

Situação: O preprint não foi submetido para publicação

COVID-19: POR QUE A PROTEÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE É PRIORITÁRIA NO COMBATE À PANDEMIA?

Margarete Costa Helioerio, Fernanda Queiroz Rego de Sousa Lopes, Camila Carvalho de Sousa, Fernanda de Oliveira Souza, Paloma de Sousa Pinho Freitas, Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa, Tânia Maria de Araújo

DOI: 10.1590/SciELOPreprints.664

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints.
- Os autores declaram que no caso deste manuscrito ter sido submetido previamente a um periódico e estando o mesmo em avaliação receberam consentimento do periódico para realizar o depósito no servidor SciELO Preprints.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- Caso o manuscrito esteja em processo de revisão e publicação por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2020-05-30

Postado em (AAAA-MM-DD): 2020-09-08

COVID-19: POR QUE A PROTEÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE É PRIORITÁRIA NO COMBATE À PANDEMIA?

COVID-19: WHY IS HEALTH PROTECTION FOR HEALTH WORKERS A PRIORITY IN COMBATING THE PANDEMIC?

Margarete Costa Helioterio¹ <https://orcid.org/0000-0001-6102-4346>

Fernanda Queiroz Rego de Sousa Lopes² <https://orcid.org/0000-0003-3432-0291>

Camila Carvalho de Sousa² <https://orcid.org/0000-0002-6139-0984>

Fernanda de Oliveira Souza¹ <https://orcid.org/0000-0003-3573-9801>

Paloma de Sousa Pinho Freitas¹ <https://orcid.org/0000-0001-6402-0869>

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa³ <https://orcid.org/0000-0003-0183-9361>

Tânia Maria de Araújo² <https://orcid.org/0000-0003-2766-7799>

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

²Universidade Estadual de Feira de Santana

³Universidade de Brasília

E-mail para correspondência: mcssantos@ufrb.edu.br

RESUMO: A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) configura quadro de emergência de saúde pública mundial. Algumas categorias ocupacionais têm risco elevado de exposição à infecção, como os(as) trabalhadores(as) da saúde. Neste artigo objetiva-se sumarizar e sistematizar aspectos relativos às condições de trabalho e de saúde dos/as trabalhadores/as da saúde nessa pandemia, enfatizando a situação no Brasil, experiências exitosas na proteção do trabalho em saúde em outros países e recomendações para o contexto brasileiro. Iniciativas imediatas de proteção e combate à pandemia em outros países incluíram como pontos estratégicos: adequação das condições de trabalho; testagem sistemática e ações específicas de assistência aos(as) trabalhadores(as). Para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil, destacam-se como recomendações: revisão de fluxos de atendimento e definição de características e condições para cada etapa de atendimento; estabelecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho para os grupos expostos; registro efetivo da ocupação nos sistemas de informação; estabelecimento de condições especiais para execução do trabalho na situação de epidemia; atenção às jornadas laborais e ações para redução de estressores ocupacionais. A atuação desse/as trabalhadores/as é elemento central no enfrentamento da pandemia, portanto, o plano de combate ao COVID-19 deve incluir proteção e preservação de sua saúde física e mental.

Palavras-chave: COVID-19, trabalhadores da saúde, saúde do trabalhador.

ABSTRACT: The pandemic caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) is a worldwide public health emergency. Some occupational categories are at high risk of exposure to infection, such as health workers. This article aims to summarize and systematize aspects related to the health and working conditions of health workers in this pandemic, emphasizing the situation in Brazil, successful experiences in the protection of health workers in other countries, and recommendations for the Brazilian context. Immediate initiatives to protect and combat the pandemic in other countries

included, as strategic points: adequate working conditions, systematic testing of workers, and specific care/assistance actions. To the health workers' protection in the facing of COVID-19 in Brazil, the following recommendations are highlighted: review of service flows and definition of characteristics and conditions for each stage of service; establishment of COVID-19 as a work-related disease for exposed groups; active registration of occupation in the information systems; special conditions for carrying out work in the event of an epidemic; attention to working hours and actions to reduce occupational stressors. The performance of these workers is a central element in facing the pandemic; therefore, the plan to combat COVID-19 must include protection and preservation of their physical and mental health.

Key words: COVID-19, health workers, occupational health.

Introdução

A pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja doença recebeu o nome de COVID-19, representa um dos problemas de saúde mais agudos e graves das últimas décadas, configurando quadro de emergência de saúde pública mundial (Lipsitch, Swerdlow e Finelli, 2020). Trata-se de vírus de elevada transmissibilidade (Rothan e Byrareddy, 2020; Wilder-Smith, Chiew e Lee, 2020; Khachfe et al., 2020) e letalidade para indivíduos idosos e portadores de doenças crônicas, sobretudo, doenças respiratórias (como asma e bronquite) (Shi et al., 2020).

Nesse momento, o trabalho, reconhecido organizador da vida em sociedade, cedeu lugar a este evento crítico de saúde pública. Abruptamente, o mundo caminhou na mesma direção no que diz respeito a mudanças comportamentais, individuais e coletivas, na ocupação dos espaços públicos, na mobilidade, nos hábitos de vida e de saúde, nos padrões de consumo e nas relações pessoais e familiares. A pandemia causada pela COVID-19, para além dos aspectos clínicos e biológicos e de assistência à saúde envolvidos, apresenta um rol de problemas a serem enfrentados que questionam radicalmente os modelos de desenvolvimento das sociedades modernas. Esses modelos se esgotam quando a pandemia descortina o ciclo de reprodução da pobreza, das iniquidades sociais e de saúde como ameaça concreta a existência das sociedades, e de seus diferentes grupos sociais.

A pandemia, no Brasil desvela situações históricas de negligência de políticas públicas, incluindo o subfinanciamento do sistema público de saúde, da ciência, da tecnologia e das universidades públicas, além da desvalorização do trabalho e dos

trabalhadores (Cueto, 2020). No Brasil, nos últimos anos, tem-se vivenciado o aprofundamento da desvalorização dos trabalhadores da saúde, especialmente nos serviços públicos (Souza, 2011). Contudo, a situação atual de crise sanitária evidencia o papel crucial desses/as trabalhadores/as para a garantia da vida das populações afetadas. Pandemias exigem prontamente que serviços de saúde respondam às demandas às quais nem sempre estão preparados. Durante uma epidemia, a organização do trabalho de diversos grupos ocupacionais sofre profundas alterações quanto à jornada de trabalho, realização de horas extras e ritmo de trabalho (Schwartz e Yen, 2020). Com o crescimento de casos de COVID em larga escala, a demanda sobre esses profissionais cresce exponencialmente.

Trabalhadores(as) da saúde, como médicos(as), enfermeiros(as), fisioterapeutas, técnicos(as) de enfermagem, pessoal de limpeza, porteiros e atendentes de serviços de saúde que estão na linha de frente de combate ao coronavírus, funcionários de empresas de ramos essenciais, como atendentes de farmácias, caixas e embaladores de supermercados, além de taxistas, motoristas de aplicativos de mobilidade, mototaxistas, motoboys e entregadores de bicicleta, estão em contato direto com pessoas face-a-face, conseqüentemente, mais expostos a contrair a COVID-19. No caso específico dos profissionais de saúde, estima-se, com base nos dados disponíveis que, na China, mais de 3.000 profissionais tenham se infectado com o coronavírus, dos quais 23 morreram (Xiang et al., 2020). Na Itália 4.884 casos de COVID-19 ocorreram entre profissionais de saúde com 24 óbitos de médicos (Anelli et al., 2020). As infecções estão associadas à inadequação ou falhas nas medidas de precaução e de proteção contra o surto, escassez de equipamentos de proteção individual (máscaras cirúrgicas e do tipo PFF2 e vestuário), presença de aglomerações, indivíduos infectados e assintomáticos que mantiveram contato com médicos, enfermeiros(as) e demais trabalhadores(as) da saúde, dentre outros fatores (Xiang et al., 2020).

Apesar de serem fundamentais para a garantia da vida de populações inteiras, ações de atenção à saúde e segurança desses/as trabalhadores/as nem sempre são incorporadas às medidas de enfrentamento do problema. Essa dimensão precisa ser problematizada, ao mesmo tempo que medidas específicas e urgentes devem ser priorizadas, especialmente nesse contexto de reorganização da vida social, dos serviços,

dos ambientes e processos de trabalho em saúde como resposta à pandemia de COVID-19. O objetivo deste artigo é sumarizar e sistematizar aspectos relativos às condições de trabalho e sua relação com a saúde, enfatizando a situação atual da pandemia entre os/as trabalhadores/as da saúde, as experiências exitosas na proteção do trabalho em saúde adotadas em outros países e recomendações para o contexto brasileiro.

Situação da pandemia no Brasil

No Brasil, o primeiro caso da COVID-19 foi identificado pelos sistemas de vigilância em saúde de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Atualmente, a doença atinge todas as regiões e unidades federativas do país. Em 11 de abril de 2020, o coeficiente de incidência foi estimado em 98 casos para cada 1.000.000 habitantes, sendo mais elevados no Amazonas (250/1.000.000), Amapá (224/1.000.000), Distrito Federal (190/1.000.000), São Paulo (182/1.000.000), Ceará (172/1.000.000) e Rio de Janeiro (150/1.000.000) (Brasil, 2020).

A produção sistemática de informações sobre a magnitude da pandemia enfrenta vários desafios para a análise entre trabalhadores/as, dificultando o dimensionamento do problema em grupos mais vulneráveis, como trabalhadores/as de saúde. Nos sistemas de informações da COVID-19 observam-se problemas relativos à qualidade da informação, campos mal-estruturados e ausência de campos de interesse à saúde do trabalhador que dificultam a consolidação dos dados. A dificuldade de acesso aos testes de diagnósticos até mesmo em grupos em alta exposição de infecção, constituem barreiras significativas à essa análise. Não existem estimativas oficiais, disponíveis até o momento, sobre a proporção de trabalhadores/as de saúde infectados e de óbitos, o que contribui para a invisibilidade do problema, impedindo a elaboração de políticas públicas específicas para esta população.

Em geral, há consenso de que esses/as trabalhadores/as são os/as mais afetados/as, contudo, a ausência de dados e análises mais específicas impedem que se ultrapasse a mera contatação do problema. Levantamentos preliminares realizados por conselhos profissionais e investigações científicas apresentam cenário preocupante. Pesquisa conduzida em hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro identificou elevada taxa de infecção pelo novo coronavírus entre profissionais de saúde (25%), muito acima daquelas verificadas na China (4%) e Itália (15%), em estágios mais

avançados da pandemia (Azevedo, 2020; Hok, 2020; Anelli, 2020). Na rede municipal de São Paulo até 13 de abril, 4.576 profissionais foram afastados do trabalho por suspeita da COVID, 13% destes profissionais foram confirmados com a infecção (Gonçalo Júnior, 2020). Na Bahia, até esta data foram registrados 723 casos confirmados da doença, 73 destes entre profissionais de saúde, o que corresponde a 10% do total (BAHIA, 2020). Importante ressaltar que esses dados são relativos aos internamentos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), portanto, expressam os casos graves da doença.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), após a Pandemia H1N1, já sinalizava que os sistemas de saúde enfrentariam sérias dificuldades em situações de emergências e desastres. Sendo evidente a necessidade de melhorias nos serviços para respostas a pandemias por meio de um plano de ação para hospitais seguros que reduzissem tanto infecções nosocomiais como entre trabalhadores da saúde com o surgimento de um vírus com elevada transmissibilidade (OPAS, 2010). Apesar desse alerta, poucos hospitais têm planos de emergência para enfrentar situações críticas como a atual. Essa negligência tem impacto direto na doença e morte de profissionais da saúde. Falhas na proteção de trabalhadores/as foram reportadas em diferentes países, bem como a escassez de equipamento de proteção individual na pandemia COVID-19 (Zhang, 2020; Wang, 2020; Anelli, 2020). Segundo a Associação Brasileira de Hospitais Privados, seus hospitais possuem apenas 20% do estoque necessário de EPI. Dados apurados pela Associação Brasileira de Medicina por meio do registro de denúncias dos profissionais revelam o dimensionamento da falta de EPI: luva (28%), máscara (87%), gorro (46%), óculos ou face shield (72%), capote impermeável (66%), outros (19%) (ABM, 2020).

O déficit de EPI é mundial. Atualmente os mercados de vários países disputam equipamentos de proteção individual e respiradores. Nesse sentido, era previsível que, em momentos de desastres globais, o país atravessaria períodos de escassez e desabastecimento de materiais e equipamentos fundamentais ao trabalho seguro das equipes de saúde; porém, a situação torna-se mais dramática e aguda quando se observa que o déficit no país antecede a situação de crise. Esta é uma questão central uma vez que dificuldades no acesso e uso de EPIs adequados contribuem para aumentar a exposição ao coronavírus entre os/as trabalhadores/as que podem contaminar pacientes,

outros/as trabalhadores/as, familiares e comunidades. A garantia de condições seguras para o exercício profissional, com as barreiras físicas adequadas proporcionadas pelos EPIs é o ponto inicial, a condição *sine qua non* para a atividade de trabalho. Essa garantia não pode ser flexibilizada ou improvisada em nenhuma circunstância.

Mesmo sendo condição inicial indispensável, condições seguras de trabalho não se limitam, nem são plenamente garantidas apenas pelo uso de EPIs. Os profissionais de saúde convivem, cotidianamente, com condições de trabalho precárias, decorrentes de escassez de recursos e materiais ou de características da organização do trabalho em saúde que envolvem carga de trabalho elevadas, prolongamento de jornadas laborais, trabalho em turnos e dificuldade para pausas e repouso. Embora essas dificuldades exacerbam-se em situação de crise, elas são frequentemente identificadas no trabalho em saúde. Estudos verificaram que condições de trabalho ambiental e organizacional afetam a capacidade para o trabalho entre profissionais de saúde (Cordeiro, Araújo, 2016; Godinho et al., 2017). Assim, a literatura evidencia associação entre as condições de trabalho e o desempenho profissional, portanto, as condições nas quais se executam as atividades podem impactar na resolutividade dos serviços de saúde, na sua capacidade de adequadamente atender às demandas existentes. A pandemia pela COVID-19, com a intensificação dos esforços e exigências e as necessidades críticas de continuidade, pode modular as demandas, incrementando a deterioração dessa capacidade.

Durante surtos e pandemias é comum que profissionais de saúde trabalhem muitas horas, sem pausas e sob grande pressão, levando-os a fadiga e exaustão (Schwartz e Yen, 2020). Contudo, longas jornadas reduzem o nível de atenção e rebaixam a capacidade de resposta, interferindo na qualidade do cuidado em saúde (Silva, Rotemberg e Fischer, 2011). Parte dos acometidos pela COVID-19 são pacientes críticos que exigem do profissional de saúde tomada de decisões rápidas e acertadas. Desse modo, o uso da capacidade plena para o trabalho e de manutenção da alerta são condições essenciais. Os profissionais precisam ter o tempo de repouso suficiente garantidos para se recuperarem do desgaste físico e psíquico, sobretudo, porque, em uma pandemia, jornadas de trabalho extensas aumentam a exposição ocupacional ao agente infeccioso, expondo o trabalhador a doenças e acidentes. Do ponto de vista da segurança, também pode levar a erros no cuidado em saúde. Esses

erros estão relacionados a fatores organizacionais, ambientais e a complexidade do cuidado em saúde. Além disso, proporção considerável são mulheres com sobrecarga de função no contexto do isolamento social, pois acumulam o trabalho doméstico, por vezes, com mais de um vínculo de trabalho.

Com relação a jornada laboral, cabe destacar a necessidade da revisão imediata da Medida Provisória 927, editada pelo governo federal, que altera as relações de trabalho, permitindo a ampliação da jornada dos profissionais de saúde por até 24 horas e reduções do tempo de descanso para 12 horas e da proteção trabalhista durante a pandemia de COVID-19. Essas medidas, em função dos aspectos elencados acima, colocam em risco tanto a saúde e segurança dos/as trabalhadores/as, quanto da população assistida.

O Ministério da Saúde e Anvisa publicaram uma série de orientações referentes a medidas de saúde e segurança no trabalho de profissionais da atenção primária a saúde, média e alta complexidade, considerando equipamentos de proteção individual e coletiva, medidas administrativas, de engenharia dos serviços de saúde e de organização do trabalho (ANVISA, 2020). Porém, implementar essas orientações não é tarefa fácil para quem, historicamente, negligenciou tais medidas. Vale ressaltar que o adoecimento no trabalho em função de doença infecciosas de transmissão respiratória já era elevado entre profissionais de saúde. Os coeficientes de incidência de tuberculose relacionada ao trabalho em saúde, os quais permaneceram estáveis no período de 2008 a 2018 (respectivamente 68,3 e 67,1/100.000 trabalhadores de saúde) demonstram este cenário. Na população geral no mesmo período o coeficiente de incidência de tuberculose foi de 47,1 passando para 49,2(x100.00 trabalhadores). O risco relativo para tuberculose foi em média 40% maior entre profissionais de saúde quando comparado à população geral (Ferreira-de-Sousa e Sanchez, 2020). Como se observa, as questões relativas ao momento atual da pandemia iluminam problemas antigos, mas que não foram devidamente enfrentados no contexto brasileiro. Assim, o planejamento das ações específicas para controle da epidemia nesse momento deve considerar a necessidade de discussões mais permanentes e, principalmente, ações mais efetivas e contínuas.

Dentre as medidas direcionadas ao momento atual, uma das estratégias de contenção da infecção pelo novo coronavírus em profissionais de saúde recomendadas é a testagem de todos/as os/as trabalhadores, independente da presença de sintomas

(WHO, 2020). No Brasil, isso deve ser prioritário, porém esbarra em limitações operacionais referentes a oferta de testes e lentidão no processamento das análises, o que dificulta a avaliação da evolução da infecção nesta população. Há vantagens importantes nessa estratégia. A testagem de profissionais de saúde permite maior celeridade na recomposição da força de trabalho, uma vez que aqueles/as afastados/as com síndrome gripal e com teste negativo para COVID retornariam mais rapidamente ao trabalho. Adicionalmente, o rastreamento em trabalhadores/as com infecção assintomática interrompe a cadeia de transmissão no ambiente laboral, reduzindo a propagação do coronavírus entre os/as trabalhadores/as de saúde e, por consequência, o absenteísmo. Países como a China e a Coreia do Sul foram bem sucedidos ao implementarem essa estratégia (Huh, 2020; Zhang, 2020).

Com relação aos óbitos, até 13 de abril/2020, 24 trabalhadores de enfermagem tiveram a morte relacionada a infecção pelo novo coronavírus; metade desses profissionais pertencia ao grupo de risco (tinham 60 anos ou mais e/ou comorbidades) (COFEN, 2020). Estas podem ser consideradas mortes evitáveis ou reduzíveis, pois são preveníveis por ações efetivas dos serviços de saúde (Malta et al., 2007) como a priorização do afastamento desse grupo de risco das atividades com exposição ao coronavírus. No entanto, para assegurar esse direito, tem sido necessário que os sindicatos representativos desses profissionais recorram à justiça, apesar das recomendações da OMS (WHO, 2020).

Outro aspecto relevante é a necessidade de reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho para trabalhadores/as de saúde. Apesar da vinculação clara do adoecimento em função da exposição ocupacional elevada ao COVID-19, a definição desse agravo como relacionado ao trabalho ainda não foi definida. Nota técnica recentemente publicada pela Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores, constituída por 23 movimentos sociais, entidades sindicais, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa, defende o “estabelecimento da relação com o trabalho, ou o nexo-causal entre COVID-19 e trabalho, para todos os trabalhadores e trabalhadoras em efetiva atividade ocupacional nas tarefas de cuidado a pessoas ou nas demais tarefas dentro dos locais de trabalho nos quais o cuidado é prestado” (ABRASCO, 2020).

Trata-se, portanto, de assumir o trabalho como um determinante da infecção, reconhecendo a existência de grupos ocupacionais vulneráveis, com riscos à saúde que demandam intervenções específicas sobre os ambientes e processos de trabalho e que devem integrar o conjunto de medidas de contenção da doença.

Experiências exitosas para a proteção do trabalhador e trabalhadora da saúde no enfrentamento da COVID-19: lições e aprendizados

A análise das experiências dos países que enfrentam a pandemia da COVID-19 é roteiro importante para a definição de ações, contribuindo para a adoção de intervenções estratégicas de preservação da saúde dos/as trabalhadores/as na linha de frente de combate à epidemia. Dentre as iniciativas imediatas de proteção para impedir a evolução da pandemia, os investimentos registrados elegeram como pontos estratégicos: *condições de trabalho* (treinamentos diversos de temáticas da COVID-19, aquisição de EPIs bem como orientação do seu uso correto, diminuição das jornadas de trabalho, além da implantação de novos fluxos de atendimento nos serviços de saúde); *testagem dos profissionais de saúde* (vigilância e monitoramento de trabalhadores sintomáticos ou assintomáticos); *atenção para saúde do trabalhador da saúde* (oferta de apoio psicológico, atendimento especializado e suporte social para demandas familiares). As medidas adotadas estão sumarizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Medidas exitosas de enfrentamento à COVID-19 para a proteção da vida e saúde dos/as trabalhadores/as do setor saúde, 2020.

Ações de enfrentamento à COVID-19	Autores Ano
- Oferta de treinamento para uso adequado dos EPI; -Realização de treinamento sobre paramentação adequada em casos de assistência aos pacientes infectados; - Investimento e melhoria na logística de aquisição e distribuição de insumos e EPI.	Zhang, 2020 Schwartz et al., 2020 Huh, 2020 ²⁶ Munster et al., 2020 Who, 2020 Ferioli et al., 2020
- Disponibilização de alojamento em hotéis para profissionais de saúde que desejassem descansar em	Zhang, 2020 Huh, 2020

<p>local fora da sua residência como medida de segurança para seus familiares;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redução das jornadas de trabalho (menos de 10 horas/dia) como medida de segurança e redução da exposição às infecções respiratórias. 	<p>Weaver et al., 2020 Ran et al., 2019</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Criação de novos fluxos de entrada e saída dos pacientes nos serviços de saúde com redução dos contatos; - Realização de triagens ao ar livre; - Permanência de pacientes com teste positivo para COVID-19 em ala de isolamento; - Permanência de pacientes sintomáticos e/ou com testes inconclusivos em enfermaria de quarentena; - Utilização de barreiras físicas para redução da exposição ao vírus da COVID-19; - Limite do número de profissionais de saúde circulando nos quartos dos pacientes. 	<p>Schwartz et al., 2020 Ferioli et al., 2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Testagem regular de profissionais de saúde mesmo naqueles assintomáticos; - Implementação de protocolo para testagem e monitoramento de profissionais de saúde em seus domicílios; - Uso da telemedicina para avaliação de casos suspeitos; - Criação de um sistema de vigilância e monitoramento da COVID-19 para trabalhadores do setor saúde (incluindo detecção imediata, triagem, isolamento quando oportuno). 	<p>Huh, 2020 Glauser, 2020 Ferioli <i>et al.</i>, 2020 Zhang, 2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Oferta de apoio psicológico, investimento na comunicação contínua e incentivo mútuo, intercalando os atendimentos aos pacientes como ações estratégicas para alívio do estresse físico e psicológico; - Atendimento especializado aos trabalhadores/as mais susceptíveis ao adoecimento mental (situações de depressão, ansiedade e suicídio) com oferta de tratamentos psiquiátricos para aqueles mais graves. 	<p>Huh, 2020 Xiang et al., 2020⁹</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de apoio/suporte social aos profissionais de saúde com filhos em idade escolar. 	<p>Correia, Ramos e Bahten, 2020³⁵</p>

Como as informações do Quadro 1 explicitam, há estratégias bem definidas de atuação para a proteção e prevenção da saúde dos/as trabalhadores/as da saúde. Há também evidências de que tem alcançado êxito. Na resposta à epidemia de SARS em Taiwan, os Centros de Controle de Doenças implantaram diferentes fluxos de entrada de pacientes, o que reduziu drasticamente as infecções entre trabalhadores e pacientes. Nos 18 hospitais que implementaram o fluxo de entrada, nenhum profissional de saúde e apenas dois pacientes desenvolveram infecção por SARS nosocomial. Por outro lado, nos 33 hospitais controle, 115 profissionais de saúde e 203 pacientes desenvolveram SARS. Essa experiência foi adaptada e replicada na Pandemia COVID-19 em Taiwan (Schwartz e Yen, 2020). Como se pode observar, experiências exitosas estão disponíveis e podem ser úteis no planejamento e gestão das ações no Brasil.

Recomendações para a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil

A proteção no trabalho em saúde, como reconhecido, envolve aspectos como a ampliação de leitos, distribuição de EPIs, relação adequada entre o quantitativo de profissionais ajustado à demanda. Esses são aspectos mais visíveis e imediatos ao enfrentamento de problemas de assistência à saúde. Mas é preciso a adoção de medidas estratégicas a fim de garantir a segurança dos/as trabalhadores/as em todos os níveis de atenção, da atenção básica até a alta complexidade. A seguir destacam-se recomendações para a proteção da saúde dos/as trabalhadores/as da saúde no enfrentamento da COVID-19 no Brasil.

- Revisão de fluxos de atendimento e definição de características e condições para cada etapa de atendimento

A melhoria das condições de trabalho, redefinição de fluxos assistenciais e instituição de protocolos de rotina recomendados para controle da COVID-19 é imprescindível para a garantia de ambientes de trabalho seguros. Medidas de caráter coletivo e individual devem ser implementadas. Além da oferta de equipamentos de proteção individual, devem ser adotadas medidas de reorganização do processo de trabalho, com vista a minimizar o risco da infecção. A exemplo do que se identificou em outros países, devem ser criados fluxos de atendimento considerando as especificidades dos locais em que os mesmos são executados, indo da identificação de

casos na atenção básica até a atenção especializada, nas unidades intensivas. Medidas gerais também são necessárias: redistribuição do número de trabalhadores nos ambientes e nos horários de maior circulação; adequação dos processos e ambientes de trabalho às novas escalas e rodízios; treinamentos para racionalizar os modos operatórios e oferta de apoio psicológico aos profissionais.

O combate à pandemia exige ações e serviços de saúde com profissionais em quantidade e qualidade adequados à demanda. Pacientes com COVID-19, em casos graves, requerem tecnologias de cuidado e procedimentos de alta complexidade que demandam profissionais de saúde treinados e tecnicamente qualificados. Preservar a vida e saúde desses/as trabalhadores/as garantirá a oferta de cuidados em saúde às populações.

- Estabelecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho para os profissionais da saúde e grupos expostos

O reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, principalmente entre os grupos ocupacionais mais expostos, a exemplo dos/as trabalhadores/as da saúde é ponto importante de pauta e merece destaque. Mesmo diante de uma epidemia, a natureza ocupacional da doença não deve ser descartada, uma vez que o exercício ocupacional incrementa substantivamente a infecção, especialmente quando as condições de biossegurança não estão devidamente atendidas. Neste sentido, para proteção dos/as trabalhadores/as adoecidos é indispensável a emissão de Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) (Artigos 19 e 20 da Lei 8.213/91) e garantia de direitos de afastamento acidentário.

A Organização Mundial da Saúde preconiza, ainda, que deve ser exercido e honrado o direito ao seguro de doença profissional (“worker’s compensation”), nos serviços curativos e serviços de reabilitação para pessoas com COVID-19 relacionada ao trabalho (WHO, 2020).

- Registro de dados de ocupação nos sistemas de informação

Os dados das fichas de registro conformam as bases sobre as quais se geram as informações que deverão produzir ou orientar as ações de saúde. Portanto, os registros das fichas constituem roteiros para as ações. Desse modo, a inclusão de campos específicos (variáveis) oferece direcionamento às ações potenciais. Para a avaliação e dimensionamento dos aspectos relativos aos impactos das exposições ocupacionais ao

novo coronavírus, é essencial a existência e o preenchimento do campo “ocupação” nas fichas de registro. Este é elemento central para dar visibilidade ao problema aqui focalizado, possibilitando o seu dimensionado e distribuição. Essa análise permitirá identificar ambientes de trabalho e funções laborais para ações urgentes. O adequado preenchimento e análise dessa informação é um precioso roteiro para intervenção. Assinala-se, contudo, que mesmo depois da padronização da variável ocupação como campo de preenchimento obrigatório nos sistemas de informação em saúde, nos registros da COVID-19 verifica-se que esse dado não está sendo incluído ou preenchido adequadamente. A ausência dessa informação é uma falha importante no registro atual dos casos, pois limita o conhecimento do número real de trabalhadores/as contaminados/as pela COVID-19. Como já descrito, a consequência disto será vivenciada no subdimensionamento do problema e, principalmente, na insuficiência ou ausência de ações para sua superação.

A melhoria da qualidade da informação sobre a saúde dos/as trabalhadores/as da saúde poderá ser obtida com a obrigatoriedade de padronização do registro de dados estruturados e disponibilidade e realização de testes para a COVID-19 neste grupo. Isto favorecerá as estimativas de indicadores de saúde para nortear ações de inspeção e vigilância dos ambientes de trabalho, subsidiar a tomada de decisão para a gestão da saúde e segurança no trabalho em saúde, além do seu uso para a pesquisa em saúde.

- Busca ativa de infecção por COVID-19 entre os/as trabalhadores/as da saúde

Ampliar a testagem para a COVID-19 em profissionais expostos ao risco de contaminação na assistência a pacientes contaminados, independente da presença de sintomas, é um primeiro passo importante. Esse passo deve ser seguido por protocolos de ação que estabeleçam, etapa a etapa, o que deve ser feito: que medidas devem ser tomadas em cada resultado específico da testagem. Procedimentos padronizados, previamente definidos, reduzirão a incerteza e insegurança entre os/as trabalhadores/as e racionalizarão as medidas seguintes.

- Condições especiais para a realização do trabalho na situação de uma epidemia

A proteção dos/as trabalhadores/as pertencentes aos grupos de risco, os/as idosos/as ou com comorbidades prévias (diabetes, hipertensão, asma) é outra dimensão que precisa ser levada em consideração. O afastamento desses trabalhadores para realização de atividades com menor risco de contaminação é necessário, visto o alto

grau de exposição existente nos serviços de saúde. Dados dos óbitos por COVID-19 foram predominantes nesses grupos de profissionais e evidenciam que o risco é real.

O temor em contaminar familiares é um risco psicossocial muito relevante. Portanto, medidas de atenuação desse risco como a oferta de alojamentos fora do local do trabalho são medidas que podem ser viabilizadas. A disponibilização de alojamento em hotéis para profissionais de saúde que desejem descansar em local fora da sua residência como medida de segurança para seus familiares foi estratégia implementada com sucesso em alguns países (Quadro 1), bem como a adoção de transporte seguro para o deslocamento dos/as trabalhadores/as ao trabalho.

- Redimensionamento das jornadas de trabalho

Como já mencionado, momentos críticos nos quais se elevam exponencialmente as demandas dos serviços de saúde, exigem tomadas de decisão imediatas e elevam as responsabilidades sobre a vida das pessoas. Como a capacidade para o trabalho pode ser comprometida pela fadiga dos/as trabalhadores/as, a atenção à jornada de trabalho os tempos de repouso e descanso são fundamentais. Jornadas de trabalho compatíveis com as demandas e períodos de repouso durante a jornada são medidas cruciais.

- Redução de estressores ocupacionais e da fadiga no trabalho

A sensação de vulnerabilidade associadas ao temor de que algo ruim possa ocorrer a si e aos outros, o aumento da demanda nos serviços de saúde e a perda de controle sobre os acontecimentos têm repercussões importantes no funcionamento psíquico e cognitivo dos/as trabalhadores/as. Nessas condições, observa-se aumento muito expressivo da carga emocional no trabalho com impactos no desgaste físico e mental dos(as) trabalhadores(as). Assim, medidas para redução de estressores ocupacionais são cruciais para proteção da saúde mental do/a trabalhador/a durante o enfrentamento da pandemia. Mudanças na organização do trabalho são necessárias. Além disto, outras medidas precisam ser estabelecidas, tais como: oferta de apoio psicológico, redução das jornadas de trabalho, valorização profissional, melhoria nas condições de trabalho, fornecimento de suporte social.

Conclusão

A atuação dos/as trabalhadores/as da saúde é elemento central no enfrentamento da pandemia. A realização deste trabalho não pode ser caminho para o adoecimento e a morte. O direito à vida e a execução do trabalho em condições seguras e protegidas é uma meta a ser incorporada nas ações de enfrentamento da epidemia. Sem esse elo da rede de atenção, não há como superar essa situação de desastre e crise. As contribuições aqui sistematizadas objetivam chamar a atenção para problemas consistentemente já sinalizados na literatura, com evidências robustas. Pretendem ainda contribuir para fortalecer alertas que não nascem nessa epidemia, mas que a sua vivência permite visualizar com maior clareza: é preciso prover condições de trabalho adequadas para que o trabalho possa ser realizado e alcançar suas finalidades e, para isto ocorrer, é preciso garantir e proteger a vida dos/as trabalhadores/as.

Referências

ABRASCO. Associação Brasileira de saúde Coletiva. *Nota Técnica da Frente Ampla de Direito dos Trabalhadores*. Disponível em:

<<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudedotrabalhador/wp-content/uploads/sites/22/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica-da-FRENTE-AMPLA-DIREITOS-TRABALHADORES-07-04-20.pdf>>. Acesso em: 18 abr.2020.

AMB. Associação Brasileira de Medicina. [Internet]. *Faltam EPIs em todo país*.

Disponível em: <<https://amb.org.br/epi/>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

ANELLI, Filippo. et al. Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. *BMJ*, 368: m1254, p. 1-2, 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica

GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso: 14 abr. 2020.

AZEVEDO, Ana Lucia. Coronavírus atinge até 25% de profissionais de saúde no Rio. *O Globo*, Seção Sociedade, Rio de Janeiro, 8 abr. 2020. Disponível em:

<<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/coronavirus-atinge-ate-25-dos-profissionais-de-saude-no-rio-1-24357939>>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BAHIA. Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). *Bahia registra 723 casos confirmados de COVID-19*. SESAB, 2020. Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/2020/04/13/bahia-registra-723-casos-confirmados-de-covid-19/>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. *Boletim Epidemiológico n.09. Situação Epidemiológica da COVID-19*. Brasília, 15 de abril de 2020. v. n, p.1.

BRASIL. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Seção I, p.14.809.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Ofício Gabinete do Presidente do COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/OFICIO-N%C2%B0-0775.2020.GAB_PRES_COFEN.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

CORDEIRO, Tércia M.S.; ARAÚJO, Tânia. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais de saúde no Brasil. *Revista Brasileira Medicina do Trabalho*, São Paulo, v.14, n.3, p.262-74, 2016.

CORREIA, Isabel T.D.; RAMOS, Rodrigo Felipe; BAHTEN, Luiz Carlos V. The surgeons and the COVID-19 pandemic. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v.47, n.1, 2020.

CUETO, Marcos. O COVID-19 e as epidemias da globalização. *História, Ciências e Saúde- Manguinhos*, Capa, 29 mar 2020. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/o-covid-19-e-as-epidemias-da-globalizacao/>>. Acesso: 16 abr. 2020.

FERREIRA DE SOUSA, Flávia N.; SANCHEZ, Mauro N. *Tuberculose ocupacional entre profissionais de saúde do Brasil*. Anais da Terceira oficina de produção discente da pós-graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília, 2020.

FERIOLI, Martina et al. Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. *European respiratory review: an official journal of the European Respiratory Society*. v.29, n.155, 200068. 2020.

GLAUSER, Wendy. Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, v.192, n.10, p.264 -265, 2020.

GODINHO, Marluce R. et al. Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v.15, n.1, p. 88-100, 2017.

GONÇALO, Junior. COVID-19 e síndromes gripais afastam 5% dos profissionais da rede pública de SP. *Uol Notícias*, Seção Estadão conteúdo, São Paulo, 14 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.bol.uol.com.br/noticias/2020/04/14/covid-19-e-sindromes-gripais-afastaram-5-dos-profissionais-da-rede-publica-de-sp.htm>>. Acesso: 18 abr. 2020.

HUH, Sun. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *Journal of Educational Evaluation Health Professions*, v.17, n.10, 2020.

- KHACHFE, Hussein H. et al. An Epidemiological Study on COVID-19: A Rapidly Spreading Disease. *Cureus*, v. 12, n. 3: e7313, 2020.
- KOH, David. Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, v. 70, n. 1, p. 3-5, 2020.
- LIPSITCH, Marc et al. Defining the Epidemiology of Covid-19 - Studies Needed. *The New England Journal of Medicine*. Waltham, v. 382, n. 13, p. 1194-1196, 2020.
- MALTA, Débora Carvalho et al. Lista de causas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.16, n.4, p.233-244, 2007.
- OPAS. Organización Panamericana de La Salud. *Plan de Acción de Hospitales Seguros*. [Internet]. 53º Para Las Américas Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Disponível em : <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CE146-20-s.pdf>>. Acesso em: 11 abr.2020
- RAN, LI et al. Risk factors of health care workers with Corona Virus Disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. *Clinical Infectious Diseases*. ciaa287, fev 2020.
- ROTHAN, Hussin A, BYRAREDDY, Siddappa N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, may: 109: 102433, p. 1-4, 2020.
- SCHWARTZ, Jonathan, KING, Chwan-Chuen, YEN, Muh-Yong. Protecting Healthcare Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID19) Outbreak: Lessons from Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. *Clinical Infectious Diseases*. ciaa255, p. 1-3, 2020.
- SHI, Heshui. et al. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet Infectious Diseases*. v. 20, p. 425-434, 2020.
- SILVA, Amanda Aparecida; ROTEMBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Maria. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.6, p.1117-26, 2011.
- SOUZA, Moema A. S. L. Trabalho em saúde: as (re) configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, Jordeana, MARTINIANO, Claudia, PATRIOTA, Lucia M (Org.). *Seguridade social e saúde: tendências e desafios*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174.
- WANG, Cuiyan et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.17, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17051729.

WEAVER, Matthew D. et al. The association between resident physician work hour regulations and physicians safety and health. *The American Journal of Medicine*, fev 2020. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.053>

WILDER-SMITH, Annelies, CHIEW, Calvin J, LEE, Vernon J. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet Infectious Diseases*, S1473-3099(20)30129-8, p. 1-6, 2020.

WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0/>. Acesso: 11 abr. 2020.

XIANG, Yu-Tao, YANG, Yuan, LI, Wen. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 3, p. 228-229, 2020.

ZHANG, Zhiruo et al. Protecting healthcare personal from 2019-nCoV infection risks: lessons and suggestion. *Frontiers of Medicine*, Mar 2020.

Contribuição das autoras

(1) concepção ou desenho do estudo/pesquisa; (2) análise e/ou interpretação dos dados
(3) revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Margarete Costa Helioterio- (1), (2) e (3)

Fernanda Queiroz Rego de Sousa Lopes – (2) e (3)

Camila Carvalho de Sousa- (2), (3)

Fernanda de Oliveira Souza- (2) e (3)

Paloma de Sousa Pinho Freitas- (2) e (3)

Flávia Nogueira e Ferreira de Sousa- (2) e (3)

Tânia Maria de Araújo (1), (2) e (3)