Nota Técnica 03/2020

Proteção das Equipes de Assistência à Saúde durante a epidemia da COVID-19

07/Abril/2020

Responsável: GT Patogênese e Diagnóstico

Diante da necessidade de identificação precoce de infecção pelo SARS-COV-2 entre os membros das Equipes de Assistência à Saúde (EAS), apresentamos neste documento algumas estratégias para viabilizar a preservação desta imprescindível força de trabalho dos efeitos adversos da COVID-19 durante o curso desta pandemia e impedir a disseminação dessa doença a partir desses profissionais.

A proteção das EAS não deve competir com outras prioridades já estabelecidas, como a dos idosos, das gestantes e portadores de co-morbidades (hipertensão, diabetes, cardiopatias e problemas respiratórios), contudo, no caso das EAS há peculiaridades que merecem ser destacadas. Enquanto os primeiros devem proteger-se por distanciamento social rigoroso, as EAS não podem se isolar; ao contrário, seus integrantes estão cotidiana e intensamente expostos aos indivíduos infectados, apresentando maior risco de infecção.

Com base nas atuais evidências científicas, apresentamos nossas proposições abordando dois aspectos principais:

a) identificação precoce dos membros das EAS contaminados e;

b) parâmetros para avaliar a resolução da infecção e redução do potencial de contágio, elementos essenciais para o retorno do profissional ao trabalho.

Proteção das Equipes de Assistência à Saúde/EAS

Na avaliação das EAS **devem ser incluídos todos os trabalhadores envolvidos, tais como os administrativos e de limpeza,** pois há relato de níveis elevados de infecção mesmo nas categorias não envolvidas no contato direto com os pacientes.

O uso adequado dos **equipamentos de proteção individual (EPI)** é condição essencial para a preservação da saúde dos membros das EAS, devendo ser garantido o acesso a estes equipamentos, além de fornecer e reforçar as recomendações sobre a sua adequada utilização.

O estabelecimento de **Unidades específicas para atendimento de pacientes sem suspeita de COVID-19 distintas das Unidades de atendimento para os casos de COVID-19** constitui-se numa importante medida de proteção das equipes voltadas para outras condições. Isto poderá reduzir o risco de colapso total do sistema de saúde. Embora tal medida não pareça viável para todos os hospitais, faz-se necessário a destinação de espaços isolados e exclusivos para pacientes confirmados e/ou suspeitos de COVID-19 nas unidades hospitalares.

O teste mais adequado para a identificação precoce de contaminação pelo SARS-COV-2 é a Reação em Cadeia de Polimerase por Transcriptase Reversa (RT-PCR), por possuir grande especificidade nos primeiros dias após infecção. Contudo, além das dificuldades gerais inerentes a técnica de PCR (alta capacitação de pessoal; equipamentos sofisticados e tempo de realização) os procedimentos para a realização do RT-PCR na COVID-19 apresenta ainda duas outras importantes dificuldades:

- A coleta dos swabs na nasofaringe é difícil e exige capacitação. A coleta inadequada é, provavelmente, causa de muitos casos “falso-negativos”;
- O processamento das amostras deve ser realizado em ambiente de elevada segurança.

  Para detecção da resposta imune contra o SARS-COV-2 o teste que se encontra mais disponível é o de avaliação sorológica por imunocromatografia, conhecido como teste rápido, realizado em “cassette" de leitura em 15 a 30 minutos (variando conforme o fabricante).

Ressaltamos que os dois testes avaliam situações distintas e complementares em termos de análise.

O RT-PCR avalia a presença de partículas virais com potencial contagioso e o "teste rápido” avalia o desenvolvimento de anticorpos (IgM e/ou IgG) contra o vírus, que pode estar associado a uma resposta protetora contra a infecção. No teste atualmente disponível não é possível distinguir se a reação se deve à presença de IgG ou se deve à presença de IgM, ponto relevante pois a IgG tem maior potencial protetor.

Recomendações

Triagem clínica diária de todos os membros da EAS, a cargo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, para avaliação de:

- Aferição de temperatura corporal no início do turno de trabalho e encaminhar para consulta se acima de 37,5ºC,;
- Presença de sintomas:
  - tosse iniciada/agravada por 3 dias;
  - dor de garganta,
  - perda de olfato/paladar (anosmia);
  - diarreia;
  - falta de ar (dispneia).

Se qualquer destas manifestações clínicas estiver presente, encaminhar imediatamente para consulta médica;

Se houver indicação pelo médico, proceder a coleta de material da orofaringe antes da liberação do paciente e encaminhar o material para realização prioritária do RT-PCR.

Para membros das EAS com suspeita de COVID-19, mesmo que *COM* sintomas leves:

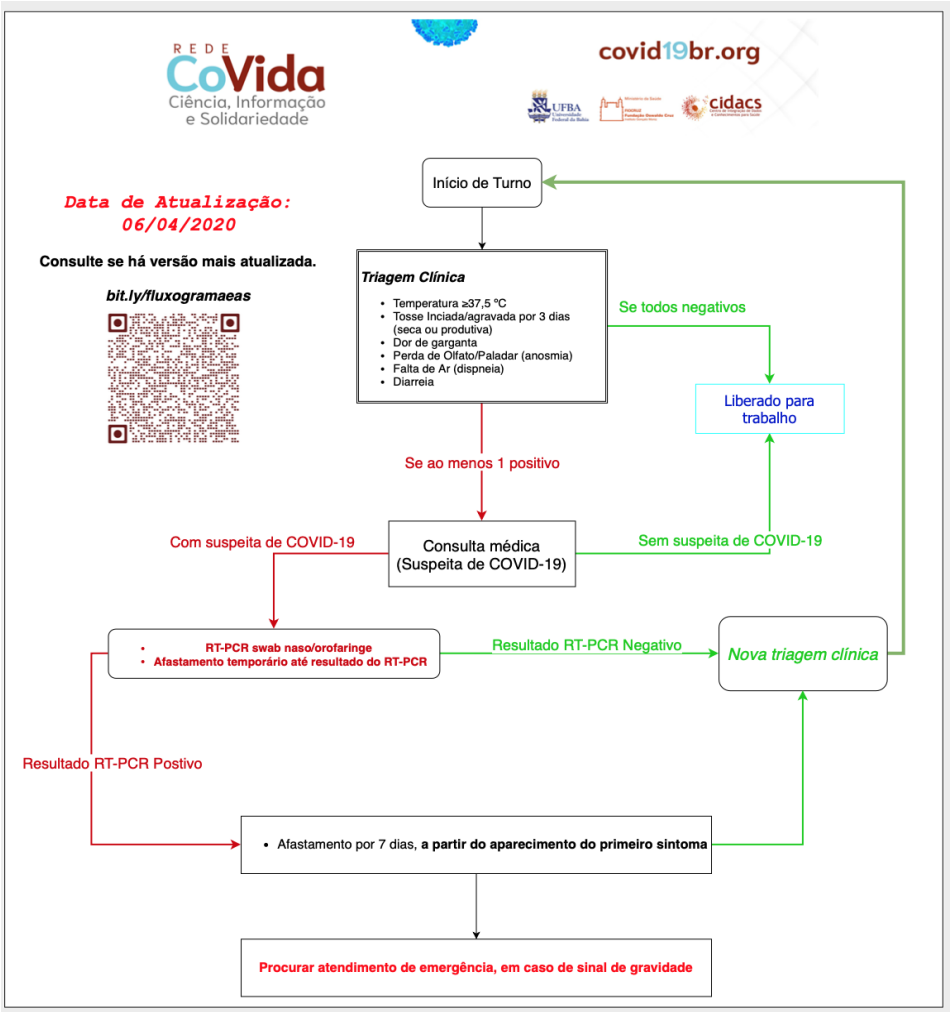
- Realização imediata da coleta do swab naso/orofaringe para RT-PCR (alta prioridade);
- Afastamento temporário até resultado do RT-PCR;
- Decisão de manutenção do afastamento ou não com base no resultado do teste:
- Casos com RT-PCR negativo; retorno às atividades;
- Em casos positivos, retorno ao trabalho após 7 dias do início dos sintomas com nova triagem (Ver fluxograma);

Obs.: incluir a seroconversão (IgG) neste fluxo somente quando estiver disponível teste com alta sensibilidade/especificidade.

Para membros das EAS *SEM* sintomas respiratórios mesmo leves:

Com temperatura corporal abaixo de 37,5ºC, continuar a rotina de trabalho.

Fluxograma resumido das ações a serem adotadas pelas EAS



Material para Consulta

Canada, Ministry of Health. COVID-19 Quick Reference Public Health Guidance on Testing and Clearance. Version 3.0 March 27, 2020.

Schwartz, J. et al. Protecting Health Care Workers during the COVID-19 Coronavirus Outbreak–Lessons from Taiwan's SARS response. Clinical Infectious Diseases, 2020.

Rimmer, A. COVID-19: BMA calls for rapid testing and appropriate protective equipment for doctors. BMJ, 2020.

Wang, H. et al. COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. Critical Care, 2020

The Lancet Editorial. COVID-19: protecting health-care workers. The Lancet, 2020.

Iacobucci, G. Covid-19: "Illogical" lack of testing is causing healthy staff to self-isolate, BMA chief warns. BMJ, 2020.

Liew et al. Preparing for COVID-19: early experience from an intensive care unit in Singapore. Critical Care, 2020.

Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Healthcare Personnel with Potential Exposure in a Healthcare Setting to Patients with Coronavirus Disease (COVID-19). CDC March 7, 2020.

Huh, S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-COV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. J Educ Eval Health Prof 17:10; 2020.