

Prevenção e Controlo da COVID-19 em Profissionais de Saúde

Pedro Norton^{1,2,3}, Francisco Sobrinho¹, Nuno Saldanha¹, Paulo Pinho¹, Pedro Guedes¹; Pedro Matos¹

¹ Serviço de Saúde Ocupacional – Centro Hospitalar Universitário de São João

² EPIUnit - Instituto de Saude Pública da Universidade do Porto

³ Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses, e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A propagação comunitária da COVID-19 tem sérias implicações nas atividades e condições de trabalho, assim como na saúde e segurança dos trabalhadores. De acordo com a Lei n.º 102/2009 de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 3/2014 de 28 de Janeiro, compete às entidades patronais garantirem as prescrições mínimas de proteção da saúde dos trabalhadores contra os riscos de exposição a agentes biológicos no contexto de trabalho (Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de abril), riscos esses exacerbados com a atual pandemia, particularmente em instituições de saúde. Os serviços de Saúde Ocupacional devem ter neste âmbito um papel essencial, assegurando uma resposta efetiva e oportuna, proporcional ao nível de risco definido pelos organismos de referência, e tendo em conta o alinhamento com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Direção-Geral da Saúde (DGS).

De facto, os sistemas de saúde à escala global têm sido sobrecarregados com a crescente procura de doentes com COVID-19, provocando frequentemente a interrupção da sua capacidade de resposta e a redução da acessibilidade dos doentes a cuidados de saúde. Como consequência, ocorre não só um dramático aumento da mortalidade diretamente associada à pandemia, mas também da mortalidade indireta associada à ausência de tratamento de outras doenças. Muitos procedimentos hospitalares ou em cuidados de saúde primários, tais como consultas e cirurgias programadas, foram adiados e alteraram-se ou criaram-se inúmeras práticas de atuação, tendo em conta o risco-benefício e a priorização das atividades, em cada momento.

Um dos fatores que mais interfere com a capacidade de adaptação e resposta dos sistemas de saúde é a incidência de COVID-19 em profissionais de saúde. O risco de infeção nesta população, especialmente nos que prestam cuidados diretos a doentes infetados, pode ser três vezes superior à da população geral, mesmo ajustando para a maior probabilidade de fazerem teste (1) e são eles próprios um potencial vetor de transmissão de doença nas instituições de saúde.

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) analisou um total de 124 796 casos reportados em 15 países do espaço Económico Europeu e Reino Unido (2). A proporção de profissionais de saúde entre os casos infetados foi de 23%. Entre os profissionais de saúde, as categorias profissionais mais afetadas foram por ordem decrescente os enfermeiros, os assistentes operacionais e os médicos.

A existência de um número adequado de profissionais nas equipas de trabalho é fundamental para manter o ambiente de trabalho seguro e preservar a segurança do doente. À medida que a pandemia progride, a falta de profissionais poderá ocorrer, quer devido a exposição profissional, social ou familiar a casos, quer devido a doença ou à necessidade de apoio à família. As instituições de saúde devem estar preparadas para potenciais falhas de pessoal e ter planos para as mitigar. Possíveis estratégias são o cancelamento de procedimentos não essenciais, a contratação de profissionais adicionais, o recurso a horas de trabalho extraordinário, o desvio de profissionais para as áreas mais críticas, o desvio de doentes para outras instituições menos sobrecarregadas, o adiamento de férias ou outras ausências programadas, o recrutamento de profissionais reformados ou o recurso a estudantes ou voluntários para determinadas tarefas.

Neste contexto, importa também garantir uma adequada gestão do stress e cansaço associados à maior procura de cuidados, ao menor número de profissionais disponíveis e às incertezas científicas sobre a doença. Os Serviços de Psiquiatria e de Saúde Ocupacional devem promover uma ação colaborativa para prestar o devido apoio psiquiátrico aos profissionais de saúde que dele necessitem. Desta colaboração devem constar medidas especialmente destinadas aos profissionais na “linha da frente” do combate à pandemia de COVID-19, nomeadamente aqueles a exercer funções nos Serviços de Medicina, Doenças Infeciosas, Medicina Intensiva e de Urgência. Devem englobar-se neste grupo também profissionais em cargos de liderança que, neste contexto, são responsáveis pela tomada de decisões difíceis e pela gestão de recursos humanos e físicos, num espaço de tempo limitado, nomeadamente chefes de serviço, coordenadores de equipa e outros equiparáveis. Estratégias possíveis neste âmbito são a criação de linhas telefónicas diretas de atendimento psiquiátrico e intervenções breves *online*, vocacionadas para a diminuição do *stress* e prevenção de *burnout*.

Os programas de vigilância médica dos profissionais de saúde pelo Serviço de Saúde Ocupacional no âmbito da COVID-19, devem contemplar três aspetos essenciais: a testagem dos profissionais, o rastreio de contactos e a evicção laboral, em caso de doença ou de contactos de alto risco. Em seguida, descrever-se-á mais detalhadamente cada uma destas etapas.

Testagem da COVID-19 em profissionais de saúde

O diagnóstico da COVID-19 em profissionais de saúde deve ser o mais rápido possível, de forma a quebrar precocemente as cadeias de transmissão e prevenir infeções nosocomiais. Os serviços de Saúde Ocupacional devem organizar a estrutura e os recursos humanos necessários para responder à necessidade de testagem. A acessibilidade ao teste deve ser otimizada e alargada (idealmente durante os 7 dias da semana) e o tempo que decorre até ao resultado estar disponível deve ser inferior a 24 horas. Os testes mais adequados são os testes moleculares (amplificação de ácidos nucleicos) ou os testes que pesquisam a presença de antígeno do vírus nas secreções respiratórias, apesar de, neste último caso, a possibilidade de falsos-negativos ser superior, especialmente em indivíduos com cargas virais mais baixas. Têm, no entanto, a vantagem de ser mais económicos e possibilitarem a obtenção de resultados de forma mais rápida.

Em algumas instituições, os resultados são disponibilizados via SMS ou e-mail, de modo a diminuir a ansiedade da espera e levar à instituição de medidas de isolamento precoce, se o teste for positivo.

O teste deve ser efetuado a todos os profissionais sintomáticos mesmo na presença de sintomas ligeiros, a todos os contactos de alto risco de um caso confirmado, e a todos os doentes e profissionais de um determinado serviço em caso de surto, especialmente quando a cadeia de transmissão não é particularmente clara. Nestes casos, o teste deverá repetir-se a cada 7 dias até se comprovar a inexistência de novos casos, durante um período de 14 dias, após o mais recente resultado positivo. O teste poderá também ser efetuado para atestar a cura do profissional de saúde e no momento da admissão de novos trabalhadores.

A testagem pós-exposição de alto risco está associada a desafios particulares: um teste negativo apenas indica que, no momento da execução do teste, não se detetou a presença do vírus. No entanto, o indivíduo pode tornar-se infeccioso posteriormente e transmitir a doença a outros. Por esta razão, pode considerar-se a repetição periódica do teste. A título de exemplo, no Serviço de Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar S. João, estes profissionais são testados ao quinto dia após a exposição e imediatamente antes do regresso ao trabalho. Desta forma, identificam-se precocemente os indivíduos pré-sintomáticos ou assintomáticos que possam contribuir para a transmissão do SARS-CoV-2.

Mais recentemente, foi proposta pela Direção-Geral da Saúde (Norma 19/2020 de 26/10), a testagem em massa dos profissionais de saúde, a cada 7 a 14 dias, colocando aos serviços de Saúde Ocupacional um enorme desafio logístico, especialmente nas instituições com um elevado número de trabalhadores.

Rastreio de Contactos

O objetivo da identificação e gestão dos contactos de casos confirmados de COVID-19 é identificar rapidamente casos secundários que possam surgir após a transmissão, a partir de casos primários conhecidos, a fim de poder intervir e interromper a transmissão subsequente. Este objetivo será alcançado através da:

- Identificação imediata dos contactos de um caso COVID-19;
- Disponibilização de informações aos contactos identificados sobre isolamento profilático, higiene adequada das mãos, medidas de etiqueta respiratória e aconselhamento sobre os procedimentos a ter, em caso de desenvolvimento de sintomas;
- Realização de testes laboratoriais em tempo útil;

Serão elegíveis como contactos de alto risco, as pessoas que contactaram com um infetado, entre as 48 horas prévias ao início dos sintomas deste, e o 10º dia de sintomas (se doença leve a moderada do caso índice) ou os 20 dias (se doença grave ou imunodepressão do caso índice), sem o Equipamento de Proteção Individual recomendado a uma distância inferior a 2 metros, e durante mais de 15 minutos (de forma cumulativa durante um período de 24h). O contágio fora deste período temporal e destas circunstâncias é muito pouco provável (3-7).

Note-se que os contactos com doentes que efetuem procedimentos geradores de aerossóis, tais como entubação endotraqueal, traqueostomia, broncoscopia, colheita de amostras respiratórias por zaragatoa naso ou orofaríngea, aspiração de secreções, ressuscitação cardiopulmonar, entre outros, estão associados a um maior risco de contágio (8), mesmo quando cumpridos os critérios de distanciamento e tempo de permanência, pelo que requerem medidas adicionais de proteção, nomeadamente, a utilização de respiradores FFP2 ou N95 para não serem considerados como contactos de alto risco (9).

Evicção Laboral e Regresso ao trabalho

Os profissionais de saúde contactam frequentemente e prolongadamente com indivíduos particularmente vulneráveis. A avaliação da sua aptidão para o trabalho deve, portanto, ser conservadora, de modo a prevenir a transmissão de doença para os doentes, outros profissionais de saúde e visitas. Todo o profissional de saúde que desenvolva sintomas (ainda que ligeiros) deve cessar a prestação de cuidados diretos a doentes, notificar o Serviço de Saúde Ocupacional e efetuar o teste de diagnóstico, o mais precocemente possível. Caso teste positivo,

deve ser promovida a sua evicção laboral até reunir critérios de cura.

Crítérios de Cura

Após contraírem a infeção, os trabalhadores em geral podem regressar ao trabalho se cumpridos cumulativamente os seguintes critérios: a) tenham decorridos 10 ou mais dias desde o início dos sintomas; tenham pelo menos 72h de apirexia (sem utilização de antipiréticos); e c) refiram melhoria dos sintomas. No entanto, no caso concreto do profissional de saúde, este só poderá retomar a sua atividade profissional ao fim de 10 dias (após o início dos sintomas ou da data do teste se for assintomático), caso tenha um teste negativo, ou apenas ao fim de 20 dias, estando, neste caso, dispensado da realização de teste. Os profissionais de saúde que tenham tido doença grave ou que estejam imunodeprimidos só deverão regressar ao trabalho, no mínimo 20 dias, após o início dos sintomas. O racional para esta prática advém de não ter sido identificada a presença de vírus viável, ao fim de 10 dias de doença leve a moderada (10-13), e do facto de a recuperação de vírus viável entre o 10º e o 20º dia, após o início dos sintomas, ter sido documentada apenas em alguns doentes com doença severa ou em imunodeprimidos (14). No entanto, estima-se que nenhum doente terá a capacidade de transmitir a infeção após o 20º dia. É possível que doentes recuperados continuem a apresentar material genético (RNA) detetável nas secreções respiratórias até 3 meses, após o início dos sintomas. Contudo, tal não significa que mantenham vírus viável e não existe evidência de que possam transmitir a doença a outros.

Os profissionais de saúde que tenham tido um contacto de alto risco deverão permanecer em isolamento profilático, durante 14 dias, a contar da data da última exposição.

Os trabalhadores com diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 prévia que se mantenham assintomáticos não necessitam de isolamento profilático, caso tenham contacto próximo com um doente infetado, nos 3 meses subsequentes à data do diagnóstico. Da mesma forma, não deverão ser retestados, dado que um teste positivo efetuado até ao 3º mês após a data de diagnóstico, provavelmente não refletirá reinfeção (15), mas apenas a deteção de material genético de vírus não viável. Além disso, até à data, os relatos de reinfeção têm sido muito pouco frequentes, acreditando-se que a doença confira algum grau de imunidade, pelo menos durante este período temporal.

Os critérios de evicção laboral poderão ser revistos em articulação próxima com as autoridades de saúde pública, especialmente quando a evicção laboral do profissional de saúde que teve uma exposição de alto risco, mas não tem evidência de infeção, desvia recursos de

áreas críticas, pondo em causa os cuidados de saúde essenciais aos doentes. Em situações absolutamente disruptivas, alguns planos de contingência internacionais (como o exemplo do *Centers for Disease Control and Prevention* dos EUA) preveem o regresso ao trabalho de profissionais de saúde infetados, que assim o desejem, devidamente equipados com equipamento de proteção individual, e sob vigilância apertada em termos de agravamento da sintomatologia por parte dos serviços de Medicina do Trabalho. A priorização dos profissionais a reincorporar dependerá da fase de doença em que se encontram (privilegiando os que têm menor carga viral), dos sintomas que ainda persistam (privilegiando os assintomáticos ou os que têm sintomas ligeiros), do tipo de doentes que tratam (excluindo, por exemplo, aqueles que cuidam de doentes imunodeprimidos e incorporando-os nas enfermarias onde estejam internados exclusivamente doentes com COVID-19) e da possibilidade de efetuarem teletrabalho.

Finalmente, importa realçar a importância da notificação de doença profissional e, sempre que seja possível, atribuir nexos de causalidade entre a exposição laboral do profissional de saúde e a doença. Esta notificação permitirá acionar os mecanismos de certificação com resposta atempada ao direito de reparação.

Bibliografia

- 1- Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475-e483.
- 2- European Centre for Disease Prevention and Control. Latest evidence on COVID-19, 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology>. [Acedido a 10 de dezembro, 2020].
- 3- Zou L, Ruan F, Huang M, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*. 2020;382(12):1177-1179.
- 4- To KK, Tsang OT, Leung WS, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(5):565-574.
- 5- Wolfel R, Corman VM, Guggemos W, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. *Nature* 2020; 581:465-469.
- 6- He X, Lau EHY, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19 [published correction appears in *Nat Med*. 2020 Sep;26(9):1491-1493]. *Nat Med*. 2020;26(5):672-675.
- 7- The COVID-19 Investigation Team., Kujawski, S.A., Wong, K.K. et al. Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nat Med*. 2020, 26:861–868.
- 8- World Health Organization (WHO). Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Geneva: WHO; 2020 [updated 29 June 2020;]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332879>. [Acedido a 10 de dezembro, 2020].
- 9- Direção Geral da Saúde (DGS). Norma NÚMERO: 007/2020 de 29/03/2020. Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI), 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>. [Acedido a 10 de dezembro, 2020].
- 10- Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019 [published correction appears in *Nature*. 2020 Dec;588(7839):E35]. *Nature*. 2020;581(7809):465-469.
- 11- Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and

- Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2081-2090.
- 12- Bullard J, Dust K, Funk D, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples [published online ahead of print, 2020 May 22]. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa638.
 - 13- Lu J, Peng J, Xiong Q, et al. Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. *EBioMedicine*. 2020;59:102960.
 - 14- van Kampen JJA, van de Vijver DAMC, Fraaij PLA, et al. Duration and key determinants of infectious virus shedding in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Nat Commun*. 2021;12(1):267.
 - 15- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Questions about COVID-19: Questions and answers. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/faq.html>. [Acedido a 10 de dezembro, 2020].