VIGILÂNCIA E CASOS DE COVID-19

Definições de suspeita de caso

	B. Os sintomas +	
--	-------------------------	--

A. Os sintomas + Histórico de viagens	Ligação epidemiológica	C. Sintomas graves
Um doente com TODOS os seguintes itens: - doença respiratória aguda - nenhuma outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica histórico de viagens ou residência num país, área ou território que comunicou transmissão local da doença da COVID-19 durante os 14 dias anteriores ao início dos sintomas	Um doente com TODOS os seguintes itens: - qualquer doença respiratória aguda contacto de um caso confirmado ou provável de COVID-19 durante os 14 dias anteriores ao início dos sintomas	Um doente com TODOS os seguintes itens: infecção respiratória aguda grave necessita hospitalização - nenhuma outra etiologia que explique completamente a apresentação clínica

Consulte: [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)) [🔗](#) para detalhes.

Definição de caso confirmado

Atualmente, um caso confirmado é uma pessoa com confirmação laboratorial de infecção pelo vírus da COVID-19, independentemente de sinais e sintomas clínicos.

Considerações

- Se o teste não estiver disponível ou for fortemente limitado, a contagem confirmada de casos não refletirá o verdadeiro impacto da doença. Nesta situação, há que ter cuidado ao usar contagens de casos para tomada de decisão.
- A Definição C. de Caso Suspeito (sintomas graves) é aplicável à descoberta de casos hospitalares, mas pode identificar uma proporção substancial de falsos positivos. Especialmente quando os testes virais são limitados, o valor da avaliação do histórico de viagens e das ligações/contactos epidemiológicos pode ser valioso.

Agradecimentos

O CDC gostaria de agradecer à Dra. April Baller, líder em prevenção e controlo de infeções, do Programa Mundial de Emergência em Saúde e à Dra. Maria Clara Padoveze RN, Diretora Técnica da Unidade de PCI da Organização Mundial da Saúde.

Last Updated Mar. 12, 2021

Content source: [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\)](#), Division of Viral Diseases