



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CAMPUS TOLEDO

CURSO DE MEDICINA



PROGRAMA DE VOLUNTARIADO ACADÊMICO

TRADUÇÃO LIVRE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS SOBRE O COVID-19

Este projeto visa realizar a tradução livre de artigos científicos relacionados ao COVID-19, publicados em revistas internacionais de renome, com o objetivo de fornecer material traduzido e facilitar a compreensão e acesso à informação relevante aos profissionais de saúde de diversas áreas e a população em geral. Não há conflitos de interesse.

Título original: Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era

Autores: KLOMPAS, Michael; MORRIS, Charles A.; SINCLAIR, Julia, et al.

Publicado em: NEJM. April 1, 2020

DOI: 10.1056/NEJMp2006372

Highlights:

- “Pode haver benefícios adicionais nas políticas de amplo uso de máscaras que se estendem além da contribuição técnica para reduzir transmissão patogênica. Máscaras são lembretes visíveis de uma outra ameaça ainda invisível, mas largamente patogênica e pode lembrar as pessoas da importância do distanciamento social e de outras medidas de controle de infecção.”
- “O valor potencial do uso universal de máscaras em dar aos profissionais de saúde a confiança para absorver e implementar as fundamentais práticas de prevenção de infecção, descritas acima pode ser sua maior contribuição.”

PERSPECTIVA

Uso Universal de Máscaras em Hospitais na Era do Covid-19

Como a pandemia da SARS-CoV-2 continua a expandir, sistemas hospitalares estão lutando para intensificar suas medidas para proteger pacientes e trabalhadores da saúde. Um número crescente de pessoas da linha de frente está se perguntando se esse esforço deveria incluir o uso universal de máscara por todos profissionais de saúde. Tal uso universal de

máscaras já é uma prática preconizada em Hong Kong, Singapura e outras partes da Ásia e tem sido adotada recentemente por muitos hospitais americanos.

Sabemos que usar uma máscara fora das instalações do serviço de saúde oferece pequena, se há alguma, proteção contra infecções. Autoridades de saúde pública definem uma exposição significativa à Covid-19 como contato face a face no alcance de 1,82 metros de distância com paciente sintomático da Covid-19, sustentado por pelo menos alguns minutos (e alguns dizem mais de 10 minutos ou até mesmo 30 minutos).

Portanto, a chance de pegar a Covid-19 de uma interação passageira em um espaço público é mínima. Em muitos casos, o desejo pelo uso generalizado das máscaras é uma reação reflexiva da ansiedade frente à pandemia.

Os cálculos podem ser diferentes, entretanto, nas configurações do sistema de saúde. Primeiro e principalmente, a máscara é um componente central do equipamento de proteção individual (EPI), clínicos as necessitam quando estão cuidando de pacientes sintomáticos com infecções respiratórias virais, juntamente com avental, luvas e proteção ocular. O uso da máscara nesse contexto já é parte da rotina na maioria dos hospitais. O que está menos claro é se a máscara oferece alguma proteção adicional no cenário do sistema de saúde no qual o usuário não está em interação direta com o paciente sintomático. Há dois cenários em que benefícios podem ser possíveis.

O primeiro é durante o cuidado de paciente com Covid-19 não reconhecida. Contudo, a máscara sozinha neste caso reduzirá o risco apenas levemente, uma vez que ela não proporciona proteção contra gotículas que podem entrar pelos olhos ou de fômites do paciente ou no ambiente que os profissionais podem pegar com suas mãos e carregar até suas membranas mucosas (particularmente devido à preocupação de que os usuários de máscara possam ter uma tendência maior a tocar seus rostos).

Mais atraente é a possibilidade de que o uso da máscara possa reduzir a probabilidade de transmissão por trabalhadores da saúde assintomáticos ou minimamente sintomáticos com Covid-19 para outros profissionais ou pacientes. Essa preocupação aumenta à medida que a Covid-19 torna-se mais difundida na comunidade. Encaramos um risco constante de que um profissional da saúde com infecção inicial possa trazer o vírus para nossa instituição e transmiti-lo para os outros. A transmissão por pessoas com infecção assintomática tem sido bem documentada, apesar de que não está claro até que ponto essa transmissão contribui para a disseminação geral da infecção.¹⁻³

Mais insidioso deve ser o trabalhador da saúde que vem trabalhar com sintomas leves ou ambíguos, como fadiga ou dor muscular, ou inflamação de garganta e congestão nasal leve, que atribuem a longa jornada de trabalho ou estresse ou alergias sazonais, ao invés de reconhecerem que podem estar com uma Covid-19 inicial ou leve. Em nossos hospitais, já temos visto inúmeras situações em que membros da equipe também vêm ao trabalho bem, mas desenvolvem sintomas de Covid-19 ao longo de seus turnos ou trabalharam com sintomas leves e ambíguos que subsequentemente foram diagnosticados com Covid-19. Esses casos têm levado a um grande número de nossos pacientes e membros da equipe sendo expostos ao vírus e a várias infecções potencialmente correlacionadas nos trabalhadores da saúde. Uso de máscara em todos os colaboradores pode limitar a transmissão dessas fontes pela parada da disseminação via gotículas orais e nasais carregadas de vírus, por trabalhadores da saúde assintomáticos ou minimamente sintomáticos.

O que é claro, entretanto, é que o uso universal de máscara isoladamente não é uma panaceia. Uma máscara não irá proteger os colaboradores que cuidam de um paciente com Covid-10 ativa se não está acompanhada de higiene meticulosa das mãos, proteção ocular, luvas e avental. Uma máscara sozinha não irá prevenir trabalhadores da saúde com Covid-19 inicial de contaminar suas mãos e disseminar o vírus para pacientes e colegas. Focar no uso universal das máscaras isoladamente pode, paradoxalmente, conduzir para maior transmissão da Covid-19 se isso desviar a atenção da implementação de medidas de controle de infecção mais fundamentais.

Tais medidas incluem triar vigorosamente todos pacientes que chegam à instituição por sintomas de Covid-19 e imediatamente os colocar máscaras e os alocar em uma sala; implementar precocemente precauções de contato e gotículas, incluído proteção ocular, para todos pacientes sintomáticos e preferir errar para o lado da cautela em caso de dúvida; refazer a triagem diariamente em todos pacientes admitidos por sinais e sintomas de Covid-19, caso uma infecção

estivesse incubando durante a admissão ou tenha tido exposição ao vírus no hospital; ter um baixo limiar para teste de pacientes mesmo com sintomas leves potencialmente atribuíveis a uma infecção viral respiratória (isso inclui pacientes com pneumonia, dado que um terço ou mais das pneumonias são causadas por vírus ao invés de bactérias); requerer que os empregados atestem que não têm sintomas antes de iniciar cada dia de trabalho; ser atento para a distância física entre membros da equipe em todas instâncias (incluindo locais potencialmente negligenciáveis como elevadores, ônibus de transferência hospitalar, arredores clínicos e salas de trabalho); restringir e triar visitantes; e aumentar a frequência e a confiabilidade da higiene das mãos.

A extensão dos benefícios secundários do uso universal de máscaras além e acima dessas medidas fundamentais é discutível. Isso depende da prevalência de trabalhadores da saúde com infecções assintomáticas ou minimamente sintomáticas, bem como a relativa contribuição da população para a disseminação da infecção. É informativo, a esse respeito, que a prevalência de Covid-19 juntamente com assintomáticos evacuados de Wuhan durante o pico da epidemia era somente 1 a 3%.^{4,5} Avaliando a propagação da infecção em Wuhan, se notou a importância de infecções não diagnosticadas no fomento da propagação da Covid-19, reconhecendo que o risco de transmissão desta população provavelmente é menor que o risco de propagação por pacientes sintomáticos.³ Então o potencial benefício do uso universal de máscaras precisa ser balanceado contra risco futuro de falta de máscaras e assim expor os clínicos a um risco muito maior de tratar de pacientes sintomáticos sem o uso de uma máscara. Providenciar uma máscara por dia, com uso estendido, para cada profissional de saúde,

Formas de divulgação disponibilizadas pelos autores encontram-se disponíveis em NEJM.org.

From the Department of Population Medicine, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care Institute (M.K.), Brigham and Women's Hospital (M.K.,

pode, entretanto, aumentar paradoxalmente o controle de estoque por reduzir o uso único e facilitar o fluxo de trabalho centralizado por alocar máscaras sem avaliação do nível de risco individual do trabalhador.

Pode haver benefícios adicionais nas políticas de amplo uso de máscaras que se estendem além da contribuição técnica para reduzir transmissão patogênica. Máscaras são lembretes visíveis de uma outra ameaça ainda invisível, mas largamente patogênica e pode lembrar as pessoas da importância do distanciamento social e de outras medidas de controle de infecção.

Também é claro que máscaras servem como papel simbólico. Máscaras não são apenas equipamento, **elas também são talismãs que podem ajudar a aumentar o senso de segurança**, bem-estar e confiança no hospital dos profissionais de saúde. Apesar de que tais reações podem não ser estritamente lógicas, estamos todos sujeitos ao medo e à ansiedade, especialmente durante tempos de crise. Alguém pode argumentar que medo e ansiedade são melhor rebatidos com dados e educação do que com um benefício secundário da máscara, particularmente à luz de uma escassez global de máscaras, mas é difícil fazer os clínicos ouvirem esta mensagem no calor da crise atual. A grande contribuição dos protocolos de uso expandido de máscaras pode ser a redução da transmissão de ansiedade, acima de qualquer função que possam atuar na redução da transmissão da Covid-19. **O valor potencial do uso universal de máscaras em dar aos profissionais de saúde a confiança para absorver e implementar as fundamentais práticas de prevenção de infecção, descritas acima pode ser sua maior contribuição.**

C.A.M., J.S., M.P.), Harvard Medical School (M.K., C.A.M., E.S.S.), and the Infection Control Unit and Division of Infectious Diseases, Massachusetts General Hospital (E.S.S.) — all in Boston.

Este artigo foi publicado em 01 de abril de 2020, em NEJM.org.

coronavirus (SARS-CoV2). Science 2020 March 16 (Epub ahead of print).

Referências

1. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. N Engl J Med 2020;382:970-1.

2. Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. JAMA 2020 February 21 (Epub ahead of print).

3. Li R, Pei S, Chen B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel

4. Hoehl S, Rabenau H, Berger A, et al. Evidence of SARS-CoV-2 infection in returning travelers from Wuhan, China. N Engl J Med 2020;382:1278-80.

5. Ng O-T, Marimuthu K, Chia P-Y, et al. SARS-CoV-2 infection among travelers returning from Wuhan, China. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMc2003100

DOI: 10.1056/NEJMp2006372

Copyright © 2020 Massachusetts Medical Society

Traduzido por¹: Larissa Panatta e Marcella Dellatorre Pucci

Revisado por¹: Flávia Renata Ropelatto Pires e Sofia Mitsue Ishie

Supervisão²: Dr Eduardo Gomes

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), campus Toledo.

2. Médico urologista e professor do curso de Medicina da UFPR, campus Toledo.