

**INSTRUMENTO DE RETORNO AO TRABALHO DE TRABALHADORES
DA SESAB EXPOSTOS AO SARS-COV-2: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**Maria Cecília Paes Pinho^aSônia Maria Sales da Silva^aMônica Hupsel Frank^aCátia Andrade Silva de Andrade^a**Resumo**

Trabalhadores da saúde são mais expostos à contaminação pelo SARS-Cov-2. Na Bahia, cerca de 10% dos casos notificados no e-SUS VE, em 2020, são de trabalhadores da saúde. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) criou o Centro de Testagem e Atendimento Covid-19 (CTA), para diagnóstico da infecção e avaliação do retorno ao trabalho de seus trabalhadores. Para tanto, verificou-se a necessidade de um instrumento padrão, que subsidiasse as decisões médicas para o retorno imediato ou prorrogação do afastamento. Este relato descreve a experiência de construção coletiva de instrumento de avaliação clínica de retorno ao trabalho de trabalhadores após infecção pelo SARS-CoV-2, utilizando análise documental, revisão bibliográfica e diálogo entre a equipe. No instrumento, foram incluídas as seguintes variáveis: identificação, vínculo empregatício, notificação nos sistemas previdenciários, comorbidades, sintomas no diagnóstico e retorno, medicações usadas, internamento, entre outras. Foram atendidos 754 trabalhadores no período: a maioria de mulheres (60,0%); com idade entre 31 e 60 anos (79,69%); 20,16% profissionais da enfermagem; 18,04% administrativos, e 7,82% policiais militares. Quanto ao vínculo de trabalho, 37,14% eram servidores públicos estatutários e 34,48% eram trabalhadores terceirizados. A utilização do instrumento agilizou o atendimento, identificando os não aptos ao retorno imediato ao trabalho e determinando a alta com segurança. O estudo demonstra a importância do conhecimento do perfil dos trabalhadores atendidos e da avaliação contínua do processo de trabalho em saúde, centrado na atenção ao usuário e na sistematização da coleta de informações nos serviços de saúde, para subsidiar a tomada de decisões e o uso responsável dos recursos.

Palavras-chave: Covid-19. Trabalhadores da saúde. Retorno ao trabalho. Saúde do trabalhador.

^a Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador/Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Divast/Cesat). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

Endereço para correspondência: Quarta Avenida, n. 400, Centro Administrativo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40301-110. E-mail: mariacecilia.pinho@saude.ba.gov.br

INSTRUMENT OF RETURN TO WORK OF HEALTH DEPARTMENT WORKERS EXPOSED TO SARS-COV-2: A COLLECTIVE CONSTRUCTION

Abstract

Health workers are more exposed to SARS-Cov-2 contamination; in Bahia, about 10% of the cases notified in e-SUS VE in 2020 are of health workers. The Health Department of the State of Bahia created the Covid-19 Testing and Care Center (CTA), to diagnose infection and evaluate the return to work for its workers. For such purpose, there was a need for a standard instrument to support medical decisions for immediate return or its extension. This report describes the experience of collective construction of a clinical assessment instrument for workers affected by SARS-CoV-2; it was proceeded a documentary analysis, literature review on the theme Covid 19, and dialogue between the team. The following variables were included in the instrument: identification, employment relationship, notification to social security systems, comorbidities, symptoms in diagnosis and return, medications used, hospitalization, among others. In total, 754 workers were attended in the period: the most were women (60.0%); ages between 31-60 years (79.69%); 20.16% were nurses; 18.04% administrative workers and 7.82% military polices. According to employment relationship, 37.14% were public agents, and 34.48% were outsourced workers. The instrument used allowed speeding up the service, identifying those not able to return immediately to work, and determining discharge safely. The study shows the relevance of knowledge of workers profile and continuous evaluation of the health work process centered on user care, in the systematization of information collection in workers' health care services, to support decision-making and responsible use of resources.

Keywords: Covid-19. Health personnel. Return to work. Occupational health.

INSTRUMENTO DE RETORNO AL TRABAJO DE LOS TRABAJADORES DE SESAB EXPUESTOS AL SARS-COV-2: UNA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

Resumen

Los trabajadores de la salud están más expuestos a la contaminación por SARS-Cov-2. En Bahía cerca del 10% de los casos notificados en el e-SUS VE en el año 2020 son de trabajadores de la salud. La Secretaría de Salud del Estado de Bahía (Sesab) creó el Centro de Atención y Pruebas Covid-19 (CTA) para diagnosticar la infección y evaluar el regreso al trabajo

de los trabajadores de Sesab. Para eso, era necesario un instrumento estándar para respaldar las decisiones médicas para el regreso inmediato o la extensión de la licencia. Este informe describe la experiencia de construcción colectiva de un instrumento de evaluación clínica para el regreso de trabajadores al trabajo después de la infección por el SARS-CoV-2; en que se utilizó análisis documental, revisión de la literatura y diálogo entre el equipo. Se incluyeron en el instrumento las siguientes variables: identificación, relación laboral, notificación en los sistemas de seguridad social, comorbilidades, síntomas en diagnóstico y retorno, medicación utilizada, hospitalización, entre otras. 754 trabajadores fueron atendidos en el periodo: predominancia de mujeres (60,0%), con edades de entre 31-61 años (79,69%); el 20,16% de profesionales de enfermería; el 18,04% administrativos y el 7,82% policías militares. En cuanto a la relación laboral, el 37,14% eran funcionarios y el 34,48% eran trabajadores subcontratados. El uso del instrumento agilizó el servicio, identificando a quienes no pudieron regresar de pronto al trabajo y determinando el dar de alta de manera segura. El estudio demuestra la importancia del conocimiento del perfil de los trabajadores atendidos y la evaluación continua del proceso de trabajo en salud centrado en la atención al usuario, así como en la sistematización de la recopilación de información en los servicios de salud para apoyar la toma de decisiones y el uso responsable de los recursos.

Palabras clave: Covid-19. Trabajadores de la salud. Regreso al trabajo. Salud del trabajador.

INTRODUÇÃO

A partir de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, surgiram casos de pneumonia atípica, muitos deles evoluindo para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e até mesmo óbito. Diante desse novo quadro, pesquisadores se empenharam para encontrar o agente etiológico, mais tarde identificado como um coronavírus, chamado de SARS-CoV-2 para diferenciá-lo do coronavírus responsável pelo surto de pneumonia viral ocorrido em 2003. A síndrome causada pelo SARS-CoV-2, que abrange um espectro de sinais e sintomas que vai desde um quadro gripal leve até insuficiência respiratória e morte, foi chamada de Covid-19, em inglês "*Corona Virus Disease 2019*", e acomete de forma significativa os profissionais de saúde^{1,2}.

Desde o epicentro na China, casos surgiram em diversos países, inicialmente na Europa e Ásia, relacionados à contaminação por viajantes, especialmente em transporte por via aérea, e depois por transmissão comunitária. Tal fato demandou a adoção de medidas de isolamento social para contenção da epidemia e a criação de linhas de pesquisa visando

a produção e padronização de informações sobre as formas de contaminação, etiopatogenia e tratamento da Covid-19. Com o avanço da epidemia para diversos países e continentes, foi declarada situação de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020².

No Brasil, os primeiros casos diagnosticados em fevereiro de 2020 foram igualmente relacionados à contaminação em viagens internacionais ou através de contato com pessoas recém-chegadas do exterior, notadamente da Itália, onde a transmissão viral à época era intensa³.

Na Bahia, casos passaram a ser diagnosticados com o mesmo padrão de contaminação do Brasil já em março de 2020, ou seja, casos relacionados a viagens internacionais ou a contatos com viajantes recém-chegados, evoluindo posteriormente para transmissão comunitária⁴, disseminando-se para municípios do interior do estado nos meses subsequentes.

A partir dos primeiros casos de Covid-19 no estado, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) elaborou e publicou o Plano Estadual de Contingência para enfrentamento do Novo Coronavírus SARS-CoV-2, com objetivo geral de enfrentar de forma rápida e coordenada essa pandemia no estado. Uma das primeiras ações da Sesab foi a criação do Comitê Operacional de Emergência em Saúde (COE Saúde) para a Covid-19, visando padronizar medidas de contenção da epidemia e oferecer atendimento médico, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, às pessoas infectadas, como também promover a elaboração de notas técnicas, protocolos e outras ferramentas para o monitoramento da situação epidemiológica⁴.

Com o avançar da pandemia, foi observado, na prática, o que a literatura especializada demonstrava no mundo todo: a crescente contaminação dos profissionais de saúde no estado da Bahia, fato confirmado pela análise dos casos notificados no e-SUS Notifica^{5,6}.

Nesse cenário, a Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES), da Superintendência de Recursos Humanos da Sesab, criou o Centro de Testagem e Atendimento Covid-19 (CTA), para diagnóstico da infecção, por meio do teste RT-PCR via coleta nasal e oral, posteriormente apenas nasal, e para avaliação do retorno ao trabalho dos trabalhadores da saúde após o período de isolamento.

As atividades do CTA iniciaram-se em 30 de março de 2020⁷, com atendimento a servidores públicos da Sesab com vínculo estatutário, trabalhadores terceirizados com vínculo trabalhista celetista e aqueles com cargo comissionado, que procuraram atendimento diretamente no centro, principalmente os casos leves e moderados.

Nesse contexto, o presente estudo objetiva descrever a construção coletiva do instrumento de avaliação de saúde para retorno ao trabalho e caracterizar o perfil dos trabalhadores atendidos no CTA no período compreendido entre 1 de maio de 2020 e 7 de agosto de 2020.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, com uso da análise documental (notas técnicas, instruções normativas, portarias, entre outros), revisão bibliográfica e diálogo entre a equipe, para construção coletiva de um instrumento a ser utilizado na avaliação clínica padronizada de retorno ao trabalho dos servidores da Sesab após infecção pelo SARS-CoV-2, com ou sem sintomas.

Após ser criado, o instrumento passou a ser aplicado aos trabalhadores da saúde atendidos no CTA a partir de maio. O presente estudo analisou os resultados obtidos no período entre 1 de maio e 7 de agosto de 2020, caracterizando o perfil sócio-ocupacional e de saúde dos trabalhadores mediante levantamento dos dados das fichas de atendimento do centro.

A necessidade de um instrumento padronizado surgiu nas primeiras consultas realizadas no CTA, diante da multiplicidade dos sintomas iniciais e residuais e do número de casos assintomáticos. Dentre os objetivos da criação do instrumento, considerou-se a importância de sistematizar e organizar a coleta das informações por diferentes profissionais, para nortear a avaliação dos pacientes, subsidiar a tomada de decisão médica e produzir dados sobre o perfil dos trabalhadores adoecidos e acompanhados pelo CTA.

A equipe responsável pelo atendimento no CTA foi composta por técnicos, médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as), odontólogos, sanitaristas e outros profissionais, de diversas diretorias e centros de referência da Sesab, a exemplo da DGTES, do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador/Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Cesat/Divast), do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (Creasi), Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (Cepred) e do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen).

O processo de trabalho foi estruturado em dois eixos centrais: coleta de material (“swab” nasal e oral) para realização do RT-PCR para SARS-CoV-2 e consultas de retorno ao trabalho com os trabalhadores, após a quarentena, que testaram positivo ou apresentaram sintomas da infecção pelo SARS-CoV-2.

Ao mesmo tempo que se estruturava o serviço e eram desenvolvidos os processos de trabalho individuais e coletivos, a equipe multiprofissional refletia e discutia estratégias de enfrentamento e meios para efetivação do trabalho.

A construção do instrumento foi precedida pela discussão dos critérios de alta do isolamento, que inicialmente incluíam reteste negativo. Posteriormente, foi acolhido o critério temporal de 14 dias após início dos sintomas ou do teste RT-PCR positivo para SARS-CoV-2, estratégia adotada pela OMS, pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América, pelo Ministério da Saúde e pelo próprio COES Sesab, em sua Nota Técnica nº 67^{2,8,9}.

Estabelecido esse critério de tempo para a interrupção do isolamento e consequente retorno ao trabalho, foram realizadas as primeiras consultas aos trabalhadores que haviam cumprido o período de afastamento determinado de 14 dias. A partir daí, identificou-se que havia uma diversidade de situações que seriam mais bem avaliadas se houvesse um instrumento padronizado, que permitisse o registro organizado das informações para posterior resgate e que pudesse ser utilizado por todos os médicos envolvidos nas consultas **Figura 1**.

Figura 1. Ficha para avaliação de retorno ao trabalho de paciente no Centro de Testagem e Atendimento de Covid-19 (CTA-Sesab). Salvador, Bahia – 2020

Nome:					
Sexo:		Data de Nascimento: ____/____/____		Idade: ____ anos	
Função:			Local de Trabalho:		
VÍNCULO					
() Estatutário () Cargo () Terceirizado – Empresa:				Outros vínculos? S () N ()	
AFASTAMENTO					
() Com CAT () Notificado no NAS () Sem notificação () Não sabe					
COMORBIDADES					
() HAS () DM () Sobrepeso/Obesidade () Pneumopatia () Cardiopatia () Outros:					
SINTOMAS					
Início dos sintomas: ____/____/____		Dias de doença: _____		Outros: _____	
() Febre	() Calafrios	() Mialgia	() Tosse	() Dispneia	() Dor Torácica
() Cefaleia	() Odinofagia	() Anosmia	() Ageusia	() Conjuntivite	() Náuseas
() Vômitos	() Diarreia	() Fadiga	() Dorsalgia	() Confusão mental	
Outros Sintomas: _____					
Quais os medicamentos foram utilizados para o tratamento da Covid-19? _____					
INTERNAMENTO					
Houve necessidade de internamento? S () N () Dias: _____				UTI: S () N ()	
Motivo do internamento: _____					
SINTOMAS NO RETORNO					

EXAME FÍSICO					
Temperatura: ____ °C		PO2 _____		FC: _____	
Outros Achados: _____					
RETORNO AO TRABALHO					
() Apto () Não apto () Exames () Consulta com especialista					
OBSERVAÇÃO					

Salvador, ____/____/____		Médico assistente: _____			

Fonte: CTA/Sesab.

Para tanto, foram organizadas discussões e diálogos, por meio de reuniões virtuais, utilizando plataforma digital e outros aplicativos, envolvendo médicos do CTA e outros técnicos de saúde do trabalhador do Cesat/Divast. Foi delineado um instrumento sucinto, com poucas perguntas, porém essenciais, com algumas questões fechadas e outras abertas. Sua versão final foi composta pelos seguintes tópicos: identificação, tipo de vínculo empregatício, tipo de notificação nos sistemas de informação em saúde e previdenciários, presença ou não de comorbidades, sintomas na época do diagnóstico e na consulta de retorno, medicações usadas, se houve internamento, exame físico com avaliação de temperatura, saturação de O₂ e frequência cardíaca.

O instrumento foi preenchido manualmente pelos profissionais médicos durante o atendimento aos trabalhadores, numerados pela recepção do CTA e arquivados após a alta. Os dados das fichas de atendimento foram registrados em planilha Excel, sendo, posteriormente, tabulados e analisados pela equipe de estudo.

RESULTADOS

O instrumento padronizado foi aplicado a partir de maio de 2020, nas consultas de avaliação da situação de saúde dos trabalhadores da Sesab acometidos por Covid-19, no momento de seu retorno ao trabalho.

O instrumento foi desenvolvido de forma a contemplar as questões concernentes à investigação do estado de saúde dos trabalhadores, durante o afastamento e no momento de retorno ao trabalho, assim como as relacionadas à situação trabalhista. Como parâmetros para a decisão sobre o retorno ao trabalho, além dos critérios baseados na interrupção da transmissibilidade, 14 dias do início dos sintomas ou do teste positivo nos assintomáticos, adotou-se também a referência de sintomatologia: ausência de febre e sintomas respiratórios por 72 horas ou mais antes do dia da consulta.

Foram analisados os dados de 754 trabalhadores atendidos entre 1 de maio e 7 de agosto de 2020, identificando-se o seguinte perfil: maioria de mulheres (60,0%); 79,69% com idade entre 31 e 60 anos; pouco mais da metade (51,98%) referiram ter somente um vínculo de trabalho **Tabela 1.**

Tabela 1. Características sócio-ocupacionais dos trabalhadores da Sesab atendidos no CTA. Salvador, Bahia – 2020

Característica	Trabalhadores atendidos no CTA	
	N	%
Total	754	100,00
Sexo		
Feminino	453	60,07
Masculino	301	39,93
Faixa etária		
18-20	11	1,45
21-30	112	14,85
31-40	182	24,13
41-50	255	33,81
51-60	164	21,75
61-70	24	3,18
> 70	1	0,13
Sem informação	5	0,66
Vínculos de trabalho		
Único vínculo	392	51,98
Duplo vínculo	95	12,59
Sem informação	267	35,41

Fonte: CTA/Sesab.

Os três grupos ocupacionais mais atendidos foram enfermagem (20,16%), trabalhadores administrativos (18,04%) e policiais militares (7,82%), seguidos por trabalhadores que atuam na higienização, médicos e motoristas. Quanto ao tipo de vínculo 37,14% eram servidores públicos estatutários e 34,48% eram trabalhadores terceirizados. Ressalta-se que em quase um terço dos casos (28,38%) essa informação não estava disponível **Tabela 2.**

Tabela 2. Distribuição dos trabalhadores atendidos no CTA por ocupação e tipo de vínculo no trabalho. Salvador, Bahia – 2020

Ocupação	Vínculo de trabalho							
	Servidor estatutário		Terceirizado		Sem informação		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermagem	80	10,61	46	6,10	26	3,44	152	20,16
Administrativos	70	9,28	36	4,77	30	3,97	136	18,04
Policial militar	49	6,49	0	-	10	1,32	59	7,82
Higienizadores	0	-	40	5,30	5	0,66	45	5,97
Médico/residente	19	2,51	4	0,53	5	0,66	28	3,71
Motorista	7	0,92	16	2,12	1	0,13	24	3,18
Técnico de laboratório	2	0,26	5	0,66	1	0,13	8	1,06
Agente de portaria	0	-	6	0,79	1	0,13	7	0,93
Agente de saúde pública	6	0,79	0	-	0	-	6	0,80
Outras	47	6,23	107	14,19	82	10,87	236	31,30
Sem informação	0	-	0	-	53	7,02	53	7,03
Total	280	37,14	260	34,48	214	28,38	754	100,00

Fonte: CTA/Sesab.

No que se refere ao local de trabalho onde mais ocorreram casos, quase metade correspondeu a unidades hospitalares públicas (42,04%); outros 40,58% eram provenientes de unidades de pronto atendimento e ambulatoriais, entre outros **Tabela 3**.

Tabela 3. Distribuição dos trabalhadores atendidos no CTA por local de trabalho. Salvador, Bahia –2020

Local de trabalho	N	%
Hospital Público	317	42,04
CAS	66	8,75
Governadoria	61	8,09
Outros	306	40,58
Sem informação	4	0,53
Total	754	100,00

Fonte: CTA/Sesab.

No que se refere ao número de dias de afastamento e à emissão de documento de notificação previdenciária da doença relacionada ao trabalho, destaca-se o grande percentual de casos sem notificação previdenciária (71,22%) e sem essa informação (16,7%); a maioria dos trabalhadores (69,23%) ficou afastada por um período entre 11 e 14 dias e quase um terço (28,51%) teve afastamento maior de 14 dias **Tabela 4**.

Tabela 4. Distribuição de trabalhadores atendidos no CTA por tempo de afastamento e tipo de notificação. Salvador, Bahia – 2020

Afastamento com emissão de notificação	N	%
Sem notificação	537	71,22
Sem informação	126	16,7
Notificação de Acidente em Serviço (NAS)	73	9,68
Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)	18	2,38
Afastamento em dias	N	%
05 a 10	8	1,06
11 a 14	522	69,23
15 a 68	215	28,51
Sem informação	9	1,19

Fonte: CTA/Sesab.

Quanto aos sintomas referidos pelos trabalhadores durante o período do diagnóstico e no atendimento para avaliação de retorno ao trabalho, observou-se que a maior parte deles era polissintomática **Tabela 5**.

Tabela 5. Sintomas referidos pelos trabalhadores atendidos no CTA, no momento do diagnóstico e no retorno ao trabalho. Salvador, Bahia – 2020

Sintomas da Covid-19	No momento do diagnóstico		Na avaliação de retorno ao trabalho	
	n	%	n	%
Cefaleia	373	49,46	62	8,22
Anosmia	312	41,37	31	4,11
Tosse	292	38,72	73	9,68
Ageusia	277	36,73	5	0,66
Mialgia	243	32,22	8	1,06
Febre	232	30,7	6	0,79
Fadiga	183	24,27	24	3,18
Calafrios	175	23,20	0	-
Diarreia	158	20,95	12	1,59
Dor torácica	156	20,68	21	2,78
Odinofagia	141	18,70	3	0,39
Náuseas	130	17,24	5	0,66
Dispneia	127	16,84	0	-
Vômitos	53	7,02	0	-
Conjuntivite	14	1,85	0	-
Outros sintomas	272	36,07	156	20,68

Fonte: CTA/Sesab.

Aproximadamente 80% dos casos atendidos pelo CTA evoluiu sem necessidade de internação; apenas dois precisaram de cuidados intensivos. Entretanto, observou-se nas fichas analisadas que esse campo teve uma incompletude de preenchimento maior que 30%, dificultando, portanto, a compreensão dessa variável.

Com relação às comorbidades referidas pelos trabalhadores, registradas na planilha analisada, destacam-se: hipertensão arterial sistêmica (n = 104/13,79%), diabetes mellitus (n = 27/3,58%), obesidade ou sobrepeso (n = 76/10,08%), pneumopatias (n = 12/1,59%), cardiopatias (n = 8/1,06%). Ainda, foram referidas outras doenças não consideradas como comorbidades para a Covid-19, como tuberculose, doenças da tireoide, asma, rinite, sinusite, entre outras (n = 154/20,42%); 41 (5,43%) trabalhadores negaram ter qualquer doença crônica.

Também foi observada associação de mais de uma comorbidade, destacando-se: hipertensão arterial sistêmica conjuntamente com diabetes mellitus e obesidade ou sobrepeso ($n = 7/0,92\%$), hipertensão arterial sistêmica com obesidade ou sobrepeso ($n = 28/3,71\%$) e diabetes mellitus com obesidade e sobrepeso ($n = 8/1,06\%$).

DISCUSSÃO

A composição de equipe multiprofissional do CTA, com a contribuição de técnicos da área da vigilância em saúde, a exemplo da saúde do trabalhador, permitiu a introdução de parâmetros para além da assistência direta à saúde, como informação sobre o tipo de vínculo empregatício, da notificação da doença, entre outras variáveis igualmente importantes na identificação de fatores de risco para a infecção pelo SARS-CoV-2 e para a formulação de políticas públicas de contenção da transmissão.

Ao longo das avaliações, em vez de se ater somente às orientações técnicas de retorno ao trabalho ao final do período de transmissibilidade, foi sendo identificada pela equipe a heterogeneidade dos casos e a necessidade de tomada de decisão quanto à alta, seguindo uma linha de raciocínio epidemiológico que considerasse as condições clínicas do paciente. Isso evidenciou a importância da construção do instrumento padronizado a ser utilizado na consulta de avaliação de retorno ao trabalho.

Instrumentos de avaliação padronizados vêm sendo amplamente utilizados no campo da saúde com o objetivo de qualificar diagnósticos e otimizar recursos⁹⁻¹². Esses instrumentos assumem diversas formas: questionários, escalas, listas de verificação, entre outros, podendo ser aplicados por entrevistador ou ser autoaplicáveis.

Para a construção de um instrumento de avaliação, faz-se necessário identificar o objeto a ser avaliado, se há real necessidade dessa avaliação, se o instrumento é válido, reproduzível e factível. Nesse sentido, no decorrer da pandemia de Covid-19, diversos instrumentos padronizados de avaliação foram desenvolvidos, notadamente aqueles voltados à avaliação de impactos sobre a saúde mental de pacientes e da população em geral, mas também buscando algoritmos de diagnóstico muitas vezes autoaplicáveis e fazendo uso de inteligência artificial, em decorrência da necessidade de manter o distanciamento social^{13,14}.

A adoção da classificação da OMS para os casos de Covid-19 como leves, moderados ou severos – levando em conta o não envolvimento pulmonar nos casos leves; o envolvimento pulmonar sem necessidade de suporte ventilatório nos casos moderados; e com necessidade desse suporte nos casos graves – mostrou-se insuficiente.

Na prática, com a aplicação do instrumento padronizado, identificou-se que a gravidade dos casos não podia ser definida apenas pelo envolvimento pulmonar, pois, nas consultas de retorno, foram atendidos trabalhadores ainda debilitados ao fim dos 14 dias de isolamento. Percebeu-se que muitos deles haviam sido classificados como casos leves e moderados pelo grau de comprometimento pulmonar. Os sintomas mais referidos na consulta de retorno foram tosse, cefaleia, anosmia, fadiga e dor torácica **Tabela 5**.

O instrumento padronizado utilizado nas avaliações de retorno ao trabalho pela equipe do CTA da Sesab permitiu identificar a presença de sintomas mais discretos de Covid-19, nos dias próximos ao teste, entre pacientes anteriormente autorreferidos como assintomáticos, quando da realização do teste que resultou positivo. Ao serem inquiridos sobre sintomas, foram referidos calafrios, diarreia, mesmo que leve, conjuntivite, entre outros.

Com a aplicação do instrumento, foi possível qualificar a avaliação clínica, identificando pacientes classificados como casos leves ou moderados que continuavam não aptos para o retorno ao trabalho ao fim dos 14 dias de isolamento, inclusive por apresentarem queixas persistentes extrapulmonares, como fadiga, náuseas, cefaleia, confusão mental, mialgia, dentre outras.

Observou-se, no período analisado, que os trabalhadores que mais se contaminaram foram da categoria profissional de enfermagem ($n = 126/16,71\%$), seguidos pelos administrativos ($n = 106/14,05\%$) e da segurança ($n = 49/6,49\%$). A equipe de enfermagem representa a maioria dos trabalhadores nos serviços de saúde públicos e privados. Entretanto, essa maior contaminação não deve ser atribuída apenas ao fato de ser uma categoria numerosa, mas também por desenvolver seu processo de trabalho centrado no cuidado, em contato direto e cotidiano com os pacientes, expondo-se a um risco mais elevado de contaminação ao vírus quando comparada às demais profissões da saúde. Nesse contexto, comparando a estatísticas mundiais, o Brasil tem sido responsável por um terço do total de mortes por Covid-19 na categoria ocupacional de enfermagem¹⁵⁻¹⁷.

Aproximadamente 80% dos casos atendidos pelo CTA não apresentaram necessidade de internação; apenas dois precisaram de cuidados intensivos, embora esse campo tenha registrado uma incompletude de preenchimento maior que 30%, dificultando, portanto, a compreensão dessa variável.

É possível que a baixa prevalência de comorbidades entre os pacientes atendidos no CTA esteja associada ao fato de que esses foram os que apresentaram quadros leves a moderados, não necessitando de internação, enquanto aqueles portadores de comorbidades de risco para formas graves, principalmente diabetes mellitus, foram atendidos diretamente nas unidades hospitalares.

Nota-se que, em relação ao período de afastamento, 69% de trabalhadores foram afastados pelo período de 11 a 14 dias, enquanto 28% necessitaram se afastar por período superior a 14 dias, pois na consulta de retorno ainda estavam sintomáticos e sem condições de regresso aos seus locais de trabalho. Vale ressaltar que, no período avaliado, houve alteração do critério de tempo de isolamento de 14 para 10 dias após início dos sintomas ou RT-PCR positivo para SARS-CoV-2, mantendo-se as últimas 72 horas com ausência de febre e/ou sintomas respiratórios.

No que diz respeito à emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou da Notificação de Acidente em Serviço (NAS), observou-se que apenas 2,4% dos trabalhadores celetistas e 9,7% dos estatutários tiveram a emissão do documento, enquanto 71% não tiveram o documento previdenciário expedido. Para os demais casos, não havia registro nas fichas que indicassem que o profissional tenha investigado essa possibilidade, tal como previsto nas orientações técnicas publicadas pela Sesab¹⁸⁻²⁰. Isso demonstra que a identificação da relação da Covid-19 com o trabalho ainda é um aspecto a ser valorizado e incorporado na prática clínica das equipes de saúde.

Entende-se que a relevância do reconhecimento do nexo causal entre a exposição ao vírus, no exercício de sua atividade e/ou no ambiente de trabalho, e o adoecimento não se fundamenta apenas na necessidade de dar visibilidade às categorias ocupacionais com maior risco de exposição. Faz-se importante também na medida que serve de subsídio para o planejamento e adoção de ações de prevenção e controle da Covid-19, além de orientar os empregadores, trabalhadores e seus familiares quanto aos direitos trabalhistas e acesso a benefícios previdenciários²¹.

Sobre os sintomas referidos pelos 754 trabalhadores no momento da avaliação e no diagnóstico, observou-se que estiveram presentes com alta frequência: cefaleia (n = 373/49,46%), anosmia (n = 312/41,37%), ageusia (n = 277/36,73%), tosse (n = 292/38,72%), mialgia (n = 243/32,22%) e fadiga (n = 183/24,27%). Esses sintomas correspondem aos elencados na maioria dos estudos²²⁻²⁵ e reconhecidos pelas publicações do Ministério da Saúde²³. Foram encontrados, ainda, 14 casos de conjuntivite e outros sintomas, como coriza, rinorreia, obstrução nasal etc.

Durante o momento de avaliação para retorno ao trabalho, foi referida pelos trabalhadores a persistência de alguns sintomas, destacando-se com maior frequência: tosse (n = 73/9,68%), cefaleia (n = 62/8,22%), anosmia (n = 31/4,11%), fadiga (n = 24/3,28%) e dor torácica (n = 21/2,78%). Observa-se ainda uma gama de outros sintomas que, juntos, perfizeram um total de 156 queixas (20,68%). Contudo, entende-se que a discussão sobre

o retorno ao trabalho após a exposição ao SARS-CoV-2 e/ou doença Covid-19 deve ir além de uma decisão lastreada apenas na avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial do trabalhador. O retorno ao trabalho deverá ocorrer considerando-se também a avaliação do conjunto de outras dimensões e fatores psicossociais, agrupados em características e condições individuais do trabalhador, do ambiente de trabalho em que está inserido e dos atores sociais que exercem poder nessa relação de trabalho²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a sistematização da avaliação clínica, fundamentada no instrumento elaborado, obteve-se maior agilidade no atendimento, identificação dos casos ainda não aptos para o retorno imediato ao trabalho e seu encaminhamento para serviços especializados, quando necessário, bem como maior segurança em determinar a alta.

O estudo demonstra a importância da avaliação contínua do processo de trabalho em saúde centrado na atenção ao usuário, bem como da sistematização na coleta de informações, essencial para subsidiar e qualificar a tomada de decisão no âmbito dos serviços de atenção à saúde do trabalhador.

Entretanto, deve-se ressaltar que muitos campos do instrumento permaneceram sem informação, deixados em branco pelo profissional que realizou o atendimento. A incompletude dos campos dificulta a análise dos dados, mantendo na invisibilidade informações relevantes para o campo da saúde do trabalhador e para a garantia da integralidade da atenção. Assim, faz-se necessário dialogar com os profissionais responsáveis pelo processo de atendimento para sensibilizá-los quanto ao correto preenchimento dos campos.

Destaca-se que a constituição de equipe multiprofissional, com técnicos com diferentes experiências e expertises, incluindo saberes e práticas da vigilância em saúde, atuando em conjunto com profissionais da assistência à saúde de forma coordenada e integrada, possibilitou a transversalização do conhecimento e a implementação do instrumento padronizado de avaliação de retorno ao trabalho.

Essa contribuição torna-se mais relevante tendo em vista que o conhecimento científico sobre os modos, impactos e manifestações clínicas e psicossociais da Covid-19 ainda é um processo em construção no Brasil e no mundo.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Cecília Paes Pinho, Cátia Andrade Silva de Andrade, Sônia Maria Sales da Silva e Monica Hupsel Frank.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Cecília Paes Pinho, Cátia Andrade Silva de Andrade e Sônia Maria Sales da Silva.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Maria Cecília Paes Pinho e Cátia Andrade Silva de Andrade.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Maria Cecília Paes Pinho e Cátia Andrade Silva de Andrade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às colegas da Divast/Cesat, Carla Silva de Almeida, Jalmira Alves Santos e Suely da Silva pela coleta dos dados; a Leticia Coelho da Costa Nobre e Jacira Cancio, da Divast/Cesat, e à Edivânia Landim (Suvisa) pela revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Gómez-Uchoa SJ, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Diaz ZM, Wyssmann BN, et al. Covid-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol.* 2021;190(1):161-75.
2. World Health Organization. Timeline: WHO's Covid-19 response [Internet]. c2021 [citado em 2021 mai 11]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Atualizado em 2021 mai 10 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Novo coronavírus: Perguntas e Respostas [Internet]. 2020 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>
5. World Health Organization. Health workers exposure risk assessment and management in the context of Covid-19 virus. Interim guidance [Internet]. Genebra; 2020 mar 4 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331340/WHO-2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Rede CoVida. Boletim CoVida. Pandemia de Covid-19. Saúde dos Trabalhadores de Saúde no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 [Internet]. 2020 mai 18 [citado em 2021 abr 14]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-CoVida-5_Edit_.pdf-1.pdf
7. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Boletim

- Informativo Covid-19 – Trabalhadores da Saúde. n. 1 [Internet]. Salvador (BA); 2020 abr 28 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/1%C2%BA-BOLETIM-INFORMATIVO-COVID-19-TRABALHADORES-DA-SA%C3%9ADE.pdf>
8. United States of America. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance on Ending Isolation and Precautions for Adults with Covid-19 [Internet]. Atualizado em 2021 mar 16 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
 9. Tabish SA. Assessment Methods in Medical Education. *Int J Health Sci.* 2008;2(2):3-7.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 20, de 07 de abril de 2020. Brasília (DF); 2020.
 11. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its Impact on Patients with Covid-19. *SN Compr Clin Med.* 2020;1-8.
 12. McClane KS. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. *Clin Nurse Spec.* 2006;20(4):201-7.
 13. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the Covid Stress Scales. *J Anxiety Disord.* 2020;72:102232.
 14. Obeid JS, Davis M, Turner M, Meystre SM, Heider PM, O'Bryan EC, et al. An artificial intelligence approach to Covid-19 infection risk assessment in virtual visits: A case report. *J Am Med Inform Assoc.* 2020;27(8):1321-5.
 15. Gomes MP, Barbosa DJ, Gomes AMT, Souza FBA, Paula GS, Espírito Santo CC. Perfil dos profissionais de enfermagem que estão atuando durante a pandemia do novo Coronavírus. *J. Nurs Health.* 2020;10(n. esp.):e20104026.
 16. Boletim Rede Covida. Enfermagem é o grupo mais exposto ao risco na pandemia de Covid-19 [Internet]. 2020 mai 18 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: <https://covid19br.org/relatorios/boletim-covida-5/>
 17. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil representa um terço das mortes de profissionais de enfermagem por Covid-19 [Internet]. 2021 jan 8 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html
 18. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Orientações técnicas

para a investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho. SUS/BAHIA. Nobre LCC, Castro JSM, organizadoras. Salvador (BA); 2020.

19. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Portaria Estadual Sesab n. 31, de 14 de janeiro de 2021. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia – LDRT-BA [Internet]. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador (BA), 2021 jan 16 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/PortariaEstadualSesab_31_ListaDRT_Completa_14jan2021.pdf
20. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Resolução do Conselho Estadual de Saúde – CES n. 23/2020. Aprova a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia (LDRT-BA) [Internet]. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador (BA), 2020 dez 9 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DOE_ResolucaoCES_23_9dez2020.pdf
21. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Orientações Técnicas para avaliação de saúde para retorno ao trabalho de trabalhadores e trabalhadoras expostos(as) ao SARS-CoV-2. SUS/BAHIA. Andrade AGM, Souza SF, organizadoras. Salvador (BA); 2020.
22. Lima CMAO. Informações sobre o novo coronavírus (Covid-19). Radiol Bras. 2020;53(2):V-VI.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Urgência. Força Nacional do Sistema Único de Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília (DF); 2020.
24. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet. 2020;395(10223):514-523.
25. Zhang J, Li J, Wang T, Tian S, Lou J, Kang X, et al. Transmission of SARS-CoV-2 on Aircraft [Internet]. Preprints with The Lancet. 2020 jun 1 [citado em 2021 abr 13]. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3586695

Recebido: 26.4.2021. Aprovado: 30.4.2021.