

Itinerário terapêutico dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19*


Liliane Faria da Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9125-1053>

Emília Gallindo Cursino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5845-9709>


Euzeli da Silva Brandão¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8988-8103>


Fernanda Garcia Bezerra Góes²

 <https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>


Jéssica Renata Bastos Depiant^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-9157-3159>

Laura Johanson da Silva⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-4439-9346>

Rosane Cordeiro Burla de Aguiar¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2956-9252>

Objetivo: analisar o itinerário terapêutico de profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19. **Método:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 132 profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19. Dados foram coletados por meio de formulário semiestruturado, enviado via mídias sociais e processados no *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* pela Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** dentre os participantes, havia 116 mulheres e 16 homens de 14 categorias diferentes da área da saúde. Obtiveram-se cinco classes de segmentos de texto que evidenciaram o itinerário terapêutico desde os primeiros sintomas, com apontamento dos encaminhamentos para a realização do teste de confirmação da COVID-19. Além disso, identificaram-se facilidades e dificuldades de acesso aos exames nas unidades de saúde, bem como desinformação e até pagamento dos testes para confirmação diagnóstica. **Conclusão:** os resultados do estudo denotam as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no acesso aos testes e à informação sobre eles, além da demora dos resultados e do atendimento para os afastamentos funcionais, com vistas ao isolamento domiciliar. Evidenciou-se, ainda, a busca ativa por parte dos profissionais de saúde que estavam desamparados quanto ao necessário gerenciamento e monitoramento pelas instituições de trabalho.

Descritores: Infecções por Coronavírus; Coronavírus; Pandemias; Acesso aos Serviços de Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde.

* Este artigo refere-se à chamada temática "COVID-19 no Contexto da Saúde Global".

¹ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.





² Universidade Federal Fluminense, Departamento de Enfermagem, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁵ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Cómo citar este artículo

Silva LF, Cursino EG, Brandão ES, Góes FGB, Depianti JRB, Silva LJ, Aguiar RCB. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3413. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4691.3413>.

Introdução

Em dezembro de 2019, o coronavírus SARS-CoV-2, causador da *Coronavirus disease* (COVID-19), foi identificado na cidade de Wuhan (China), após uma série de casos de pneumonia. Em fevereiro de 2020, esse vírus já havia se alastrado para diversos países, sendo considerado como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁻²⁾.

A contaminação entre pessoas pelo coronavírus SARS-CoV-2 é atualmente um grave e desafiante problema de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil, com sérias consequências de ordem sanitária, social, econômica e política. Mundialmente registraram-se mais de 7.600.000 casos confirmados e 427.000 mortes até 14 de junho de 2020 e os números continuam crescentes, com quase a totalidade dos países relatando casos, diariamente⁽²⁾.

No Brasil o primeiro caso foi notificado em 26 de fevereiro de 2020 e, desde então, os números continuam em ascensão, alcançando 828.810 casos confirmados e 41.828 mortes até 14 de junho de 2020⁽²⁾. No Rio de Janeiro, o primeiro caso notificado foi em 5 de março de 2020 e, mesmo com medidas de isolamento decretadas pelo governo estadual, em 16 de março de 2020⁽³⁾, a quantidade aumentou para 79.572, em 14 de junho de 2020, ocupando a segunda posição em números de casos entre os estados brasileiros⁽⁴⁾.

Ainda não há informações plenas sobre a história natural e nem medidas de efetividade inquestionáveis para o manejo clínico dos casos de infecção humana pelo coronavírus SARS-CoV-2. Sabe-se, porém, que o vírus tem alto poder de transmissibilidade e provoca a síndrome respiratória aguda, variando de casos leves aos graves com insuficiência respiratória. A transmissão ocorre, principalmente, pelo contato de gotículas respiratórias oriundas de pessoas doentes e sintomáticas⁽²⁾.

A transmissão por assintomáticos ainda não está esclarecida⁽⁵⁻⁶⁾. Em média, o período de incubação é de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14. Entre os principais sinais e sintomas estão febre, tosse seca, dispneia, mialgia ou fadiga, sintomas respiratórios superiores e, mais raramente, gastrointestinais⁽⁷⁾.

O diagnóstico e o isolamento das pessoas contaminadas constituem-se em medidas importantes para impedir a disseminação do vírus e a contaminação de novos indivíduos. Em relação ao manejo clínico, os casos leves devem receber medidas de suporte, como isolamento domiciliar e monitoramento, até a alta do isolamento. Já os casos graves necessitam de estabilização clínica, encaminhamento e transporte para centros de referência ou serviços de urgência/emergência ou unidades hospitalares⁽⁸⁾.

O aumento da demanda nos serviços de saúde para o tratamento da doença tem sobrecarregado os sistemas

de saúde dos países mais atingidos pela pandemia. No Brasil, o número de hospitalizações tem se mantido em uma curva ascendente⁽⁹⁾, gerando consequências desastrosas, como a superlotação das instituições e a exaustão dos profissionais atuantes na linha de frente. Logo, muitos desses, além de combater a COVID-19, vivenciam uma crise humanitária, potencializada pela escassez de materiais de proteção, o que coloca suas próprias vidas em risco⁽¹⁰⁾.

Os profissionais de saúde que atuam na assistência direta aos pacientes com a COVID-19, nos diferentes níveis de atenção à saúde estão expostos, direta e continuamente e, portanto, são mais vulneráveis ao adoecimento do que a maioria da população. Na China, pesquisa revelou que a proximidade geográfica com o epicentro do surto refletiu diretamente na gravidade dos casos de COVID-19 entre esses profissionais⁽¹¹⁾.

A partir do surgimento dos sinais e sintomas iniciais de adoecimento até a confirmação diagnóstica existe um caminho percorrido pela pessoa em busca de atendimento, inclusive pelos profissionais de saúde. Esse percurso, associado às práticas individuais e socioculturais, na tentativa de solucionar os problemas de saúde, é denominado itinerário terapêutico⁽¹²⁾.

Estudos sobre itinerários terapêuticos auxiliam na compreensão do comportamento perante o cuidado e a forma como funcionam e são utilizados os serviços de saúde. O trajeto realizado e suas múltiplas repercussões, se não encaminhados de maneira adequada, podem resultar em diagnóstico tardio⁽¹²⁾, o que é especialmente preocupante, quando isso acontece entre pessoas que prestam assistência aos outros indivíduos, no contexto da atenção à saúde.

Ademais, sendo a COVID-19 uma doença ocasionada por um vírus com grande potencial de disseminação, a permanência do profissional de saúde adoecido trabalhando na unidade de saúde, sem a devida confirmação diagnóstica, pode gerar consequências, especialmente por aumentar a exposição de outros profissionais e da população que busca atendimento⁽¹³⁾.

Considerando esses aspectos, estudar o itinerário terapêutico de profissionais diagnosticados com COVID-19 é de fundamental importância, uma vez que conhecer essa trajetória e as dificuldades encontradas poderá auxiliar na construção de ações capazes de preencher lacunas desse percurso. Logo, neste estudo o objetivo foi analisar o itinerário terapêutico de profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19.

Método

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio

de formulário eletrônico com profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19, residentes no estado do Rio de Janeiro e atuantes em distintos níveis de atenção e unidades de saúde, públicas e privadas, sendo esses os critérios de inclusão do estudo. Excluíram-se aqueles que tinham formação profissional na área de saúde, mas que não estavam em atuação durante a pandemia.

Os dados foram coletados entre 12 e 30 de maio de 2020. Os profissionais foram convidados para participar do estudo por mídias sociais como *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*. Para captação dos participantes, a pesquisa foi divulgada no *feed* e *stories* do *Facebook* e *Instagram* das pesquisadoras responsáveis e dos grupos de pesquisa. Já no *WhatsApp*, foi compartilhada entre grupos de trabalho. Essas estratégias foram utilizadas para permitir maior alcance quanto à divulgação e participação no estudo. Ao aceitarem o convite, clicavam em um *link*, recebiam maiores informações da pesquisa e tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao formulário semiestruturado. O critério de encerramento das entrevistas foi a obtenção da saturação teórica dos dados⁽¹⁴⁾ e do índice de aproveitamento do texto⁽¹⁵⁾.

O formulário semiestruturado foi construído pelas pesquisadoras e validado quanto à forma e conteúdo por especialistas na temática. O formulário continha perguntas fechadas para caracterização dos participantes, incluindo sexo, idade, categoria profissional e doença preexistente. Além disso, três questões abertas: como foi o caminho feito para ter o diagnóstico de COVID-19? Quais foram as facilidades encontradas nesse caminho? Quais foram as dificuldades encontradas nesse caminho? O tempo para preenchimento foi de aproximadamente 10 minutos.

As respostas oriundas dos formulários constituíram o *corpus* textual submetido à análise lexicográfica, por meio do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMuTeQ)⁽¹⁵⁾, pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Para a interpretação dos dados, resgataram-se as formas ativas de cada classe de segmentos de texto, incluindo substantivos, adjetivos e formas não reconhecidas, como por exemplo, as siglas, com destaque para as que obtiveram no teste qui-quadrado (χ^2) um valor $\geq 3,84$, o que indica a força associativa entre as palavras na sua respectiva classe.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com CAAE 31201420.6.0000.5243 e Parecer 4.012.631. Os participantes foram assegurados acerca do sigilo, anonimato e confidencialidade das informações. O TCLE que foi disponibilizado *on-line*

e por meio da seleção da opção "Li e concordo em participar da pesquisa" possibilitava seu consentimento. Utilizou-se um código alfanumérico mediante ordem de participação, seguido de um código identificador da categoria profissional.

Utilizou-se a letra P seguida de um número mediante a ordem de participação do profissional na pesquisa. Para categoria profissional, utilizaram-se AG para agente de saúde; AE para auxiliar de enfermagem; B para biólogo; D para dentista; EF para educador físico; E para enfermeiro; F para farmacêutico; Fi para fisioterapeuta; Fo para fonoaudiólogo; M para médico; N para nutricionista; TE para técnico de enfermagem; TL para técnico de laboratório; e TH para técnico de hemoterapia.

Resultados

Participaram 132 profissionais de saúde de 14 categorias, sendo eles agente de saúde (4), auxiliar de enfermagem (1), biólogo (2), dentista (2), educador físico (1), enfermeiro (67), farmacêutico (2), fisioterapeuta (2), fonoaudiólogo (1), médico (19), nutricionista (1), técnico de enfermagem (28), técnico de laboratório (1) e técnico de hemoterapia (1).

Dentre os profissionais, havia 116 mulheres e 16 homens, com média de idade de 37,4 anos, o mais novo com 18 e o mais velho com 63 anos. Quanto às doenças preexistentes, 101 negaram-nas e 31 declararam ter alguma; entre essas, hipertensão arterial sistêmica (11), asma/bronquite (7), cardiopatia (3), diabetes (2), rinite (2), hipertireoidismo (2), obesidade (1), esclerose múltipla (1), depressão (1) e hipotireoidismo (1).

Após o processamento pelo IRAMuTeQ, de acordo com a estatística básica, o *corpus* textual foi composto por 132 textos, referentes aos formulários respondidos e 5.091 palavras, das quais 741 formas distintas e 356 hápax, isto é, com uma única ocorrência, com uma média por texto de 38,5 vocábulos.

Com a segmentação do *corpus* textual por classes de segmentos de texto e seus termos, por meio da Classificação Hierárquica Descendente, demonstraram-se as ideias centrais oriundas das respostas dos participantes. Essa análise reteve 186 segmentos de texto, classificando 142 deles; logo obteve-se o índice de aproveitamento de 76,34%.

O agrupamento de unidades de segmentos de texto com vocabulários semelhantes e associados entre si levou à formação de cinco classes estáveis, ilustradas no dendrograma (Figura 1) que apresenta as relações entre essas classes e o percentual de cada uma, quanto ao total do *corpus* analisado.

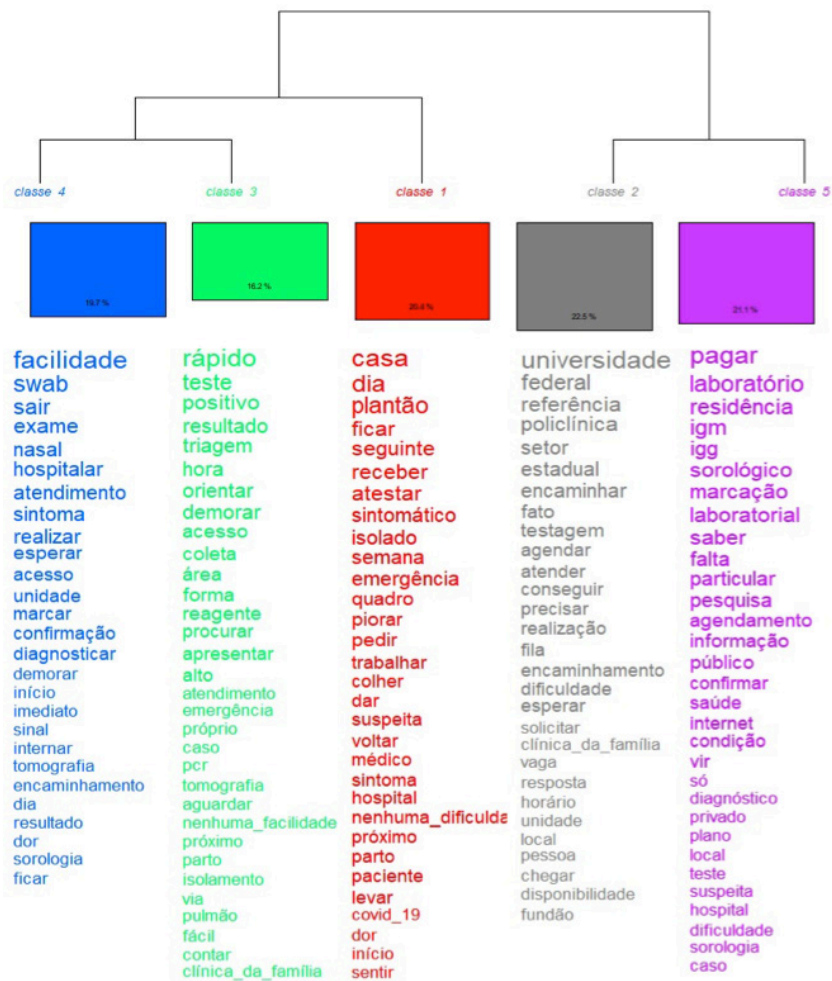


Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre o itinerário terapêutico de profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2020

No dendrograma, o *corpus* textual dividiu-se em dois *subcorpus*. O primeiro foi composto pela Classe 1 em vermelho (20,4%) e uma segunda subdivisão que englobou as Classes 4 em azul (19,7%) e 3 em verde (16,2%). O segundo foi composto pelas Classes 2 em cinza (22,5%) e 5 em lilás (21,1%). As classes foram nominadas a partir dos seus conteúdos semânticos.

Classe 1 – O início do itinerário terapêutico a partir dos sintomas. Esta classe reteve 29 segmentos de texto, o que corresponde a 20,4%. Entre as formas ativas com $Qui^2 \geq 3,84$ em ordem decrescente estão casa, dia, plantão, ficar, seguinte, receber, atestado, sintomático, isolado, semana, emergência, quadro, piorar, pedir, trabalhar, colher, dar, suspeita, voltar, médico, sintoma, hospital, nenhuma dificuldade, próximo, parto, paciente e levar.

Os profissionais destacaram que, a partir dos sintomas, como cefaleia, febre, diarreia, dispneia e dores, buscaram atendimento nos próprios locais de trabalho, em emergências ou em unidades básicas de saúde; além disso isolaram-se em casa mediante a suspeição da doença:

Estive na emergência do hospital que trabalho e após a médica constatar a possibilidade de COVID-19 me deu um atestado e pedi para que eu visse junto à saúde do trabalhador (P8, E). Fui a uma emergência por mal-estar e dor de cabeça, me deram diagnóstico de sinusite, depois tive febre e diarreia, fui a outro serviço onde fui isolada por suspeita de COVID-19 (P47, E). Após o plantão começou o sintoma de dor de garganta o qual parecia mais uma alergia e, por ser da área da saúde e trabalhar com pacientes com câncer, preferi me afastar (P85, M). Apresentei os primeiros sintomas no plantão, fui medicada e no dia seguinte me isolei por conta própria em casa. Três dias após fui a uma unidade básica de saúde onde fui encaminhada ao isolamento obrigatório (P108, TE).

A necessidade de confirmação do diagnóstico, inclusive para manutenção do afastamento do trabalho, fez com que os profissionais circulassem em diferentes serviços. Além disso, alguns destacaram não conseguir testar seus familiares e outros tiveram confirmação com o agravamento do quadro clínico:

Depois de quatro dias do início dos sintomas, compareci ao hospital federal onde sou residente, passei na triagem, marcaram

meu teste para o dia seguinte e me afastaram por sete dias. Após sete dias continuava sintomática e o resultado do teste não havia saído, precisei ir a uma emergência particular para pegar um novo atestado, visto que não podia ir trabalhar daquele jeito (P114, E). Por ser profissional do hospital colheram meu PCR [Polimerase Chain Reaction] no quarto dia, isso aconteceu por trabalhar no hospital da rede privada, mas não consegui testar meus familiares sintomáticos que moram comigo (P24, M). No dia seguinte, fui até um hospital particular no qual, devido aos sintomas mais intensos, fui protocolada como sepse e transferida para a UTI [Unidade de Terapia Intensiva] de outro hospital (P59, TE).

Classe 2 – Encaminhamento para acesso ao teste para confirmação da COVID-19. Esta classe reteve 32 segmentos de texto, o que corresponde a 22,54%. Entre as formas ativas com $Qui^2 \geq 3,84$ em ordem decrescente estão universidade, federal, referência, policlínica, setor, estadual, encaminhar, fato, testagem, agendar, conseguir, realização, precisar, fila, encaminhamento, dificuldade.

Os participantes relataram o encaminhamento aos locais de testagem, como hospital universitário federal e policlínica estadual, vinculada à universidade, que é referência para testagem de profissionais da saúde, o que não anulou as dificuldades referentes ao tempo de espera, agendamento, fila e distância:

Hospital federal que trabalho agendou PCR na universidade federal, a direção agendou o exame, havia grande número de pessoas aguardando exame (P22, M). Realizei o teste na policlínica de referência, não precisei agendar, mas tive que chegar muito cedo para conseguir atendimento e só recebi meu resultado por e-mail quase 30 dias depois (P37, E). Testei na policlínica de referência por ser médica da universidade, esperei sete dias pelo resultado (P87, M). Tempo de espera demorado tanto para execução do exame quanto para o resultado do exame (P61, TE). Não ter o teste na minha unidade hospitalar onde trabalho, ter que me deslocar para uma unidade distante do meu local de moradia e ter que sair de casa de madrugada para conseguir realizar o exame devido ao número reduzido de vagas (P65, E).

Classe 3 – Dificuldades de acesso aos testes para confirmação da COVID-19. Esta classe reteve 23 segmentos de texto, o que corresponde a 16,2%. Entre as formas ativas com $Qui^2 \geq 3,84$ em ordem decrescente estão rápido, teste, positivo, resultado, hora, triagem, orientar, demorar, acesso, coleta, área, reagente, forma e procurar.

Nessa classe, os profissionais citaram as dificuldades de acesso aos testes, incluindo a ida aos diferentes lugares, como também a demora na espera para a coleta do material e para a liberação do resultado:

Procurar o teste depois de cinco lugares diferentes, não aguardei e fui para emergência (P5, TE). Aguardei cinco horas para realizar o teste, passando por triagens, palestras,

levantamento de dados e realização do exame. Depois aguardei mais quatro dias para a liberação do resultado (P65, E). A demora do resultado é uma imensa dificuldade (P48, TE). Enfrentei cerca de duas horas para atendimento e coleta de swab, com resultado positivo liberado no dia seguinte. No mesmo dia fui, realizei teste rápido com resultado negativo (P8, E).

Diante dessas dificuldades, dois profissionais destacaram que só conseguiram realizar o exame por conta de contatos pessoais próximos:

Foi meu relacionamento interpessoal que facilitou meu acesso ao teste, pois o hospital não estava fazendo para casos sem gravidade (P8, EF). Fiz o teste na unidade de saúde na qual faço residência médica; ter um médico no staff que organizava a marcação ajudou (P86, M).

Classe 4 – Facilidades de acesso aos exames nas unidades hospitalares. Esta classe reteve 28 segmentos de texto, o que corresponde a 19,7%. Entre as formas ativas com $Qui^2 \geq 3,84$ em ordem decrescente estão facilidade, swab, sair, exame, nasal, hospitalar, atendimento, sintoma, realizar, esperar, acesso, unidade, comunicação e marcar.

Os participantes apontaram como facilidade a possibilidade de realizar os exames na própria unidade de trabalho, com base em seus sintomas, sem a necessidade de esperar por atendimento para ter acesso aos mesmos:

A unidade hospitalar que eu trabalho está testando, lá mesmo testei e saiu o resultado em três dias (P30, E). Procurei o hospital particular em que trabalho para realizar a coleta do swab para COVID-19, consegui realizar no local em que trabalho (P57, M). Procurei atendimento no local que trabalho para realizar o exame de swab. Por trabalhar em unidades hospitalares que oferecem para os colaboradores com quadros gripais, não tive dificuldade (P76, E).

Citaram, também, a resolutividade da unidade hospitalar como possibilidade de realização de outros exames, como a tomografia computadorizada:

Na emergência foram realizados exames de gasometria arterial, d-dímero, tomografia de tórax e coleta de swab para pesquisa direta. O resultado da tomografia de tórax foi imediato, do swab de orofaringe demorou (P21, M). Realizei tomografia que evidenciou pneumonia viral, o swab levou cinco dias para sair resultado (P45, E). Pelo exame de tomografia do pulmão e exame do swab (P102, D).

Classe 5 – Dificuldades relacionadas à desinformação e ao custo dos testes para confirmação da COVID-19. Esta classe reteve 30 segmentos de texto, o que corresponde a 21,1%. Entre as formas ativas com $Qui^2 \geq 3,84$ em ordem decrescente estão pagar, laboratório, residência, IgM e IgG (Ig=imunoglobulina), sorológico, marcação, laboratorial, saber, falta, particular, pesquisa, agendamento, informação, público, confirmar e saúde.

Nessa classe, os profissionais versaram sobre a falta de informação sobre os testes e os locais disponíveis para a confirmação diagnóstica da COVID-19:

Não sei qual é o pedido certo. Os exames deveriam já ser feitos desde o primeiro sintoma (P2, E). Pesquisei na internet e fiz algumas ligações, falta informação (P6, TE).

Outra importante dificuldade foi a pouca disponibilidade desses exames na rede pública, levando à necessidade de pagá-los em laboratórios particulares, mesmo mediante a escassez de recursos para alguns profissionais ou de alargamento do tempo para a confirmação da doença.

Fiz o swab num laboratório particular, não consegui realizar o teste num hospital público (P12, E). Contratei laboratório privado que coletou o swab na minha residência, pois tive demora na resposta do agendamento pela policlínica de referência, sendo assim acabei contratando laboratório privado. O agendamento só foi realizado pela policlínica depois que eu já tinha inclusive o resultado do teste nas mãos (P12, E). Fui à rede pública e não consegui fazer, tive que pagar mesmo não tendo condição. Falta de respeito, pois se estamos passando mal, é necessário saber se contraímos o vírus (P49, TE). Tive que esperar 30 dias desde o início dos sintomas para fazer a sorologia devido à falta de testes na região em que moro (P89, D).

Soma-se a essa dificuldade o fato de que os planos de saúde não custeiam os exames para o paciente ao nível ambulatorial, inclusive de profissionais de saúde. Ademais, mesmo quando os profissionais arcam com as despesas, nem sempre a vaga é garantida, sendo *necessário buscar diferentes serviços*:

Os hospitais só realizam os testes em pacientes internados, o plano de saúde não cobre os testes ambulatorialmente. É necessário pagar particular e aguardar agendamento porque o teste imediato nos laboratórios só é realizado para médicos (P45, E). Tentei marcação em inúmeros lugares, porém sem êxito, não havia vaga no laboratório particular (P41, E).

A falta de vagas nos serviços públicos para efetuar o teste levou os profissionais a buscar alternativas para superar tais dificuldades:

Fiz teste sorológico para pesquisa de anticorpos IgG e IgM através da cortesia de um fornecedor de produtos de diagnóstico laboratorial (P80, B). O diretor de onde eu trabalho fez uma pesquisa com funcionários. Fiz a sorologia e fiz o swab, porém acredito que se não estivessem fazendo essa tal pesquisa eu não saberia nunca que estava contaminada e poderia estar contaminando outras pessoas (P99, TE).

Discussão

Os resultados mostraram que o itinerário terapêutico dos profissionais participantes, para terem acesso ao teste para confirmação da COVID-19, é marcado pela passagem por distintos serviços de saúde, não somente

para confirmação da doença, mas também para a obtenção de atestados de afastamentos, o que alarga o tempo entre a suspeição e a confirmação desse agravo.

Devido ao risco de infecção e possibilidade de transmissão da COVID-19 para outras pessoas, inclusive familiares, garantir assistência aos profissionais de saúde e realizar testes diagnósticos nos sintomáticos, com rapidez, tornam-se demandas fundamentais⁽¹⁶⁾. Assim, entre as recomendações que não devem ser negligenciadas diante da pandemia, destaca-se a prioridade da equipe de saúde que atua na linha de frente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Entretanto, diante dos achados, percebeu-se a ausência ou o não seguimento de protocolos institucionais para nortear e garantir o atendimento aos profissionais de saúde com suspeita da infecção, bem como, para gerenciar a exposição ocupacional ao vírus, com monitoramento ativo dos sinais e sintomas respiratórios e notificação às autoridades governamentais de saúde e de saúde ocupacional da instituição.

A OMS fornece diretrizes nessa direção; dentre elas destacam-se o afastamento das atividades laborais e a garantia do teste para os profissionais com suspeita da COVID-19. Em caso positivo ou não, deve ser gerenciado pela instituição⁽¹⁹⁾, o que não foi constatado, de forma absoluta, no itinerário terapêutico ora investigado.

No Brasil, o profissional de saúde com suspeita de síndrome gripal, ou seja, febre acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória deve afastar-se do trabalho imediatamente e o retorno laboral está atrelado a algumas condições. Assim, quando houver teste RT-PCR (*Reverse Transcriptase - Polimerase Chain Reaction*) ou sorológico disponível, o retorno é condicionado ao resultado negativo dos testes, levando-se em consideração as especificidades de cada um deles. Na indisponibilidade de testes, deve permanecer afastado até ficar o mínimo de 72 horas assintomático e, pelo menos, sete dias após o início dos sintomas. Ao retornar, deve usar máscara cirúrgica até 14 dias do início dos sintomas. No caso de resultado positivo, deverá cumprir 14 dias de isolamento domiciliar, a contar do início dos sintomas⁽⁸⁾.

No encaminhamento para os locais de testagem, os profissionais depararam-se com filas, elevado tempo de espera, dificuldades de agendamento e distância geográfica do local de moradia. Esses aspectos de acessibilidade organizacional também foram apontados em estudo sobre a satisfação de usuário quanto a um serviço de saúde na atenção primária⁽²⁰⁾.

Diante das distintas dificuldades percebidas na trajetória pelos participantes do estudo, trabalhar em locais que disponibilizam testes para seus funcionários promove rapidez no diagnóstico da COVID-19 e culmina em maior segurança para eles, seus familiares e pacientes, além de permitir um melhor controle da doença, sendo

uma das principais facilidades identificadas no itinerário terapêutico investigado.

Nessa diretiva, na trajetória em busca da confirmação diagnóstica, alguns profissionais destacaram a unidade hospitalar pela sua resolutividade na realização de exames com resultados rápidos, como a tomografia computadorizada. Esse exame é uma possibilidade para avaliação global dos pacientes infectados que, mesmo sendo pouco específica, demonstra ser sensível para achados pulmonares mais frequentes da doença⁽²¹⁾, como lesões pulmonares bilaterais, opacidade em vidro fosco e broncograma aéreo⁽²²⁾. Contudo, esse exame foi restrito aos que tiveram acesso às unidades hospitalares, não sendo uma realidade concreta para todos os profissionais.

Além da pouca disponibilidade dos testes na rede pública ter sido apontada como uma dificuldade do itinerário terapêutico, os participantes também referiram desinformação sobre os testes. Quanto a isso, o RT-PCR é um teste virológico (material genético ou antígenos), pois detecta a presença de componentes virais, confirmando o diagnóstico de pessoas com sintomas compatíveis com COVID-19. É indicado para populações de alto risco de infecção, como profissionais de saúde sintomáticos e pessoas que apresentam comorbidades/gravidade, entre elas hipertensão, diabetes, obesidade, cardiovascular, história respiratória, imunossupressão, etc. Também é usado para avaliar se um indivíduo está recuperado da COVID-19⁽²³⁾.

A confirmação diagnóstica é baseada na detecção molecular do genoma viral (detecção de RNA - ácido ribonucleico) ou suas proteínas (antígenos). Até o momento, tem sido possível determinar que o vírus pode ser detectado, pelo menos, 48 horas antes do início dos sintomas (pré-sintomático) até 12-14 dias, sendo recomendada a coleta entre seis e sete dias no trato respiratório superior (*swab* naso/orofaríngeo) e por até 20 dias (ou mais) em amostras do trato respiratório inferior, incluindo escarro, aspirado traqueal e lavagem bronquioalveolar⁽²³⁾. Apesar do RT-PCR permanecer detectável em alguns indivíduos por até duas a seis semanas, na maioria dos casos representa material genético inativo, sem importância na transmissão⁽¹⁶⁾.

Já os testes sorológicos detectam os níveis de anticorpos IgM, IgA e IgG como parte da resposta imune do indivíduo contra o vírus SARS-CoV-2, ou seja, indicam contato anterior ou em andamento⁽²³⁾. Esses testes são realizados por diferentes técnicas, como imunoenensaio automatizado em metodologia de quimioluminescência, imunoenzimático, além do teste de imunocromatografia, ou seja, teste rápido com menor sensibilidade. Esses, de modo geral, apresentam sensibilidade entre 60 e 70% por volta do sétimo e ao redor de 90%, após o décimo dia do início dos sintomas. Assim, um resultado sorológico

negativo durante os sete primeiros dias de doença não pode ser usado como critério para descartar um caso⁽¹⁶⁾.

Ainda com relação ao teste sorológico, a presença de IgM ou IgA indica infecção aguda e a presença de IgG, contato prévio com o SARS-CoV-2, podendo estar relacionado à imunidade contra o vírus. Como a imunidade conferida pelos anticorpos ainda está sob investigação, os profissionais de saúde com IgG positivo devem manter a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), quando em contato com suspeitos ou confirmados⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, no Brasil, diante da falta de disponibilidade de testes moleculares para atender a demanda, fato reforçado na citação dos participantes do estudo, muitos profissionais tiveram que arcar com os custos dos exames confirmatórios em laboratórios privados. Contudo, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para a realização do teste rápido sorológico, determinando prioridade para profissionais da área da saúde e de segurança pública, considerados mais expostos à transmissão do coronavírus, além dos seus contatos domiciliares. Diante desses critérios, o MS solicitou a organização dos estados e municípios para a testagem de profissionais sintomáticos que estejam em atividade e de pessoas com síndrome gripal que residam no mesmo domicílio. Para a realização do teste rápido, utiliza-se amostra de sangue, com resultado em até 20 minutos⁽⁸⁾. Sobre a realização desse tipo de teste, ressalta-se um problema, tendo em vista a maior sensibilidade somente após o décimo dia do início dos sintomas⁽¹⁶⁾, conforme já mencionado.

Apesar dessa recomendação, os profissionais enfrentaram dificuldades para realizar o exame na rede pública por diferentes razões, como falta de insumos ou justificativa de ausência de gravidade no quadro. Além disso, alguns participantes relataram dúvidas e divergências entre os resultados do RT-PCR e dos testes rápidos realizados, fato que pode ser explicado pela necessidade de realização nos períodos de maior sensibilidade, conforme preconizado. Além disso, destaca-se ainda que os testes rápidos para detecção de anticorpos, apesar de amplamente desenvolvidos e comercializados, possuem qualidade variável, pois não revelam a natureza dos antígenos utilizados. Trata-se de testes de natureza qualitativa e que podem indicar, apenas, a presença ou ausência de anticorpos ao SARS-CoV-2⁽²⁴⁾.

As dúvidas relatadas pelos profissionais quanto ao tipo de teste, período ideal para sua realização, entre outras, apontam para a necessidade de realização de atividades de treinamento, não apenas referentes aos testes diagnósticos mas, também, para reduzir o risco de infecção da equipe, tendo em vista a vulnerabilidade à COVID-19. Assim, podem ser abordados temas como

uso de EPI, higiene das mãos, gerenciamento de resíduos de saúde, esterilização de dispositivos de atendimento ao paciente e gerenciamento de exposição ocupacional⁽²⁵⁾.

A Atenção Primária em Saúde (APS), por ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), atua na descentralização dos atendimentos, testagem de casos suspeitos, busca ativa e monitoramento dos casos positivos. Essas ações favorecem a vigilância epidemiológica e o planejamento de medidas para o controle local⁽²⁶⁾. Entretanto, não foi amplamente citada como local de testagem dos profissionais que referiram, com mais frequência, os hospitais e policlínicas, especialmente vinculados às universidades.

Assim, a APS deve assumir seu protagonismo com algumas medidas, como a reorganização dos fluxos de usuários nos serviços e as melhorias nas estruturas físicas das unidades. Ademais, é preciso centralizar a APS na agenda do MS, visto que o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso⁽²⁷⁾.

Como limitação deste estudo, ressalta-se o fato de ter sido realizado em apenas um estado do Brasil e, tendo em vista que houve avanço no número de casos em outros estados, recomenda-se a realização de novos estudos para preenchimento de lacunas, no que tange ao itinerário terapêutico dos profissionais de saúde alocados em outras regiões brasileiras.

Quanto aos avanços no conhecimento trazidos por este estudo, evidenciou-se que as dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde, durante o itinerário terapêutico foram, em grande parte, associadas à escassez de insumos na rede pública para o enfrentamento no início da pandemia em cenário brasileiro, especialmente no que se refere aos testes, inicialmente destinados apenas para os casos sintomáticos mais graves. Assim, para ter acesso aos testes ou atendimentos mais ágeis, aqueles que atuavam em cenários de referência participaram de pesquisa institucional e foram ajudados por meio de relacionamentos interpessoais com *staffs* ou, ainda, através do custeamento próprio em rede privada.

Dado o potencial de transmissibilidade do vírus e a vulnerabilidade de profissionais de saúde que são agentes de linha de frente, estratégias prioritárias deveriam assegurar acesso e resolutividade nos processos de testagem, avaliação, acompanhamento e afastamentos funcionais decorrentes de suspeita ou confirmação de contaminação pelo Sars-CoV-2. Isso porque, para além da garantia do cuidado em saúde, essas estratégias poderiam minimizar impactos negativos, tais como o afastamento funcional massivo de profissionais de linha de frente e a transmissão do vírus nos cenários assistenciais e entre os contactantes familiares.

Conclusão

Em relação ao itinerário terapêutico de profissionais de saúde diagnosticados com a COVID-19, os resultados deste estudo denotam dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde no acesso aos testes, na informação sobre os mesmos, na demora de resultados, bem como no atendimento para afastamentos funcionais, com vistas ao isolamento domiciliar. A pesquisa evidenciou busca ativa por parte dos profissionais que estavam desamparados quanto ao necessário gerenciamento e monitoramento pela instituição de trabalho.

Assim, esta pesquisa possibilitou evidenciar um itinerário terapêutico demarcado por dificuldades, implicando na demora diagnóstica, falta de informação precisa, incertezas ou ainda custeamento próprio para testagem o que, por sua vez, denota a necessária e urgente reorganização dos serviços e instituições no gerenciamento e monitoramento dos casos de exposição ocupacional. Apesar das limitações de recursos nos cenários institucionais, bem como das crescentes demandas diagnósticas e de acompanhamento de toda população, destacam-se a necessária proteção e cuidado para melhorar o itinerário terapêutico entre profissionais de saúde, por serem essenciais para o enfrentamento da pandemia.

Referências

1. Vilelas JMS. The new coronavirus and the risk to children's health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3320. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3320>
2. World Health Organization. Coronavirus (COVID-19). [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited Jun 14, 2020]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 46.973 de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, 17 mar 2020. [Acesso 14 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391123>
4. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Painel CONASS COVID-19. [Internet] 2020 [Acesso 14 jun 2020]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>
5. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. N Engl J Med. 2020 Mar;382(10):970-1. doi: 10.1056/NEJMc2001468

6. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Williamson BN, Gamble A et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med.* 2020;82(16):1564-7. doi: 10.1056/NEJMc2004973
7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;2:61-2. doi: 10.1056/NEJMoa2001017
8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico para Novo Coronavírus (2019-CoV). [Internet]. 2020 [Acesso 14 Jun 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
9. Bastos LS, Niquini LP, Lana RM, Vilela DAM, Cruz OG, Coelho F, et al. COVID-19 and hospitalizations for SARI in Brazil: a comparison up to the 12th epidemiological week of 2020. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(4):e00070120. doi: 10.1590/0102-311X00070120
10. Smith G, Ng F, Li WHC. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs.* 2020;29(9-10):1425-8. doi: 10.1111/jocn.15231
11. Gao W, Sanna M, Tsai MK, Wen CP. Geo-temporal distribution of 1.688 Chinese healthcare workers infected with COVID-19 in severe conditions: a secondary data analysis. *PLoS One.* 2020;15(5):e0233255. doi:10.1371/journal.pone.0233255
12. Lima BC, Silva LF, Góes FGB, Ribeiro MTS, Alves LL. The therapeutic pathway of families of children with cancer: difficulties faced in this journey. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;39:e20180004. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180004>
13. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA.* 2020;323(15):1439-40. doi:10.1001/jama.2020.3972
14. Nascimento LCN, Souza TN, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):228-33. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
15. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03353. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X20170150033533>
16. Medeiros EAS. Health professionals fight against COVID-19. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:e-EDT20200003. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020edt0003>
17. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health.* 2020;10(1):010345. doi: 10.7189/jogh-10-010345
18. Chersich MF, Gray G, Fairlie L, Eichbaum Q, Mayhew S, Allwood B, et al. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Glob Health.* 2020;16(46):1-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>
19. World Health Organization. Care for health workers exposed to the new coronavirus (COVID-19) in health facilities. [Internet]. 2020 [cited Jun 14, 2020]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52032/PAHOPHEIMCovid1920005_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2674. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>
21. Shoji H, Fonseca EK, Teles GB, Passos RB, Yanata E, Silva MM, et al. Structured thoracic computed tomography report for COVID-19 pandemic. *Einstein (São Paulo).* 2020;18:eED5720. doi: http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ED5720
22. Sun Z, Zhang N, Li Y, Xu X. A systematic review of chest imaging findings in COVID-19. *Quant Imaging Med Surg.* 2020;10(5):1058-79. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/qims-20-564>
23. World Health Organization. Interpretación de resultados de laboratorio para diagnóstico de COVID-19. [Internet]. 2020 [Acesso 14 jun 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52129/OPSPHEIHMCovid-19200015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. *JAMA.* 2020;323(22):2249-51. doi: 10.1001/jama.2020.8259
25. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care.* 2020;24(120):1-3. doi: 10.1186/s13054-020-2841-7
26. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. The role of primary care in the fight against the Covid-19 impact on public health and future perspectives. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2455. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
27. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2020166. doi: doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos

Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Obtenção de dados:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Análise e interpretação dos dados:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Redação do manuscrito:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, m Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Liliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Euzeli da Silva Brandão, Fernanda Garcia Bezerra Góes, Jéssica Renata Bastos Depiant, Laura Johanson da Silva, Rosane Cordeiro Burla de Aguiar.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 26.06.2020

Aceito: 12.09.2020

Editora Associada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Liliane Faria da Silva

E-mail: lili.05@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9125-1053>