

Prevenção, identificação e manejo de infecção em profissionais de saúde no contexto da COVID-19

Orientação provisória
30 de outubro de 2020



Pontos-chave

- Os profissionais de saúde em contato com e/ou que cuidam de pacientes com COVID-19 correm maior risco de infecção do que a população em geral. É essencial mitigar e reduzir esse risco para proteger o bem-estar deles e reduzir a propagação da COVID-19.
- As evidências científicas disponíveis sugerem que o uso adequado de equipamentos de proteção individual, as melhores práticas de higiene das mãos, a implementação de normas irrestritas de uso de máscaras nas unidades de saúde e o treinamento e educação adequados em prevenção e controle de infecção (PCI) estão associados à diminuição do risco de COVID-19 entre os profissionais de saúde.
- A prevenção da infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde exige uma abordagem integrada multifacetada que inclui medidas de saúde e segurança do trabalho (SST), bem como PCI. Todas as unidades de saúde devem estabelecer ou fortalecer e implementar (a) programas de PCI e (b) programas de Saúde e Segurança do Trabalho com protocolos para garantir a segurança dos profissionais da saúde e prevenir infecções em profissionais da saúde no ambiente de trabalho. É recomendado garantir níveis adequados de pessoal clínico para prevenir a transmissão de infecções associadas aos cuidados de saúde.
- A detecção precoce da infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde pode ser realizada por meio de vigilância sindrômica e/ou testes laboratoriais e é uma estratégia fundamental para prevenir a transmissão secundária dos profissionais de saúde para pacientes, entre os profissionais de saúde de todos os estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde para contatos fora das unidades de saúde. Deve ser desenvolvida e implementada uma estratégia de vigilância e teste em nível nacional e/ou local.
- Um sistema de gerenciamento de exposições com base na avaliação de risco deve estar em vigor para promover e apoiar a notificação efetuada pelos profissionais de saúde de exposições ocupacionais e não ocupacionais ou sintomas de COVID-19.
- Deve ser implementado um sistema de gerenciamento de infecções suspeitas, incluindo medidas para os profissionais de saúde com teste positivo para

SARS-CoV-2 e para aqueles que são sintomáticos com teste negativo para SARS-CoV-2.

- Devem ser estabelecidos critérios claros para o retorno ao trabalho de acordo com os princípios da OMS para a interrupção do isolamento para COVID-19.
- Os sistemas e unidades de saúde devem manter uma cultura livre de culpa em relação à infecção por COVID-19 em profissionais de saúde.
- A OMS forneceu várias ferramentas para vigilância e estudos para uma melhor compreensão da extensão das infecções e dos fatores de risco para infecção por SARS-CoV-2 entre os profissionais de saúde.

Retrospectiva

Os profissionais de saúde¹, em especial aqueles que mantêm contato e/ou cuidam de pacientes com COVID-19, apresentam maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2 do que a população em geral (1,2). Dados coletados pela vigilância global de saúde para COVID-19 da Organização Mundial da Saúde (OMS), principalmente em países europeus e americanos, estimam que aproximadamente 14% dos casos de COVID-19 notificados à OMS ocorrem entre profissionais de saúde. Documentou-se que a transmissão do vírus SARS-CoV-2 para profissionais de saúde ocorre em ambientes de terapia intensiva e de longa permanência; de pacientes e residentes para profissionais de saúde, bem como entre profissionais de saúde, estando também potencialmente associada à exposição a colegas de trabalho infectados em áreas comuns e salas de descanso (3-7).

À medida que a pandemia evolui, estudos indicam que a transmissão a profissionais de saúde também está ocorrendo em ambientes comunitários (como, por exemplo, em domicílios), além dos ambientes de saúde (6,8-12). A infecção por COVID-19 entre profissionais de saúde pode levar a uma redução da força de trabalho durante um período em que a demanda no sistema de saúde tenha aumentado. Além disso, os profissionais de saúde infectados correm o risco de transmitir o vírus SARS-CoV-2 a outras pessoas em domicílios e outros ambientes comunitários. Para obter mais informações

¹ A OMS define profissionais de saúde como todas as pessoas envolvidas em ações que tenham o principal objetivo de melhorar a saúde, incluindo assistentes sociais que frequentemente desempenham funções na prestação de cuidados em instituições de longa permanência e em ambientes comunitários (61).

sobre as evidências epidemiológicas e os fatores de risco da infecção de profissionais de saúde, consulte o Quadro 1. A compreensão de como ocorre a transmissão do SARS-CoV-2, conforme descrito em Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção (1), é um elemento-chave para a implementação de medidas de prevenção de infecção adequadas.

Este documento fornece orientações para prevenção, vigilância e testagem de COVID-19 em profissionais de saúde,¹ incluindo o manejo após exposição e retorno seguro ao trabalho dos profissionais de saúde que tiverem infecção suspeita ou confirmada por SARS-CoV-2. No banco de dados de vigilância da OMS, o termo profissional de saúde inclui médicos, enfermeiros, profissionais de saúde associados (equipe de radiografia, laboratório, fisioterapeutas etc.) e pessoal administrativo e de apoio, como funcionários de limpeza e lavanderia, equipes de admissão/recepção, transporte de pacientes e refeitório (13).

A prevenção da infecção no local de trabalho requer uma abordagem multifacetada e integrada que inclui medidas de PCI e de saúde e segurança do trabalho (SST), além da adesão às medidas sociais e de saúde pública da comunidade. A vigilância sindrômica é um processo frequentemente usado por sistemas de vigilância de saúde pública para a detecção precoce de surtos e se concentra na identificação precoce de sintomas (14). Desde o início da pandemia da COVID-19, os laboratórios têm usado testes de amplificação de ácido nucleico (NAATs), tais como ensaios de reação em cadeia da polimerase de transcrição reversa em tempo real (rRT-PCR), para detectar SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19. Os testes de detecção de antígenos (Ag-RDTs) estão agora entrando no arsenal de ferramentas que podem desempenhar um papel significativo na orientação do manejo do paciente,

na tomada de decisões em saúde pública e na vigilância da COVID-19 (15).

Este documento de orientação complementa o [questionário de avaliação de risco](#) da OMS (16) sobre o manejo de infecções em profissionais de saúde no contexto do surto da COVID-19 e da [doença do coronavírus \(COVID-19\): direitos, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, incluindo considerações-chave para segurança e saúde do trabalho: orientação provisória](#) (17) Esta orientação é destinada tanto aos níveis nacionais quanto das unidades, às autoridades de saúde pública, administradores de unidades de saúde, departamentos de saúde do trabalho e departamentos de prevenção e controle de infecção (PCI) ou pontos focais² e pode ser adaptada de acordo com os contextos nacionais e locais.

Foram realizadas revisões rápidas da literatura para reunir a base de evidências para o desenvolvimento deste documento, em particular em relação à epidemiologia e aos fatores de risco da infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde e à efetividade da vigilância sindrômica ativa e passiva e dos testes laboratoriais de rotina. Este documento de orientação foi desenvolvido por meio de consulta ao Grupo Ad-Hoc de Desenvolvimento de Orientações sobre PCI para COVID-19 da OMS (COVID-19 PCI GDG), bem como a especialistas externos e funcionários da OMS com experiência no campo da saúde do trabalho e dos direitos e desenvolvimento das forças de trabalho em saúde. Esses grupos revisaram as evidências disponíveis, consideraram as experiências de vários países e formularam este aconselhamento baseado em consenso para a vigilância sindrômica e testes em profissionais de saúde.

² O ponto focal de PCI é definido como um profissional nomeado para ser responsável pela PCI em nível nacional, subnacional ou de unidade/organização (62)

Quadro 1: Evidências sobre a epidemiologia e fatores de risco para infecção de profissionais de saúde

Dados limitados estão disponíveis globalmente e em nível nacional sobre a infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde. A OMS produziu recentemente um resumo da infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde (18). Resumidamente, a vigilância global da OMS para COVID-19, principalmente em países localizados nas regiões da OMS da Europa e da América, indica que aproximadamente 14% dos casos de COVID-19 notificados à OMS foram identificados como tendo ocorrido em profissionais de saúde. Mesmo entre os países com > 75% de preenchimento das variáveis para os dados enviados relacionados à situação dos profissionais de saúde, as proporções de profissionais de saúde infectados diferiram amplamente, variando de 2 a 35%. O momento da notificação, a flutuação dos padrões de transmissão comunitária e a implementação das medidas de PCI nas unidades tiveram um impacto na ocorrência de infecções em profissionais de saúde. Um relatório recente do Conselho Internacional de Enfermeiros, que realizou uma pesquisa em 50 países, principalmente da Europa e das Américas, descobriu que as infecções em profissionais de saúde variaram de 1 a 32% de todos os casos confirmados de COVID-19 (19).

A disponibilidade limitada de dados publicados sobre infecções em profissionais de saúde pode ser atribuída em parte às dificuldades em distinguir a aquisição de infecções em surtos na comunidade daquela adquirida em ambientes de saúde e a diferenças nos aspectos de confidencialidade dos dados de vigilância em meio a profissionais de saúde. Em geral, existem limitações para a obtenção de dados abrangentes, tais como a alta variabilidade no fornecimento completo de informações.

Estudos citados em uma revisão rápida encomendada pela OMS sobre a epidemiologia e os fatores de risco para COVID-19 e outros coronavírus (SARS-CoV-1 e MERS-CoV) em profissionais de saúde (3) descobriram que as estimativas de infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde variam significativamente entre os estudos. A incidência de infecção por SARS-CoV-2 (PCR-positiva) variou de 0,4% a 49,6%, e a prevalência de soropositividade para SARS-CoV-2 variou de 1,6% a 31,6%, dependendo do estudo.

- O uso adequado de equipamentos de proteção individual, as melhores práticas de higiene das mãos, a implementação de normas irrestritas de uso de máscaras em unidades de saúde e o treinamento e educação adequados em prevenção e controle de infecção (PCI) para todos os profissionais de saúde estão associados à redução do risco de infecção em profissionais de saúde.
- As evidências disponíveis não encontraram uma associação entre idade e sexo ou função do profissional de saúde (por exemplo, enfermeiro em comparação com médico) e o risco de infecção por SARS-CoV-2.
- Foram observadas infecções por SARS-CoV-2 em vários departamentos hospitalares e em profissionais de saúde que desempenhavam diferentes funções, inclusive entre aqueles sem contato direto com o paciente.
- Certas exposições (por exemplo, a realização de intubações, o contato direto com o paciente e o contato com secreções corporais) e o uso inconsistente/incompleto de PPE estão associados a um risco aumentado de infecção por coronavírus em profissionais de saúde.

A transmissão do vírus SARS-CoV-2 para profissionais de saúde foi documentada em ambientes de terapia intensiva e de longa permanência: de pacientes e residentes a profissionais de saúde, de um profissional de saúde para outro, incluindo possíveis exposições em áreas comuns e salas de descanso (3-7) Foram e estão sendo realizados estudos de soroprevalência e genômica em meio aos profissionais de saúde.

Estudos indicam que a transmissão que envolve profissionais de saúde também ocorre em ambientes comunitários (como residências), além de estabelecimentos de saúde (6,8-12).

Embora o uso apropriado de EPI seja uma medida de proteção crítica para profissionais de saúde, as estratégias para mitigar os danos associados ao uso prolongado e à reutilização do EPI e outros fatores de risco identificados são descritas na orientação provisória da OMS: [Surto de doença do coronavírus \(COVID-19\): direitos, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, incluindo considerações-chave para a segurança e saúde do trabalho: orientação provisória](#) (17).

Princípios-chave para a prevenção de infecção em profissionais de saúde

A prevenção de infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde requer uma abordagem integrada multifacetada de PCI e medidas de saúde e segurança do trabalho (SST) (17,20). A OMS recomenda que todas as unidades de saúde devem estabelecer e implementar programas de PCI e Programas de SST com protocolos para garantir a segurança do profissional de saúde e prevenir a infecção por COVID-19 no ambiente de trabalho (20).

Estudos relatam que os profissionais de saúde que trabalham em áreas afetadas pela COVID-19 vivenciam altos níveis de depressão, ansiedade e sofrimento psicológico (21-23). A escassez de profissionais de saúde e longos turnos sem períodos de descanso adequados e a falta de equipamentos de proteção individual são determinantes importantes que levam à fadiga e à adesão inadequada das práticas de prevenção de infecção (21,22). Isso foi destacado pela OMS em diretrizes, nas quais são fortemente recomendados níveis adequados de pessoal e treinamento adequado em PCI como componentes centrais de programas efetivos de PCI para prevenir infecções associadas a cuidados de saúde, incluindo as disseminadas por surtos (20). Também foi relatado haver uma carência de medidas sociais adequadas de proteção à saúde, como monitoramento de saúde, licença médica para quarentena e a norma de “ficar em casa se não estiver bem” para certos grupos de profissionais de saúde (por exemplo, prestadores de serviços privados autônomos, profissionais de saúde comunitários e provedores leigos). Por esse motivo, a OMS já recomendou o estabelecimento de programas nacionais de PCI e SST em nível nacional e em todas as unidades de saúde (24).

A seguir está uma lista de recomendações existentes e novas para prevenção da infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde.

1. Estabelecer um programa de prevenção e controle de infecção

As [diretrizes da OMS sobre os principais componentes dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e nas unidades de saúde agudas](#) (20) são a base das estratégias da OMS para prevenir ameaças atuais e futuras de infecção e resistência antimicrobiana na assistência à saúde. Um programa de PCI no nível da unidade de saúde com uma equipe de PCI dedicada e treinada, ou no mínimo um ponto focal de PCI, deve ser implementado e apoiado pela administração sênior nacional e da unidade (20). É recomendado garantir níveis adequados de pessoal clínico como componente central na prevenção da transmissão de infecções associadas aos cuidados de saúde, em especial as propagadas por meio de surtos. Foram identificados os [requisitos mínimos](#) (25) para facilitar a implementação gradual dos componentes básicos dos programas de PCI da OMS, em especial nos países em que a PCI é limitada ou inexistente (25). É essencial preencher os requisitos mínimos de PCI e implementar programas mais robustos e abrangentes, de acordo com todos os componentes principais de PCI da OMS em todo o sistema de saúde de todos os países para apoiar os esforços de controle da pandemia da COVID-19 e outras doenças infecciosas que venham a surgir e prevenir infecções associadas a cuidados de saúde e resistência antimicrobiana (20,25).

Os serviços de cuidados de longa duração foram identificados como de alto risco para a transmissão da COVID-19 entre residentes e funcionários (7,26). Foram desenvolvidas orientações da OMS específicas para esses locais: [Prevenção e ma-](#)

nejo da COVID-19 em serviços de cuidados de longo prazo; sumário de políticas (27), [Prevenção e manejo da COVID-19 em instituições de longa permanência](#), anexo da internet (28) e [orientação sobre prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19](#) (29). Elas devem ser utilizadas além dos documentos sobre PCI citados acima.

Medidas específicas de PCI, recomendadas pela OMS, para reduzir a transmissão do SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde, são descritas em uma série de documentos-chave de orientação técnica de PCI (2,29-33), incluindo o seguinte:

- Garantir a triagem, o reconhecimento precoce e o controle da origem (isolando casos suspeitos e confirmados de COVID-19, incluindo residentes em instituições de longa permanência).
- Aplicar as precauções padrão de PCI para todos os pacientes, com atenção especial para a higienização das mãos e a limpeza ambiental adequadas.
- Implementar precauções adicionais (gotículas e contato e, quando aplicável, nos procedimentos com geração de aerossol, precauções contra aerossol) para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19, uso irrestrito de máscaras hospitalares pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde, inclusive nas áreas comuns em que os profissionais de saúde interagem entre si.
- Implementar controles administrativos, como normas e procedimentos de PCI, incluindo comportamentos apropriados e conformidade com as principais medidas de PCI nas áreas comuns.
- Usar ou introduzir controles ambientais e de engenharia, como ventilação adequada.

2. Estabelecer um programa de saúde e segurança do trabalho

Todos os serviços de saúde devem ter uma política e um programa de saúde e segurança do trabalho, incluindo um ponto focal de saúde do trabalho ou um serviço de saúde do trabalho; um comitê de gestão de trabalho para saúde e segurança; uma avaliação regular de risco no local de trabalho cobrindo todos os riscos e a efetividade de seus controles; imunizações; relatórios isentos de culpa de exposição acidental/desprotegida a patógenos e incidentes; vigilância médica, educação e treinamento de profissionais; e medidas de higiene (34). As medidas específicas para proteção dos profissionais de saúde contra os riscos ocupacionais amplificadas pela pandemia da COVID-19 são descritas nas orientações provisórias da OMS “COVID-19: Saúde e segurança do trabalho dos profissionais de saúde: direitos e responsabilidades” (a ser publicado) e [“Segurança e saúde do trabalho em emergências de saúde pública: manual para proteção dos profissionais de saúde e socorristas”](#) da OMS/OIT (35).

Um elemento-chave para a prevenção e controle da transmissão em ambientes de saúde é a aplicação de controles de engenharia, ambientais e administrativos, comportamentos individuais e EPI. Além dos elementos principais dos programas de PCI e SST descritos, as seguintes medidas devem ser incluídas para prevenir infecções de profissionais de saúde:

- Avaliação regular dos riscos e da efetividade das medidas de controle, incluindo conformidade com a PCI e os protocolos de segurança e avaliação de risco ocupacional.
- Educação e treinamento de todos os funcionários sobre medidas de PCI e saúde e segurança do trabalho, incluindo treinamento regular de atualização.
- Acesso e uso apropriado de materiais para PCI, como suprimentos de higienização das mãos e EPIs (máscaras médicas, respiradores, protetores oculares, luvas, aventais), que devem estar disponíveis em quantidade e tamanhos suficientes, atendendo aos padrões de qualidade.
- Monitoramento dos procedimentos de PCI e *feedback* regular para vários públicos, incluindo a equipe clínica, com apoio de mentoria e supervisão prática; e reforço de habilidades para o estabelecimento de normas sociais fortes relacionadas à adesão à PCI (36).
- Monitoramento de barreiras comportamentais e sociais e facilitadores para a adesão dos profissionais de saúde, como a percepção do valor dos procedimentos, a confiança em seguir os procedimentos e a percepção do apoio disponível (36).
- Normas e procedimentos de saúde e segurança do trabalho, incluindo:
 - triagem e teste dos funcionários, protocolos de doenças dos funcionários e normas de retorno seguro ao trabalho;
 - normas que permitam que os funcionários fiquem em casa no caso de indisposição, sem perda de renda;
 - procedimentos para notificação com isenção de culpa e investigação de exposições desprotegidas e contato com casos de COVID-19 suspeitos ou confirmados;
 - protocolos de gestão para garantir que haja funcionários suficientes; proporções seguras de funcionários por paciente; turnos apropriados; períodos de descanso em áreas com espaço e ventilação adequados; e lembretes para que os funcionários continuem a cumprir os procedimentos de PCI.
- Comunicação regular entre os funcionários e a administração, incluindo a participação dos funcionários no planejamento.
- Cooperação entre empregadores e subcontratantes que operam na mesma unidade de saúde no desenvolvimento e implementação de protocolos de segurança e medidas de proteção.

Detecção precoce de infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde para prevenir futuras transmissões

A detecção precoce da infecção por COVID-19 entre profissionais de saúde pode ser alcançada por meio de vigilância síndrômica e/ou testes laboratoriais e é uma estratégia-chave para prevenir a transmissão secundária aos pacientes, entre profissionais de saúde e em todos os ambientes de saúde.

A vigilância síndrômica pode ser conduzida usando-se métodos passivos (por exemplo, notificação espontânea de sintomas ou doença por profissionais da saúde) ou métodos ativos (por exemplo, que envolvam entrevistas ou avaliação dos profissionais de saúde para identificação de casos suspeitos da doença sob vigilância) (14,37).

A febre é um sintoma comum de COVID-19. Uma revisão sistemática constatou que febre, mialgia ou artralgia, fadiga e cefaleia são comuns em pacientes com COVID-19 (38,39). Também foram relatados perda do paladar (ageusia) e olfato (anosmia), dor ocular, mal-estar geral e cansaço extremo (6,7). Alguns casos não relataram nenhum sintoma (40).

Foi descoberto em limitados estudos disponíveis que o teste de PCR é mais frequentemente positivo em profissionais de saúde sintomáticos em comparação com aqueles sem sintomas (razão de chances variando de 3,5-19,4) (12,41-44). A proporção de profissionais de saúde que testaram positivo enquanto assintomáticos variou entre 12-23,1% (11,26,41,43,44).

Um pequeno estudo da Escócia, Reino Unido, em que os profissionais de saúde que relataram sintomas foram prontamente testados para COVID-19 em vez de serem colocados em quarentena por até 14 dias, observou que o teste pode ter poupado o sistema de saúde de aproximadamente 8.573 dias de trabalho perdidos devido a ausências no número reduzido de funcionários (45). Um grande estudo multicêntrico recente realizado em instituições de longa permanência, nos Estados Unidos, descobriu que 1,3 casos de COVID-19 foram encontrados entre os profissionais de saúde para cada 3 casos identificados entre os residentes. Esse achado é consistente com outros estudos realizados em instituições de longa permanência que encontraram casos de COVID-19 em profissionais de saúde quando foi implementada uma ampla estratégia de teste para todos os profissionais de saúde, assim que um residente foi identificado como sendo positivo para COVID-19 (7).

Em geral, embora os estudos mostrem que um cronograma regular para a realização de testes nos profissionais de saúde possa identificar infecções, não foram identificados com clareza os intervalos ou o momento ideal para a realização dos testes de rotina (46-49).

Com base nas evidências disponíveis, a OMS recomenda o seguinte:

1. A vigilância síndrômica dos profissionais de saúde para sintomas da COVID-19 deve ser realizada antes de eles entrarem no local de trabalho. Isso deve incluir:

- Vigilância passiva: encorajar os profissionais de saúde a relatar sintomas ao encarregado pela saúde do trabalho ou outro funcionário designado na unidade antes de seu turno (inclusive por meio de formulários de relatório digital de rotina, quando disponíveis) e durante ou após o turno.
- Vigilância ativa: estabelecer um processo confidencial para garantir que os profissionais de saúde sejam examinados quanto aos sintomas de COVID-19, incluindo febre e quaisquer riscos potenciais de exposição na chegada ao turno.

A vigilância passiva pode ser a única opção quando os recursos são limitados, mas a vigilância síndrômica ativa deve ser cogitada se os recursos humanos e a logística permitirem. Recomenda-se que sejam feitos todos os esforços para instituir a vigilância síndrômica ativa quando houver aglomerados de casos de transmissão na unidade de saúde ou nas áreas em que a unidade de saúde esteja localizada. Se houver transmissão comunitária³, a vigilância síndrômica é crítica.

Os sintomas a serem monitorados para a vigilância síndrômica dos profissionais de saúde devem incluir, no mínimo: febre, tosse seca, mialgia, artralgia, fadiga, cefaleia, falta de ar, anosmia e ageusia. Os funcionários que tiverem algum dos sintomas acima ou que não passarem no processo de triagem devem entrar em contato com a SST para obter mais instruções. Devem ser adotadas normas de emprego, como licença médica e possibilidade de ficar em casa se não estiverem bem, que garantam confidencialidade e não sejam punitivas para os profissionais de saúde que venham a se tornar contatos⁴ ou infectados com SARS-CoV-2 (17).

³ A transmissão comunitária é descrita como surtos nos quais não é possível relacionar os casos confirmados em cadeias de transmissão para um grande número de casos, ou pelo aumento de testes positivos em amostras sentinela (50).

Tabela 1. Exemplos de abordagens de vigilância sindrômica

Cenário de transmissão da COVID-19 (50)	Tipo de vigilância sindrômica para profissionais de saúde	Abordagem possível
Nenhum caso ou casos esporádicos	Implementar vigilância sindrômica passiva	Os funcionários relatam espontaneamente para a saúde do trabalho ou outro funcionário designado, caso apresentem algum sintoma, incluindo febre.
Aglomerados de casos	Implementar vigilância sindrômica passiva, cogitar a vigilância ativa se houver recursos disponíveis	Os funcionários relatam espontaneamente para a saúde do trabalho ou outro funcionário designado, caso apresentem algum sintoma, incluindo febre. Se houver recursos disponíveis, cogite um processo de monitoramento ativo dos funcionários no tocante a sintomas, incluindo febre.
Transmissão comunitária	Implementar vigilância sindrômica ativa	É implementado um processo no qual a temperatura dos funcionários é monitorada e os funcionários são avaliados ativamente (rastreados) para sintomas no início de cada turno, no mínimo.

2. Devem ser desenvolvidas e implementadas estratégias de testagem nacionais e subnacionais para profissionais de saúde para detecção de infecção por SARS-CoV-2.

Testes laboratoriais adequados para infecção por SARS-CoV-2 são medidas necessárias para identificar com mais precisão a transmissão de SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde (15,51). Ao cogitar uma estratégia de teste, os seguintes fatores contextuais devem ser levados em consideração: efetividade dos programas de saúde do trabalho e PCI da unidade (incluindo protocolos totalmente implementados pelos empregadores/administração e aderência demonstrada da equipe aos protocolos), o cenário de transmissão local, recursos disponíveis e infraestruturas para testes e o impacto da COVID-19 na força de trabalho de saúde (por exemplo ausências em potencial devido a licença médica, autoisolamento ou quarentena). Em locais com recursos limitados em áreas de transmissão comunitária, a OMS recomenda que os profissionais de saúde sejam priorizados para testes, independentemente de serem um contato de um caso confirmado (para proteger os profissionais de saúde e reduzir o risco de transmissão nosocomial) (52).

A OMS fornece recomendações sobre RT-PCR e testes com base em antígenos para o diagnóstico de SARS-CoV-2 (15,51).

A estratégia de teste deve incluir:

a) Testar os profissionais de saúde após exposição ao SARS-CoV-2

Os profissionais de saúde de um estabelecimento de saúde que são contatos⁴ de um caso suspeito ou confirmado (53),

⁴ Um contato é uma pessoa que teve qualquer uma das seguintes exposições desprotegidas nos 2 dias anteriores e nos 14 dias após o início dos sintomas de um caso provável ou confirmado: 1. contato face a face com um caso provável ou confirmado a menos de 1 metro de distância e por pelo menos 15 minutos 2. contato físico direto com um caso provável ou confirmado 3. cuidados diretos prestados a um paciente com COVID-19 provável ou confirmado sem uso do equipamento de proteção individual recomendado OU 4. outras situações, conforme indicado pelas avaliações de risco locais (53).

como resultado de uma exposição não protegida no trabalho ou na comunidade, devem consultar o ponto focal de saúde do trabalho para que sejam avaliados usando a [avaliação de risco e ferramenta de manejo da exposição dos profissionais de saúde, da OMS](#) (16). A OMS recomenda que todos os contatos com exposição de alto risco sejam testados para SARS-CoV-2.

b) Testes de rotina de profissionais de saúde para vigilância da COVID-19

A necessidade de testes de rotina deve ser decidida usando-se uma abordagem baseada em risco e os seguintes fatores devem ser levados em consideração:

- A intensidade da transmissão no local da(s) unidade(s) de saúde, por exemplo, na presença de transmissão comunitária ou surtos intensos de COVID-19.
- A capacidade das unidades e laboratórios para realizar os testes, incluindo recursos financeiros e humanos disponíveis, bem como a disponibilidade de materiais de teste e capacidade laboratorial.
- O volume de pacientes identificados como positivos para SARS-CoV-2, admitidos na unidade ou sendo avaliados pelos profissionais de saúde.
- A taxa de positividade entre os funcionários.

O número de funcionários que estão doentes, mas não foram diagnosticados com COVID-19 e em quarentena como contatos de COVID-19, resultando na incapacidade de prover um nível seguro e adequado de funcionários.

c) Testar os profissionais de saúde que trabalham em instituições de longa permanência

Independentemente do cenário de transmissão da COVID-19, devem ser cogitados testes de rotina para profissionais de saúde contratados ou que trabalhem em instituições de longa permanência, sendo eles, no mínimo, testados para COVID-19 assim que um caso positivo de COVID-19 for identificado em meio aos residentes ou funcionários.

A Tabela 2 fornece alguns exemplos de cenários para a aplicação de uma abordagem com base nos riscos.

Tabela 2: Exemplos de cenários e estratégias de teste para profissionais de saúde

Local de atendimento de saúde	Cenário de transmissão (50)	Possível meta de estratégia de teste a ser considerada (onde os recursos permitirem)
Cuidados agudos	Nenhum caso ou casos esporádicos	Profissionais de saúde sintomáticos Profissional de saúde identificado como um contato de um caso de SARS-CoV-2 • Profissionais de saúde associados à transmissão de ou para um paciente ou residente ou a uma investigação de surto
	Aglomerados de casos ou transmissão comunitária	Profissionais de saúde sintomáticos Profissional de saúde identificado como um contato de um caso de SARS-CoV-2 • Profissionais de saúde associados à transmissão de ou para um paciente, a um aglomerado de casos ou a uma investigação de surto Profissionais de saúde que trabalhem em qualquer área clínica, identificando-se as áreas prioritárias com base na avaliação de risco (por exemplo: triagem, serviços de emergência ou enfermarias COVID-19) onde os recursos sejam limitados Todos os profissionais de saúde que trabalham em serviços ou unidades de COVID-19
Instituições de longa permanência	Todos os cenários de transmissão	Profissionais de saúde sintomáticos Profissionais de saúde identificados como um contato de um caso de SARS-CoV-2 Teste de todos os profissionais de saúde quando um caso positivo de SARS-CoV-2 for identificado em um residente ou membro da equipe Testes de rotina dos profissionais de saúde, se possível

A frequência do teste do profissional de saúde dependerá do nível de transmissão dentro de uma unidade e nas áreas circunvizinhas, do(s) objetivo(s) da estratégia de teste (ou seja, vigilância ou controle de surto), da capacidade da unidade e laboratórios relevantes para a realização dos testes e das orientações nacionais e locais. Durante um surto de COVID-19, os testes devem ser realizados regularmente (por exemplo, semanalmente, se os recursos permitirem) até que não haja nenhum caso de COVID-19 em profissionais de saúde ou residentes no estabelecimento (7,26,48).

Manejar a exposição, a infecção e o retorno seguro ao trabalho dos profissionais de saúde

Deve ser implementado um sistema isento de culpa para gerenciar as exposições dos profissionais de saúde à COVID-19 de modo a promover e apoiar o relato de exposições ou sintomas. As organizações que prestam cuidados de saúde devem ter políticas de licença remunerada por doença para profissionais de saúde que não sejam punitivas, não associadas a quaisquer desincentivos financeiros, confidenciais, flexíveis e consistentes com as orientações de saúde pública. Os pontos focais de SST devem manter registros confidenciais dos profissionais de saúde expostos à COVID-19 e monitorar aqueles que desenvolverem ou relatarem sintomas ou teste positivo.

Um elemento-chave para o desenvolvimento de políticas para o manejo de exposições, infecções e retorno seguro ao trabalho dos profissionais de saúde são as evidências disponíveis sobre a duração da eliminação viral entre os pacientes com COVID-19 e, em especial, o período de tempo dentro do qual o vírus competente para replicação pode ser isolado. O informe científico da OMS [Critérios para liberação de pacientes](#)

[com COVID-19 do isolamento](#) (54) fornece uma visão geral das evidências.

Consequentemente, a orientação a seguir é baseada em vários estudos que mostram que, em pacientes com COVID-19 leve a moderada, o vírus competente para replicação não foi recuperado após 10 dias subsequentes ao início dos sintomas.

A OMS fornece os seguintes conselhos:

1. Os profissionais de saúde devem ser encorajados a relatar exposições ocupacionais e não ocupacionais à COVID-19.

Se um profissional de saúde relatar uma exposição desprotegida à COVID-19, não passar na triagem sintomática na chegada ou desenvolver sintomas durante seu turno, devem ser implementados normas e procedimentos claros que descrevam as etapas que devem ser adotadas, que incluem:

- Instruções para o profissional de saúde parar de trabalhar imediatamente, colocar uma máscara médica se ainda não a estiver usando, notificar o encarregado de SST e isolar-se.
- A SST deve se reunir com o profissional de saúde para conduzir uma avaliação e um histórico de exposição, se os recursos permitirem, ou pedir ao profissional de saúde que preencha e envie o formulário de Avaliação de riscos e manejo de exposição de profissionais de saúde no contexto da COVID-19, da OMS.
- A SST deve identificar uma categorização de risco com base na ferramenta de avaliação de risco para um profissional de saúde que tiver tido uma exposição desprotegida e determinar o manejo adequado, incluindo a capacidade do profissional de saúde de retornar ao trabalho.

- A SST deve entrar em contato com as autoridades locais de saúde pública para notificá-los sobre os profissionais de saúde que relataram exposições ocupacionais e não ocupacionais relacionadas e para providenciar acompanhamento e monitoramento apropriados.
- A doença ocupacional deve ser notificada de acordo com as leis de SST.
- Devem ser implementadas estratégias para mitigar a escassez de mão de obra (17, 34, 55, 56).

Mais informações sobre avaliação de risco e manejo de exposições à COVID-19 entre profissionais de saúde podem ser encontradas [aqui](#) (16). A abordagem indicada neste guia distingue as exposições com alto e baixo risco para infecção por COVID-19. Os principais conselhos para diferentes situações estão resumidos na Tabela 3.

Com base na classificação de risco pós-exposição, o departamento de saúde e segurança do trabalho pode aconselhar o profissional de saúde a:

- Continuar a trabalhar dependendo de sua capacidade de fazê-lo e da avaliação do risco de exposição.
- Fornecer recomendações para monitoramento dos sintomas e para acompanhamento adicional conforme necessário.
- Organizar o teste para SARS-CoV-2 de acordo com a estratégia de teste nacional e local.
- Cogitar uma quarentena, dependendo da natureza da exposição.

Tabela 3: Risco de exposição do profissional de saúde e ações recomendadas

Tipo de exposição	Situação do profissional de saúde	Conselho
Menor risco de exposição no local de trabalho: prestou cuidados diretos ao paciente com COVID-19 enquanto usava o EPI necessário e seguindo as precauções de PCI, esteve presente durante um procedimento de geração de aerossóis em um paciente com COVID-19 enquanto usava o EPI necessário e seguindo as precauções de PCI, exposição a um colega que é um caso suspeito ou positivo para COVID-19 no trabalho enquanto usava máscara.	Sem sintomas (assintomático)	<ul style="list-style-type: none"> • Pode continuar a trabalhar seguindo as medidas de PCI, incluindo os requisitos locais para o uso de máscaras. • Teste para SARS-CoV-2, se houver recursos disponíveis. Siga as orientações para o teste diagnóstico para SARS-CoV-2 (51) • Reforçar as medidas de PCI (distanciamento físico, higienização das mãos, EPI e uso de máscaras). • Automonitorar os sintomas por 14 dias e relatar imediatamente à SST se algum sintoma se desenvolver. • Se positivo, identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos.
	Sintomático	<ul style="list-style-type: none"> • O membro da equipe se autoisola. • Monitorar com SST. • Teste para SARS-CoV-2. Siga as orientações para o teste de diagnóstico para SARS-CoV-2 (51) • Se positivo, identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos.
Maior risco de exposição no local de trabalho: prestou cuidados diretos ao paciente COVID-19 sem nenhum EPI ou com EPI inadequado, ou com falha de integridade do EPI ou outras precauções de PCI não seguidas (ou seja, a higienização das mãos não foi realizada de acordo com os 5 momentos da OMS, não houve limpeza e desinfecção de superfícies/ambiente) esteve presente durante um procedimento de geração de aerossóis sem EPI ou com EPI inadequado, ou com falha de integridade do EPI ou outras precauções de PCI não seguidas (por exemplo, a higienização das mãos não foi realizada de acordo com os 5 momentos da OMS, não houve limpeza e desinfecção de superfícies/ambiente), exposição (> 15 min de contato face-face, < 1m) a um colega que foi identificado como positivo para COVID-19 sem máscara (por exemplo, em uma sala de descanso, enquanto comia, etc.), exposição a respingos ou borrifos de fluidos corpóreos/sangue e/ou punção/ferimento cortante.	Sem sintomas (assintomático)	<ul style="list-style-type: none"> • O funcionário deve ficar de quarentena por 14 dias após a última exposição. • O funcionário permanecerá afastado do trabalho por 14 dias a partir da última exposição. • Teste para SARS CoV-2. Siga as orientações para o teste de diagnóstico para SARS-CoV-2 (51) • Se positivo, identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos. • Monitorar diariamente os sintomas e notificar a SST.
	Sintomático	<ul style="list-style-type: none"> • O membro da equipe se autoisola. • Teste para SARS-CoV-2. Siga as orientações para o teste de diagnóstico para SARS-CoV-2 (51) • Identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos. • Ver a orientação a seguir para retorno ao trabalho.

Exposição não ocupacional (por exemplo: contato ⁴ com um caso confirmado que seja membro da família ou da comunidade).	Assintomático	<ul style="list-style-type: none"> Quarentena por 14 dias após a última exposição. Se positivo, identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos.
	Sintomático	<ul style="list-style-type: none"> O membro da equipe se autoisola. Teste para SARS-CoV-2. Siga as orientações para o teste diagnóstico para SARS-CoV-2. Se positivo, identificar os contatos e fazer o acompanhamento de acordo com os procedimentos de rastreamento de contatos. Ver a orientação a seguir para retorno ao trabalho.

2. Manejo de infecções em profissionais da saúde

Todo profissional de saúde que se identificar como sintomático ou com teste positivo para SARS-CoV-2 deve:

- ser imediatamente isolado e interromper todas as atividades de atendimento a pacientes,

- informar seu supervisor, que deve notificar a PCI e a SST,
- procurar atendimento em caso de indisposição ou agravamento dos sintomas por meio do sistema de encaminhamento apropriado.

A tabela a seguir descreve os conselhos e as etapas de manejo, caso o teste de um profissional da saúde seja positivo para SARS-CoV-2.

Tabela 4: Medidas para profissionais de saúde positivos para SARS-CoV-2

Situação do profissional de saúde	Medidas de PCI
O profissional de saúde testa positivo para SARS-CoV-2 (com ou sem sintomas)	<ul style="list-style-type: none"> Isolar em uma unidade de saúde, local designado (por exemplo, unidade de saúde, unidade não tradicional) ou em casa, (51) conforme apropriado e de acordo com a condição clínica, por um mínimo de 10 dias mais 3 dias sem sintomas (33)
O profissional de saúde está sintomático, mas o teste é negativo para SARS-CoV-2	<ul style="list-style-type: none"> Siga as orientações para o teste diagnóstico para SARS-CoV-2 (51) Consulte a SST para saber se deve retomar ao trabalho e se são necessários testes adicionais para diagnóstico alternativo de acordo com a orientação local, Todo profissional de saúde com permissão para retornar ao trabalho deve ser avisado sobre os sintomas de modo a monitorar e seguir as orientações de controle de infecção conforme descrito anteriormente, incluindo o uso de EPI adequado.

Se a infecção de um profissional de saúde estiver relacionada a uma exposição ocupacional, como práticas incorretas de PCI, devem ser postas em prática medidas corretivas adequadas, tais como treinamento de atualização para a equipe sobre medidas de PCI, a fim de abordar e corrigir as violações. As unidades devem se assegurar que suprimentos adequados de EPI devidamente ajustados estejam disponíveis para os profissionais de saúde e que estejam em vigor processos para monitoramento e observação dos procedimentos de PCI, incluindo a verificação da vedação de respiradores e a ordem correta para a remoção e descarte do EPI. Também deve haver lembretes no local de trabalho para que sejam adotadas medidas de higiene durante as atividades de trabalho e que haja períodos de descanso adequados. Os detalhes podem ser encontrados no [documento](#) sobre SST da OMS (17).

A SST precisará equilibrar o risco de escassez de profissionais de saúde essenciais com os riscos de exposição e a implementação de restrições de trabalho de acordo com os cenários de transmissão nas unidades e na comunidade.

3. Aconselhamento de retorno ao trabalho para profissionais de saúde

Os princípios da OMS para interrupção do isolamento de pacientes com COVID-19 devem ser adotados ao tomar decisões sobre o retorno ao trabalho de profissionais de saúde

afetados pela COVID-19, com algumas considerações adicionais para subpopulações específicas de profissionais de saúde. Os critérios atualizados da OMS para liberação de pacientes com COVID-19 do isolamento são esses(54):

- Os pacientes sintomáticos podem ser liberados do isolamento 10 dias após o início dos sintomas, mais no mínimo 3 dias adicionais sem sintomas (inclusive sem febre⁵ e sem sintomas respiratórios);
- Os indivíduos assintomáticos podem ser liberados do isolamento 10 dias após o primeiro teste positivo.

Alguns indivíduos podem apresentar sintomas (como tosse pós-viral, entre outros) além do período de infecciosidade ou no mínimo 13 dias de isolamento (54). A avaliação médica caso a caso deve determinar se os profissionais de saúde estão em condições de voltar ao trabalho. Informações adicionais podem ser encontradas nas orientações provisórias de [manejo clínico da COVID-19 da OMS](#) (57).

Os países podem optar por continuar a usar o teste de PCR para interromper o isolamento de profissionais de saúde sintomáticos e com teste positivo para COVID-19 de modo a permitir que eles voltem ao trabalho quando se recuperarem

⁵ Sem o uso de antipiréticos (54).

cl clinicamente e tiverem dois testes de PCR negativos em amostras sequenciais colhidas com pelo menos 24 horas de intervalo (54,57).

O retorno ao trabalho deve ser decidido caso a caso em colaboração com a SST e PCI e incluindo as próprias preferências do profissional de saúde. As condições para determinar se um profissional de saúde pode retornar ao trabalho com segurança incluem:

- Sua unidade (dedicada a pacientes COVID-19, UTI, instituição de longa permanência *versus* atendimento direto ao paciente, atendimento sem contato direto com o paciente).
- As condições clínicas (por exemplo, imunocomprometidos) dos pacientes para os quais o profissional de saúde virá a prestar atendimento.
- Medidas de PCI e uso irrestrito de máscara nas unidades de acordo com a orientação da OMS [Aconselhamentos sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19](#), (31).
- A saúde geral do profissional de saúde e a gravidade da COVID-19 prévia.

Os profissionais de saúde devem seguir as seguintes recomendações ao retornar ao trabalho após a infecção por COVID-19:

- Fazer um treinamento de atualização nas práticas de PCI, como higienização das mãos e etiqueta respiratória, teste de vedação e verificação da vedação de respiradores, uso de EPI, normas sobre uso de máscaras e distanciamento físico seguro.
- Seguir as medidas de saúde pública recomendadas em ambientes domésticos e comunitários (manter o distanciamento físico, higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscara).
- Continuar a se automonitorar quanto a sintomas sugestivos de COVID-19 e parar de trabalhar imediatamente, informar ao departamento de SST e se autoisolar caso surjam novos sintomas ou haja agravamento dos sintomas.
- Receber apoio contínuo e monitoramento de SST para complicações de saúde de longo prazo e possíveis implicações psicológicas.

Monitoramento, estudo e notificação de infecção por profissionais de saúde

Os estabelecimentos de saúde são incentivados a coletar dados sobre os profissionais de saúde expostos e infectados para monitorar e rastrear as exposições e identificar áreas para melhorias. Toda infecção de profissionais de saúde deve ser documentada e investigada de modo a permitir um controle rápido. Deve ser estabelecido um esquema sistemático

de coleta de dados em nível nacional e da unidade sob os auspícios da SST. As infecções de profissionais de saúde devem ser sistematicamente notificadas no sistema nacional de vigilância. As notificações em todos os níveis devem orientar uma rápida ação corretiva ou investigação adicional em todos os níveis do sistema de saúde. Além disso, as avaliações rápidas da percepção dos profissionais de saúde sobre os procedimentos de PCI em nível local podem ajudar as unidades a identificar as barreiras ambientais, sociais ou comportamentais percebidas e os facilitadores para a adesão da equipe às medidas de PCI (36).

A OMS desenvolveu vários protocolos para vigilância e estudos entre profissionais de saúde a fim de avaliar a extensão das infecções e os fatores de risco para infecção por COVID-19 entre profissionais de saúde. Essas ferramentas podem ser usadas independentemente pelas unidades ou no contexto de vigilância ou pesquisa apoiada pela OMS.

1. [Protocolo para avaliação de fatores de risco para COVID-19 entre profissionais de saúde em um ambiente de saúde](#) (58)

A OMS desenvolveu uma investigação prospectiva confirmada por caso de todos os contatos identificados que trabalham em uma unidade de saúde na qual tenha sido atendido um paciente infectado por COVID-19 com confirmação laboratorial. O estudo de coorte pode ser feito em unidades de saúde de todos os três níveis de um sistema de saúde — não apenas em hospitais. Seu objetivo é fornecer informações epidemiológicas e sorológicas que irão orientar a identificação de fatores de risco para infecção por COVID-19 entre profissionais de saúde.

Os objetivos dessa investigação incluem:

- Compreender melhor a extensão da transmissão de pessoa para pessoa entre os profissionais de saúde, estimando a taxa de infecção secundária para contatos de profissionais de saúde em nível individual.
- Caracterizar o leque de apresentação clínica da infecção e os fatores de risco para infecção entre profissionais de saúde.
- Avaliar a efetividade das medidas de PCI entre os profissionais de saúde.
- Avaliar a efetividade dos programas de PCI nas unidades de saúde e em nível nacional.

Contate a EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int para informações adicionais e/ou suporte para o uso desse protocolo.

2. [Avaliação dos fatores de risco para doença coronavírus 2019 \(COVID-19\) em profissionais de saúde: protocolo para um estudo de caso-controle](#) (59)

A OMS desenvolveu um segundo protocolo que visa caracterizar e avaliar os fatores de risco para infecção por SARS-

-CoV-2 em profissionais de saúde expostos a pacientes com COVID-19. O estudo é baseado no uso de amostragem de densidade de incidência e deve ser iniciado assim que um caso de infecção por SARS-CoV-2 for confirmado entre profissionais de saúde em um estabelecimento de saúde. Os profissionais de saúde com COVID-19 confirmada serão recrutados como casos. Os profissionais de saúde expostos a pacientes com COVID-19 no mesmo ambiente, mas sem infecção, serão recrutados como controles, com uma meta de pelo menos 2–4 controles para cada caso. Para os países ou estabelecimentos de saúde que desejarem e puderem participar, a OMS está realizando um estudo multicêntrico caso-controle internacional em ambientes de saúde durante o período de um ano.

Os objetivos incluem:

Avaliar a efetividade das medidas atuais de PCI para COVID-19 entre os profissionais de saúde.

Descrever o leque de apresentação clínica da infecção por SARS-CoV-2 em profissionais de saúde, incluindo a duração e a gravidade da doença.

Determinar as respostas sorológicas em profissionais de saúde com infecção confirmada por SARS-CoV-2 e em pacientes atendidos, mas sem COVID-19.

Contate a EarlyInvestigations-2019-nCoV@who.int para informações adicionais e suporte para o uso desse protocolo.

Referências

1. Transmissão de SARS-CoV-2: implicações para precauções de prevenção de infecção: informe científico, 09 de julho de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>, acesso em 5 de setembro de 2020)
2. Prevenção e controle de infecção durante os cuidados de saúde quando houver suspeita ou confirmação da doença causada pelo coronavírus (COVID-19): orientação provisória, 29 de junho de 2020 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332879>, acesso em 16 de setembro de 2020)
3. Chou R, Dana T, Buckley DI, Selph S, Fu R, Totten AM. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. *Ann Intern Med.* 2020 Jul 21;173 (2):120–36.
4. Vahidy FS, Bernard DW, Boom ML, Drews AL, Christensen P, Finkelstein J, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 Infection Among Asymptomatic Health Care Workers in the Greater Houston, Texas, Area. *JAMA Netw Open.* 2020 Jul 27;3 (7):e2016451.
5. Hughes MM, Groenewold MR, Lessem SE, Xu K, Ussery EN, Wiegand RE, et al. Update: Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–July 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Sep 25;69 (38):1364–8.
6. Sikkema RS, Pas SD, Nieuwenhuijse DF, O’Toole Á, Verweij J, van der Linden A, et al. COVID-19 in health-care workers in three hospitals in the south of the Netherlands: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis.* 2020;3099 (20):1–8.
7. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gullett T, et al. Facility-Wide Testing for SARS-CoV-2 in Nursing Homes — Seven U.S. Jurisdictions, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Aug 11;69 (32):1095–9.
8. Bahrs C, Kimmig A, Weis S, Ankert J, Hagel S, Stallmach A, et al. Seroprevalence of SARS CoV-2 antibodies in healthcare workers and 1 administration employees: a prospective surveillance study at a 1,400-2 bed university hospital in Germany 3 4. *medRxiv.* 2020;
9. Luo L, Liu D, Liao X, Wu X, Jing Q, Zheng J, et al. Contact Settings and Risk for Transmission in 3410 Close Contacts of Patients With COVID-19 in Guangzhou, China. *Ann Intern Med.* 2020 Aug 13;M20-2671.
10. Wilkins J, Gray EL, Wallia A, Hirschhorn L, Zembower T, Ho J, et al. Seroprevalence and Correlates of SARS-CoV-2 Antibodies in Healthcare Workers in Chicago. *medRxiv.* 2020;
11. Garcia-Basteiro AL, Moncunill G, Tortajada M, Vidal M, Guinovart C, Jiménez A, et al. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital. *Nat Commun.* 2020 Dec 8;11 (1):3500.

3. [Protocolo de vigilância para infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde \(60\)](#)

A OMS desenvolveu um protocolo de vigilância que deve ser usado na coleta sistemática de dados entre os profissionais de saúde, incluindo as características da exposição e os fatores de risco como parte das investigações de casos. A utilização desse protocolo inclui um [Questionário de avaliação de risco \(16\)](#) que pode ser usado pelas unidades de saúde. Cada país precisará adaptar alguns aspectos selecionados desse protocolo para alinhá-lo com seus sistemas clínicos, de testes e de saúde pública relacionados aos profissionais de saúde, de acordo com a capacidade, disponibilidade de recursos e adequação cultural.

Usando-se esse protocolo padronizado, os dados de vigilância sobre infecção por COVID-19 em profissionais de saúde e sua exposição epidemiológica podem ser sistematicamente coletados e rapidamente compartilhados em um formato que pode ser facilmente agregado, tabulado e analisado em ambientes locais, nacionais e globais. Isso permitirá uma investigação em tempo hábil da COVID-19 entre os profissionais de saúde e da exposição deles, orientando assim as respostas de saúde pública e as decisões políticas.

Essas ferramentas e protocolos permitirão que os estabelecimentos caracterizem as infecções que estão ocorrendo entre os profissionais de saúde e identifiquem as áreas que precisam de melhorias.

12. Nagler AR, Goldberg ER, Agüero-Rosenfeld ME, Cangiarella J, Kalkut G, Monahan CR, et al. Early Results from Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Polymerase Chain Reaction Testing of Healthcare Workers at an Academic Medical Center in New York City. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 28.
13. Dicionário de dados para formulário de notificação baseado em casos. COVID-19: Vigilância, investigação de casos e protocolos epidemiológicos, 27 de fevereiro de 2020. Genebra; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/data-dictionary-for-case-based-reporting-form>, acesso em 23 de setembro de 2020)
14. Henning K J. Overview of Syndromic Surveillance What is Syndromic Surveillance? (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5301a3.htm>, acesso em 28 de setembro de 2020).
15. Detecção de antígeno no diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 usando imunoenaios rápidos: Orientação provisória. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334253>, acesso em 1-de outubro de 2020).
16. Avaliação de riscos e gerenciamento da exposição de profissionais de saúde no contexto da COVID-19: orientação provisória, 19 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, acesso em 5
17. Surto de doença por coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos profissionais de saúde, incluindo considerações importantes sobre segurança e saúde no trabalho: orientação provisória, 19 de março de 2020 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>, acesso em 5 de setembro de 2020).
18. Doença por coronavírus (COVID-19) Situação epidemiológica global. Genebra: Organização Mundial da Saúde 2020. (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201012-weekly-epi-update-9.pdf>, acesso em 13 de outubro de 2020).
19. International Council of Nurses. Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations [Internet]. Genebra; 2020. (https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-09/Analysis_COVID-19_survey_feedback_14.09.2020.pdf, acesso em 13 de outubro de 2020).
20. Diretrizes sobre os principais componentes dos programas de prevenção e controle de infecção nos níveis nacional e agudo de unidades de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, acesso em 28 de setembro de 2020).
21. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2020 Dec 20;13 (1):40.
22. Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin C-T, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020 Dec 12;20 (1):1230.
23. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West J Emerg Med*. 2020;21 (5):1059–66.
24. Organização Mundial da Saúde. A OMS exige condições de trabalho saudáveis, seguras e decentes para todos os profissionais de saúde, em meio à pandemia de COVID-19. 28 de abril de 2020; (<https://www.who.int/news/item/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic>, acesso em 21 de setembro de 2020).
25. Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, acesso em 28 de setembro de 2020).
26. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med*. 2020;382 (22):2081–90.
27. Prevenção e manejo da COVID-19 nos serviços de assistência de longa duração : sumário de políticas, 24 de julho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333074>, acesso em 15 de outubro de 2020).
28. Prevenção e manejo da COVID-19 nas instituições de longa permanência: anexo da Internet. Genebra; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334020>, acesso em 15 de outubro de 2020).
29. Orientações para prevenção e controle de infecção em instituições de longa permanência no contexto da COVID-19: orientação provisória, 21 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>, acesso em 15- de outubro de 2020).
30. Precauções padrão em cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2007. (<https://www.who.int/publications/i/item/standard-precautions-in-health-care>, acesso em 27 de setembro de 2020).
31. Aconselhamentos sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19: orientação provisória, 5 de junho de 2020. Genebra PP - Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332293>, acesso em 5 de setembro de 2020).
32. Uso racional de equipamento de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus (COVID-19) e considerações durante carências graves: orientação provisória, 6 de abril de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>, acesso em 30 de setembro de 2020).
33. Cuidados domiciliares para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 e manejo de seus contatos: orientação provisória, 12 de agosto de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333782>, acesso em 30 de setembro de 2020).
34. Organização Mundial da Saúde, International Labour Organization. “Cuidando de quem cuida” Programas Nacionais de Saúde do Trabalho para Profissionais de Saúde [Internet]. Genebra; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/caring-for-those-who-care>, acesso em 7 de outubro de 2020).

35. Organização Mundial da Saúde, International Labour Organization. Segurança e saúde do trabalho em emergências de saúde pública: manual para proteção de profissionais de saúde e socorristas. Genebra; 2018. (<https://www.who.int/publications/i/item/occupational-safety-and-health-in-public-health-emergencies-a-manual-for-protecting-health-workers-and-responders>, acesso em 12 de outubro de 2020).
36. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Apr 21 (4).
37. Organização Mundial da Saúde. Controle acelerado de doenças da OMS 2020. (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/en/, acesso em 28 de setembro de 2020).
38. Clemency BM, Varughese R, Scheaffer DK, Ludwig B, Welch J V, McCormack RF, et al. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Health Care Workers. *Acad Emerg Med* . 2020 Jun 8;27 (6):469–74.
39. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, Yiek W-K, Holwerda M, Bleeker-Rovers C, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Eurosurveillance*.. 2020 Apr 23;25 (16) .
40. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, et al. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. Hirst JA, editor. *PLoS One*. 2020 Jun 23;15 (6):e0234765. .
41. Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, et al. Screening of healthcare workers for SARS-CoV- 2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. *Elife*. 2020;
42. Fusco FM, Pisaturo M, Iodice V, Bellopede R, Tambaro O, Parrella G, et al. COVID-19 among healthcare workers in a specialist infectious diseases setting in Naples, Southern Italy: results of a cross-sectional surveillance study. *J Hosp Infect*. 2020 Aug;105 (4):596–600.
43. Lombardi A, Consonni D, Carugno M, Bozzi G, Mangioni D, Muscatello A, et al. Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clin Microbiol Infect*. 2020;
44. Brown CS, Clare K, Chand M, Andrews J, Auckland C, Beshir S, et al. Snapshot PCR surveillance for SARS-CoV-2 in hospital staff in England. *J Infect*. 2020 Sep;81 (3):427–34.
45. Parcell BJ, Brechin K, Allstaff S, Park M, Third W, Bean S, et al. Drive-through testing for SARS-CoV-2 in symptomatic health and social care workers and household members: an observational cohort study. *Thorax*. 2020 Aug 27;thoraxjnl- 2020-215128.
46. Cattelan AM, Sasset L, Di Meco E, Cocchio S, Barbaro F, Cavinato S, et al. An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 10;17 (16):5785.
47. Treibel TA, Manisty C, Burton M, McKnight Á, Lambourne J, Augusto JB, et al. COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. *Lancet*. 2020 May;395 (10237):1608–10.
48. Blain H, Rolland Y, Tuailon E, Giacosa N, Albrand M, Jaussent A, et al. Efficacy of a Test-Retest Strategy in Residents and Health Care Personnel of a Nursing Home Facing a COVID-19 Outbreak. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21 (7):933–6.
49. Chen Y, Tong X, Wang J, Huang W, Yin S, Huang R, et al. High SARS-CoV-2 antibody prevalence among healthcare workers exposed to COVID-19 patients. *J Infect*. 2020 Sep;81 (3):420–6.
50. Guia provisório para ações de preparação, prontidão e resposta para a COVID-19: orientação provisória, 22 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>, acesso em 15 de outubro de 2020).
51. Teste diagnóstico para SARS-CoV-2: orientação provisória, 11 de setembro de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334254>, acesso em 30 de setembro de 2020).
52. Recomendações para a estratégia de testes laboratoriais para COVID-19: orientação provisória, 21 de março de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331509>, acesso em 30 de setembro de 2020).
53. Vigilância de saúde pública para COVID-19: orientação provisória, 7 de agosto de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333752>, acesso em 17 de setembro de 2020).
54. Critérios para liberação de pacientes com COVID-19 do isolamento: informe científico, 17 de junho 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332451>, acesso em 17 de setembro de 2020).
55. Cuidados para profissionais de saúde expostos ao novo coronavírus (COVID-19) em unidades de saúde - orientação provisória 13 de abril de 2020. 2020. Pan American Health Organization (<https://www.paho.org/en/file/62982/download?token=V1AaIqoR>, acesso em 10 de outubro de 2020)
56. Centers for Disease Control and Prevention. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 _ CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration- isolation.html>, acesso em 10 de outubro de 2020).
57. Manejo clínico da COVID-19: orientação provisória, 27 de maio de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>, acesso em 15 de outubro de 2020).
58. Protocolo para avaliação de fatores de risco potenciais para infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) em 2019 entre profissionais de saúde nos serviços de saúde. Genebra; 2020. ([https://www.who.int/publications/i/item/protocol-for-assessment-of- potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus- \(2019-ncov\)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care- setting](https://www.who.int/publications/i/item/protocol-for-assessment-of- potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus- (2019-ncov)-infection-among-health-care-workers-in-a-health-care- setting), acesso em 16 de outubro de 2020).

59. Cassini A, Bergeri I. Assessment of risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in health workers: protocol for a case-control study. Genebra; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332187>, acesso em 18 de outubro de 2020).
60. Protocolo de vigilância para infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde: 28 de maio de 2020, versão 1. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332203>, acesso em 18 de outubro de 2020).
61. Relatório Mundial da Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde. Genebra, Suíça. Genebra; 2006. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, acesso em 15 de setembro de 2020).
62. Competências essenciais para profissionais de prevenção e controle de infecção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. (<http://apps.who.int/bookorders>, acesso em 12 de outubro de 2020).

Agradecimentos

Este documento foi desenvolvido em consulta com os seguintes membros:

1. Grupo de Desenvolvimento de Orientação Ad-hoc COVID-19 do Programa de Emergências de Saúde da OMS (WHE): Jameela Alsalman, Ministry of Health, Bahrain; Anucha Apisarntharak, Thammasat University Hospital, Thailand; Baba Aye, Public Services International, França; Roger Chou, Oregon Health Science University, EUA; May Chu, Colorado School of Public Health, EUA; John Conly, Alberta Health Services, Canadá; Barry Cookson, University College London, Reino Unido (Reino Unido); Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, Reino Unido; Dale Fisher, GOARN, Singapura; Tiouiri Benaissa Hanene, CHU La Rabta Tunisia; Joost Hopman, Radboud University Medical Center, Países Baixos; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka; Seto Wing Jong, School of Public Health, Hong Kong SAR, China; Souha Kanj, American University of Beirut Medical Center, Lebanon; Daniele Lantagne, Tufts University, EUA; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention, EUA; Anna Levin, University of São Paulo, Brasil; Yuguo Li, The University of Hong Kong, China; Lin Moi Ling, Sing Health, Singapura; Caline Mattar, World Health Professions Alliance, EUA; MaryLouise McLaws, University of New South Wales, Austrália; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control, India; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, África do Sul; Ziad Memish, Ministry of Health, Arábia Saudita; Babacar Ndoeye, Infection Control Africa Network, Senegal; Fernando Otaiza, Ministry of Health, Chile; Diamantis Plachouras, European Centre for Disease Prevention and Control, Suécia; Maria Clara Padoveze, School of Nursing, University of São Paulo, Brasil; Mathias Pletz, Jena University, Germany; Marina Salvadori, Public Health Agency of Canadá, Canadá; Ingrid Schoeman, TB Proof, África do Sul; Mitchell Schwaber, Ministry of Health, Israel; Nandini Shetty, Public Health England, Reino Unido; Mark Sobsey, University of North Carolina, EUA; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Singapura; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, Países Baixos; Walter Zingg, University of Geneva Hospitals, Suíça.
2. Especialistas do UNICEF:
Gregory Built, Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu
3. Revisores externos:
Howard Catton, International Council of Nurses, Suíça, Raoul Kamadjeu, UNICEF, Antoon De Schryver. IDEWE- Universiteit Antwerpen, Países Baixos; Paolo Durando, University of Geneva, Suíça; Annalee Yassi, University of British Columbia, Canadá.
4. Secretariado da OMS:
Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, Mekdim Ayana, April Baller, Elizabeth Barrera-Cancedda, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Sophie Harriet Dennis, Sergey Eremin, Dennis Falzon, Nathan Ford, Lice Angulo Gonzalez, Ivan Ivanov, Pierre Claver Kariyo, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Kevin Ousman, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Valeska Stempliuk, Maha Talaat Ismail, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed, Matteo Zignol.

A OMS continua monitorando a situação de perto em busca de quaisquer mudanças que possam afetar esta orientação provisória. Se algum fator mudar, a OMS publicará uma nova atualização. Caso contrário, este documento de orientação provisório expirará 2 anos após a data de publicação.

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2020.**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Número de referência: OPAS-W/BRA/PHE/COVID-19/20-169