

Revisão Científica Aprofundada

2 de agosto de 2021

Conteúdos

Um dano oculto: os impactos da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da saúde pública

Perguntas frequentes sobre Síndrome de Guillain-Barré e vacinas contra a COVID-19

Destaques de pesquisas

Este boletim científico é um resumo das evidências científicas mais recentes e em desenvolvimento relacionadas à COVID-19 durante o período especificado. Trata-se de um levantamento de tópicos e artigos relevantes, e não de um guia para a criação de políticas públicas ou programas. **As descobertas aqui reunidas estão sujeitas a alterações à medida que surgem novas informações.** Comentários e *feedback* são bem-vindos. Envie-os para: covid19-eiu@vitalstrategies.org.

Um dano oculto: os impactos da COVID-19 na saúde mental dos trabalhadores da saúde pública

Mensagem principal: A pandemia da COVID-19 depositou uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde pública e os profissionais de saúde em todo o mundo. Embora haja fartas evidências documentando o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, sabe-se bem menos a respeito do impacto da saúde mental nos profissionais de saúde pública. Ainda assim, as evidências de

que dispomos sugerem que os efeitos são igualmente graves: muitos trabalhadores da saúde pública experimentaram sintomas relacionados à saúde mental durante a pandemia. Isso pode afetar não apenas os trabalhadores e suas famílias, mas também seu desempenho no trabalho e a rotatividade de funcionários, potencialmente reduzindo a capacidade e a eficácia de longo prazo da

força de trabalho da área da saúde pública. Além disso, os impactos da pandemia na saúde mental desses profissionais podem ser duradouros; há evidências de que o estresse agudo, o estresse relacionado ao ambiente de trabalho e o esgotamento profissional estão associados a uma saúde física e mental precária no curto e no longo prazo. Devemos investir na identificação e na adoção de estratégias com vistas a prevenir e reduzir os danos à saúde mental dos trabalhadores de saúde pública durante esta e futuras pandemias.

Qual é o papel dos profissionais da saúde pública na resposta à COVID-19?

Durante a pandemia da COVID-19, profissionais de saúde pública em todo o mundo investigaram a epidemiologia do SARS-CoV-2, um novo patógeno, e trabalharam para controlar sua disseminação. Nos Estados Unidos, onde o sistema de saúde pública do governo consiste em departamentos de saúde locais, departamentos de saúde estaduais, 12 Centros de Epidemiologia Tribal e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), que são federais, existem aproximadamente 97 mil trabalhadores de saúde pública estaduais e 147 mil profissionais locais empregados pelo governo. As responsabilidades assumidas pelos profissionais de saúde pública incluem:

Coletar, reportar e interpretar dados epidemiológicos;

Elaborar e emitir recomendações de saúde pública;

Oferecer assistência técnica para a prevenção e o controle de infecções, inclusive em

ambientes de alto risco, como instalações de cuidados de longo prazo;

Investigar surtos e eventos de supercontágio;

Conduzir investigações de casos e rastreamento de contatos;

Planejar e executar programas de teste e vacinação contra a COVID-19;

Triar viajantes infectados pelo SARS-CoV-2.

Fora dos EUA, os profissionais de saúde pública assumiram muitas dessas responsabilidades. Em alguns países, esses trabalhadores podem desempenhar, ainda, funções clínicas. Por exemplo, em muitos países de renda baixa e média, os profissionais de saúde comunitária oferecem tanto cuidados básicos de saúde quanto serviços públicos de saúde, especialmente em zonas rurais e carentes. Os agentes comunitários de saúde educam os membros da comunidade a respeito de hábitos saudáveis, como as medidas de prevenção à COVID-19, e podem realizar rastreamento de contatos, transporte, triagem e acompanhamento de pacientes com COVID-19. Com frequência, eles vêm das próprias comunidades vulneráveis às quais servem, o que pode torná-los mais suscetíveis à COVID-19, bem como a problemas de saúde mental, devido ao impacto que a COVID-19 pode ter em suas próprias comunidades.

Como a pandemia de COVID-19 afetou a saúde mental dos profissionais de saúde pública?

A resposta à pandemia de COVID-19, a maior crise de saúde pública já enfrentada por muitos desses profissionais, resultou em um nível substancial de estresse mental para

esses trabalhadores. Além de assumir novas e mais amplas responsabilidades profissionais, eles enfrentaram reações diversificadas, e às vezes hostis, ao seu trabalho por parte dos líderes políticos e do público. Como os trabalhadores de outras áreas, eles também experimentaram o medo de contrair a COVID-19, no trabalho, e maiores responsabilidades em casa, como no cuidado com as crianças.

Ao menos três pesquisas investigaram os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental da força de trabalho de saúde pública. Uma delas foi realizada na China, e duas, nos Estados Unidos. Todas elas são levantamentos transversais, anônimos e realizados *on-line*, focados principalmente em trabalhadores de saúde pública empregados por agências governamentais.

A primeira pesquisa foi realizada em fevereiro e março de 2020 em cinco províncias chinesas. Os profissionais de saúde pública chineses que participaram do estudo foram responsáveis por atividades como testagem de COVID-19, investigação epidemiológica, rastreamento de contatos, desinfecção de espaços públicos, atividades comunitárias de controle e prevenção, coleta e divulgação de dados e educação em saúde. Quatro artigos descreveram diferentes aspectos dessa pesquisa e seus resultados. Dos 9.475 entrevistados, 49% relataram sintomas de distúrbios psicológicos; 27% relataram depressão; e 21%, ansiedade. Como fatores potencialmente contributivos, 40% relataram falta de cooperação do público, e 14%, abuso verbal ou intimidação. Em um subconjunto de 3.417 entrevistados que relataram problemas de saúde mental, apenas 13% relataram procurar atendimento profissional de saúde mental. Aqueles que não procuraram

atendimento informaram que a saúde mental não era uma prioridade durante a pandemia, que lhes faltavam tempo e acesso aos serviços ou que não acreditavam que o tratamento seria útil. A maioria dos entrevistados percebeu um baixo nível de apoio por parte tanto do local de trabalho quanto da sociedade.

Os autores dos estudos sugeriram que a pressão sobre os trabalhadores de saúde pública chineses foi exacerbada pela escassez de mão de obra, pela limitada valorização, por parte da sociedade, da importância do trabalho da saúde pública e a probabilidade de que certas responsabilidades (como fiscalizar a quarentena) provocariam emoções negativas. Para melhorar a saúde mental durante as ações emergenciais, os autores propuseram: maior comunicação com as comunidades para aumentar a confiança nos trabalhadores de saúde pública e a valorização desses profissionais; a alocação de recursos para garantir uma força de trabalho suficiente e educação continuada; e oportunidades de aperfeiçoamento de habilidades para que os profissionais de saúde pública desenvolvam resiliência. Os autores também sugeriram que os planos de preparação para uma pandemia incluam apoio mental e físico para trabalhadores da saúde pública.

A segunda pesquisa foi realizada em agosto e setembro de 2020, com 225 profissionais de saúde pública de 31 estados dos EUA e de Washington D.C., dos quais 79% trabalhavam em agências governamentais (e o restante, em ambientes acadêmicos ou outros). Quarenta e um por cento dos entrevistados relataram sintomas de ansiedade; 29%, sintomas de transtorno depressivo; e 66%,

burnout [esgotamento]. Um em cada cinco entrevistados relatou reduções na atividade fora do trabalho devido a problemas de saúde física ou mental no último mês. Idade mais avançada e mais anos de experiência foram associados a níveis mais elevados de *burnout*. Em janeiro de 2020, 5% dos entrevistados planejavam sair ou se aposentar em um a dois anos. Em setembro – meio ano após o início da pandemia – essa parcela havia mais do que dobrado (12%). Os autores sugeriram que o aumento do financiamento e o desenvolvimento da força de trabalho eram essenciais para melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde pública.

A terceira e mais recente pesquisa foi realizada em março e abril de 2021 e incluiu 26.174 entrevistados empregados por departamentos de saúde estaduais, tribais, locais ou territoriais dos EUA em 2020. Aproximadamente metade (53%) dos participantes relatou sintomas de pelo menos uma condição de saúde mental nas duas últimas semanas: 32% relataram sintomas de depressão; 30%, ansiedade; 37%, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); e 8%, ideação suicida. Os autores observaram que a prevalência dos sintomas descritos pelos profissionais de saúde pública foi maior do que aquela relatada em uma pesquisa semelhante realizada com o público em geral, e semelhantes às taxas encontradas entre trabalhadores da saúde. A gravidade dos sintomas de saúde mental entre os entrevistados aumentou com o crescimento das horas trabalhadas por semana e a porcentagem de tempo de trabalho dedicado no combate à COVID-19. Os trabalhadores que não puderam tirar folga tiveram duas vezes mais chances de apresentar os

sintomas. A maioria (72%) dos entrevistados se sentiu sobrecarregada pelo volume de trabalho e 23% se sentiram intimidados, ameaçados ou assediados por causa de seu trabalho, incluindo 12% que receberam ameaças relacionadas ao trabalho. Um em cada cinco entrevistados relatou precisar – porém, sem ter recebido – de aconselhamento/serviços de saúde mental nas últimas quatro semanas, e apenas 12% se valeram de programas de assistência ao funcionário, embora dois terços tivessem acesso a tais programas.

Esses estudos estão sujeitos a pelo menos quatro importantes limitações: 1) As três pesquisas foram transversais e não exploraram o histórico de saúde mental dos entrevistados. Como resultado, não está claro se as condições de saúde mental relatadas pelos entrevistados existiam antes da pandemia e em que medida os sintomas eram resultado do combate à pandemia ou se teriam se alterado durante esse processo. 2) Todos esses estudos se basearam em uma amostra de conveniência de respondentes e não foram capazes de avaliar a taxa de resposta. Não é possível atestar se, e em que medida, a autosseleção para participar dos estudos pode impactar os resultados – é possível que pessoas com problemas de saúde mental tenham maior ou menor probabilidade de responder à pesquisa. 3) Os resultados de estudos realizados na China e nos EUA podem não ser de todo aplicáveis a outros países onde os profissionais de saúde pública podem ter formações distintas e exercer funções diversas. 4) Esses estudos se valeram de diferentes instrumentos para avaliar sintomas de saúde mental autorrelatados; os resultados podem não ser

comparáveis entre os próprios estudos ou com diagnósticos feitos por profissionais qualificados. Além disso, as definições de impactos adversos à saúde mental podem diferir de acordo com os contextos culturais, o que ressalta a importância de se realizar pesquisas com ferramentas validadas dentro do contexto cultural do estudo.

No entanto, essas três pesquisas sugerem uma alta prevalência de sintomas de saúde mental entre os trabalhadores de saúde pública que participam do combate à COVID-19. À luz dessas descobertas, uma questão crítica é: “O que pode ser feito para se lidar com os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental e prevenir danos futuros?”. Para desenvolver intervenções eficazes, é necessário compreender os fatores que podem contribuir para esses impactos na saúde mental dos trabalhadores da saúde pública.

O que sabemos sobre os fatores de risco para problemas de saúde mental relacionados ao trabalho entre os profissionais de saúde pública?

Ameaças e/ou assédio a profissionais de saúde pública durante a pandemia são um dos principais fatores que contribuem para resultados ruins de saúde mental. Conforme sintetizado [neste comentário](#), alguns funcionários da saúde pública enfrentaram protestos no trabalho e em suas casas e assédio em fóruns de mídia social, como *doxing* (publicação de informações privadas para facilitar o assédio). Em alguns casos, essas ameaças exigiram a atribuição de detalhes de segurança.

Nos Estados Unidos, entre o início da pandemia e agosto de 2020, [de 59](#)

[encarregados de saúde estaduais ou territoriais, 18 deixaram o cargo](#), junto com ao menos 37 encarregados de saúde de condados/cidades. Aproximadamente um terço das renúncias se relacionava a conflitos com autoridades eleitas ou ameaças do público. Entre março de 2020 e janeiro de 2021, a mídia noticiou pelo menos [190 saídas de líderes de departamentos de saúde em todo o país](#). As saídas no nível de lideranças podem ser particularmente periclitantes para as estratégias e as operações da organização, aumentando ainda mais a pressão sobre o restante da equipe. A rotatividade entre os trabalhadores de saúde pública que não integram o nível das lideranças permanece em grande medida não quantificada.

Ainda nos Estados Unidos, uma escassez de recursos para a saúde pública – entre eles, de recursos humanos – também pode ter contribuído para os resultados ruins relacionados à saúde mental dos profissionais de saúde pública. Desde 2008, [os departamentos de saúde locais nos EUA perderam 31 mil vagas, enquanto os departamentos de saúde estaduais perderam aproximadamente 10% de sua força de trabalho e 10% do financiamento desde 2012](#). Outro estudo estimou perdas ainda maiores: [até 56 mil vagas perdidas em departamentos de saúde locais desde 2008](#). Em 2020, o Fundo de Prevenção e Saúde Pública – estabelecido em 2010 para aperfeiçoar e sustentar os sistemas nacionais de saúde pública, como parte do Affordable Care Act – recebeu [apenas metade dos valores que constavam dos planos originais](#).

Infelizmente, a literatura não fornece informações robustas sobre os fatores de risco que podem levar a piores resultados de

saúde mental entre os trabalhadores da saúde pública. Por exemplo, os estudos não exploraram se piores condições de saúde mental estavam associadas a funções de trabalho específicas, formação profissional ou nível de responsabilidade no interior da organização. Na ausência de tais dados, podemos voltar para a literatura existente a respeito de fatores de risco para problemas de saúde mental entre profissionais de saúde que também enfrentaram imensos desafios durante a pandemia.

Profissionais de saúde em geral

Os profissionais de saúde, no geral, também sofreram impactos adversos em sua saúde mental por conta da pandemia de COVID-19. Isso pode não ser uma surpresa: em comparação com outras áreas, os profissionais de saúde correm um risco relativamente alto de apresentar sintomas e problemas de saúde mental, mesmo nas condições normais de trabalho; esse risco se eleva durante epidemias e pandemias. A extensão do problema durante a pandemia de COVID-19 foi reconhecida pelo CDC e pela Organização Mundial da Saúde.

Várias revisões sistemáticas que incorporam centenas de estudos revelaram que os profissionais de saúde corriam um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e sintomas de TEPT durante a pandemia de COVID-19. Por exemplo, uma revisão sistemática englobou 65 estudos redigidos em inglês ou chinês que foram realizados entre dezembro de 2019 e agosto de 2020. Entre 97.333 profissionais de saúde de 21 países, foram detectados depressão, ansiedade e TEPT em mais de 20% dos participantes.

Comparativamente, há mais literatura a respeito dos fatores que podem contribuir para resultados ruins de saúde mental entre profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 do que sobre fatores que podem impactar os profissionais de saúde pública. Uma revisão sistemática de estudos sobre os impactos da pandemia na saúde mental de profissionais de saúde, a qual incluiu 22 estudos que descreviam variáveis associadas a sintomas de saúde mental, constatou que os fatores de risco mais comumente relatados foram “ser do sexo feminino”, “ter contato com pacientes com COVID-19” e “preocupar-se sobre estar infectado ou sobre infectar membros da família”. Um estudo com 20.947 trabalhadores de saúde dos EUA entre maio e outubro de 2020, que revelou que 38% deles relataram ansiedade ou depressão e 49% relataram *burnout*, constatou que o estresse era maior entre auxiliares de enfermagem, auxiliares médicos e assistentes sociais; maior entre profissionais que trabalhavam com internados do que entre aqueles que trabalhavam com pacientes ambulatoriais; maior entre mulheres do que entre homens; e maior entre trabalhadores negros e latinos do que entre brancos. Um estudo transversal da Turquia sobre níveis de ansiedade entre 402 profissionais de serviços médicos de emergência (paramédicos, técnicos de emergência, enfermeiras, médicos e motoristas) constatou que participantes do sexo feminino e mais jovens, bem como aqueles que pensavam que tinham equipamento de proteção individual inadequado ou que não se sentiam seguros tratando pessoas com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, apresentavam níveis de ansiedade mais elevados. Entre quase 4 mil operadores de serviços de polícia, bombeiros

e ambulâncias pesquisados no Reino Unido, 69% relataram piora na saúde mental no ano passado.

Estudos em países de renda baixa e média, como Gana, Quênia, Brasil, México e Índia, também descrevem uma alta prevalência de sintomas de saúde mental entre profissionais de saúde durante a pandemia. Em países de renda baixa e média, os sistemas de saúde ficaram sobrecarregados, a escassez de equipamentos básicos levou a difíceis decisões de triagem e a um nível precário de segurança do profissional de saúde, e alguns profissionais de saúde abandonaram seus cargos devido ao medo da COVID-19 ou a ataques e assédio por parte do público, ao passo que muitos outros morreram de COVID-19. Alguns especialistas temem que ocorra uma onda de deserções nessa área por conta de profissionais de saúde que pretendem deixar os cargos após a pandemia, agravando ainda mais a escassez global de profissionais de saúde.

Alguns dos fatores de risco elucidados por estudos de impactos na saúde mental entre trabalhadores de saúde, como sexo, idade e experiência de trabalho, podem ser fatores de risco para resultados ruins de saúde mental de trabalhadores em uma gama de profissões. Alguns, como o medo de contrair COVID-19 no trabalho e as pressões associadas à resposta a uma ameaça desconhecida à saúde, podem ser fatores de risco comuns aos profissionais de saúde no geral e de saúde pública em especial. Outros fatores podem ser específicos para a força de trabalho de saúde com responsabilidades únicas, como cuidar de pacientes de COVID-19 gravemente enfermos que estão isolados de entes queridos, fornecer tratamento para pacientes

de COVID-19 quando as opções são limitadas e trabalhar durante surtos de COVID-19 em hospitais que estão acima da capacidade.

O que pode ser feito para apoiar a melhora da saúde mental dos profissionais de saúde pública e de saúde em geral?

Estratégias eficazes para melhor proteger a saúde mental dos trabalhadores da saúde pública e dos serviços de saúde em geral durante esta e futuras pandemias devem ser identificadas e adotadas. Algumas intervenções podem ser necessárias nos níveis da sociedade e da elaboração de políticas públicas, e outras nos locais de trabalho. Não há evidências, com relação à pandemia de COVID-19, sobre a eficácia de intervenções específicas para proteger a saúde mental desses profissionais de saúde pública. No entanto, algumas organizações fizeram recomendações específicas para a força de trabalho da saúde pública com base em estratégias conhecidas para reduzir os fatores de estresse no local de trabalho e enfrentar os desafios relatados por profissionais de saúde durante a pandemia.

A Mental Health America elaborou oito passos que os profissionais de saúde pública podem seguir para combater a frustração e os desafios de saúde mental com os quais têm de lidar durante a pandemia. Para dar apoio àqueles que trabalham em serviços médicos ou de saúde pública, a Autoridade de Saúde do Oregon está usando o sistema PsySTART, uma triagem simples e preexistente de saúde mental e um sistema de tratamento rápido. No nível organizacional, a adoção de estratégias de gerenciamento de crises no estilo “B-team” – em que a liderança é dividida entre a “equipe A”, que gerencia as

operações de resposta a crises, e uma “equipe B”, responsável por manter as atividades rotineiras de agência – pode reduzir a pressão sobre as lideranças da área da saúde pública. A Associação de Oficiais de Saúde Territoriais e Estaduais (ASTHO, na sigla em inglês) recomendou outras formas de fomentar uma cultura organizacional saudável que desenvolva a resiliência e, assim, promova a saúde mental do trabalhador. Os exemplos incluem o uso da estrutura “Joy in Work” [alegria no trabalho], encorajando práticas de autocuidado e treinando supervisores para reconhecer e lidar com sintomas de problemas de saúde mental entre os funcionários. A ASTHO também recomendou que o planejamento do cenário de resposta a emergências incluísse mecanismos para monitorar a escala e a carga de trabalho, planejamento para folgas da equipe durante as rotações de trabalho e definição de limites para horas extras.

Dada a relativa abundância de literatura sobre os impactos da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde e os desafios compartilhados enfrentados pelos profissionais de saúde em geral e de saúde pública em especial, vale a pena investigar se há evidências sobre quão efetivas são as intervenções de apoio à saúde mental dessa força de trabalho durante a pandemia. Uma revisão sistemática, publicada em novembro de 2020, a respeito das intervenções de apoio à saúde mental dos profissionais de saúde e assistência social da linha de frente durante e após uma epidemia ou pandemia identificou quatro estudos que foram conduzidos durante a pandemia de COVID-19. As intervenções avaliadas nesses estudos foram: trabalhadores da saúde decorando seus

equipamentos de proteção individual com uma imagem do próprio rosto, a fim de melhorar a comunicação e a conexão paciente-profissional; um pacote de treinamento digital para profissionais de saúde que incluiu orientações sobre ações que as equipes poderiam realizar para conservar a saúde mental, melhorar a comunicação e reduzir o estigma social, e estratégias de autocuidado e gerenciamento de emoções; um plano de intervenção psicológica que englobava uma equipe de intervenção médica e um conjunto de intervenções psicológicas, inclusive atividades em grupo para liberar o estresse; e uma linha direta para trabalhadores médicos, por meio da qual eles podem falar com um psicólogo. A revisão incluiu 12 outros estudos sobre intervenções implementadas durante outras epidemias (Ebola, MERS e SARS). Os autores não tinham grande confiança nos achados sobre a eficácia de qualquer uma das intervenções estudadas. Eles encontraram evidências de pelo menos duas barreiras para a implementação da intervenção: falta de uma total consciência, entre os trabalhadores da linha de frente e as organizações de empregadores, sobre o que é necessário para dar apoio à saúde mental dos funcionários; e falta de equipamento, tempo ou habilidades para uma intervenção. Uma pesquisa de novembro de 2020 conduzida pela Kaiser Permanente constatou que 70% dos primeiros respondentes relatam nunca ou raramente fazer uso de serviços de saúde mental, apesar de uma alta prevalência de depressão e TEPT entre a força de trabalho; os autores sugeriram que as estratégias para aumentar o uso dos serviços de apoio disponíveis pelos primeiros respondentes podem incluir a redução do estigma quando

se têm líderes e colegas de trabalho compartilhando suas próprias experiências na busca de apoio à saúde mental. Em geral, faltam evidências para informar a seleção de intervenções benéficas para a saúde mental dos profissionais de saúde.

Estratégias conhecidas por melhorar o bem-estar dos funcionários em uma gama de ocupações e cenários também podem funcionar para promover a saúde mental dos trabalhadores da saúde pública. Mais informações sobre esses tipos de estratégias estão disponíveis nas seguintes organizações:

O CDC recomenda as melhores práticas de saúde mental no local de trabalho;

A OMS oferece dicas sobre como criar um ambiente de trabalho saudável e modelos de ação;

O Centro para Saúde Mental no Ambiente de Trabalho, da Associação Norte-Americana de Psicologia, oferece um conjunto de ferramentas para empregadores, bem como recursos para a pandemia de COVID-19;

O Centro para Trabalho e Família do Boston College oferece vários materiais sobre bem-estar no ambiente de trabalho, inclusive relacionados à COVID-19.



Fonte: CDC

ASSESSMENT	AVALIAÇÃO
EDUCATION & CLASSES	EDUCAÇÃO E AULAS
TRAINING	TREINAMENTO
OPPORTUNITIES TO RELAX & DE-STRESS	OPORTUNIDADES PARA RELAXAR E DESESTRESSAR
COMMUNICATION	COMUNICAÇÃO
HEALTH INSURANCE	SEGURO OU PLANO DE SAÚDE

Os temas comuns a esses materiais são que as intervenções de saúde mental no local de trabalho devem ser integradas a uma estratégia organizacional mais ampla para promover o bem-estar do trabalhador e necessitam incluir estratégias de prevenção, identificação precoce, apoio e reabilitação de problemas de saúde mental. Um fator chave para o sucesso é envolver os trabalhadores no desenvolvimento do programa e fornecer oportunidades para os funcionários participarem das decisões sobre questões que afetam o estresse no trabalho.

Conclusão

A pandemia não acabou. Novos surtos de casos de COVID-19 estão intensificando a pressão sobre a saúde mental daqueles responsáveis por combatê-la, já exaustos após 18 meses na linha de frente. Ansiedade, depressão, trauma e *burnout* foram comumente relatados por profissionais de saúde pública, profissionais de saúde em geral e equipes de emergência durante a pandemia de COVID-19. Lidar com essas e outras preocupações relacionadas à saúde mental

desses trabalhadores exigirá esforço e investimento concentrados e será fundamental para evitar mais perdas na capacidade dessa força de trabalho. O Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA investirá US\$ 103 milhões ao longo de três anos para desenvolver a resiliência e combater o *burnout* dos profissionais de saúde da linha de frente, de paraprofissionais a oficiais de segurança pública. A pesquisa é necessária para identificar fatores de risco em nível individual, ocupacional e organizacional e para direcionar recursos para grupos de maior risco. Avaliações rigorosas do programa podem identificar as estratégias e intervenções mais eficazes. Ao mesmo tempo que se abordam as atuais necessidades de cuidados relacionados à saúde mental, a investigação contínua de medidas preventivas também se faz essencial para melhorar a preparação do trabalhador e da organização, bem como a resiliência para enfrentar futuras epidemias e pandemias.

Perguntas frequentes sobre Síndrome de Guillain-Barré e vacinas contra a COVID-19

O que é a Síndrome de Guillain-Barré (SGB)?

- A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença rara em que o sistema imunológico ataca erroneamente o sistema nervoso periférico (os nervos fora do cérebro e da medula espinhal). O [CDC](#) estima que 3 mil a 6 mil pessoas por ano desenvolvem SGB nos EUA.
- O dano nervoso decorrente pode resultar em dormência, fraqueza muscular e paralisia. Os sintomas específicos podem incluir: problemas de visão; dificuldade em falar ou engolir; sensação incomum nas mãos, pés, pernas ou braços; problemas de coordenação; ou dificuldade no controle da bexiga. A SGB pode ser uma doença perigosa, principalmente se os músculos respiratórios forem afetados, e alguns pacientes podem necessitar de cuidados intensivos.
- A maioria das pessoas se recupera por completo, embora isso possa levar semanas ou meses.

O que causa a SGB?

- Foram relatados casos de SGB entre pessoas infectadas com SARS-CoV-2, o vírus causador da COVID-19. Por exemplo, [cinco casos de SGB foram identificados em três centros médicos](#)

[italianos](#) que trataram cerca de 1.200 pacientes de COVID-19 durante fevereiro e março de 2020. Nesses pacientes, a SGB começou cerca de 5-10 dias após o início dos sintomas da COVID-19, em momento semelhante ao do surgimento da SGB associada a outras infecções virais.

- O gatilho mais comum para a SGB é uma infecção bacteriana ou viral, e muitas pessoas que desenvolvem a SGB relatam ter alguma doença gastrointestinal, sinusal ou respiratória nas semanas ou nos meses anteriores. A incidência de SGB aumentou durante surtos de algumas doenças, como a doença transmitida pelo mosquito [Zika](#). No entanto, em alguns casos de SGB, o gatilho exato não é estabelecido. O sexo masculino é um fator de risco para SGB, bem como a idade avançada, e ela tem maior probabilidade de se desenvolver em pessoas com mais de 50 anos.
- [Muitos estudos procuraram uma associação entre SGB e vacinas e não encontraram nada](#), embora um pequeno número de estudos tenha constatado uma associação muito rara entre SGB e vacinas contra a gripe sazonal (aproximadamente [um caso de SGB por milhão de vacinados quando alguma associação foi encontrada](#), ou menos do que o risco

de desenvolver SGB devido à infecção por influenza).

As vacinas contra a COVID-19 causam SGB?

- Nos EUA, em 30 de junho, havia cerca de 100 casos de SGB relatados entre 12,8 milhões de pessoas que receberam a vacina J&J. A maioria dos casos ocorreu dentro de 42 dias após a administração da vacina. Noventa e cinco casos necessitaram de hospitalização e 10 requereram ventilação mecânica para apoio respiratório.
- Essa taxa de 42 dias para o desenvolvimento da SGB entre aqueles que tomaram a vacina da J&J excedeu o que seria esperado na ausência de vacinação entre a população dos EUA. A FDA atualizou o rótulo da vacina J&J para alertar sobre um possível aumento do risco de SGB após a vacinação.
- Os relatos de SGB entre pessoas que receberam vacinas de mRNA contra a COVID-19, encaminhados aos sistemas de monitoramento de segurança da vacina, não excederam a taxa de casos de SGB na população em geral (vacina Pfizer: 190 casos, ou 1,05 casos por milhão de doses administradas; vacina Moderna: 162 casos, ou 1,21 casos por milhão de doses administradas até junho de 2021).
- Vale notar que o Comitê de Avaliação de Risco de Farmacovigilância da Agência Europeia de Medicamentos

recomendou a inserção de um aviso no rótulo da vacina AstraZeneca (até o final de junho de 2021, 227 casos de SGB foram relatados após a administração de 51,4 milhões de doses da vacina AstraZeneca).

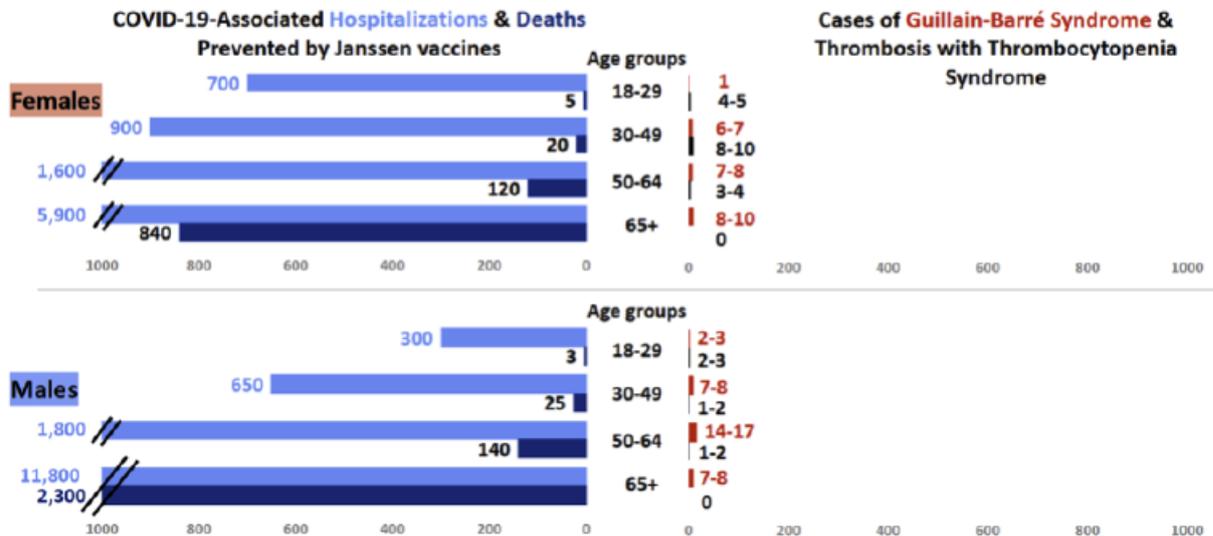
Considerando o risco de SGB e o benefício da vacinação, devo me vacinar contra a COVID-19?

- De acordo com os dados disponíveis no momento, os benefícios potenciais da vacinação (com uma vacina de mRNA ou com a da J&J) superam em muito o risco de SGB. As vacinas de mRNA não estão associadas à SGBs e, com relação à da J&J, a análise de riscos/benefícios ainda favorece a vacinação.

Uma análise conduzida pelo Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP, na sigla em inglês) do CDC usou os dados disponíveis para estimar que o número de eventos de COVID-19 evitados pela vacinação com a J&J foi substancialmente maior do que o número de casos esperados de SGB após a vacinação J&J. Na figura seguir, o lado direito mostra o número de casos esperados de SGB e trombose com síndrome de trombocitopenia (um evento muito raro que também foi relatado entre aqueles que tomaram a vacina da J&J) por 1 milhão de doses aplicadas da vacina, e o lado esquerdo mostra o número de casos esperados de COVID-19, além de hospitalizações e mortes, que seriam evitados por 1 milhão de doses de vacina.

Benefits and risks after Janssen vaccine, by age group & sex

For every million doses of vaccine given with US exposure risk and hospitalization rates from June 19, 2021



Fonte: [CDC](#)

Benefits and risks after Janssen vaccine, by age group & sex	Benefícios e riscos após a vacina Janssen, por faixa etária e sexo
For every million doses of vaccine given with US exposure risk and hospitalization rates from June 19, 2021	Para cada milhão de doses de vacina administradas, com risco de exposição e taxas de hospitalização nos EUA de 19 de junho de 2021
COVID-19 Associated Hospitalizations & Deaths Prevented by Janssen vaccines	Hospitalizações e mortes associadas a COVID-19 evitadas por vacinas Janssen
Females	Mulheres
Age groups	Faixas etárias
Males	Homens
Age groups	Faixas etárias
Cases of Guillain-Barré Syndrome & Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome	Casos de Síndrome de Guillain-Barré e Trombose com Síndrome de Trombocitopenia

Destaques de Pesquisas

[DIFERENÇA DE MORTALIDADE ENTRE INDIVÍDUOS ADMITIDOS COM COVID-19 EM HOSPITAIS DURANTE A PRIMEIRA E A SEGUNDA ONDAS NA ÁFRICA DO SUL: UM ESTUDO DE COORTE](#)

Mensagem principal: A mortalidade hospitalar foi 31% maior (razão de possibilidades [odds ratio] ajustada: 1,31, 95% IC 1,28-1,35) durante a segunda onda de COVID-19, em comparação com a primeira, na África do Sul. A variante Beta do SARS-CoV-2

predominou durante a segunda onda, que atingiu o pico em janeiro de 2021. Fatores contributivos para o aumento da mortalidade durante a segunda onda podem incluir a gravidade da doença causada pela variante Beta, mudanças demográficas da primeira para a segunda onda de COVID-19 na África do Sul e o impacto da sobrecarga da capacidade hospitalar na mortalidade intra-hospitalar.

- Os dados sobre infecções por SARS-CoV-2 são provenientes de relatórios epidemiológicos nacionais, e os dados sobre internações hospitalares foram retirados do DATCOV. O DATCOV é um sistema de vigilância ativa que coleta dados de todos os hospitais da África do Sul que admitiram alguma pessoa com COVID-19. Em 27 de março de 2021, 644 unidades de saúde notificaram casos ao DATCOV.
- Os autores dividiram o período de 5 de março de 2020 a 27 de março de 2021 em cinco períodos a partir de dados de internações hospitalares (pré-onda 1, onda 1, pós-onda 1, onda 2 e pós-onda 2). Os autores definiram o início de uma onda como cinco novas admissões por 100 mil pessoas, e o fim de uma onda, quando a incidência voltou a esse nível.
- No geral, 23,38% dos pacientes hospitalizados morreram (de um total de 219.265 pacientes de COVID-19 cujo resultado era conhecido, 51.037 morreram). No pico da segunda onda, em janeiro de 2021, o risco de letalidade hospitalar foi de 29,34% (95% IC 28,95-29,74), que foi

significativamente maior do que no pico da primeira onda, em julho de 2020 (21,80% [95% IC 21,39-22,22; $p < 0,0001$]).

- A incidência de internações por COVID-19 também aumentou a uma taxa mais rápida durante a segunda onda, quando comparada com a primeira. O tempo decorrido a partir de cinco internações hospitalares em uma população de 100 mil até 15 internações por 100 mil foi de seis semanas na primeira onda e cinco semanas na segunda onda.
- O risco de letalidade intra-hospitalar aumentou de 17,7% nas semanas com baixa internação (<3.500 internações) para 26,9% nas semanas com alta internação (> 8 mil internações), potencialmente refletindo a sobrecarga da capacidade hospitalar.
- Comparando as características das pessoas internadas durante a primeira e a segunda onda, os indivíduos da segunda tinham maior probabilidade de: ter 40 anos ou mais, serem mestiços e estarem internados em hospitais públicos em vez de privados. Os pacientes admitidos durante a segunda onda eram menos propensos a ser de raça negra ou indígena e a ter uma condição de comorbidade.
- As limitações do estudo incluíram falta de informação sobre mortes fora do hospital, incapacidade de explicar as diferenças entre províncias ou distritos e alta proporção de dados ausentes, especialmente para raça (32%) e comorbidades (22%). Os autores

também não foram capazes de ajustar as mudanças nas restrições nacionais de COVID-19, o que pode contribuir para uma confusão residual. A falta de dados do tipo de linhagem do SARS-CoV-2 em nível individual foi outra limitação. Mais hospitais começaram a informar o DATCOV em outubro de 2020, após o pico da primeira onda (julho de 2020), o que também pode ter sub-representado hospitalizações e mortes durante a primeira onda. Grandes diferenças (por exemplo, em idade, comorbidades, obesidade) entre as pessoas que morreram e aquelas que sobreviveram ou não foram infectadas durante a primeira onda podem ter resultado em uma população mais saudável sendo infectada durante a segunda onda. Isso pode ter reduzido a taxa de mortalidade durante a segunda onda.

TRANSMISSÃO DOMÉSTICA DE SARS-COV-2 A PARTIR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mensagem principal: Neste estudo retrospectivo sobre transmissão domiciliar a partir de crianças de 7 a 19 anos, houve transmissão eficiente de SARS-CoV-2 de crianças em idade escolar e adolescentes para membros da família: em domicílios em que houve transmissão, metade dos contatos domiciliares foi infectada. O risco de transmissão foi reduzido quando o distanciamento físico foi praticado. Houve evidência de transmissão em crianças cujos sintomas começaram antes do retorno para casa, mas o risco foi reduzido, sugerindo a importância da transmissão pré-sintomática.

Isso mostra que crianças e adolescentes com exposição conhecida ao SARS-CoV-2 ou com diagnóstico de COVID-19 devem permanecer em casa e manter distanciamento físico dos membros da família durante todo o período infeccioso.

- Os pesquisadores acompanharam 224 crianças entre 7 e 19 anos com teste positivo para SARS-CoV-2 após exposição durante um surto em um acampamento de férias (doravante denominado “casos-índice”). Essas crianças voltaram para casa, para suas respectivas famílias (194 núcleos), com seus contatos domésticos (526 indivíduos).
- 198 (88% dos) casos-índice apresentaram sintomas decorrentes da COVID-19; dos quais 141 (71%) desenvolveram sintomas após o retorno para casa. A maioria dos casos (79%) ocorreu em domicílios onde o paciente índice tornou-se sintomático após voltar para casa.
- A transmissão ocorreu em 35 (18%) dos 194 domicílios. Nessas famílias, a taxa de contágio secundário foi de 45% (95% IC, 36 a 54).
- 74 (14%) dos 526 contatos domiciliares tinham pelo menos uma condição médica subjacente. Entre os contatos domiciliares que se infectaram e tinham pelo menos 18 anos de idade, 4 (10%) dos 41 foram hospitalizados.
- 146 (67%) dos 217 casos-índice relataram que mantiveram o distanciamento físico, e 73 (34%) de

216 relataram que sempre usaram máscaras quando próximos aos contatos domésticos. O distanciamento físico e o uso de máscaras foram associados a maiores idades do caso-índice.

- Entre os contatos domiciliares, o risco de infecção foi menor entre aqueles que praticavam distanciamento físico (razão de possibilidades [*odds ratio*] ajustada: 0,4; 95% IC, 0,1 a 0,9). O risco de infecção foi maior entre os contatos que tiveram contato mais próximo com um caso-índice do que entre aqueles com nenhum/mínimo contato (razão de possibilidades ajustada, 5,2; 95% IC, 1,2 a 22,5). O risco de infecção foi maior entre os pais dos casos-índice quando comparados com os irmãos (razão de possibilidades ajustada, 2,3; 95% IC, 1,1 a 4,7). O risco de transmissão não foi associado à idade do caso-índice.
- As limitações incluem dificuldade em separar os efeitos biológicos da idade com os efeitos do comportamento e padrões de contato sobre o risco de transmissão, mesmo quando são usados modelos multivariáveis. É possível que casos secundários tenham surgido de contatos fora do domicílio. As taxas de contágio secundário foram provavelmente subestimadas porque a testagem era voluntária.

INTERNACÕES HOSPITALARES POR COVID-19: COMPARAÇÃO ENTRE PRIMEIRA E SEGUNDA ONDAS DO BRASIL

Mensagem principal: O artigo compara as internações hospitalares por COVID-19 no Brasil ocorridas durante a primeira e segunda onda da doença. A segunda onda teve maiores carga, gravidade (número de pacientes com hipoxemia), uso de recursos (suporte respiratório) e mortalidade intra-hospitalar quando comparada à primeira onda. Em relação ao uso de recursos, embora mais pacientes tenham recebido suporte respiratório na segunda onda, não houve aumento na proporção de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, o que sugere uma limitação potencial no acesso a cuidados intensivos. Durante a segunda onda, a mutação E484K foi constatada entre as variantes do SARS-CoV-2 e passou a ter uma alta prevalência. O sistema de saúde brasileiro foi sobrecarregado durante a primeira onda, e houve indícios de restrições de recursos, ou mesmo de colapso, em um cenário de baixa adesão às intervenções não farmacológicas e a presença das novas variantes virais.

- Foram utilizados todos os 1.217.332 registros de internações hospitalares por COVID-19 do banco de dados de vigilância nacional de infecções respiratórias agudas graves, SIVEP-Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe), de 16 de fevereiro de 2020 até 24 de maio de 2021.
- Analisando a curva temporal, notou-se que a semana 43 em 2020 foi a que apresentou o menor valor de casos hospitalizados, tendo sido a selecionada como o ponto de

separação entre as ondas. Assim, a primeira onda foi definida como tendo ocorrido entre as semanas epidemiológicas 8 a 43, em 2020, e a segunda entre as semanas 44, em 2020, até a semana 21, em 2021.

- Comparando a primeira onda com a segunda, os números médios por semana aumentaram para admissões em 59%, para pacientes com hipoxemia em 72%, para ventilação não invasiva em 74% e para ventilação mecânica invasiva em 53%. Não houve aumento na proporção de pacientes internados na unidade de terapia intensiva (37,6% vs 37,5%).
- Na semana epidemiológica 53, foi relatado que a mutação E484K estava presente em mais de 50% dos genomas virais. Isso motivou a realização de comparações específicas de admissões antes e depois do domínio dessas mutações. A idade mediana dos pacientes diminuiu (63

anos vs 59 anos), com um aumento relativo de 18% na proporção e pacientes com menos de 60 anos. A mortalidade hospitalar aumentou de 33,1% para 40,6% na população em geral e também em pacientes que receberam suporte respiratório (24,8% vs 28,6% de ventilação não invasiva, 78,8% vs 84,1% de ventilação mecânica invasiva). Os autores chamam atenção para o fato de que a proporção de mortes deve ser interpretada com cautela pois havia um número substancial de admissões em andamento.

- Os autores também salientam que a pesquisa não pode estabelecer uma relação causal entre maior presença das variantes virais e maior carga de casos graves ou aumento da patogenicidade do vírus.

Forma de citação sugerida: Jones SA, Cash-Goldwasser S, Wu AC e Frieden TR. *Revisão Científica Aprofundada*, 2 ago. 2021. Resolve to Save Lives.

Disponível em:

<https://www.vitalstrategies.org/revisoes-cientificas-semanais-sobre-a-covid-19/>