

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i54p2691-2698>

Pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2): panorama do enfrentamento dos profissionais de enfermagem no controle de infecção pela doença COVID-19 no Brasil

Pandemic of the new coronavirus (SARS-CoV-2): panorama of the confrontation of the nursing professionals in the control of infection by the disease COVID-19 in Brazil

Pandemia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2): panorama de la confrontación de los profesionales de enfermería en el control de la infección por la enfermedad COVID-19 en Brasil

DESCRITORES: Coronavírus, Pandemia, Enfermagem, Controle de Infecção.

DESCRIPTORS: Coronavírus; Pandemics; Nurse; Control of Infection.

DESCRIPTORES: Coronavírus ; Pandemia; enfermería; Control de la Infección.

RECEBIDO EM: 20/04/2020 APROVADO EM: 20/04/2020

Patricia Cristina Cavalari de Oliveira

Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Preceptora de Estágio do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi (UAM) SP/Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9832-8615>

Os coronavírus, antes de serem considerados altamente patogênicos, circulavam em seres humanos e causavam infecções respiratórias e intestinais e imunocompetentes⁽¹⁾.

Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus). Ao todo, sete coronavírus (cepas) humanos (HCoV) já foram identificados, sendo quatro deles considerados leve: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 e HCoV-HKU1⁽²⁾.

Posteriormente, no início do século XXI, surgiram mais dois tipos de coronavírus (betacoronavírus), que são altamente transmissíveis e patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal nos seres humanos: o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) de origem da China no ano de 2002, e o coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) de origem do Oriente Médio em 2012. Os dois coronavírus foram transmitidos diretamente aos seres humanos de civetas de

mercado e camelos/dromedários, respectivamente, e acredita-se que ambos os vírus tenham se originado em morcegos⁽¹⁾.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Trata-se do último novo tipo (cepa) descoberto de coronavírus que não havia sido identificado antes em seres humanos, e recebeu o nome de SARS-CoV-2⁽²⁾. É um betacoronavírus, assim como, o SARS-CoV e o MERS-CoV, altamente patogênico e responsável por causar a síndrome respiratória e gastrointestinal, a doença COVID-19⁽³⁾.

No início, muitos dos pacientes do surto na China teriam tido algum tipo de vínculo com um grande mercado de frutos do mar e animais, onde sugeriu a disseminação de animais para pessoas. Em seguida, houve um número crescente de pacientes que não tiveram com exposição ao mercado de animais e, atualmente, está

bem definido que o SARS-CoV-2 possui uma alta e sustentada transmissibilidade de pessoa para pessoa⁽³⁾. Porém, vários coronavírus conhecidos estão circulando em animais que ainda não infectaram humanos. À medida que a vigilância melhora no mundo, é provável que mais coronavírus sejam identificados⁽²⁾.

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros mais graves. A maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 pode ser assintomática ou sintomática e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldades respiratórias, dos quais, aproximadamente, 5% podem necessitar de suporte ventilatório, podendo levar a óbito⁽³⁾.

Os sinais e sintomas mais comuns dessas infecções são: tosse, febre, coriza, dor de garganta e dispneia. A febre pode não estar presente em al-

guns pacientes, como crianças, idosos, imunossuprimidos ou que tomam medicamentos para diminuir a febre. As pessoas em grupo de risco são pessoas acima de 60 anos e gestantes de alto risco, e as comorbidades mais prevalentes são em pessoas acima de 60 anos e gestantes, pessoas com doença cardiovascular, doença renal, diabetes, doença pulmonar crônica, neoplasias, imunodeprimidos e pneumopatas. A transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de toque, gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, objetos ou superfícies contaminadas⁽³⁾.

Acredita-se que o período de incubação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) é de 2 até 14 dias após a exposição. Pode transmitir a doença durante o período sintomático e sugere que a transmissão também possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas. Há casos, não muito comuns, em que não apresentam nenhum dos sintomas do vírus. Recomenda-se o isolamento domiciliar de todos os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 por 14 dias após o início dos sintomas⁽³⁾.

A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo. Sobre a imunidade, não se sabe se a infecção em humanos, que não evoluíram para o óbito, geram imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida⁽³⁾.

Quanto ao tratamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), até o momento, não há medicamento específico. No entanto, medidas de suporte devem ser implementadas e um adequado manejo clínico⁽³⁾.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional⁽²⁾.

Em 11 de março de 2020 a OMS classificou a doença COVID-19 como pandemia e tem prestado apoio técnico aos

países e recomendado manter o sistema de vigilância em alerta, preparado para detectar, isolar e cuidar precocemente de pacientes infectados com o novo coronavírus - SARS-CoV-2⁽²⁾.

Em 18 de março de 2020, foi orientado pela OMS aos países aumentarem sua capacidade de detectar casos, cuidar de pacientes e garantir que os hospitais tenham espaço, suprimentos e funcionários necessários para prestar os atendimentos. A necessidade de líderes da saúde a envolverem cidadãos e outros setores no apoio às ações de saúde pública para conter a situação, achatar a curva epidêmica e, assim, evitar sobrecarregar os serviços de saúde para que possam oferecer os cuidados necessários a todas as pessoas que precisam⁽²⁾.

Tudo isso para não causar o colapso dos serviços de saúde que indicaria uma falta de possibilidade de atender pessoas com segurança e qualidade. Sendo os profissionais de saúde, a primeira linha de defesa dessa pandemia, foi instruído aos hospitais o desenvolvimento de planos de emergência e a garantia de que profissionais de saúde tenham o equipamento de proteção individual e o treinamento necessários para prevenir a infecção⁽²⁾.

A maioria dos países adotou essas medidas para reduzir a taxa de transmissão e proteção de suas populações nesta pandemia, desde declarar estado de emergência a fechar fronteiras, escolas e universidades, além de promover o distanciamento social. Medidas essenciais para reduzir a transmissão, achatar a curva e evitar situações que possam sobrecarregar os hospitais e as equipes de saúde para salvar vidas⁽²⁾.

No Brasil, no dia 11 de março de 2020 foi iniciado o distanciamento social com fechamento de escolas e proibição de eventos⁽⁴⁾ e, no dia 14 de março de 2020, o Ministério da Saúde atualizou e definiu medidas não farmacológicas para reduzir a possibilidade de transmissão do vírus, retardando a progressão da pandemia e reduzindo os números de casos. Essas medidas visaram atrasar o pico da pandemia

e reduzir a altura do pico, permitindo uma melhor distribuição de casos ao longo do tempo e a evitar esgotamento dos serviços de saúde^(3,5).

Muitos estados aderiram às medidas não farmacológicas e de distanciamento social ampliado. Na cidade de São Paulo, a maior do Brasil, no dia 24 de março de 2020, foi determinado isolamento social ampliado (DAS), que é uma estratégia para toda a população, restringindo ao máximo o contato com pessoas, exigindo que todos os setores da sociedade permaneçam na residência durante a vigência do decreto da medida pelos gestores (governadores) locais. Esta medida visa diminuir a velocidade da propagação da doença para dar tempo de disponibilizar mais serviços de saúde e equipar com EPI, testes laboratoriais e recursos humanos^(3,5).

No mundo, até 17 de abril de 2020, 2.222.699 de casos detectados pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e 149.955 óbitos. Os Estados Unidos da América é o país com maior número de casos (684.427). E no Brasil, na mesma data, 33.682 mil casos detectados e 2.141 óbitos; em São Paulo, a cidade mais atingida, um total de 12.841 casos detectados e 982 óbitos⁽⁶⁾.

ENFRENTAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO PELA DOENÇA COVID-19 NO BRASIL

No dia 7 de abril de 2020, a OMS declarou nesta pandemia que:

“[...] a enfermagem é crucial para o esforço global de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODMs), incluindo cobertura universal de saúde, saúde mental e doenças não transmissíveis, resposta a emergências, segurança do paciente e a oferta de cuidado integral e humanizado. Nenhuma agenda global pode ser concretizada sem esforços articulados e sustentáveis para maximizar a contribuição da força de trabalho da

enfermagem e seu papel em equipes de Saúde multiprofissionais⁽⁷⁾.

No Brasil, temos 558.177 mil enfermeiros, 1,3 milhão de técnicos e 417.540 mil auxiliares de enfermagem, ao todo há 2.263.132 milhões de profissionais de enfermagem, apresentando uma alta densidade de profissionais por habitantes⁽⁷⁻⁸⁾.

Os profissionais de enfermagem que estão da linha de frente no combate e controle da propagação do novo coronavírus SARS-CoV-2, e que causa doença COVID-19, representam a maior categoria atuante na área de saúde, seja em instituições públicas ou privadas, e são os únicos profissionais presentes na assistência direta 24 horas por dia junto aos pacientes. Estando muito mais suscetíveis à infecção devido a sua atuação no acolhimento, detecção e avaliação das situações suspeitas de contágio do coronavírus e à capacidade técnica deste profissional⁽⁸⁾.

A recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de medidas consideradas obrigatórias a serem implementadas para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2) em serviços de saúde por profissionais de saúde (que prestem assistência a menos de 1 metro dos pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus) são: higiene das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; e os equipamentos de proteção individuais (EPIs), óculos de proteção ou protetor facial (face shield), máscara cirúrgica, avental, luvas de procedimento, máscara N95/PPF2 e gorro (para procedimentos que geram aerossóis). Os profissionais de saúde deverão trocar a máscara cirúrgica por uma máscara N95/PPF2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis, como por exemplo: intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, etc⁽⁹⁾.

Os profissionais de enfermagem que estão da linha de frente no combate e controle da propagação do novo coronavírus SARS-CoV-2, e que causa doença COVID-19, representam a maior categoria atuante na área de saúde, seja em instituições públicas ou privadas, e são os únicos profissionais presentes na assistência direta 24 horas por dia junto aos pacientes.

A Norma Regulamentadora NR32 orienta que profissionais de enfermagem estão expostos a riscos biológicos, e considera como risco biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos e determina em seu Art. 32.2.4.7 que os EPIs devem estar disponíveis em número suficiente, nos postos de trabalhos, garantindo o imediato fornecimento ou reposição para todos os profissionais⁽¹⁰⁾.

Os serviços de saúde devem fornecer capacitação para todos os profissionais de saúde (próprios ou terceirizados), realizando a prática do uso apropriado de todos os EPIs antes de cuidar de um caso suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus, incluindo a atenção ao uso correto de EPI, testes de vedação da máscara N95/PPF2 ou equivalente (quando for necessário o seu uso) e a prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de todos os equipamentos⁽⁹⁾.

Ao Responsável Técnico de Enfermagem na instituições, cabe o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, além de ser ponte entre o serviço de enfermagem da instituição e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) para facilitar a atividade fiscalizatória, mediando a relação entre os profissionais de enfermagem que nela executam suas atividades, promovendo a qualidade e segurança dos profissionais de enfermagem e sociedade⁽¹¹⁾.

No Brasil, até 15 de abril de 2020, o Conselho Federal de Enfermagem⁽⁸⁾ divulgou o registro de 30 mortes de profissionais de enfermagem causadas pela doença COVID-19, o levantamento retrata o impacto das infecções do novo coronavírus (SARS-CoV-2) entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. Outros 4 mil profissionais estão afastados pela doença, sendo 552 com diagnóstico confirmado e mais de 3,5 mil em investigação. Ao todo, foram mais de 4,8 mil denúncias, através do canal de atendimento, por falta de EPI para trabalhar.

Mas nem sempre esses profissionais

fazem o trabalho com a segurança necessária. De 13 de março a 16 de abril, o COFEN registrou 4.806 denúncias de falta de EPI, proibição do uso do material existente na instituição, pedidos para que os profissionais adquiram seus próprios materiais de segurança, reutilização de materiais descartáveis, como a máscara N95 e outras que são feitas com material duvidoso⁽⁸⁾.

Os CORENS, até 13 de abril de 2020, fiscalizaram 3.772 mil unidades de saúde por todo o país e confirmaram a existência de problemas em 90% das unidades. Nas instituições foi constatado um déficit de 7.603 mil profissionais de Enfermagem, sendo 2.689 mil enfermeiros e 4.914 mil técnicos/auxiliares de enfermagem. É apresentado no relatório que:

“mostra que 22.981 profissionais de Enfermagem, de 1.136 Instituições abordadas denunciaram a falta de máscaras N95/PPF2 para assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. Durante a fiscalização em 3.307 instituições, 90% era de falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). [...] Sendo que, foram direcionadas pelos Conselhos Regionais 530 denúncias aos órgãos governamentais, incluindo Ministério Público, vigilância sanitária, secretarias estaduais e municipais de saúde, dentre outros”⁽¹²⁾.

O COFEN⁽⁸⁾ indica a necessidade de contratação emergencial de pro-

fissionais, que há profissionais de grupo de risco trabalhando na linha de frente de combate à COVID-19. Que entre os profissionais afastados por suspeita ou confirmação do novo coronavírus, 38% têm entre 31 e 40 anos; 23% têm entre 41 e 50 anos; 7,95% têm entre 51 e 60 anos e 1% é acima de 60 anos.

Segundo um levantamento realizado da situação da enfermagem no mundo, a categoria representa 59% dos profissionais de saúde, existindo a necessidade de intervenções políticas para possibilitar o máximo impacto e efetividade, otimizar o escopo de atuação e liderança dos enfermeiros, juntamente com aumento do investimento em sua educação, treinamento e trabalho⁽⁷⁾. ■

REFERÊNCIAS

1. Cui J, Li F, Shi ZL. Origem e evolução dos coronavírus patogênicos. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2019 Mar [acesso em 22 abr 2020]; 17(3):181-192. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7097006/>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
3. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde (BR). Guia de Vigilância Epidemiológica para Infecção Humana para a COVID-19 [Internet]. Brasília (DF): MS, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>.
4. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 07 [Internet]. Brasília (DF): MS, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 05 [Internet]. Brasília (DF): MS, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/03--ERRATA---Boletim-Epidemiologico-05.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 11 [Internet]. Brasília (DF): MS, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Relatório da OMS destaca papel da enfermagem no mundo [Internet]. 2020 abr [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/relatorio-da-oms-destaca-papel-da-enfermagem-no-mundo_78751.html.
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Brasil tem 30 mortes na enfermagem por COVID-19 e 4 mil profissionais afastados [Internet]. 2020 abr [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-tem-30-mortes-na-enfermagem-por-covid-19-e-4-mil-profissionais-afastados_79198.html.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota técnica GVIMS/GGTS/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) [Internet]. Brasília (DF): ANVISA, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTS-ANVISA/ab-598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>.
10. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Norma Reguladora 32 [Internet]. São Paulo (SP): COREN-SP, 2014 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/09/livreto_nr32_0.pdf.
11. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Ofício Circular 001 [Internet]. São Paulo (SP): COREN-SP, 2020 [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Oficio-Circular-001-Coren-SP.pdf.pdf>
12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Conselhos de Enfermagem fiscalizaram 3.772 instituições na pandemia [Internet]. 2020 abr [acesso em 22 abr 2020]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Oficio-Circular-001-Coren-SP.pdf.pdf>.