

São Paulo, 22 de outubro de 2020

Neste documento, aa Congregação da FSP-USP, destacamos que o Plano USP de retorno gradual (7º documento) deveria:

- **evitar o caráter compulsório da retomada das atividades presenciais em favor de uma política gradual e que dê flexibilidade às unidades;**
- **substituir o termo grupo de risco pelo conceito de fatores de risco;**
- **considerar em seus planos de retorno a possibilidade de aumento da transmissão;**
- **construir um sistema de vigilância e monitoramento do SARS-CoV-2/COVID-19;**
- **precaver-se quanto às potenciais implicações trabalhistas dado que a COVID-19 poderá ser caracterizada como uma doença relacionada ao trabalho.**

Introdução

Lembramos com satisfação que no Plano (4º documento), a USP afirma ser “*premissa basilar que norteia as decisões para a elaboração dos documentos oriundos do GT fundamenta-se no princípio de proteção e preservação da saúde e da vida. Portanto, na aplicação deste Plano, as Unidades e Órgãos devem garantir o emprego de medidas de proteção e segurança aos servidores e estudantes.*” Isto alinha a USP na defesa da saúde e da vida.

No caso da COVID-19, para proteger a saúde, é preciso pensar no espectro infecção, doença e seus desfechos (recuperação plena, síndrome pós-COVID, morte e, a mais rara, reinfeção). Em que pese as mortes estarem declinando (note-se que um dentre mil habitantes da cidade faleceu por COVID-19), a transmissão do SARS-CoV-2 continua e as repercussões desta infecção têm afetado a saúde, mesmo de assintomáticos. Assim, o enfrentamento institucional da COVID-19 é complexo e a USP deve continuar dando demonstrações de sabedoria.

Sobre o retorno compulsório

Neste novo documento (7º), o retorno passa a ser compulsório. No 4º documento (p. 7-8), estávamos em processo de abertura parcial. Deste modo, defendemos que mantenhamos o “*retorno facultativo, a critério do Dirigente*” (p. 13). A proposta de mudança atual é muito drástica e desnecessária. Pelo menos na FSP, não temos registro de recusa de volta ao trabalho presencial.

Sugerimos seguir negociando a retomada presencial em função de planos de atividades das unidades e das diversas realidades locais. Deste modo, a USP poderá prosseguir buscando a “*proteção e preservação da saúde e da vida*”.

Tem havido um grande esforço por parte dos funcionários em continuar suas atividades em teletrabalho, tanto no apoio às atividades administrativas, como no apoio à pesquisa e aos docentes. Como temos dito, a USP não parou!

Grupo de risco versus Fatores de risco

Chamou nossa atenção a tentativa de "conceituar" "grupo de risco". Este termo, empregado massivamente no início da pandemia de HIV, foi criticado minuciosamente em seus aspectos tecnocientíficos e também humanitários. Do ponto de vista tecnocientífico, ele errou ao tentar circunscrever a epidemia aos chamados quatro Hs (homossexuais, hemofílicos, dependentes de heroína e imigrantes do Haiti). Esta "classificação" deixava cerca de 20% dos casos dos EUA sem categoria (mulheres, crianças e homens heterossexuais). Pouco tempo depois, com

o isolamento do vírus e os testes que se sucederam, vimos que a maior parte da pandemia de HIV ocorria na África, acometendo mais mulheres que homens, a princípio todos heterossexuais. Do ponto de vista humanitário, foi um desastre por condenar à morte civil e reiterar processos de estigma e discriminação.

A epidemiologia mostrou que os homossexuais que frequentavam redes gays estavam mais informados e se protegiam melhor do HIV do que homens que faziam sexo com homens, mas se consideravam heterossexuais. Aliás, com a resistência da saúde pública estadunidense, foram os gays que reinventaram o preservativo sexual como técnica de prevenção. O mesmo ocorreu com a troca de seringas, proposta pelos usuários de drogas de Amsterdã.

As saídas conceituais para este impasse conceitual e humanitário foram várias. A avaliação das vulnerabilidades foi uma delas e que foi articulada por professores e pesquisadores da USP¹. Nela, a ênfase repousa nas respostas individuais, institucionais e sociais às questões de saúde.

Achamos que no Plano da USP poderíamos ficar com a estratégia tão conhecida da epidemiologia: **estabelecer os fatores de risco para eventos desfavoráveis** como infecção, doença severa e morte por SARS-CoV-2.

Percebemos um outro problema no modo como o "conceito" é empregado no Plano.

O "grupo de risco" não é formulado para evitar novas infecções, mas para o "desenvolvimento de complicações da Covid-19".

Assim, a USP pareceria então admitir que novas infecções ocorrerão e o foco seria tão somente impedir a progressão grave, com pelo menos três possibilidades já conhecidas: síndrome pós-COVID, morte e, a mais rara, reinfeção.

Achamos difícil afirmar que há um "*entendimento consolidado para condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações da Covid-19*". Até onde alcança o conhecimento atual, os fatores de risco identificados para progressão para as formas severas são pessoas do sexo masculino, com mais de 60 anos, não brancas e com privações socioeconômicas (estas últimas com forte gradiente)^{7,8,10,12,13,14,15}.

A falta ou insuficiência de acesso a bons serviços de saúde também facilitam a progressão severa. Há várias condições clínicas que fazem progredir mais frequentemente para COVID-19 severa, como hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, doença cardiovascular, cânceres, doenças respiratórias, doença renal, doenças neurológicas e pessoas imunocomprometidas^{7,8,10,12,13,14,15}. Sinteticamente evoluem pior os socialmente excluídos e os com doenças crônicas não-transmissíveis e seus fatores de risco.

No tocante à infecção, os fatores se modificam ligeiramente por incluir ventilação e contato interpessoal. A transmissão depende dos padrões de contato, à ventilação do ambiente, às características pessoais e fatores socioeconômicos. Isto é especialmente importante para os trabalhadores terceirizados. A pesquisa com os trabalhadores do HCFMUSP mostra enormes diferenças nas chances de se infectar a partir da condição social do profissional: 6% dos profissionais que trabalham nas UTIs versus 45% dos funcionários de setores como os de limpeza e segurança⁶. A COVID-19 tem mostrado maior incidência em pessoas com maior vulnerabilidade social.

Não devemos adotar o termo "grupo de risco" por não ser um conceito, epistemologicamente falando. Devemos operacionalizar os fatores de risco com base em evidências publicadas e incluir obesidade, tabagismo, cânceres, doença neurológica, imunodeficiências e hipertensão arterial sistêmica, descompensada ou não.

Pela construção de um sistema de vigilância e monitoramento

A realização de testes sorológicos permite à USP verificar a velocidade de infecção entre seus trabalhadores ao longo do tempo se feita periodicamente. Essa é uma estratégia utilizada em diversos inquéritos soropidemiológicos realizados no mundo e no Brasil. Entretanto,

destacamos que é importante que esteja claro para a comunidade acadêmica que o resultado do exame sorológico tem pouca repercussão individual, uma vez que pouco se sabe sobre a imunologia da doença.

A tabela 2 do plano apresenta a interpretação dos resultados do teste sorológico. Em seguida, é apresentado um ciclo ilustrativo da apresentação de IGM e IGG para o teste Elecsys® Anti-SARS-CoV-2 (imunoensaio para a detecção qualitativa de anticorpos contra o SARS-CoV-2), proposto pela fabricante Roche. Sugerimos que a tabela 2 seja suprimida. A diferenciação entre tempo de infecção e presença de IGM e IGG para o SARS-CoV-2 não tem consenso na literatura científica. Uma revisão sistemática recente da Cochrane³ sobre a sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos para a detecção de anticorpos mostrou melhor sensibilidade e especificidade após 15 dias da infecção. Ademais, o teste citado no 7º documento do Plano USP (Figura 2, p. 8) não considerou que a publicação científica, contendo a validação científica deste teste, tratou conjuntamente IGM e/ou IGG como resultados positivos, sem separá-los¹¹.

É importante destacar que os anticorpos para o SARS-COV-2 são detectados em um momento em que a possibilidade de que o doente transmita a doença para outras pessoas já se reduziu. Por esse motivo, um ponto fundamental para evitar a contaminação no trabalho é a percepção de risco e detecção de sintomas pelos trabalhadores. Nesse sentido, o documento deveria indicar que trabalhadores com sintomas NÃO DEVERIAM ir ao trabalho e DEVERIAM realizar o teste RT-PCR (mais do que o teste sorológico) para a detecção da infecção. Vale lembrar que o RT-PCRT está disponível nas unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo.

De igual maneira, trabalhadores contactantes de pessoas suspeitas ou confirmadas, seja em suas residências ou nos locais de trabalho, também deveriam ser afastados por período suficiente para reduzir a possibilidade da doença e consequente transmissão.

É fundamental que a USP deixe claro a seus trabalhadores que a percepção dos sintomas e a realização do PCR são medidas que podem protegê-los da infecção, mais do que a realização de teste sorológico. Os sintomas listados pelo *Center for Disease Control* são: febre ou calafrios, tosse, dificuldade para respirar, fadiga, dor no corpo ou muscular, dor de cabeça, perda de paladar ou de olfato, dor de garganta, congestão nasal ou coriza, náusea ou vômito e diarreia².

Imaginemos que uma pessoa que não é da área da saúde tem sintomas de COVID-19, esteja infectada, e vai até um local onde se realiza teste sorológico. Este apresenta resultado negativo e continua trabalhando presencialmente. O teste leva ao aumento do risco de infecção entre trabalhadores, ao invés de diminuir. Outro exemplo: Imagine que um trabalhador nunca teve sintomas e recebe um resultado sorológico falso positivo (que é possível, dada a ainda baixa prevalência da doença). Essa pessoa pode reduzir erroneamente seus cuidados de distanciamento físico e estar mais exposta a se infectar. Ainda pior, pode vir a ter a infecção posteriormente e continuar trabalhando com a premissa de que já teve COVID-19.

Os planos de retorno devem considerar a possibilidade de aumento da transmissão

Segundo as evidências disponíveis, o número básico de reprodução (R_0) de COVID-19 mais provável está entre 2 e 3 em diferentes cenários^{5,9}. Tomando 2,5 como valor aproximado desse número de reprodução, qualquer medida de controle baseada na taxa de contatos deveria ter uma meta mínima uma redução de 60%⁴.

Recentemente, os indicadores epidemiológicos sugerem estabilização da transmissão, sugerindo que o número de reprodução efetivo (R) estaria próximo de 1, em várias regiões de São Paulo. No entanto, esta estabilização é totalmente dependente dos comportamentos que determinam a taxa de contatos e a probabilidade de transmissão em cada contato (o que

depende das medidas de prevenção). Conseqüentemente, qualquer decisão de retorno a atividades rotineiras, tem o potencial de que o número de reprodução efetivo volte para aquele do básico, gerando surtos.

Na ausência de uma estratégia de imunização segura e suficientemente eficaz, que só seria obtida com uma vacina adequada, uma recomendação razoável é que nenhuma fase do plano de retorno deva considerar a presença de mais de 40% do pessoal.

Potenciais implicações trabalhistas

O 7º documento não considera que há maior chance de infecção/adoecimento/morte dos funcionários, em especial daqueles em maior vulnerabilidade social que poderiam se expor tanto na ida ao trabalho quanto na volta à residência. Poderão também se infectar ou transmitir para outras pessoas de maior vulnerabilidade em seu domicílio. Conseqüentemente, a chamada bolha sanitária poderá ser insuficiente, pois prevê apenas a rede de contatos presencial no ambiente de trabalho.

Vale lembrar também que há risco de ser acolhido pela justiça pleitos de reparação financeira por contaminação de SARS-CoV-2 no ambiente de trabalho.

A USP deve zelar pela credibilidade científica de seus planos, bem como garantir participação democrática da sua comunidade para manter sua excelência acadêmica e proteger e preservar os direitos à saúde e à vida.

Saudações universitárias

Congregação da Faculdade de Saúde Pública da USP

Referências utilizadas:

1. Ayres JR de CM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de saúde coletiva. 2006. p. 375–417.
2. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) – Symptoms [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 22 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013652/full>)
3. Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Spijker R, Taylor-Phillips S, et al. Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2020 [citado 22 de outubro de 2020];(6). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013652/full>
4. Diaz-Quijano FA, Rodriguez-Morales AJ, Waldman EA. Translating transmissibility measures into recommendations for coronavirus prevention. Rev. Saude Publica 2020; 54:43. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32294667>. Accessed 25 April 2020.
5. Fang Y, Nie Y, Penny M. Transmission dynamics of the COVID-19 outbreak and effectiveness of government interventions: A data-driven analysis. J. Med. Virol. 2020; :jmv.25750. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.25750>. Accessed 21 March 2020.
6. G1. Funcionários das áreas de segurança e limpeza do HC de SP foram sete vezes mais infectados do que médicos de UTI de Covid [Internet]. G1. [citado 21 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/09/04/funcionarios-das-areas-de-seguranca-e-limpeza-do-hc-de-sp-foram-7-vezes-mais-infectados-do-que-medicos-de-uti-de-covid.ghtml>
7. Gold MS, Sehayek D, Gabrielli S, Zhang X, McCusker C, Ben-Shoshan M. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. Postgraduate Medicine. 14 de julho de 2020;1–7.
8. Killerby ME. Characteristics Associated with Hospitalization Among Patients with COVID-19 — Metropolitan Atlanta, Georgia, March–April 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2020 [citado 20 de outubro de 2020];69. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6925e1.htm>
9. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N. Engl. J. Med. 2020; 382:1199–1207.
10. Li X, Xu S, Yu M, Wang K, Tao Y, Zhou Y, et al. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2020;
11. Muench P, Jochum S, Wenderoth V, Ofenloch-Haehnle B, Hombach M, Strobl M, et al. Development and Validation of the Elecsys Anti-SARS-CoV-2 Immunoassay as a Highly Specific Tool for Determining Past Exposure to SARS-CoV-2. Journal of Clinical Microbiology. 2020;58(10):11.
12. Raifman MA, Raifman JR. Disparities in the Population at Risk of Severe Illness From COVID-19 by Race/Ethnicity and Income. Am J Prev Med. julho de 2020;59(1):137–9.
13. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 20 de agosto de 2020;584(7821):430–6.
14. Xu L, Mao Y, Chen G. Risk factors for 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) patients progressing to critical illness: a systematic review and meta-analysis. Aging (Albany NY). 23 de junho de 2020;12(12):12410–21.
15. Yanover C, Mizrahi B, Kalkstein N, Marcus K, Akiva P, Barer Y, et al. What Factors Increase the Risk of Complications in SARS-CoV-2–Infected Patients? A Cohort Study in a Nationwide Israeli Health Organization. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 25 de agosto

de 2020 [citado 20 de outubro de 2020];6(3). Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7451109/>