

**MONITORAMENTO DE**  
**SINTOMAS SUGESTIVOS DA**  
**COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS**  
**DE SAÚDE**

**O projeto PREVCOVID-BR promove ações para a prevenção da disseminação da COVID-19 no ambiente hospitalar. O automonitoramento diário de trabalhadores é uma dessas ações. Este automonitoramento é feito por meio do Google Formulário. O preenchimento é voluntário e o sigilo quanto aos dados pessoais é garantido.**

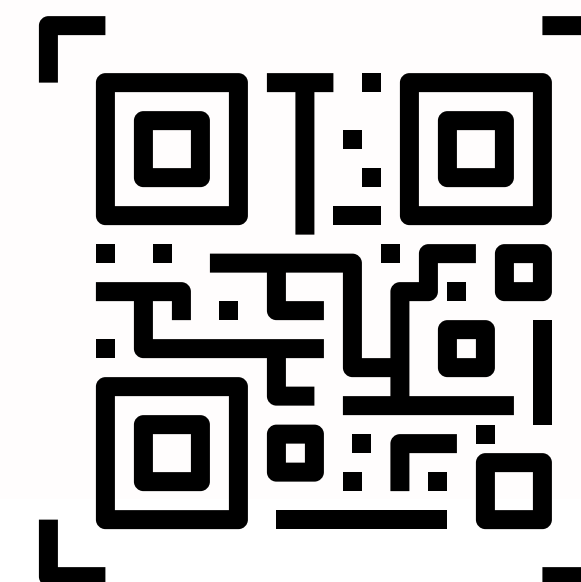


# OBJETIVOS

- **Estimular o automonitoramento de sintomas sugestivos de COVID-19 na unidade;**
- **Orientar os sintomáticos quanto às ações que deverão ser seguidas;**
- **Evitar que os sintomáticos compareçam à unidade, de modo a reduzir a disseminação da doença;**
- **Reduzir riscos de surtos de COVID-19 na unidade.**



- **O trabalhador da saúde receberá o Google Formulário (WhatsApp, e-mail, ativação do QR-Code). Não é necessária senha para entrar no formulário, somente o ID;**
- **Os profissionais poderão acessar o Google Formulário via seus próprios equipamentos ou mesmo dispor de um computador da unidade a critério do hospital.**



**O formulário está dividido em quatro seções:**

**A. Identificação;**

**B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação;**

**C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19;**

**D. Exposição desprotegida.**



## A. Identificação

- **Informação sobre o número do ID do profissional;**
- **O ID é um número individual e intransferível que será fornecido pelo projeto ao profissional que atua nas unidades selecionadas para o monitoramento.**



## A. Identificação

Por favor, escreva o seu ID único abaixo. \*

Sua resposta

⚠ Esta pergunta é obrigatória

É a primeira vez que responde a pesquisa? \*

Sim

Não

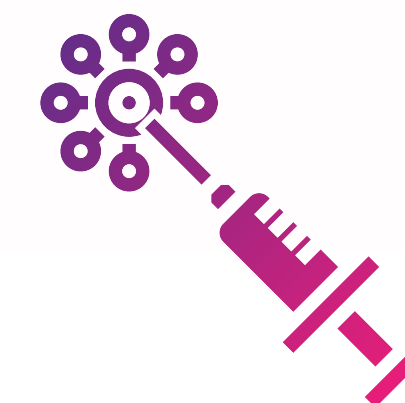
Próxima

Limpar formulário



## **B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação**

- **Questões fechadas, do tipo caixa de listagem, com as opções das possíveis comorbidades, doses de vacina recebida e qual vacina foi recebida. O trabalhador preenche essas questões somente em seu primeiro acesso ao formulário;**
- **Para fechar a seção deve-se responder à questão sobre vacina de Influenza.**





## B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação

Comorbidades e status vacinal

Possui alguma das condições listadas? (Aceita-se mais de uma resposta) \*

- 60 anos ou mais de idade
- Tabagismo
- Obesidade (IMC igual ou maior a 30)
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - "Pressão alta"
- Doença cardíaca
- Comorbidade respiratória
- Imunodeficiência ou imussupressão decorrente de doença
- Imunodeficiência ou imussupressão por uso de medicação
- Insuficiência renal crônica (IRC)
- Diabetes descontrolada ou com complicações
- Gestante no momento
- Nenhuma das condições

Quantas doses da vacina COVID-19 você recebeu? \*

- 3, e há PELO MENOS 15 dias desde a minha 3ª dose
- 2, e há PELO MENOS 15 dias desde a minha 2ª dose
- 1, e há PELO MENOS 15 dias desde esta dose
- Nenhuma das acima

Selecione a(s) vacina(s) COVID-19 que você recebeu. \*

- Coronavac - Sinovac/Instituto Butantã
- Astrazeneca - Fiocruz
- Pfizer - BioNTech
- Janssen - Johnson & Johnson
- Nenhuma
- Outro: \_\_\_\_\_

## B. Lista de verificação de comorbidades e vacinação

Tomou a vacina contra influenza nos últimos 6 meses? \*

Sim

Não

## C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

- **Questões fechadas, com as opções: “nenhum sintoma”, “1 sintoma”, ou “2 ou mais sintomas”;**
- **No caso de ter escolhido a opção “1 sintoma”, a lista apresenta questões fechadas para selecionar o sintoma apresentado;**
- **No caso de ter escolhido a opção “2 ou mais sintomas” a listagem apresenta questões fechadas, com as opções “Sim” e “Não”. Todos os itens devem ser respondidos.**











## C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

Identificação de sintomas

Como você está HOJE em relação a presença de sintomas? \*

**Sintomas da covid-19\***

Sintomas mais comuns

 Tosse	 Febre	 Fadiga	 Congestão nasal
 Coriza	 Dor de garganta	 Dor de cabeça	 Diarreia
 Cansaço	 Dificuldade de respirar**		

\*Pessoas infectadas não necessariamente apresentam todos os sintomas. Em alguns casos, podem não ter nenhum deles.  
\*\*Caso apresente este sintoma, procure um hospital ou serviço de saúde.

Fontes: Heloisa Ravagnani (SBI - DF), Paulo Sergio Ramos (Fiocruz Recife), OMS, NHS, CDC

Nenhum sintoma  
 1 sintoma  
 2 ou mais sintomas

BBC

Selecione qual o sintoma que teve hoje. \*

- Febre
- Calafrios
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Tosse
- Coriza
- Diminuição ou perda de olfato
- Alterações no paladar
- Cansaço extremo ou fadiga
- Falta de ar
- Diarreia

## C. Lista de verificação de sinais e sintomas de COVID-19

Selecione qual ou quais os sintomas que teve hoje. \*

	Sim	Não
Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calafrios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dor de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coriza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminuição ou perda de olfato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações no paladar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cansaço extremo ou fadiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## D. Exposição desprotegida

- **Questões fechadas, com as opções “Sim” e “Não”;**
- **Se a resposta for “Sim”, abrirá uma nova lista de questões fechadas com as opções sobre exposição desprotegida.**



## D. Exposição desprotegida

### Exposição desprotegida a COVID-19

Você teve algum contato próximo e desprotegido com alguém com COVID-19 nos últimos 14 dias? \*

- Sim
- Não

Qual foi o tipo de exposição? (Selecione qualquer tipo que possa ter ocorrido nos últimos 14 dias). \*

- Contato domiciliar com pessoa que apresentou COVID-19.
- Contato com colega de trabalho que apresentou COVID-19 sem uso de equipamento de proteção individual (EPI) adequado (por exemplo, durante interação com sala de descanso ou copa)
- Contato com o paciente com COVID-19, sem o uso de equipamento de proteção individual (EPI)
- Não é aplicável

Se você teve uma exposição desprotegida com um colega de trabalho ou paciente com COVID-19, o que melhor descreve a situação? \*

- Na sala de descanso e sem uso de máscara
- No quarto do paciente e sem a máscara adequada
- No quarto do paciente e sem luvas
- No quarto do paciente e sem adequada higienização das mãos
- Não é aplicável

# Google Formulário

## Orientações para finalização do formulário

- **Ao término do preenchimento aparecerá o desfecho, a partir da quantidade de sintomas referida pelo profissional de saúde e uma orientação indicando a conduta que deve ser tomada;**
- **É preciso clicar no ícone “ENVIAR” para salvar as informações.**



**ENVIAR**





# PREVCOVID-BR

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

**Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP: 05403-000**

**Tel: (11) 3061-7652 FAX (11) 3061-7662**

**e-mail: [prevcovid@usp.br](mailto:prevcovid@usp.br) - [www.prevcovid-br.com.br](http://www.prevcovid-br.com.br)**