

Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19

Work safety in the hospital environment in the face of the COVID-19 pandemic

Rillary Caroline de Melo Silva^a

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1488-1887>

Maria Caroline de Melo Silva^b

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2594-5222>

Cristefany Régia Braz Costa^c

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6124-8243>

Resumo

Introdução: A COVID-19, emergente doença do coronavírus, teve início em dezembro de 2019, em Wuhan, capital da província de Hubei, China. Devido à alta transmissibilidade, logo se espalhou para países adjacentes, o que ocasionou a pandemia. Assim, formou-se um novo cenário nos serviços de saúde em relação às ações em saúde e segurança dos profissionais envolvidos nos cuidados à população. **Objetivos:** Identificar trabalhos científicos que abordem as medidas de segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia do novo coronavírus. **Materiais e Métodos:** Revisão integrativa (RI) da literatura conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em maio de 2020. A avaliação do nível de evidência foi obtida por meio do método *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*. **Resultados:** Foram selecionados seis estudos, publicados em 2020, indexados nas bases MEDLINE, LILACS e BDNF. Todos se tratava de relatos de casos/experiência. Apenas um deles foi produzido por enfermeiros e os outros por médicos. Quanto aos países de origem dos artigos, pode-se citar: Brasil, Itália, Turquia, Austrália e República da Coreia. **Conclusões:** Apesar do baixo nível de evidência das publicações avaliadas, conclui-se que há consensos entre elas que as medidas de segurança indispensável no ambiente hospitalar frente à pandemia da Covid-19 são o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), assim como a retirada e a colocação, higienização das mãos e a desinfecção do ambiente de trabalho. O suporte psicológico para os trabalhadores também esteve presente nos mais diversos textos, na perspectiva de evitar o adoecimento do trabalhador e a propagação da doença.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; infecções por coronavírus; pessoal de saúde; unidades hospitalares; hospitais

^a Graduanda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Brasil. E-mail: melorillary@gmail.com

^b Graduanda em Nutrição no Centro Universitário CESMAC, Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: melocaroline493@gmail.com

^c Enfermeira. Especialista em Cardiologia, modalidade residência, pelo Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco- Prof. Luiz Tavares vinculado à Universidade de Pernambuco-PROCAPE/UPE, Brasil. Mestre em Ciências e doutoranda pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-EERP/USP, São Paulo, Brasil. E-mail: christefany.costa@usp.br

Abstract

Introduction: COVID-19, an emerging coronavirus disease, started in December 2019 in Wuhan, capital of Hubei province, China. Due to the high transmissibility, it soon spread to adjacent countries, which caused the pandemic. Thus, a new scenario was formed in health services in relation to the health and safety actions of professionals involved in the care of the population. **Objective:** To identify scientific studies that address occupational safety measures in the hospital in the face of the new coronavirus pandemic. **Materials and Methods:** Integrative review (IR) of the literature conducted at the Virtual Health Library (VHL) in May 2020. The level of evidence assessment was obtained using the Oxford Center for Evidence-based Medicine method. **Results:** Six studies, published in 2020, were selected and indexed in the MEDLINE, LILACS and BDNF databases. All were case reports / experience. Only one was produced by nurses and the others by doctors. As for the countries of origin of the articles, we can mention: Brazil, Italy, Turkey, Australia and the Republic of Korea. **Conclusions:** Despite the low level of evidence from the publications evaluated, it is concluded that there is consensus among them that the essential safety measures in the hospital environment in the face of the Covid-19 pandemic are the use of Personal Protective Equipment (PPE), as well as removal and placement, hand hygiene and disinfection of the work environment. Psychological support for workers was also present in the most diverse texts, in order to prevent the worker from becoming ill and the disease spreading.

Keyword: occupational health; coronavirus infections; health personnel; hospital units; hospital care

Introdução

A COVID-19, emergente doença do coronavírus, teve início em dezembro de 2019, em Wuhan, capital da província de Hubei, localizada na região central da República Popular da China. O novo coronavírus é um vírus de RNA, com fita simples e sentido positivo, cuja principal característica é ser altamente contagioso, transmitido através de aerossóis naturais, fato que contribuiu para que se espalhasse rapidamente para países adjacentes ocasionando a pandemia. Foi reconhecido anteriormente por 2019-nCoV, mas agora denominado de SARS-CoV-2, já que está relacionado à Síndrome Respiratória Aguda Grave¹.

Nesse contexto, formou-se um novo cenário nos serviços de saúde em relação às ações em saúde e segurança dos profissionais envolvidos nos cuidados à população. Essa realidade já vivenciada em diversos países em surtos hospitalares e comunitários traz preocupação social e profissional pela necessidade de reavaliação dos protocolos para prevenção da COVID-19 entre os trabalhadores expostos ao vírus durante suas atividades laborais².

Na cadeia de ações para proteção aos profissionais de saúde, estão às barreiras que evitam o contato de risco prolongado com pacientes infectados, os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) são os principais exemplos. Porém, no caso da COVID-19, a eficácia do Equipamento Proteção Individual (EPI) está relacionada ao fornecimento de equipamentos com a proteção suficiente para o SARS-CoV-2 e o treinamento adequado das equipes de trabalhadores para o uso correto e consistente².

Ademais, a legislação trabalhista brasileira, via Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR32), indica a obrigatoriedade de o empregador prover ao trabalhador EPI em quantidade suficiente, descartáveis ou não, que sejam necessários para o desenvolvimento seguro das tarefas de trabalho. Além do fornecimento, deve-se assegurar a capacitação de forma contínua e a garantia de proteção ao trabalhador sempre que houver mudança das condições de exposição a agentes biológicos³.

Diante do exposto, a presente revisão tem como objetivo identificar, na literatura, as evidências científicas sobre as

medidas de segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura, a qual consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial desse método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores⁴.

A RI é orientada por seis etapas: (1) identificação do tema e definição da questão norteadora; (2) realização de busca e seleção dos estudos baseada em critérios de amostragem; (3) extração de dados; (4) avaliação crítica dos estudos selecionados; (5) interpretação dos resultados; e (6) elaboração da síntese e relatório final⁴.

A revisão integrativa de literatura seguiu a recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), que consiste em um checklist com 27 itens para manter o rigor metodológico das investigações de revisões sistemáticas e meta-análises⁵.

Utilizou-se ainda a estratégia PICO, um acrônimo para Paciente/população, Interesse e Contexto⁶. P: Profissionais da saúde, I: Segurança do trabalho e Co: Covid-19. Considerou-se a seguinte questão norteadora: Quais evidências científicas disponíveis na literatura, em relação às medidas de segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19?

Foi delimitado, como critério de inclusão, o recorte temporal referente ao período de cinco anos da publicação dos artigos, artigos completos, publicados em português ou inglês, que tratassem sobre as medidas de segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19. Excluíram-se cartas ao editor,

dissertações e teses, além de artigos em duplicidade.

Por conseguinte, foram utilizados os descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e suas combinações em português e inglês: “Segurança do trabalho”, “Covid-19” e “Profissionais da Saúde”. Utilizou-se estratégia com o auxílio do operador booleano “AND” associando os descritores, além disso, a combinação foi realizada nos campos título/title, resumo/abstract e assunto/subject.

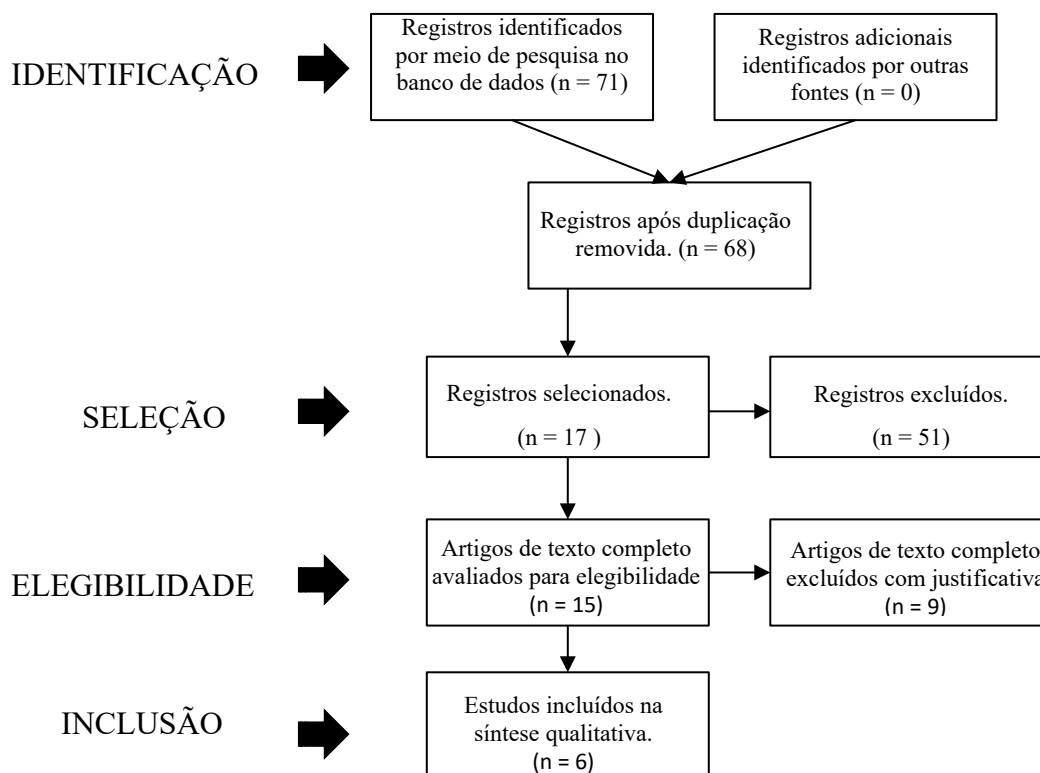
O levantamento de artigos científicos foi realizado no mês de maio de 2020, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS é uma rede de gestão da informação, intercâmbio de conhecimento e evidência científica em saúde promovida e coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS).

Os cruzamentos “Segurança do trabalho” AND “Covid-19”, “Profissionais da saúde” AND “Covid-19”, “Segurança do trabalho” AND “Covid-19” AND “Profissionais de saúde”, identificaram 71 artigos, os quais foram aplicados os critérios de elegibilidade.

O cruzamento dos descritores nos bancos de dados selecionados resultou em 71 registros, dos quais havia 3 duplicados, totalizando 68. Após leitura do título, resumo e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 17 artigos para leitura na íntegra. Porém, apenas 6 foram incluídos na revisão. Os periódicos estavam indexados nas bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

O detalhamento da inclusão dos trabalhos está representado pelo fluxograma PRISMA presente na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos artigos investigados baseado na estratégia PRISMA. Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Elaborou-se para a extração das evidências, um instrumento de coleta de dados com o intuito de reunir as seguintes informações dos artigos: identificação, título, mês/ano de publicação, nível de evidência e objetivos principais (Quadro 1). Utilizou-se o instrumento para facilitar a discussão sobre cada artigo selecionado na pesquisa. Atribuiu-se a identificação A1, A2, A3, e assim sucessivamente, para os artigos.

Vale ressaltar que os níveis de evidência dos artigos determinam a confiança no uso de seus resultados e fortalecem as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado, portanto, na pesquisa, os artigos foram classificados conforme a Classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*⁷ (Quadro 1).

Quadro 1. Nível de Evidência Científica seguindo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-based Medicine.

Graus de recomendação	Nível de evidência	Prevenção/Tratamento - Etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados.	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos nível 1 critério de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos

Graus de recomendação	Nível de evidência	Prevenção/Tratamento - Etiologia	Diagnóstico
	1B	Ensaio clínico controlado e randomizados com intervalos de confiança estreitos.	Coorte validada com bom padrão de referência, critério diagnóstico testado em um único centro.
	1C	Resultado terapêutico do tipo "tudo ou nada".	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudo de coorte.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2.
	2B	Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade).	Coorte exploratória com bom padrão de referência, critério diagnóstico derivado ou validado em amostras ou bancos de dados.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>), estudo ecológico.	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudo caso-controle.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnóstico de nível > 3B.
	3B	Estudo caso-controle.	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.
C	4	Relato de caso (incluindo estudo de coorte e ou caso-controle de menor qualidade).	Estudo de caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente.
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	

Fonte: Oxford Centre for evidence-based Medicine⁷.

Posteriormente, realizou-se a avaliação crítica dos artigos, discutiram-se os resultados e foram identificadas conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Por fim, foi criado um resumo das evidências disponíveis e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. Ademais, para facilitar a compreensão do leitor, recursos como tabelas, figuras e quadros foram utilizados na construção desse documento.

Para a realização da RI não foi preciso encaminhamento do protocolo de pesquisa para a análise por parte do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), conforme as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/2012. Outrossim, o presente estudo não obteve nenhum tipo de financiamento para a sua realização.

Resultados

Nesse ínterim, foram elencados o item “identificação” para promover a melhor discussão sobre cada artigo selecionado na pesquisa, atribuiu-se: A1, A2, A3 e, assim, sucessivamente. O Quadro 2 também é composto pelo título, mês e ano

de publicação, nível de evidência, o qual determina a credibilidade científica e define a confiança na informação utilizada (Quadro 2), pelas bases de dados correspondentes e, por fim, pelos objetivos principais de cada artigo escolhido.

Quadro 2. Artigos incluídos e caracterizados na Revisão Integrativa. Maceió, AL, Brasil, 2020.

Id *	Título	Mês/Ano	NE**	Base de Dados	Objetivos principais
A1	Gestão da pandemia de coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional	Abr/2020	4C	LILACS /BDENF	Descrever a experiência da gestão para o atendimento de paciente confirmado ou com suspeita de coronavírus em um hospital da região metropolitana de Porto Alegre.
A2	Protegendo os profissionais de saúde da infecção por SARS-CoV-2: indicações práticas⁹	Março/2020	4C	MEDLINE	Fornecer recomendações baseadas em evidências para o uso correto de "dispositivos respiratórios" na emergência para proteger os profissionais de saúde de contrair a infecção por SARS-CoV-2.
A3	Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel ¹⁰	Abril/2020	4C	MEDLINE	Relatar sobre as medidas de proteção que devem ser tomadas por profissionais de saúde e pessoal de laboratório durante a pandemia.
A4	Políticas sobre o uso de proteção respiratória para profissionais de saúde de hospitais para proteger da doença de coronavírus (COVID-19)¹¹	Mai/2020	4C	MEDLINE	Informar sobre políticas do uso de proteção respiratória para profissionais de saúde de hospitais para proteção da COVID-19.
A5	Recomendações para cirurgia de emergência durante a pandemia do COVID-19 ¹²	Abril/2020	4C	LILACS	Orientar a assistência médica para os casos de emergência cirúrgica não traumática durante a pandemia do COVID-19.
A6	Como treinar o pessoal de saúde para se proteger da infecção por SARS-CoV-2 (novo coronavírus) ao cuidar de um paciente ou caso suspeito¹³	Março/2020	4C	MEDLINE	Fornecer informações sobre o treinamento de profissionais de saúde para a proteção da infecção por SARS-Cov-2.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. *Id: Identificação **NE: Nível de evidência
*Id: Identificação **NE: Nível de evidência

Os trabalhos selecionados referem-se ao ano de 2020, sendo um do mês de fevereiro, dois de março, três de abril e um de maio. Em relação ao nível de evidência todos os trabalhos correspondem ao nível de evidência 4C, conforme o método Oxford Centre for Evidence-based Medicine, evidenciado no Quadro 1. Além do mais, se constata que apenas um trabalho foi produzido por enfermeiros, enquanto os outros cinco foram por médico. Quanto aos países de origem dos artigos, pode-se citar: Brasil, Itália, Turquia, Austrália e República da Coreia.

Discussão

O estudo A1⁸ reforça que é necessário assegurar o acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade suficiente e com eficácia, como os óculos de proteção ou protetor facial, avental, luva de procedimento, máscara cirúrgica/N95, além da correta higienização das mãos na prestação de assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus. É necessário higienizar as mãos antes e depois do contato com um paciente, após contato com possíveis materiais infectados e antes e depois do uso de EPI. Deve-se lavar as mãos, se visivelmente sujas, com água e sabão ou deve desinfetar as mãos com 60-95% de desinfetante à base de álcool^{8, 10}.

Assim, é essencial que haja construção de fluxos de atendimento e capacitação dos trabalhadores para sua execução, propiciando com que estes não atuem como vetores de transmissão, além de evitar seu adoecimento^{8, 10, 13}.

Não obstante, foi relatado que as infecções por COVID-19 em profissionais da saúde durante o início do surto de emergência, ocorreu, primeiramente, pela proteção pessoal inadequada - por não terem ainda consciência do patógeno. Além disso, a pressão de tratamento, trabalho intenso e falta de descanso aumentaram indiretamente a probabilidade de infecção

para profissionais de saúde e como se trata de uma emergência, os profissionais de saúde não tiveram tempo suficiente para treinamento e prática sistemáticos. Desse modo, houve e ainda há falta de orientações e mecanismos de monitoramento, ampliando o risco de infecção pelo novo coronavírus¹⁴.

Ademais, as instituições de saúde devem ter procedimentos e políticas que descrevem a ordem correta de colocar e retirar os EPI de maneira segura¹⁰. A ordem de colocação dos EPI depois de realizar a higiene das mãos é avental ou capote, máscara cirúrgica, óculos ou escudo facial e luvas. Porém, nos procedimentos geradores de aerossóis, a ordem é avental ou capote, máscara de proteção respiratória, óculos ou protetor facial, gorro ou touca e luvas¹⁵.

Já, para a retirada dos EPI a ordem é luvas, avental ou capote, óculos ou protetor facial e máscara cirúrgica. Nos procedimentos geradores de aerossóis é luvas, avental ou capote, gorro ou touca, óculos ou protetor facial e máscara de proteção respiratória. Vale lembrar que a máscara deve ser mantida até que o profissional de saúde saia da área contaminada¹⁵.

Nessa mesma linha de raciocínio são relatadas recomendações sobre o manuseio adequado de equipamentos respiratórios - oxigenoterapia, oxigenoterapia por cânula nasal de alto fluxo (HFNC), pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e ventilação não invasiva (VNI) - como forma de proteção dos profissionais de saúde^{9, 12}. Dentre os equipamentos utilizados na prestação de cuidados diretos também são recomendados a máscara FFP2, luvas duplas não estéreis, macacão resistente à água de mangas compridas, óculos ou protetor facial⁹⁻¹³. Nos procedimentos geradores de aerossóis, como broncoscopia, traqueostomia e entubação endotraqueal⁹⁻¹³ recomenda-se a máscara FFP3. Contudo, no Reino Unido é recomendado o uso da FFP3 para todos os

atendimentos¹¹, já na República da Coreia usa-se a máscara KF (94) - máscara de desinfecção antipó¹³.

Nesse contexto, a OMS aconselha os profissionais de saúde a manter a mesma máscara (FFP2 ou superior) enquanto realizam cuidados de rotina em vários pacientes com o mesmo diagnóstico, a fim de racionalizar o uso de EPI e evitar o esgotamento precoce dos estoques. Assim, foi evidenciado que FFP2/3 mantém sua proteção mesmo quando são utilizados por um longo período de tempo, no entanto, usar um respirador por mais de 4 horas pode causar desconforto¹⁵.

A critério de curiosidade, ressalta-se que as peças filtrantes faciais (PFF) são equipamentos de proteção respiratória previstos para a retenção de aerodispersóides, constituídas total ou parcialmente de material filtrante, tirantes e podendo ou não possuir válvulas, assim, os números correspondem às classes dos filtros, ou seja, nível de penetração dos agentes¹⁶.

A FFP1 protege contra poeiras e névoas, retém 80% das partículas; FFP2 contra poeiras, névoas e fumos, retém 94% das partículas tóxicas, químicas e finas, enquanto a FFP3 é usada contra poeiras, névoas, fumos e radionuclídeos retém 99,9% das partículas consideradas finíssimas. A máscara N95 possui desempenho de filtração maior ou igual a 95%, similar à FFP2¹⁶.

Importante salientar que entradas de hospital, salas de pacientes e salas de espera devem estar equipadas com desinfetantes para as mãos 60–95% de recipientes de álcool e resíduos que podem ser usados sem contato. Há necessidade também de barreira física feita de vidro ou plástico na triagem¹⁰. Além do mais, as salas de exame devem ser grandes o suficiente para que haja distância de 2m entre profissionais e pacientes e inclusive, todos os profissionais de saúde devem ser verificados duas vezes por dia para detectar a temperatura corporal, aumentando as chances de diagnóstico

precoce e posterior afastamento-quarentena¹⁰.

Todavia, a eficácia do uso de máscaras cirúrgicas descartáveis e respiradores (máscaras com filtros acoplados) são discutidos pelas políticas existentes em diversos países, sendo que as máscaras foram originalmente projetadas para evitar a propagação de gotículas e respingos ou borrifos de sangue ou fluidos corporais. Em contraste com isso, os respiradores são projetados para proteção respiratória de infecções transmitidas pelo ar, e, portanto, mais recomendados para enfrentamento da pandemia¹¹.

Relata-se a reutilização e uso prolongados de máscaras de proteção, devido à escassez, porém são práticas de alto risco, podendo levar à autocontaminação. Isso ocorre porque patógenos respiratórios dos pacientes que respiram, tosse, espirram ou até mesmo oriundos de procedimentos médicos geradores de aerossóis, em ambientes hospitalares, podem estar presentes nas camadas de máscaras usadas por longos períodos e levar à infecção do usuário por contaminação das mãos ou da pele, ingestão ou contato com a membrana mucosa^{17, 18}.

No caso de coletas de amostras, se a máscara não estiver danificada, umedecida ou suja pode ser usada para entrar em contato com vários pacientes por um período máximo de 4 a 6 horas^{10, 16}. Além disso, não deve haver espaço entre o rosto e máscara e ainda há relatos que pelos faciais como a barba podem diminuir a proteção, pois impede a máscara de se adaptar à face¹⁰.

Luvas não são reutilizáveis e podem ser usadas em duplicidade, considerando o risco de rasgar as luvas ou o risco de exposição a infecções ao realizar tratamento médico, cuidados de enfermagem, testes e limpeza de áreas suspeitas e confirmadas do paciente¹³.

O uso dos EPI e a higienização das mãos são essenciais para a proteção ocupacional, porém, a necessidade da higiene frequente das mãos e o uso de luvas

têm aumentado o risco de dermatites e dermatoses, podendo causar eritema, ressecamento, descamação, fissuras, prurido, infecções secundárias e agravamento de doenças de pele preexistentes. O uso prolongado das máscaras, especialmente a N95/FFP2 e óculos de proteção, podem aumentar o risco de lesão por pressão e/ou fricção em face¹⁹.

No estudo A5¹² são retratadas as adaptações dos membros das equipes cirúrgicas sobre alguns cuidados específicos em relação à eliminação de aerossóis pelos pacientes positivos para COVID-19 durante o perioperatório, em destaque para as medidas de conscientização e proteção para o risco de exposição ocupacional em laparoscopia e cirurgia aberta tradicional. Estima-se que, na cirurgia laparoscópica, ocorra maior liberação de aerossóis relacionada com a fumaça do bisturi elétrico do que na cirurgia aberta¹².

Nesse ínterim, um estudo sobre recomendações para o manejo de cirurgias durante a pandemia da COVID-19 esclareceu que é obrigatório instituir protocolos internos de ação em todos os hospitais para a realização das cirurgias eletivas e de urgência durante a pandemia. Destaca-se como recomendações a utilização racional e adequada de equipamentos de proteção individual, ponderando as indicações de cirurgia de urgência e quando necessário, realizar tomografia de tórax para estratificar os pacientes; suspender a realização de cirurgias eletivas (exceto oncológicas e benignas sintomáticas); utilizar rotas e ambientes exclusivos para pacientes suspeitos e evitar abordagens por laparoscopia, na falta de condições ideais (disponibilidade de insumos e condições das salas operatórias)²⁰.

Conforme o estudo A6¹³ os profissionais de saúde também estão trabalhando mais devido à escassez de funcionários para cuidar de pacientes e com isso enfrentam a possibilidade de serem mais expostos e infectados com SARS-

CoV-2. Apesar de ainda não existir documentação completa dos métodos de segurança hospitalar frente à pandemia, além dos EPI, a estabilidade psicológica do pessoal de saúde deve ser considerada.

É fato que sintomas de depressão, ansiedade e estresse diante da pandemia têm sido identificados na população em geral, e particularmente, nos profissionais da saúde²¹. Alguns estressores como: risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e afastamento da família e amigos²¹.

Um estudo sobre a saúde mental dos profissionais frente à pandemia, um maior impacto psicológico foi percebido em trabalhadores da área de Enfermagem, por prestarem uma assistência direta aos pacientes infectados por COVID-19, em relação aos outros profissionais de saúde. Em sua maioria, do sexo feminino, idade mais jovem, com doenças físicas comórbidas e sintomas característicos do novo coronavírus²².

Diante do exposto, é importante considerar que todos os aspectos mencionados interferem diretamente na segurança do trabalho. E que, de acordo com os estudos selecionados, foi possível compreender que o contexto da pandemia potencializou todos os possíveis riscos ocupacionais, sejam eles os riscos físicos, os químicos, os biológicos, os riscos ergonômicos e o risco de acidentes. A segurança dos profissionais deve ser uma prioridade nos serviços de saúde, considerando a contribuição da sua força de trabalho na manutenção da situação de saúde no Brasil e no mundo, sobretudo na circunstância da COVID-19.

A limitação do estudo consiste no baixo nível de evidência dos artigos selecionados. Porém, destaca-se que, por se

tratar de um agravo recente, diversos estudos com delineamento robustos ainda estão em andamento.

Conclusão

Com este estudo foi possível identificar evidências científicas sobre as medidas de segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19 que, apesar do baixo nível de evidência das publicações avaliadas, conclui-se que há consensos entre elas que as medidas de segurança indispensáveis no ambiente hospitalar frente à pandemia da Covid-19 são o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), assim como a retirada e a colocação, higienização das mãos e a desinfecção do ambiente de

trabalho. O suporte psicológico para os trabalhadores também esteve presente nos mais diversos textos, na perspectiva de evitar o adoecimento do trabalhador e a propagação da doença.

Ademais, todos esses elementos devem envolver a gestão dos serviços e, sobretudo, a realização constante de treinamentos. Também é recomendada a garantia do rastreio precoce dos sintomas da COVID-19 nos trabalhadores, com verificação da temperatura pelo menos duas vezes por turno. Não obstante, devido ao estresse cotidiano, o apoio psicológico, campanhas educativas, momentos lúdicos por telefone, vídeos e áudios, também podem ser ofertados nesse momento de vulnerabilidade.

Referências

1. Governo do estado do Ceará. Plano estadual de contingência para resposta às emergências em saúde pública: novo Coronavírus (2019-nCoV). Secretaria da Saúde. 2020.
2. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev enferm UERJ*. 2020; 28:e49596.
3. Ministério do Trabalho e Emprego (Br). Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*. 2005.
4. Mendes KS, Silveira RCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008 Dec; 17(4): 758-764.
5. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação prisma. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):335-342.
6. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia do PICO para a construção de perguntas de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15 (3): 508-511.
7. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence. March, 2009.
8. Rodrigues NH, Silva LGA. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *J nurs health*. 2020; 10(n.esp.):e20104004.
9. Ferioli M, Cisternino C, Leo V, Pisani L, Palange P, Nava S. Protegendo os profissionais de saúde da infecção por SARS-CoV-2: indicações práticas. *Eur Respir R*. 2020; 29(155): 200068.
10. Ağalar C, Öztürk Engin D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. *Turk J Med Sci*. 2020; 50:578-584.

11. Chughtai AA, Seale H, Islam MS, Owais M, Macintyre CR. Policies on the use of respiratory protection for hospital health workers to protect from coronavirus disease (COVID-19). *Int J Nurs Stud.* 2020; 105:103567.
12. Lima DS, Filho JADL, Gurgel MVSA, Neto AFA, Costa EFM, Filho FXFM, et al. Recomendações para cirurgia de emergência durante a pandemia do COVID-19. *J. Health Biol Sci.* 2020; 8(1):1-3.
13. Hun 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.* 2020; 17:10.
14. The Healthcare Infection Society. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect.* 2020 May;105(1):100-101.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 de 08 de maio de 2020. 2020.
16. Ministério do Trabalho (BR). Portaria SIT n.º 25, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual – NR6 e dá outras providências. 2020.
17. Organização Pan-Americana de Saúde. Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença de coronavírus 2019 (COVID-19) Orientação provisória. 2020.
18. Chughtai AA, Stelzer-Braid S, Rawlinson W, Pontivivo G, Wang Q, Pan Y, et al. Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthcare workers. *BMC Infect Dis.* 2019;19(491).
19. Darlenski R, Tsankov N. Covid-19 pandemic and the skin - What should dermatologists know? *Clin Dermatol.* 2020. [Epub ahead of print]
20. Alves JR. Recomendações em cirurgia durante a pandemia da Covid-19. *Arq Catarin Med.* 2020;49(1):110-125.
21. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud Psicol.* 2020;37:e200063.
22. Varshney M, Parel JT, Raizada N, Sarin SK. Initial psychological impact of COVID-19 and its correlates in Indian Community: An online (FEEL-COVID) survey. *PLoS ONE.* 2020; 15(5): e0233874.

Como citar este artigo:

Silva RCM, Silva MCM, Costa CRB. Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19. *Rev. Aten. Saúde.* 2020; 18(65): 126-136.