

TRABALHO EM TEMPOS DE COVID-19

ORIENTAÇÕES PARA A SAÚDE E SEGURANÇA



Organizadores

Maxmiria Holanda Batista
Saulo da Silva Diógenes
Edenilo Baltazar Barreira Filho

**TRABALHO EM TEMPOS DE
COVID-19**

**ORIENTAÇÕES PARA A
SAÚDE E SEGURANÇA**

Presidente da República

Jair Messias Bolsonaro

Ministro da Educação

Milton Ribeiro

Universidade Federal do Ceará

Reitor

Prof. José Cândido Lustosa Bittencourt de Albuquerque

Vice-Reitor

Prof. Glauco Lobo Filho

Imprensa Universitária

Diretor

Joaquim Melo de Albuquerque

Organizadores
Maxmiria Holanda Batista
Saulo da Silva Diógenes
Edenilo Baltazar Barreira Filho

**TRABALHO EM TEMPOS DE
COVID-19**
ORIENTAÇÕES PARA A
SAÚDE E SEGURANÇA



**Fortaleza-CE
2020**

Trabalho em tempos de Covid-19: orientações para a saúde e segurança
© 2020 Copyright by autores
Impresso no Brasil / Printed In Brazil
Todos os Direitos Reservados

Editora da Universidade Federal do Ceará – UFC
Av. da Universidade, 2932 – Benfica – Fortaleza – Ceará
CEP: 60020-181 – Tel.: (85) 3366.7766 (Diretoria)
3366.7499 (Distribuição) 3366.7439 (Livraria)
Internet: www.editora.ufc.br – E-mail: editora@ufc.br

Capa: Daniel Almeida Chagas

Diagramação: Marcelo Hermando Leite (Maherle)

Editoração: João Joaquim Freitas do Amaral

Apoio: VSM Editora

Ilustrações: Istock by Getty Imagens ((Licença padrão- Royalty-free)

Colaboração: Leandro Rodrigo Pereira de Matos, Paulo Henrique Silva Nunes,
Lemuel Fagnus Linhares de Aguiar, Maria Mirislene Vasconcelos Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Bibliotecária Marilzete Melo Nascimento CRB 3/1135

T758 Trabalho em tempos de Covid-19 [recurso eletrônico] :
orientações para a saúde e segurança / Maxmiria
Holanda Batista, Saulo da Silva Diógenes e Edenilo
Baltazar Barreira Filho (organizadores). - Fortaleza:
Imprensa Universitária, 2020.
6.656 kb : il. color. ; PDF

ISBN: 978-65-991493-8-2

1. Saúde – Covid-19. 2. Trabalho. 3. Prevenção. I.
Batista, Maxmiria Holanda. org. II. Diógenes, Saulo da Silva.
org. III. Barreira Filho, Edenilo Baltazar. org. IV. Título.

CDD 614

AUTORES

ADRIANO DA COSTA BELARMINO

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ANDRÉA DOURADO COSTA

Mestra em Direito Constitucional nas Relações Privadas pela Universidade de Fortaleza. Advogada. Professora de Direito do Trabalho, Processo do Trabalho e Processo Civil na Faculdade de Fortaleza (FAFOR); na Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE) e no Centro Universitário Fanor (UNIFANOR). Integrante do grupo de pesquisa NEDTS - Núcleo de estudos em direito do trabalho e seguridade social.

ANDRÉA FROTA SAMPAIO FIGUEREDO

Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pela Universidad Pontificia Comillas. Assessora Técnica da Rede assistencial de Saúde mental, Álcool e outras Drogas do município de Fortaleza

ANA ESTELA FERNANDES LEITE

Médica. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Secretária Adjunta da Saúde-Prefeitura Municipal de Fortaleza.

ANAMARIA CAVALCANTE E SILVA

Médica. Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Titular do Centro Universitário Christus. Coordenadora de educação em saúde, ensino, pesquisa e programas especiais- Prefeitura Municipal de Fortaleza.

ANA PAULA DIAS DE SÁ

Médica. Mestranda em Saúde Pública pela FIOCRUZ/Brasília. Integrante da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares e do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Ceará (MST/CE).

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (2015). Professor da Graduação em Enfermagem e da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

BERNARDO DINIZ COUTINHO

Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

CAROLINA CUNHA BEZERRA

Administradora e discente em Psicologia (UNIFOR). Idealizadora e Coordenadora do Projeto Sintonia da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

CRISTIANA FERREIRA DA SILVA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Docente Titular do Centro Universitário Fametro.

DANIELA GARDANO BUCARLES MONT'ALVERNE

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências na área de Concentração de Pneumologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará.

DANIELE ROCHA QUEIROZ LEMOS

Enfermeira e Epidemiologista. Doutora em Saúde Coletiva. Epidemiologista na Associação Brasileira de Epidemiologista de Campo (ProEpi). Docente do Centro Universitário Christus.

EDENILO BALTAZAR BARREIRA FILHO

Bacharel em Direito, Geógrafo e Sanitarista. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Analista de dados da fundação Itaú-todos pela saúde. Pesquisador do Observatório em Políticas Públicas-OPPS/UFC e Coorientador da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente – LISTA/UFC.

EDUARDO BRENO NASCIMENTO BEZERRA

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente do Curso de Psicologia na Universidade Federal do Tocantins (UFT).

ELINE MARA TAVARES MACÊDO

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará UECE). Diretora do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado do Ceará (CEREST/CE).

EMILIA TOMÉ DE SOUSA

Médica. Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora de Patologia do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Médica Patologista do Serviço de Verificação de Óbitos do Ceará.

EVELINE NOGUEIRA PINHEIRO DE OLIVEIRA

Mestra e Doutoranda em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Integrante do Núcleo de Psicologia do Trabalho da Universidade Federal do Ceará (NUTRA UFC).

FRANCISCA DE MELO BESERRA

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira do Ambulatório da Linha de Cuidados em Diabetes e Obesidade do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC).

FERNANDA CANDIDO SANTOS EUZEBIO

Psicóloga. Especialista em Saúde do Trabalhador pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Psicóloga do Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador de Juazeiro do Norte-Ceará.

FERNANDO FERREIRA CARNEIRO

Biólogo. Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-doutor em Sociologia pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e Pesquisador da Fiocruz/Ceará.

GERMANA SILVA DE PAIVA

Enfermeira. Mestranda em tecnologia e inovação em enfermagem e inovação pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenadora do Gabinete de Crise Município de Beberibe – CE. Enfermeira da Gestão de Leitos projeto Lean nas Emergências /Sírio Libanês - Hospital Geral César Cals e Enfermeira Administrativa do Samu CE.

GEZABELL RODRIGUES

Fisioterapeuta. Mestranda em Fisioterapia e Funcionalidade pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

GISLEI SIQUEIRA KNIERIM

Psicóloga. Doutoranda em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Integrante do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

GUSTAVO AUGUSTO GOMES DE MOURA

Educador popular. Graduado e mestre em antropologia social pela Universidade de Brasília (UNB). Doutorando em antropologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

HARRISMANA DE ANDRADE PINTO

Psicóloga. Especialista em Preceptoría na Clínica do SUS e Processos de Gestão no SUS pelo Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa. Gerente da Célula de Atenção à Saúde Mental - CEASM - Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza – SMS.

ILANA D'AVILA FONTELES DE SOUSA

Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Extensionista/bolsista do programa PET Saúde Interprofissionalidade. Ex-extensionista do projeto Fisioterapia na Promoção da Saúde do Trabalhador (PROERGON) da UFC.

JANAÍLA MARIA DE AGUIAR SILVA

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) - Interprofissionalidade da UFC.

JESSICA BRITO CAVALCANTE

Nutricionista. Mestranda em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

JOEDER DA SILVA MESSIAS

Psicólogo. Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho (GEPET).

JOANA ANGÉLICA PAIVA MACIEL

Médica. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

JOSÉ EDMILSON SILVA GOMES

Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Fundação Cearense de Apoio do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Integrante do projeto de extensão Fisioterapia na Promoção da Saúde do Trabalhador (PROERGON) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

JOSÉ EDIR PAIXÃO DE SOUSA

Licenciado para o Ensino da Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bacharel em Direito (UFC), Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Tenente Coronel, do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará – CBMCE.

JOSÉ ROBERTO PEREIRA DE SOUSA

Médico. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1990), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (1998) e Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (2014). Professor colaborador do Departamento de Saúde Comunitária Faculdade de Medicina-UFC e membro do NESC/UFC.

JULIANA BRITO CAVALCANTE ASSÊNCIO

Psicóloga. Mestre em saúde coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE) Coordenadora do serviço de Psicologia do SAMU Ceará.

LARISSA MARIA PORTO DE CASTRO DALL'OLIO

Odontóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade e em Gestão em Saúde na Atenção Primária (UECE). Gerente da Célula de Referência em Saúde do Trabalhador- Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza.

LEANDRO RODRIGO PEREIRA DE MATOS

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Itaúna (UIT/MG). Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente (LISTA) e Membro da Liga do Coração (LICORE).

LEANDRO ARAÚJO DA COSTA

Médico de família e comunidade. Mestre em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Preceptor da Residência de MFC e Professor substituto do curso de medicina da UFC. Integrante do Setor de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares.

LEMMUEL FAGNUS LINHARES DE AGUIAR

Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente (LISTA), Membro do Projeto Brinquedo Terapêutico e Membro da Liga do Coração (LICORE).

LIA SILVEIRA ADRIANO

Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde (UECE). Doutora em Saúde Coletiva(UECE). Docente do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

LISANDRA SERRA DAMASCENO

Médica. Doutora em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (Fio-cruz/RJ). Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC).

LUAN DOS SANTOS MENDES

Discente do curso Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Extensionista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade) e do Programa de Promoção e Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil.

LUANA VIANA COSTA E SILVA

Graduada em Tecnologia em Gestão Ambiental, Doutora em Desenvolvimento e Meio ambiente. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará (UFC/Crateús), do curso de Engenharia Ambiental e Sanitaria.

LUISA DE MARILAC DE ALENCAR PINHEIRO

Cirurgiã-Dentista, especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pelo Colégio Brasileiro de CTBMF, Mestre em Clínica Odontológica com área de concentração em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fellow em Oral and Maxillofacial Surgery pelo AOCMF Fellowship Program no Hospital Universitário de Freiburg - Alemanha, Staff e preceptora da residência do Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do Instituto José Frota (IJF).

MARCIA DIAS SOARES

Bacharel em Letras. Especialista em Gerenciamento de Recursos Humanos e Gestão e Planejamento Estratégico pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Vice-Presidente da Fundação da Criança e Família Cidadã (FUNCI) da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

MARIA JOSÉ MELO RAMOS LIMA

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva (UECE). Integrante do projeto de extensão Fisioterapia na Promoção da Saúde do Trabalhador (UFC).

MARIANA AGUIAR ALCÂNTARA DE BRITO

Psicóloga. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do curso de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do curso de graduação e de Pós-Graduação em Administração do Centro Universitário 7 de Setembro - UNI7.

MARIANE DIAS DA SILVA ARRUDA

Bacharel em Gestão em Recursos Humanos. Especialista em Direito e Processo do Trabalho. Coordenadora de Gestão de Pessoas Prefeitura Municipal de Fortaleza.

MARCELO JOSÉ MONTEIRO FERREIRA

Pós-Doutorado na London School of Hygiene & Tropical Medicine. Professor Adjunto do curso de graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

MARSELLE FERNANDES FONTENELLE

Psicóloga. Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

MAXMIRIA HOLANDA BATISTA

Psicologia. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE, UFC e UNIFOR. Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Núcleo Trabalho, Ambiente, Saúde e Subjetividade – TRASSUS/UFC e Coordenadora da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente – LISTA/UFC.

MERCEDES QUEIROZ ZULIANI

Terapeuta Ocupacional. Mestranda em Política Social pela Universidade do Federal do Espírito Santo (UFES). Integrante do Coletivo de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

MÔNICA CARDOSO FAÇANHA

Médica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Professora do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará.

NAGLE DE MELO PEREIRA

Psicóloga. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Gestora de Recursos Humanos na Organização Guimarães Ltda.

PATRÍCIA MOREIRA COSTA COLLARES

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Saúde Coletiva pela associação ampla UECE/UFC/UNIFOR. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF. Integrante do projeto de extensão PROERGON (UFC). Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/ Interprofissionalidade/MS).

PAMELLA BESERRA DE MELO

Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pela UFRN, Psicóloga da Pró-Reitoria de gestão de pessoas da Universidade Federal do Ceará (UFC).

PAULO HENRIQUE SILVA NUNES

Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Membro da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente (LISTA) & Liga Acadêmica de Cirurgia Oncológica (LACON). Monitor de Fisiologia Humana.

RAFAELA BARROS DE SOUSA

Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Coordenadora GT Saúde das Populações Vulneráveis FAMED-UFC, Membro da Liga de Saúde Digital (DIGILIGA), integrante da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares e da Gestão Flor do Mandacaru CA XII de maio FAMED- UFC.

RAFAEL BARRETO DE MESQUITA

Fisioterapeuta. Doutor em Saúde, Medicina e Ciências da Vida pela Universidade de Maastricht. Docente do Departamento de Fisioterapia, do Mestrado em Fisioterapia e Funcionalidade e do Mestrado em Ciências Cardiovasculares da Universidade Federal do Ceará (UFC).

RIANY DE SOUSA SENA

Fisioterapeuta Doutora em Ciência da Reabilitação pela Universidade McGill, Montreal, Canadá. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fisioterapeuta da Universidade Federal do Ceará e do Governo do Estado do Ceará.

JOSÉ ROBERTO PEREIRA DE SOUSA

Médico. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1990), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (1998) e Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo

(2014). Professor colaborador do Departamento de Saúde Comunitária Faculdade de Medicina-UFC e membro do NESC/UFC.

ROGÉRIO PINTO GIESTA

Médico. Doutor em Oncologia pela Fundação Antônio Prudente do Hospital A. C. Camargo – São Paulo. Professor Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza. Coordenador no Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 Ceará. Coordenador do Núcleo de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar da Universidade Federal do Ceará

RODRIGO FRAGOSO DE ANDRADE

Fisioterapeuta. Mestre e Doutor em Neurociências pelo programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (UFPE). Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) . Coordenador do projeto de extensão PROERGON (UFC).

RUI PORTO MORAIS

Médico. Pós-graduado em Medicina Aeroespacial pela Universidade Estácio/SP, Operador Tático de Emergências Médicas – OTEM. Médico do serviço aeromédico da Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas do Ceará – CIOPAER. Médico intervencionista do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Ceará – SAMU CE.

SAULO DA SILVA DIÓGENES

Médico do trabalho. Mestre em Saúde Pública, Pesquisador do Núcleo Trabalho, Ambiente e Saúde – TRAMAS/UFC, Perito Médico Federal/ Perito Médico Previdenciário do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, Médico do Trabalho da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador do Núcleo Trabalho, Ambiente e Saúde – TRAMAS/UFC e Coordenador da Liga Saúde, Trabalho e Ambiente – LISTA/UFC.

SÉRGIO BELTRÃO DE ANDRADE LIMA

Odontólogo. Epidemiologista. Doutorando em Biologia Parasitária na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Docente no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Analista de dados da fundação Itaú-todos pela saúde e Prestador de Serviços Educacionais no Hospital Sírio-Libanês.

VÂNIA MARIA ARAÚJO LOUREIRO

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Servidora Pública do município de Fortaleza-Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST. Professora visitante na Universidade Estadual do Ceará, na Escola de Saúde Pública do Ceará e na Empresa 4Saberes.

VANIRA MATOS PESSOA

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Pesquisadora da Fiocruz/ Ceará.

PREFÁCIO

Ao final de 2019 começaram a chegar notícias, vindas do oriente, que davam conta do surgimento de um novo vírus que, naquele momento, parecia concentrado na China e que não conseguiu despertar grandes preocupações entre o público em geral, muito embora estivesse na mira de profissionais de saúde, de forma destacada infectologistas e epidemiologistas.

Estava ali o início de uma pandemia, denominada de Covid-19, reconhecida como doença respiratória gerada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), que em menos de seis meses tornou-se presente em todos os rincões do mundo.

A nova epidemia vinha se somar a outras que tiveram reverberações nas configurações em saúde e nos diferentes contextos sociais onde surgiram e se propagaram.

Os séculos 20 e 21 foram povoados por epidemias, ora localizadas, ora mais disseminadas, assumindo características pandêmicas, que resultaram em diferentes números de afetados e de mortos.

Há aproximadamente cem anos vivia-se a experiência devastadora da chamada “gripe espanhola”, que segundo dados do Centro americano para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), provocou a morte de 50 milhões de pessoas entre 1918 e 1919, em suas diferentes ondas de restrições e retorno à convivência coletiva, após iniciativas precárias de isolamento social.

O CDC cita ainda duas grandes epidemias no decorrer do século anterior – Gripe Asiática (1957-1958) e Gripe de Hong Kong (1968-1970) – com números de mortos que superavam 1 milhão de pessoas. Ainda no século 20 cabe destaque especial a

epidemia da AIDS, que teve início no princípio dos anos de 1980 e ainda hoje, a despeito de todo avanço do tratamento antirretrovirais, seguem causando mortos, chegando a números aproximados, informados pela UNAIDS (órgão da ONU dedicado ao enfrentamento da AIDS), de 35 milhões, entre mais de 78 milhões de afetados em todo o mundo.

O século 21 teve em suas duas primeiras décadas, importantes eventos epidêmicos, talvez não tão fatais quanto aqueles experimentados no século anterior, mas que geraram preocupações significativas em setores da saúde, da política e da economia, pelos riscos que representavam – Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), Gripe Aviária, Gripe A H1N1 e Ebola.

Os contextos onde se deram tais ocorrências – espacialmente e temporalmente – reverberaram de formas distintas, não só nos aspectos que as desencadearam, mas também na experimentação dos fenômenos em curso e nas possíveis consequências deles advindas.

O presente livro se propõe a ser, exatamente, uma análise de um processo em curso. Essa característica impede, no entanto, certo distanciamento histórico para uma posterior análise, a proposta é falar de diferentes dimensões no presente, quando os delineamentos ainda não estão firmes. Os capítulos que aqui estão registrados tratam de fenômenos experimentados no exato momento onde ocorrem.

Sua estrutura, tal como pensada pelos organizadores, está disposta a partir de três grandes matrizes. Na primeira delas, **temas gerais**, onde a própria doença (o “d” de covid) assume o lugar de figura, são trazidas colaborações sobre as formas de transmissão, medidas de prevenção, equipamentos de proteção de individual, cuidados com possíveis disseminações, propostas de vigilância, dentre outras. A segunda, relativa a **temas específicos**, aborda diferentes reverberações em atividades profissionais direta ou indiretamente vinculadas ao campo da saúde, e que guardam relação com a reconfiguração das ações demandadas pela atenção com a pandemia. Por fim, a terceira

matriz – **ações de cuidado e autocuidado para os trabalhadores** - guarda relação direta com as ações de cuidado, tanto de si, como direcionado ao outro, visando a um melhor enfrentamento das condições geradas pelo sofrimento psíquico advindo com a emergência da pandemia.

Os textos aqui organizados, retratam um mosaico de diferentes disciplinas e experiências, congregados a partir da contribuição de aproximadamente 66 autores. Mesmo em se tratando de domínios já abordados, em alguns casos, os textos ganharam uma nova perspectiva a partir da convocação ao posicionamento diante de um fenômeno que tem como perfil básico a reconstituição de uma série de delineamentos gerados pela crise desencadeada pela Covid-19. A gestalt que emerge dessa confluência de diferentes visões, tem como principal referente a compreensão do fenômeno trabalho, daí a justificativa do seu título: **Trabalho em tempos de covid-19: orientações para a saúde e a segurança.**

É exatamente o trabalho, reconhecido como atividade ontológica dos seres humanos, que viabiliza a aproximação e dá sentido à articulação presente neste livro. É a partir do trabalho que se pode compreender também, a luz das premissas neoliberais, uma redução cada vez mais perceptível da capacidade de resposta das sociedades contemporâneas às epidemias, uma vez que sua própria transformação implica uma necessidade de readaptação a novas formas de vivenciá-lo.

O que está delineado nas páginas a seguir, demonstra em sua primeira parte a análise da atividade feita pelo próprio trabalhador, que a implementa num momento de rara excepcionalidade, dada a dimensão e intensificação promovida pela Covid-19 e que demandou uma readequação no agir desses trabalhadores. Na sequência são os aspectos específicos e diferenciados de distintas áreas as que cobram relevo, demandando uma nova organização de trabalho. Por fim, ganha destaque também, a implicação subjetiva que reconfigura o sentido vivenciado por cada trabalhador na emergência de uma perspectiva que ultrapassa os limites da prescrição e o confronto com o real da sua atividade.

O empenho dos organizadores do livro não se dá sem risco. Produzir ou compilar conhecimento, no momento onde o fenômeno em foco se dá, é algo temerário, mas não deixa de ser louvável, exatamente porque viabiliza fazê-lo ao calor da emoção de quem o produz. Não somos defensores da neutralidade científica, por isso valorizamos sobremaneira a possibilidade de revisão do conhecimento que é construído, mas valorizamos ainda mais a implicação do trabalhador com sua atividade e é isso que o que aqui está relatado traz de mais nobre.

Aqui repousam os desafios de apreensão e revisão constante dos saberes produzidos. Os textos não estão, portanto, dissociados do contexto de sua produção. No momento onde o trabalho e os trabalhadores são cobrados a se readaptar diante dos desafios impostos pela pandemia, traduzi-los em palavras e atribuir sentidos é uma experiência enriquecedora.

Dar voz a quem realiza a atividade é propiciador de saúde e, sem dúvidas, é o que permite dar início à reação a fragilização das políticas de proteção ao trabalhador e de desregulamentação dos mercados de trabalho. A tendência observada nos últimos anos em reduzir os serviços básicos voltados ao bem-estar da população – saúde, educação, trabalho -, capitaneada por um movimento globalizado que privilegia o ideário neoliberal, foi de certa forma desmascarado. Isso não quer dizer que reverteremos, como num passe de mágica, essa tendência, mas ao viabilizarmos um espaço de fala para os que vivenciam essa realidade de forma direta – como os trabalhadores e investigadores que aqui explicitam seu cotidiano laboral e suas pautas investigativas – é um passo importante para desvelarmos a realidade e criarmos resistência a uma “naturalização” de interesses que privilegiam os poucos, de sempre.

Boa leitura!

Cassio Adriano Braz de Aquino
Professor Titular de Psicologia da UFC

SUMÁRIO

PARTE 1 TEMAS GERAIS

- 1. A Doença causada por SARS-CoV-2 (COVID-19) 31**
Lisandra Serra Damasceno, Mônica Cardoso Façanha
- 2. SARS-CoV-2: Aspectos Epidemiológicos e Formas de Transmissão 39**
Edenilo Baltazar Barreira Filho, Daniele Rocha Queiroz Lemos, Sérgio Beltrão de Andrade Lima, Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar, Luisa de Marilac de Alencar Pinheiro, Saulo da Silva Diógenes
- 3. COVID – 19: Medidas de Proteção e Prevenção 49**
José Roberto Pereira de Sousa, Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar
- 4. COVID – 19: Equipamentos de Proteção Individual - EPI's 57**
Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne, Riany de Sousa Sena, Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar
- 5. Máscara: a nova vestimenta 71**
José Roberto Pereira de Sousa, Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar
- 6. Atestado Médico: Um Documento Médico-Pericial que é direito do paciente e dever do Médico Assistente. 86**
Saulo da Silva Diógenes, Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar, Paulo Henrique Silva Nunes, Leandro Rodrigo Pereira de Matos
- 7. Legislação Trabalhista no cenário COVID-19 105**
Andrea Dourado Costa

- 8. Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos Serviços de Saúde Frente a Pandemia do Coronavírus 115**
Eline Mara Tavares Macêdo, Maxmíria Holanda Batista, Marcelo José Monteiro Ferreira
- 9. Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços De Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19 127**
Eline Mara Tavares Macêdo, Fernanda Candido Santos Euzebio
- 10. Serviço de Transporte Sanitário Eletivo e de Urgência e Emergência no Cenário Covid -19 134**
Leandro Rodrigo Pereira de Matos, Rui Porto Morais, Paulo Henrique Silva Nunes.

PARTE 2

TEMAS ESPECÍFICOS

- 11. Trabalhadores da saúde orientações para o contexto da pandemia da COVID-19 149**
Pamella Beserra de Melo, Francisca de Melo Beserra, Saulo da Silva Diógenes, Leandro Rodrigo Pereira de Matos, Paulo Henrique Silva Nunes
- 12. Os Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19 161**
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Adriano da Costa Belarmino
- 13. Atendimento Odontológico 169**
Luisa de Marilac de Alencar Pinheiro
- 14. Orientações para as (as) Trabalhadores (as) do Pós-Óbito: Médicos (as) Patologistas, Médicos (as) Legistas e Técnicos (a) em Necropsia 185**
Joeder da S. Messias, Eduardo Breno Nascimento Bezerra, Emília Tomé de Sousa

- 15. Orientações aos Agentes Funerários e Coveiros frente à COVID-19** 193
Eduardo Breno Nascimento Bezerra, Leandro Rodrigo Pereira de Matos
- 16. Trabalhadores/as do Serviço de Limpeza Urbana em Tempos de Pandemia de Covid-19: Riscos e Precauções**205
Luana Viana Costa e Silva
- 17. Orientações aos profissionais de segurança pública frente à COVID-19** 217
Eline Mara Tavares Macêdo, José Edir Paixão de Sousa
- 18. O Trabalho em Serviços de Alimentação no Cenário da Covid-19: Orientações Para a Saúde do Trabalhador**..... 225
Eveline Nogueira Pinheiro de Oliveira, Lia Silveira Adriano, Leandro Rodrigo Pereira de Matos
- 19. Recomendações aos trabalhadores dos serviços de transporte Público no cenário Covid-19** 236
Eline Mara Tavares Macêdo, Fernanda Candido Santos Euzebio, Nagle de Melo Pereira
- 20. Biossegurança na Assistência Fisioterapêutica ao Paciente com Covid-19** 246
Patrícia Moreira Costa Collares, Rafael Barreto de Mesquita, Gezabell Rodrigues, Luan dos Santos Mendes
- 21. COVID-19: orientações ergonômicas para o home office (teletrabalho)** 254
Rodrigo Fragoso de Andrade, Patrícia Moreira Costa Collares, Maria José Melo Ramos Lima, José Edmilson Silva Gomes, Ilana D'Avila Fonteles de Sousa

22. Trabalho em tempos de COVID-19: Orientações para a saúde e segurança do (a) trabalhador (a). Trabalhadores e trabalhadoras do campo..... 261

Leandro Araújo da Costa, Rafaela Barros de Sousa, Mercedes Queiroz Zuliani, Paulo Henrique Silva Nunes, Ana Paula Dias de Sá, Gustavo Augusto Gomes de Moura, Gislei Siqueira Knierim, Vanira Matos Pessoa, Fernando Ferreira Carneiro, Paulo Henrique Silva Nunes.

PARTE 3

ACÇÕES DE CUIDADO E AUTOUIDADO PARA TRABALHADORES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

23. Saúde Mental de Trabalhadores da Saúde: cuidados no contexto da Pandemia da Covid-19 281

Mariana Aguiar Alcântara de Brito, Maxmiria Holanda Batista, Pamella Beserra de Melo, Marselle Fernandes Fontenelle, Paulo Henrique Silva Nunes.

24. Promoção de Saúde do Trabalhador e Práticas Integrativas de Autocuidado: um Legado da Pandemia do Covid-9... 296

Bernardo Diniz Coutinho, Vânia Maria Araújo Loureiro, Patrícia Moreira Costa Collares, Janaila Maria de Aguiar Silva.

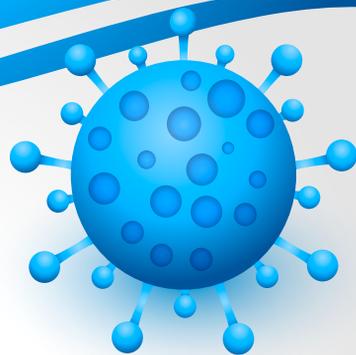
25. Projeto "Sintonia": o cuidado em saúde mental aos trabalhadores da Saúde através do teleatendimento no contexto da COVID-19 303

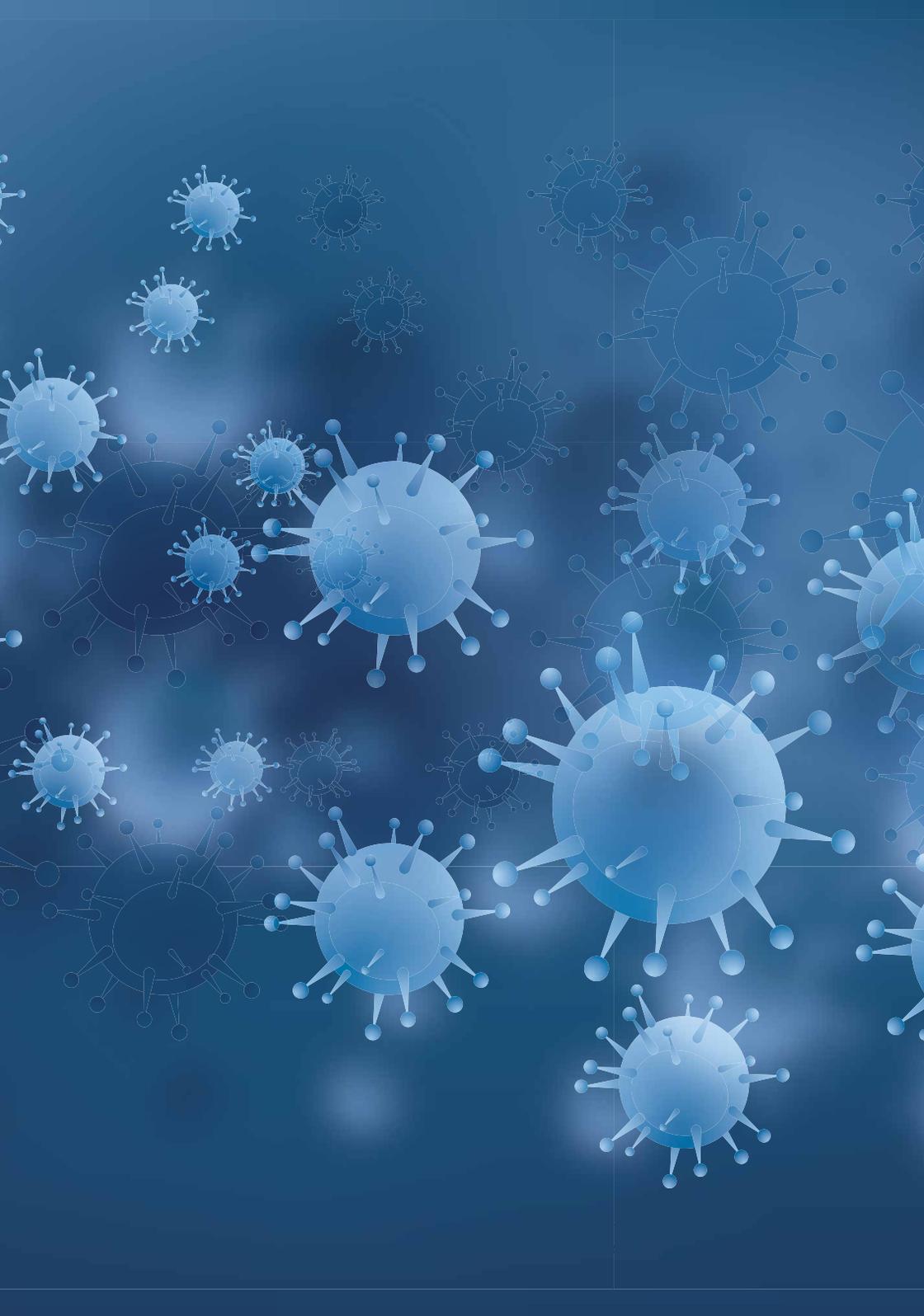
Carolina Cunha Bezerra, Joana Angélica Paiva Maciel, Ana Estela Fernandes Leite, Anamaria Cavalcante e Silva, Mariane Dias da Silva Arruda, Harrismana de Andrade Pinto, Larissa Maria Porto de Castro Dall'Olio, Marcia Dias Soares, Cristiana Ferreira da Silva, Andréa Frota Sampaio Figueredo.

26. Cuidado psicológico aos trabalhadores do SAMU: relato da experiência no Ceará 313

Juliana Brito Cavalcante Assêncio, Rogério Pinto Giesta, Germana Silva de Paiva, Jessica Brito Cavalcante

PARTE 1
Temas
GERAIS





CAPÍTULO 1

A DOENÇA CAUSADA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

Lisandra Serra Damasceno
Mônica Cardoso Façanha

1 - EPIDEMIOLOGIA

Em 31 de dezembro de 2019, o Centro de Controle de Doenças da China, alertaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) para o aparecimento de casos graves de pneumonia de etiologia desconhecida, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China (World Health Organization 2020a; Harapan et al. 2020; Rothan and Byrareddy 2020). Em 07 de janeiro de 2020, um novo vírus emergente da família *Coronaviridae*, inicialmente chamado de “Novo Coronavírus” (2019-nCoV), e mais tarde renomeado para SARS-CoV-2, foi identificado em uma amostra de swab de orofaringe de um paciente, semelhante ao coronavírus SARS-CoV, que causa a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e MERS-CoV, que causa a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Gorbalenya et al. 2020). A doença causada por este novo coronavírus foi nomeada de “*Coronavirus disease 2019*” (COVID-19) e descrita como um agravo que acomete, principalmente, as vias respiratórias inferiores, causando pneumonia e SRAG.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou a epidemia da COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Posteriormente, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como pandemia pela OMS (SOHRABI et al. 2020).

Até 8 de junho de 2020, 6. 931.000 casos haviam sido confirmados, com 400.857 óbitos. Cerca de 48% dos casos ocorreram no continente americano, com mais de 180.000 mortes por COVID-19, sendo os EUA o país mais acometido, seguido do Brasil e Peru (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

Milhares de profissionais de saúde foram afastados das atividades profissionais por terem adquirido a infecção, e muitos morreram em consequência da COVID-19. Na China, cerca mais de 3.300 profissionais de saúde foram infectados até o início de março e, segundo a mídia local, até o final de fevereiro, pelo menos 22 haviam morrido. Na Itália, 20% dos profissionais de saúde que estavam em atividade foram infectados e alguns chegaram ao óbito. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, até 13/05/2020, 31.790 profissionais de saúde haviam se infectado pelo SARS-CoV-2 (BRASIL 2020).

2 - AGENTE ETIOLÓGICO E TRANSMISSÃO

Atualmente existem sete coronavírus humanos identificados: HCoV-229E e HCoV-NL63, pertencentes ao gênero Alfacoronavírus; e, HCoV-OC43, HCoV-HKU1, SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2, pertencentes ao gênero Betacoronavírus. SARS-CoV-2 é membro da família *Coronaviridae* e da ordem *Nidovirales*. Sua estrutura é formada por um nucleocapsídeo composto por RNA genômico e proteína N (nucleocapsídeo fosforilado); e pelo envelope viral que contém quatro proteínas (S - *spike*; M – membrana; E – envelope; HE – hemaglutinina esterase). O genoma do SARS-CoV-2 apresenta 29.903 pb (HARAPAN et al. 2020; JIN et al. 2020).

A transmissão ocorre por pessoa-a-pessoa, através de contatos próximos (menos de 2 metros de distância), por meio de gotículas respiratórias, quando uma pessoa sintomática fala, espirra ou tosse. O período de maior transmissibilidade ocorre nos primeiros três dias de sintomas, quando o vírus se encontra principalmente nas vias aéreas superiores. Entretanto, a transmissão pode ocorrer no período pré-sintomático, entre 1-3 dias antes do

aparecimento dos sintomas. Estima-se que uma pessoa infectada possa transmitir o vírus para até 2-3 pessoas. A transmissão também pode ocorrer através de indivíduos infectados assintomáticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Indivíduos sintomáticos devem permanecer isolados em média por até 14 dias após o início dos sintomas, porém se após este período o paciente continuar sintomático, a descontinuação do isolamento, só deve ocorrer quando o mesmo estiver há 3 dias sem febre e melhor dos sintomas respiratórios (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

Outras formas de transmissão são por meio de superfícies ou objetos contaminados. Sabe-se que os coronavírus humanos podem permanecer viáveis em superfícies inanimadas, por até 9 dias. Entretanto, soluções com hipoclorito de sódio a 0,1% e etanol com concentrações entre 62-71%, diminuem drasticamente a infectividade dos coronavírus nas superfícies, se estas soluções forem aplicadas no período de um minuto (Kampf et al. 2020). Também pode ocorrer transmissão por contato direto ou indireto com fluidos corporais de uma pessoa infectada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

3 - PATOGÊNESE

A patogênese da COVID-19 ainda não está bem esclarecida. Entretanto, sabe-se que a proteína S do envelope viral adere ao receptor da carboxipeptidase relacionada à enzima convertora de angiotensina (ACE2) para entrar na célula. Após a fusão com a membrana celular, o material genético viral é endocitado, e a partir desse ponto, o RNA através da transcrição reversa é convertido em DNA na célula hospedeira, para enfim, ocorrer a replicação viral. Os receptores ACE2 são expressos nos tecidos cardiopulmonares, assim como, nas células hematopoiéticas, como monócitos e macrófagos. Liberação de citocinas e apoptose de células T podem ocorrer, levando a quadros graves de COVID-19. Sabe-se que níveis elevados de interleucina 6 (IL-6), linfopenia acentuada (< 800 células/mm³), e “tempestade” de

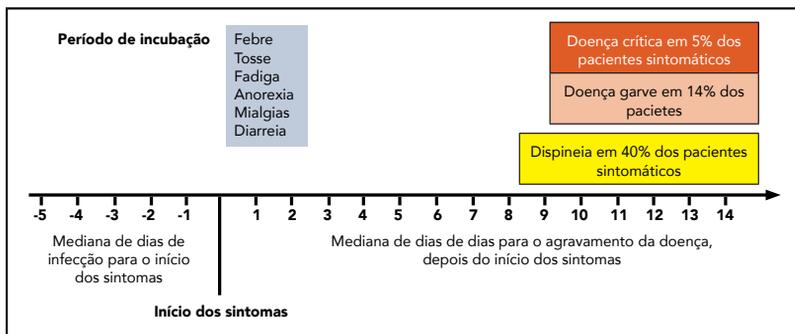
citocinas levando a ativação da cascata de coagulação, estão associados com doença grave, como Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), insuficiência respiratória aguda e eventos trombóticos (MOORE e JUNE, 2020).

4 - HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

O período de incubação varia em média de 5-6 dias, podendo variar de 2-14 dias. A doença pode cursar desde quadros leves a moderados na maioria dos casos (80%), sendo autolimitada. Nos primeiros 7 dias da doença os sintomas estão relacionados com a disseminação viral (viremia); a partir do 8º dia (Figura 1), o paciente pode evoluir para a segunda fase da doença relacionada a atividade hiperinflamatória, onde o indivíduo pode apresentar persistência ou agravamento dos sintomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; BERLIN, GULICK, MARTINEZ, 2020).

Os principais sintomas são febre, tosse, taquipneia, desconforto respiratório (dispneia), fadiga, mialgia, cefaleia, dor em orofaringe, congestão ou obstrução nasal. Em até 20% dos casos podem ocorrer sintomas gastrointestinais como diarreia, náuseas e vômitos. Além disso, os pacientes podem apresentar sintomas neurológicos como anosmia, ageusia, digeusia, delirium, acidente vascular cerebral, ataxia, meningoencefalite e convulsões. Em muitos casos, as manifestações neurológicas podem ocorrer sem sintomas respiratórios. Manifestações cutâneas como rash eritematoso, urticária e lesões pápulo-vesiculares semelhante a varicela, também podem ocorrer (World Health Organization 2020a). A doença é autolimitada em indivíduos que desenvolvem sintomas leves, com resolução entre o 7-10º dia de sintomas.

Figura 1 - História natural da doença



Fonte: Adaptado de Berlin, Gulick, & Martinez, 2020.

Indivíduos que evoluem com sinais e sintomas de alerta (doença moderada), a partir do 7º dia, como febre prolongada, astenia importante e dispnéia (que pode ocorrer em até 40% dos casos), estão mais susceptíveis a evoluírem para doença grave em até 14% dos casos, com necessidade oxigenioterapia suplementar e internamento hospitalar, em média, por volta do 10º dia de doença. Em 5% dos casos, os pacientes podem evoluir com quadros extremamente severos com disfunções orgânicas, como insuficiência respiratória aguda, SARA, sepse e choque séptico, insuficiência renal aguda, insuficiência cardíaca, eventos tromboembólicos e infecções bacterianas ou fúngicas secundárias. Idade avançada (> 60 anos), tabagismo, comorbidades crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade mórbida (IMC > 40), doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca e doença renal crônica, são fatores de risco associadas com doença grave e óbito. Internações hospitalares podem ocorrer em qualquer fase da doença, principalmente em pacientes que desenvolvem a fase hiperinflamatória da doença ou naqueles com fatores de risco.

Existem poucos dados descritos em crianças e gestantes. Sabe-se que crianças desenvolvem quadros mais leves que adultos. Entretanto, tem-se descrito uma síndrome hiperinflamatória multissistêmica associada à COVID-19 em crianças e adolescentes, semelhante a Síndrome de Kawasaki, que leva a falência de

múltiplos órgãos e choque. Fatores de risco associadas a esta condição são asma, doença cardiovascular e imunossupressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

5 - DIAGNÓSTICO

O diagnóstico padrão-ouro é realizado por meio da detecção do RNA viral, através da Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real (RT-PCR) de amostras respiratórias, principalmente nasofaringe e orofaringe. A RT-PCR deve ser realizado, preferencialmente, a partir do 3º dia de doença, até o 7º dia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Entretanto, alguns indivíduos podem ter viremia prolongada, onde a RT-PCR pode detectar o RNA viral por até 40 dias (WAJNBERG et al. 2020). A sensibilidade da RT-PCR é de 67% se realizado nos primeiros 7 dias de doença. Testes sorológicos para detecção de anticorpos, também podem ajudar a definir o diagnóstico, desde que o paciente esteja sintomático. Devem ser usados a partir do 8º dia de doença, sendo a sensibilidade maior (90%) entre o 8-14 dias (Zhao et al. 2020). Os testes de anticorpos não devem ser usados para determinar a presença do status imunológico, ou para avaliar a durabilidade e a duração da imunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

6 - TRATAMENTO

Até o momento não existe nenhum medicamento antiviral específico eficaz para o tratamento da COVID-19. O tratamento deve-se basear na terapia de controle de sintomas, anticoagulação profilática ou terapêutica (de acordo com os fatores de risco e exames laboratoriais), e terapia de suporte, como oxigenioterapia suplementar, ventilação mecânica, terapia substitutiva renal, etc. Vários protocolos de pesquisa clínica estão em andamento com medicamentos antivirais, corticoides, imunomoduladores, inibidores de IL-6, plasma de indivíduos convalescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

REFERÊNCIAS

BERLIN, DAVID A., ROY M. GULICK, FERNANDO J. MARTINEZ. 2020. Severe Covid-19. **New England Journal of Medicine**. DOI <https://doi.org/10.1056/nejmcp2009575>.

BRASIL, Ministério Da Saúde. 14.05.20 **Coletiva de imprensa - Brasil registra 31.790 casos de profissionais de saúde com Covid-19**.

Agência Brasil. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=LXuTVgQEuFw>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2020. **Discontinuation of Transmission Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings** (Interim Guidance). 2020.

GORBALENYA, AE, et al. A espécie Coronavírus relacionado à síndrome respiratória aguda grave : classificação de 2019-nCoV e denominação SARS-CoV-2. **Nat Microbiol** **5**, p. 536-544 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>

HARAPAN, HARAPAN, et al. Coronavírus Disease 2019 (COVID-19): A Literature Review. **Journal of Infection and Public Health**. V. 13, n. 5, 2020, p. 667-673, ISSN 1876-0341, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>.

JIN, YUEFEI, et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of Covid-19. **Viruses**. V.12, n. 4, p. 372 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/v12040372>.

KAMPF, G., et al. Persistence of Coronaviruses on Inanimate Surfaces and Their Inactivation with Biocidal Agents. **Journal of Hospital Infection**. V. 104, n. 3, 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>.

MOORE, John B., Carl H. June. Cytokine Release Syndrome in Severe COVID-19. **Science**. 25 jun. p. 473-474, 2020. DOI <https://doi.org/10.1126/science.abb8925>.

ROTHAN, HUSSIN A., Siddappa N. Byrareddy. The Epidemiology and Pathogenesis of Coronavírus Disease (COVID-19) Outbreak. **Journal of Autoimmunity**. V. 109, 2020. ISSN 0896-8411. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.

SOHRABI, Catrin et al. "Organização Mundial da Saúde declara emergência global: uma revisão do novo coronavírus de 2019 (COVID-19)." Revista internacional de cirurgia (Londres, Inglaterra) v. 76, p.71-76, 2020. doi: 10.1016 / j.ijsu.2020.02.034

WAJNBERG, Ania, et al. Humoral Immune Response and Prolonged PCR Positivity in a Cohort of 1343 SARS-CoV 2 Patients in the New York City Region. **MedRxiv**. 2020. DOI <https://doi.org/10.1101/2020.04.30.20085613>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020a. **Clinical Management of COVID-19**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020b. Painel da Doença de Coronavírus da OMS (COVID-19). 2020. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

ZHAO, JUANJUAN, et al. 2020. Antibody Responses to SARS-CoV-2 in Patients of Novel Coronavírus Disease 2019. **Clinical Infectious Diseases** . DOI <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa344>.

CAPÍTULO 2

SARS-CoV-2: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E FORMAS DE TRANSMISSÃO

Edenilo Baltazar Barreira Filho
Daniele Rocha Queiroz Lemos
Sérgio Beltrão de Andrade Lima
Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar
Luisa de Marilac de Alencar Pinheiro
Saulo da Silva Diógenes

Nas últimas semanas de 2019, uma sucessão de casos de pneumonia afetou a cidade de Wuhan, na China. O agente etiológico foi identificado como um Coronavírus (CoVs), que foi denominado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Ele é constituído de material genético organizado em fita simples de ácido ribonucléico (RNA), protegido por uma cápsula que, em decorrência das espículas proteicas de sua superfície, lembra uma coroa (corona, em latim). A doença causada por esse vírus foi denominada *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) pela OMS (GUO et al, 2020; CASCELLA et al, 2020).

A partir da constatação da presença do vírus em suspensão no ar, foi sugerida a transmissibilidade da doença através de aerossóis (LIU, 2020). Estudo conduzido por Xu et al., 2020 constatou grande expressão de receptores da Enzima Conversora de Angiotensina, fundamentais para a infecção pelo novo coronavírus (conforme se viu no capítulo anterior), em glândulas salivares menores presentes em toda a cavidade oral. Isso se torna potenciais reservatórios do vírus no ser humano, inclusive

em pacientes na fase assintomática da doença, quando também já ocorre transmissão do vírus, sendo a saliva um franco agente contaminante.

Estudos apontam que a viabilidade do vírus fora das células de um organismo hospedeiro é relativamente alta. O novo coronavírus pode sobreviver até 72 horas em plásticos e aço inoxidável e até 24 horas em papelão (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2020). Outros estudos evidenciam que o vírus pode permanecer viável em metal por até cinco dias e em madeira, até quatro dias (VAN, 2020), por fim há estudos que ainda apontam que o novo coronavírus pode permanecer viável em superfícies inanimadas por até 9 dias (KAMPF et al. 2020).

Em março de 2020, a COVID-19 foi classificada pela OMS como pandemia tendo acometido, até então, mais de 120.000 pessoas, provocando 4000 mortes confirmadas em 114 países e 06 continentes, causando um sério impacto nos âmbitos econômicos e de saúde pública em todo o mundo (CHEN et al, 2020). Até 15 de junho de 2020, houve confirmação de mais de 8 milhões de casos de COVID-19 no mundo, com mais de 435 mil mortos, sendo os EUA o país mais acometido, seguido do Brasil com 888.271 casos confirmados e quase 44 mil óbitos, ultrapassando a Rússia (CORONAVÍRUS RESOURCE CENTER, 2020).

Pessoas contaminadas podem começar a transmitir a doença entre 1 a 3 dias antes de apresentarem os sintomas (World Health Organization, 2020). O estudo de caso de COVID-19 no cruzeiro *Diamond Princess* acompanhou a disseminação do coronavírus nas pessoas a bordo, evidenciando estabilização somente quando cerca de 50% dos indivíduos contaminados eram assintomáticos. A proporção de assintomáticos é útil para medir a verdadeira carga da doença e interpretar melhor as estimativas do potencial de transmissão, pois muitos vírus são transmitidos por indivíduos assintomáticos, como o vírus do sarampo e da poliomielite. O estudo chamou a atenção para o aumento rápido dos assintomáticos, o que é um aspecto relevante para a saúde pública, tendo sido a taxa de assintomáticos estivada de 17,9% (intervalo de confiança de 95%: 15,5–20,2%), o que foi diferente

da taxa estimada em outro estudo com habitantes que evacuaram Wuhan, a qual foi de 33,3% (intervalo de confiança de 95%: 8,3–58,3%) (MIZUMOTO et. al, 2020).

Em função disso, a OMS recomenda não apenas o isolamento de pacientes positivos, como também o rastreamento de seus contatos e a ampla testagem das populações de forma a isolar também os contactantes e os infectados assintomáticos, contribuindo assim para o melhor controle da disseminação da doença, inclusive nos locais de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Dessa forma, a presença viral em gotículas de saliva e produtos de espirros e de acessos de tosse captadas por contato próximo e/ou depositadas em superfícies contaminadas justifica a importância do uso de máscaras, lavagem das mãos e desinfecção de superfícies (BVS, 2020). Segundo o Center for Diseases Control (CDC) norte-americano, o uso de máscaras de tecido pela população em geral ajudaria a diminuir a disseminação de gotículas contaminantes para o ambiente e, conseqüentemente, o ritmo de espalhamento do vírus.

Além da grande resistência do vírus fora das células e da alta taxa de transmissibilidade, inclusive por assintomáticos, algumas características importantes da COVID-19 foram consideradas para destacá-la como uma emergência em saúde pública. No geral, 15 a 20% terão sintomas mais graves que indicarão internação hospitalar, e aqui se incluem os pacientes com pneumonia (complicada ou sem complicações); em 5% dos pacientes há necessidade de internação em UTI, em geral nas situações de Síndrome da Angústia Respiratória Aguda, sepse e choque séptico (HOSPITAL DE CLÍNICAS; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2020).

Os idosos são grupos de risco para desenvolver desfechos desfavoráveis durante a pandemia do COVID-19, principalmente devido às características fisiológicas que estes apresentam, bem como ao seu estado basal, um exemplo disto são as doenças crônicas, imobilidade e estado inflamatório (FLORES; LAMPERT,

2020). Concordante com isso há estudos que apontam maior taxa de hospitalização para indivíduos maiores de 50 anos do sexo masculino (BRASIL, 2020) e taxa de hospitalização e internação em UTI o dobro da população geral estudada para aqueles com idades acima de 65 anos mesmo entre os idosos sem nenhuma comorbidade (PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020). Nos Estados Unidos, a taxa de hospitalização entre aqueles que não apresentavam nenhuma condição pré-clínica foi de 7%, sendo 2% tendo evoluído com necessidade de UTI, ao passo que esses números aumentam para 30% e 15%, respectivamente, para pessoas com comorbidades (PIRES, CARVALHO, XAVIER, 2020), o que usual nos idosos.

Um aspecto extremamente relevante na COVID-19 é a rapidez com a qual a doença evolui. Dentre os pacientes que desenvolvem formas graves da doença, o tempo entre o início dos sintomas e o surgimento das manifestações graves varia entre 5 a 10 dias (HOSPITAL DE CLÍNICAS; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2020). Isso é extremamente preocupante para o serviço de saúde, pois muitos pacientes vão demandar o serviço de saúde de forma intensa e com necessidade de insumos de alta complexidade, como respiradores para os pacientes e material de proteção individual para os profissionais de saúde, podendo rapidamente levar a exaustão do serviço de saúde.

No Ceará, tivemos um cenário crítico na saúde, no dia 26 de maio, a taxa de ocupação dos leitos de enfermaria foi de 84,9% e de leitos de UTI, 85,5%; enquanto na região de Fortaleza, 93,2% dos leitos de UTI estavam ocupados com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE, 2020a). Uma semana depois, embora a taxa de ocupação de leitos de enfermarias tenha caído para 68,2%, a taxa de ocupação de leitos de UTI permaneceu de 93,0%, com maior índice na Região Norte (CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE, 2020b). Apesar de tamanha ocupação e de quantidade de infectados, deve-se considerar que ainda não sabemos se a infecção que não evolui para o óbito gerará imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida (BRASIL, 2020). Nessa si-

tuação atualmente, já há quase 4 milhões de pessoas no mundo, sendo quase 500 mil só no Brasil (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020).

Mais um aspecto relevante é o fato de o Brasil ser um país subdesenvolvido com grande grau de desigualdade socioeconômica, pois estudos apontam número mais alto de casos confirmados e índice maior de severidade desses casos na população de baixa renda, podendo ser explicado por uma maior incidência de doenças crônicas dentre os mais pobres (PIRES, CARVALHO, XAVIER, 2020). Portanto, essa é uma doença de grande transmissibilidade e gravidade clínica, conforme revelado pela letalidade observada (FREITAS et al, 2020), sendo hoje (15 de junho de 2020) a sua taxa de letalidade de 5,4% no mundo e 4,9% no Brasil (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2020).

Em resumo, diante das informações disponíveis atualmente a transmissão pode se dar através de:

Contato físico como toque, aperto de mão, abraços e beijos;
Contato que envolva gotículas de saliva ou outras secreções;
Exposição a ambientes contaminados por aerossóis produzidos por pessoas contaminadas, estejam elas sintomáticas ou não;
Espirro, Tosse ou Escarro (“catarro”);
Objetos ou superfícies macro ou microscopicamente contaminadas, como: celulares, mesas, talheres, copos, toalhas, escova de dentes, objetos de uso pessoal, maçanetas, brinquedos, teclados de computador, controles remotos, corrimãos, torneiras, ente outros.

De acordo com o “*AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic*”, a maioria das recomendações que existem até esse momento devem ser tratadas como “opinião de especialistas” e são baseadas principalmente em comunicação pessoal, diretrizes apresentadas por várias sociedades nacionais e internacionais e dados revisados por pares quando possível.

Até o desenvolvimento da vacina ou de um tratamento eficaz, sugerimos a adoção de comportamento amigável sem contato físico, com uso correto de máscaras em ambientes coletivos, mantendo o distanciamento social de pelo menos 2 m de outras pessoas e fazendo a lavagem constante das mãos com água e sabão ou a desinfecção com fricção por álcool como forma de se proteger do novo coronavírus.

Todas as recomendações apresentadas nesse manual foram baseadas no conhecimento que temos no momento atual da pandemia. Modificações destas sugestões poderão ser realizadas numa atualização desse manual num momento posterior.

REFERÊNCIAS

AMPF G, TODT D, PFAENDER S, STEINMANN E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J Hosp Infect.**; v.104, n.3, p. 246-251, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035997/>>. Acesso em: 17 jun. 2020. DOI 10.1016/j.jhin.2020.01.022.

AO CMF International Task Force. **AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic.** Disponível em: <<https://www.aofoundation.org/-/media/project/aocmf/aof/documents/ao-cmf-covid19-guidelines.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - BVS. **Novo Coronavírus** (Covid-19): informações básicas. Últimas notícias. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<https://cutt.ly/DyXdgDa>> Acesso em: 15 ma. 2020. Publicado: Sexta, 06 de março de 2020, 16h29 Acessos: 36249

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV), 2020.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CASCELLA, MARCO ET AL. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In: Statpearls. **StatPearls Publishing.** 2020.

CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Use of Cloth Face Coverings to Help Slow the Spread of COVID-19.** Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html>>. Acesso em 09 jun. 2020

DOREMALEN N V, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **N. Engl J Med.**, v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 2020. DOI 10.1056/NEJMc2004973. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2004973>>. Acesso em: 17 jun. 2020.

FLORES, T.G.; LAMPERT, M.A. Por que idosos são mais propensos a eventos adversos com a infecção por COVID-19?. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia - RAGG**, Manaus - AM, Brasil, 2020. Disponível em: <<https://raggfunati.com.br/docs/covid/Flores%20e%20Lampert.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

FREITAS, ANDRÉ RICARDO RIBAS; NAPIMOGA, MARCELO; DONALISIO, MARIA RITA. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020119, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200900&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2020. DOI <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008>.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Destaques do Boletim no 27 de 26/05/2020** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2020a. Disponível em: Boletim epidemiológico. Doença pelo novo coronavírus (covid-19)<https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/BOLETIM_COVID_26_05_2020-1.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Boletim Epidemiológico no 28 de 02 de junho de 2020 | Coronavírus**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2020 b. Disponível em: <<https://coronavirus.ceara.gov.br/project/boletim-epidemiologico-no-28-de-02-de-junho-de-2020/>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

GUO, YAN-RONG et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. **Military Medical Research**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2020. doi:10.1186/s40779-020-00240-0

HOSPITAL DE CLÍNICAS; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Protocolo institucional Manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19**. 3ª versão (3.1). São Paulo: Unicamp, 2020. E-book. Disponível em: <<https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-enfermaria-COVID-19-Versão-3.1.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. **COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center**, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

KPIRES, L.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. de L. **COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil**. Ondas-brasil.org. Disponível em: <<https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribuição-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

LIU, YUAN et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. **Nature**. p. 557-560, 2020. DOI 10.1038/s41586-020-2271-3.

MIZUMOTO, KENJI et al. **Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship**, Yokohama, Japan. v. 25, n. 10, p.2000180, 2020 DOI <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. (2020). **Doença de coronavírus 2019 (COVID-19): relatório da situação**, 73. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331686>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical Management of COVID-19**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavírus disease (COVID-19) advice for the public. **Organização Mundial de Saúde**. 2020. Disponível em: <<https://cutt.ly/hyXsKen>> Acesso em: 15 mai. 2020.

XU J, et al. Salivary Glands: Potential Reservoirs for COVID-19 Asymptomatic Infection. **J Dent Res**. 22034520918518, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271653/>>. Acesso em: 17 jun.2020. DOI 10.1177/0022034520918518.

CAPÍTULO 3

MEDIDAS DE PROTEÇÃO E PREVENÇÃO DA COVID-19

José Roberto Pereira de Sousa
Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar

1 - INTRODUÇÃO E CONTEXTO ATUAL

A Covid-19 é uma doença com rápida propagação em razão de seu elevado índice de transmissão, fazendo-se necessário que se busquem formas de reduzir o avanço do vírus por meio de medidas de prevenção coletiva e individual, bem como buscando informar a população de como se proteger (KHACHFE et al., 2020). Portanto, no contexto da pandemia de Covid-19 e de sua alta taxa de transmissão, na ausência de vacina contra o vírus, são primordiais as medidas para evitar a transmissão e desacelerar o curso da epidemia, ou seja, medidas de mitigação para diminuir o número de reprodução (R0) (ANDERSON et al., 2020). Estas ações são denominadas de intervenções não farmacológicas (INF) (GARCIA e DUARTE, 2020).

As medidas de proteção são dependentes do risco de exposição do trabalhador. Risco de exposição muito alto e alto são, respectivamente, aqueles com alto potencial de exposição a fontes conhecidamente infectadas por SARS-CoV-2 durante procedimentos médicos e os que há exposição a fontes conhecidas ou suspeitas de COVID-19 (SPINAZZÈ et al., 2020). O menor risco acontece em atividades que não exigem contato com pessoas conhecidamente infectadas por SARS-CoV-2, ou suspeitas de estarem infectadas, nem contato frequente e próximo do público em geral (OSHA, 2020). Aqui iremos abordar os riscos de média exposição, aqueles que exigem contato frequente com outros

colegas de trabalho, o público em geral e / ou contato próximo com pessoas que podem estar infectadas com SARS-CoV-2, mas que não são conhecidas ou suspeitas de -CoV-2 (por exemplo, transporte público, escolas, trabalho de alta densidade populacional, ambientes, algumas lojas de alto volume) (SPINAZZÈ et al., 2020).

2 FORMAS DE PROTEÇÃO E PREVENÇÃO

Para reduzir o risco de contrair o SARS-CoV-2 a OMS e vários países passaram a recomendar estratégias de mitigação, como diversas medidas de proteção e prevenção da transmissão da COVID-19 (YAN et al., 2020; CDC, 2019). No geral, a higiene respiratória, que seria o ato de cobrir a própria boca ao tossir ou espirrar, a higiene das mãos, desinfecção de ambientes, o distanciamento social, o isolamento social e o uso de máscaras foram as principais medidas de proteção e prevenção adotadas (YAN et al., 2020; PAITAL et al., 2020; BRUINEN et al., 2020; HOWARD et al., 2020). Em termos do trabalho, fala-se também em uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual) (SETO et al., 2013).

2.1 DISTANCIAMENTO FÍSICO OU SOCIAL

Recomenda-se que as pessoas mantenham uma distância de 2 metros de outros indivíduos e, quando possível, evitem reuniões. São medidas que podem reduzir o contato em até 75%, o que diminui em muito a velocidade de transmissão da doença (NICOLA et al., 2020; BRUINEN et al., 2020).

2.2 Isolamento e Quarentena

O isolamento acontece quando a pessoa apresenta a doença, precisando evitar todas as formas de contato social por, em média, 14 dias desde o início dos sintomas e/ou do diagnóstico, período de maior transmissibilidade (NICOLA et al., 2020). Por outro lado, a quarentena, dar-se quando se faz a restrição de

pessoas saudáveis assintomáticas que tiveram contato com casos confirmados ou suspeitos. É essencial, ao identificar um caso de covid-19 na família, que toda a família permanecer em quarentena por pelo menos 14 dias (NUSSBAUMER-STREIT et al., 2020). As quarentenas podem ser voluntárias ou obrigatórias, domiciliares ou em instituições (NUSSBAUMER-STREIT et al., 2020).

2.3 Bloqueio Social

Bloqueio social é uma medida para a restrição de contatos físicos interindividuais (PAITAL et al., 2020). Através de lei ou outro mecanismo legal é dada uma instrução para não sair de casa, a fim de evitar contatos ambientais externos. Sob essa condição, pessoas que prestam serviços de emergência, como assistência médica, segurança alimentar, segurança geral e cadeia de suprimentos de medicamentos, geralmente são excluídas do bloqueio (PAITAL et al., 2020). Trata-se de medida de grande importância em época de séria ameaça à vida da nação; assim, ao quebrá-la, comete-se crime contra a saúde pública.

2.4 Proteção e Prevenção para o Trabalhador

Algumas medidas de proteção precisam ser colocadas na rotina, virar hábito nas sociedades, algumas necessitam do comprometimento de trabalhadores e empresas:

- Estações de desinfecção para as mãos devem ser colocadas nos ambientes, como por exemplo, aparelhos de álcool em gel ou pias para lavar as mãos. Sempre que possível, com torneiras ou dispensadores de desinfetantes automáticos ou de alavanca.
- Utilização de máscaras em locais públicos e locais de trabalho.
- Antes de entrar nos transportes públicos e no local de trabalho, higienizar as mãos por no mínimo 20 segundos com água e sabão ou álcool 70% por pelo menos 1 minuto.

- O trabalhador precisa utilizar seus próprios objetos de trabalho como canetas, borrachas e grampeadores.
- Procurar controlar o fluxo de pessoas por meio de agendamentos evitando aglomerações e mantendo o distanciamento adequado de 1.5 metro.
- Controlar a quantidade de pessoas dentro dos ambientes para que seja possível manter uma distância segura.
- Nas áreas externas, o distanciamento mínimo pode ser de 1 metro.
- Trabalhadores com riscos de saúde específicos devem ser excluídos de serviços em áreas com elevado fluxo de pessoas.

2.5 Prevenção relacionada a Ventilação do Ambiente

Os controles de engenharia envolvem a diminuição à exposição de riscos sem depender do comportamento do trabalhador e podem ser a solução mais econômica de implementar (OPAS, 2020). Os controles de engenharia para o SARS-CoV-2 incluem:

- Instalando filtros de ar de alta eficiência.
- Aumento das taxas de ventilação no ambiente de trabalho.
- Instalação de barreiras físicas, como resguardos de plástico transparente.
- Instalação de janelas de *drive-thru* para atendimento ao cliente.
- Aumentar a ventilação natural por meio de claraboias, portas e janelas.

2.6 Proteção e Descontaminação de Ambientes:

É de suma importância que seja garantido a limpeza e higiene dos locais de trabalho. Em ambientes com grande fluxo pessoas externas, deve-se procurar uma frequência diária de uso de desinfetante, principalmente em paredes e locais que colocam as mãos. Está comprovado que a desinfecção de superfícies tocadas pelas mãos pode reduzir a taxa de transmissão.

- É importante desinfetar superfícies (mesas, balcões) e objetos (telefone, maçanetas, teclados) (OPAS, 2020). O produto a ser utilizado dependerá do tipo de superfície e objeto; no geral, limpar superfícies com água e detergentes seria suficiente. Pode desinfetar com álcool etílico (62-71%) ou peróxido de hidrogênio (0,5%) ou hipoclorito de sódio (0,1%), deixando pelo menos 1 min de contato do produto com o objeto (DENG e PENG, 2020; ESLAMI e JALILI, 2020).

2.7 Educação para a proteção

- É essencial que a equipe receba treinamento sobre ações de proteção, desinfecção e controle do coronavírus.
- Os trabalhadores de portarias e recepções devem receber instruções e treinamentos sobre distanciamento social, controle do fluxo de pessoas e medidas de controle da Covid-19.
- A equipe de limpeza precisa ter aulas práticas, roteiros de frequência de desinfecção e lista de equipamentos que devem ser utilizados na higienização adequada de maçanetas, corrimãos, pisos, objetos, paredes, mesas, aparelhos, móveis e demais superfícies.
- Por fim, é importante implantar uma equipe de supervisão e auditoria procurando manter a qualidade e a segurança dos ambientes.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, ROY M; et al. Comment How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 110228, p. 931-934, 220. DOI 10.1016/S0140-6736(20)30567-5.

BRUINEN, BRUIN DE YURI; LEQUARRE ANNE-SOPHIE, MCCOURT JOSEPHINE. ET AL. Initial impacts of global risk mitigation measures taken during the combatting of the COVID-19 pandemic. **Saf Sci**. v.128, n. 104773. DOI 10.1016/j.ssci.2020.104773. ISSN 0925-7535 [published online ahead of print, 2020 Apr 15].

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC (USA). **Implementation of mitigation strategies for communities with local Covid-19 transmission** [Internet]. [Washington, D.C.]: Center for Disease Control and Prevention; 2019, p.10 Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/community-mitigation.html>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

DENG SHENG-QUN; PENG HONG-JUAN. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. **J Clin Med**. V.9, p.575, 2020. DOI 10.3390/jcm9020575.

ESLAMI HADI; JALILI MAHROKH. The role of environmental factors to transmission of SARS-CoV-2 (COVID-19). **AMB Express**, v.10, n. 92, 2020. DOI 10.1186/s13568-020-01028-0.

GARCIA, LEILA POSENATO; DUARTE, ELISETE. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2020222, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio. 2020. DOI <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>.

HOWARD JEREMY, et al. Face masks against COVID-19: an evidence review. **Preprints** 2020; DOI: 10.20944 / preprints202004.0203.v1

KHACHFE HUSSEIN H; CHAHROUR MOHAMAD; SAMMOURI JULIE; SALHAB HAMZA A. et al. An Epidemiological Study on COVID-19: A Rapidly Spreading Disease. **Cureus**. v. 12, n. 3, p. e7313, 2020. DOI 10.7759/cureus.7313.

NICOLA MARIA et al. Evidence based management guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. **Int J Surg**. n.77, p.206-216, 2020. ISSN 1743-9191. DOI 10.1016/j.ijvsu.2020.04.001

NUSSBAUMER-STREIT BARBARA; et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4. Art. No.: CD013574, 2020. DOI 10.1002/14651858.CD013574.

Occupational Safety and Health - OSH - **Guidance on preparing workplaces for COVID-19**. OSHA 3990-03 2020. Disponível em: <<https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

OPAS. **Preparando seu local de trabalho para a COVID-19 - 27 de fevereiro de 2020**. OPAS/BRA/ Covid-19/20-014. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51950>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

PAITAL BISWARANJAN; DAS KABITA; PARIDA SARAT KUMAR. Inter nation social lockdown versus medical care against COVID-19, a mild environmental insight with special reference to India. **Sci Total Environ.**, n.728, p.138914, 2020. DOI 10.1016/j.scitotenv.2020.138914

SETO WH et al. Infection prevention and control measures for acute respiratory infections in healthcare settings: an update. **East Mediterr Health J**, v. 19 Suppl, v. 1, p.S39–S47, 2013.

SPINAZZÈ ANDREA; CATTANEO ANDREA; CAVALLO DOMENICO M. COVID-19 outbreak in Italy: protecting worker health and the response of the Italian Industrial Hygienists Association [published online ahead of print, 2020 Apr 16]. **Ann Work Expo Health**, 2020. DOI 10.1093/annweh/wxaa044.

YAN YUXIN, SHIN WOO IN, PANG YOONG XIN, et al. The First 75 Days of Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) Outbreak: Recent Advances, Prevention, and Treatment. **Int J Environ Res Public Health**, v.17, p. 2323, 2020. DOI 10.3390/ijerph17072323.

CAPÍTULO 4

COVID – 19: EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI´s

Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne
Riany de Sousa Sena
Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar

1 - INTRODUÇÃO

A doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), também conhecida como síndrome respiratória aguda grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, no centro da China (EMANUEL, et al., 2020; LI; et al., 2020). Em 11 de março de 2020, devido ao número de casos espalhados em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde declarou a COVID-19 como uma pandemia (WHO, 2020).

Com base nas evidências atuais, o vírus da COVID-19 é transmitido entre pessoas através de contato e gotículas. Além de manifestações clínicas importantes, a COVID-19 também tem um sério impacto na saúde mental das pessoas (HUANG; ZHAO, 2020; XU; et al., 2020). Os profissionais da saúde que estão tratando pacientes com COVID-19 correm um risco maior de contrair a infecção do que o público em geral (DELGADO; WYSS QUINTANA, 2020).

Vale lembrar que a COVID-19 é uma doença altamente infecciosa, sendo que uma pessoa doente pode infectar até três pessoas mesmo com pequena quantidade de carga viral (LI, et al., 2020). Desta forma, o trabalhador, de um modo geral, deve conhecer todos os equipamentos de proteção individual (EPIs) disponíveis e saber, quais e quando os mesmos devem ser utili-

zados. Os EPIs incluem aventais ou macacões, luvas, máscaras e equipamentos de respiração (respiradores) e óculos de proteção (VERBEEK, et al., 2020). Além disto, para garantir a sua segurança e dos demais ao seu entorno, o conhecimento sobre as normas de segurança para colocação e retirada destes equipamentos também são indispensáveis.

Para facilitar a compreensão, nesta sessão iremos primeiro explicar sobre cada EPI e depois sugerir onde e quando os mesmos devem ser utilizados.

Figura 1- Níveis de utilização de Epi's



Fonte: Getty Imagens, 2020.

2 - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

2.1 - AVENTAL OU CAPOTE

Figura 2 - Ilustração de aventais e capotes



Fonte: Getty Imagens, 2020

O avental ou capote a ser utilizado pelo profissional deve ser, preferencialmente, o impermeável descartável, de manga longa com punho ajustável, ou punho de malha ou elástico, possuir abertura posterior e ter gramatura mínima de 30g/m² (ANVISA, 2020).

Entretanto, caso o profissional realize algum procedimento produtor de aerossóis em indivíduos suspeitos ou confirmados de COVID-19, o uso do avental impermeável e descartável passa a ser uma obrigatoriedade, assim como a sua gramatura mínima deverá ser o de 50 g/m² (ANVISA, 2020).

O material de confecção deve ser de boa qualidade, com baixo desprendimento de partículas, atóxico e permitir a execução das atividades sem restringir os movimentos.

Devido a limitação de recursos em período de pandemia, o Centro de Controle e Doença dos Estados Unidos (CDC, 2020) sugere como estratégia para otimizar o uso de aventais que o mesmo avental pode ser usado pelo mesmo profissional de saúde ao interagir com mais de um paciente que se encontra infectado com a mesma doença infecciosa, como no caso da COVID-19,

caso estes encontrem-se na mesma área de isolamento. Entretanto, apenas se não houver entre os pacientes o diagnóstico de Co-infecções adicionais que podem ser transmitidas por contato (ex. *clostridium difficile*).

Deve-se lembrar que o mesmo deve ser removido antes de sair da área de assistência (WHO, 2020).

2.2 - GORRO OU TOUCA

O gorro ou touca está indicado para a proteção dos cabelos e cabeça dos profissionais em procedimentos que podem gerar aerossóis. Assim como os aventais ou capotes, no caso de utilização em pacientes com suspeitas ou em casos confirmados de COVID-19, os mesmos devem ser descartáveis e removidos antes de sair da área de assistência.

Sempre que o gorro/touca aparentarem sinais de umidade, o mesmo deve ser substituído por outro (ANVISA, 2020).

2.3 - LUVAS

As luvas devem ser utilizadas em qualquer contato com o paciente ou seu entorno, como uma forma de precaução de contato. Vale ressaltar que as luvas podem dar uma fácil sensação de proteção, e se não for usada da forma correta, pode ser uma facilitadora na contaminação cruzada (WHO, 2014).

As luvas podem ser divididas em luvas cirúrgicas estéreis ou não estéreis. As luvas estéreis são utilizadas, habitualmente, em procedimentos cirúrgicos e tem como características possuírem punhos mais longos, chegando em média no meio do antebraço. Já as luvas não estéreis são utilizadas, normalmente, em procedimentos onde a esterilidade não é necessária, são mais curtas chegando em média, somente até o punho. Estas luvas (de procedimento) podem ser fabricadas de diferentes materiais, como látex, vinil e nitrílica (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2016).

Todas as luvas devem ser colocadas antes da entrada no quarto do paciente ou da área em que o paciente se encontra. Jamais o profissional deve sair do quarto ou área de isolamento com as luvas. Não se deve jamais lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas (ANVISA, 2020).

Outro fato interessante que deve ser orientado, é que não se deve utilizar duas luvas para o atendimento aos pacientes. Este tipo de ação não garante mais segurança à assistência. Mas o mais importante de todas as informações, é lembrar que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos (ANVISA, 2020).

2.4 - ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL

Óculos de proteção ou protetor facial devem ser utilizados todas as vezes em que houver risco de exposição a aerossóis, secreções corporais, excreções e sangue (ANVISA, 2020).

Cada profissional deve possuir o seu próprio óculos de proteção ou proteção facial e, após o uso, o mesmo deve ser higienizado com hipoclorito de sódio, álcool líquido a 70%, ou outro desinfetante recomendado pelo fabricante (ANVISA, 2020).

2.5 - MÁSCARAS

Figura 3 - Ilustração de máscaras e protetor facial.



Fonte: Getty Imagens, 2020

Neste tópico falaremos de uma forma geral sobre as máscaras. Maiores detalhes serão fornecidos no capítulo destinado somente as máscaras.

As máscaras são indicadas para serem utilizadas durante qualquer situação de exposição a indivíduos com infecção suspeita ou confirmada de COVID-19.

As máscaras cirúrgicas são utilizadas pelo profissional de saúde para proteger o nariz ou boca da contaminação por gotículas respiratórias quando o mesmo estiver a uma distância inferior a 1 metro do paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 (ANVISA, 2020). Entretanto, estas máscaras ficam menos aderidas a pele e não impedem com segurança a inalação de aerossóis.

As máscaras de proteção respiratória devem ser usadas caso o profissional atue em procedimentos com risco de geração de aerossol em indivíduos com infecção suspeita ou confirmada de COVID-19. Como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ressuscitação cardiopulmonar, coletas de secreções nasotraqueais etc. (RADONOVICH et. al., 2019). Nestes casos, ela deve ter uma eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo respirador N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3). (ANVISA, 2020).

3 - ONDE USAR OS EPI'S

Uma vez explicitado sobre os principais EPI's, vamos agora relatar onde os mesmos devem ser utilizados (BRASIL, 2020).

Quadro 1 - Acolhimento de Pacientes. Fortaleza, 2020.

RECEPCIONISTAS, VIGILANTES (ou outros que atuem no acolhimento dos pacientes no serviço de saúde).

Máscara cirúrgica*.

Fonte: Brasil (2020)

* Explicação mais detalhada no **capítulo 11**.

Quadro 2 - Profissionais do Apoio. Fortaleza, 2020.

PROFISSIONAIS DE APOIO (LIMPEZA*, MANUTENÇÃO, NUTRIÇÃO E OUTROS).
Avental/capote impermeável de mangas longas.
Gorro.
Luvas de procedimento.
Óculos de proteção ou protetor facial.
Máscara cirúrgica.

Fonte: Brasil (2020)

*Vale ressaltar que segundo a nota Técnica 04/2020 da ANVISA, os profissionais de limpeza, em algumas situações específicas, como quando em ambiente onde se encontram pacientes portadores de COVID-19 (exemplo: unidade de terapia intensiva), devem utilizar botas impermeáveis, luvas cano longo e respirador N-95.

Quadro 3 - Profissionais da Saúde. Fortaleza, 2020.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ENFERMEIROS, FISIOTERAPEUTAS, MÉDICOS, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E OUTROS).
Avental/capote impermeável de mangas longas
Gorro
Luvas de procedimento
Óculos de proteção ou protetor facial
Máscara cirúrgica ou respirador N-95 (conforme o tipo de exposição a aerossóis).

Fonte: Brasil (2020).

4 - COMO COLOCAR E RETIRAR OS EPI'S CORRETAMENTE

Alguns estudos prévios já demonstraram que apesar de utilizar adequadamente os EPIs o maior risco de contaminação dos profissionais de saúde está na remoção inadequada dos mesmos, provocando assim a auto contaminação (FISCHER; HYNES; PERL, 2014; ZAMORA *et al.*, 2006). Sendo assim, há alguns anos, já existem orientações específicas para colocação e retirada dos EPIs (CDC, 2014; WHO, 2016).

4.1 - Sequência para colocação dos EPI's

Se você possuir cabelos compridos, os mesmos deverão estar adequadamente presos antes de iniciar a colocação dos EPI's. A sequência para colocação está descrita na Figura 1 (AN-VISA, 2020).

Figura 4 - Etapas de Paramentação.

Identifique os perigos e gerencie os riscos. Reúna os EPIs necessários.

Planeje aonde colocar e retirar os EPIs

Você sabe como lidar com o lixo?

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



Coloque o avental/capote, sempre iniciando pelas mangas. Ajuste as amarras na cintura e nas costas. Procure não dar um nó para fixar, sempre que possível dê um laço para facilitar no momento da retirada.



Coloque o Respirador N-95 ou similar. Nunca toque na parte interna do mesmo. Segure-o na mão com as alças penduradas. Encaixe pelo queixo. Pegue as alças pendentes e tracione para atrás da cabeça, posicionando uma alça na nuca e a outra na cabeça. Ajuste o clip da máscara sobre o nariz e realize o teste de pressão positiva e negativa.



Coloque o óculos de proteção ou protetor facial. Posicione adequadamente atrás das orelhas para que o mesmo não caia.



Coloque o gorro/touca na cabeça começando pela testa, indo em direção à base da nuca. O gorro/touca deve além de cobrir toda a cabeça, cobrir também as orelhas.

Por fim, calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental.

Fonte: (ANVISA, 2020)

4.2 - Sequência para retirada dos EPI's

O primeiro item a ser removido é o mais contaminado, desta forma se preconiza a retirada das luvas e do avental/capote. Se você já é acostumado, a retirada pode ser de ambos simultaneamente, puxando-os de dentro para fora, de forma que fiquem do avesso. Caso contrário, retire um item de cada vez conforme descrito no fluxograma abaixo (ANVISA, 2020).

Figura 5 - Etapas de Desparamentação

Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso. Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora. Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada. Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso. Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda. Descarte as luvas na lixeira. Não reutilize as luvas.

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



Proceda a retirada do avental ou capote. Jamais toque na parte externa do avental/capote, pois o mesmo está contaminado. Abra as tiras e solte as amarras. Venha retirando lentamente, empurrando pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do mesmo. Evite realizar movimentos bruscos para que não disperse possíveis aerossóis que possam estar aderidos ao avental/capote. Retire o avental/capote pelo avesso. Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado.

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



Retire a touca/gorro, puxando pela parte superior central, sem tocar nos cabelos. Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado.

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



Retire os óculos de proteção ou protetor facial. Remova pelas hastes que estavam cobertas pelo gorro/touca, tendo em vista que devemos sempre considerar que a parte frontal está contaminada. Ele deve ser acondicionado no local próprio do expurgo para limpeza e deve ser realizada de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



Retire o respirador N-95 (ou similar). Segure o elástico inferior com as duas mãos. Traga em direção ao elástico superior. Junte os dois elásticos e passe-os por cima da cabeça para removê-los. Retire com cuidado segurando-o pelos elásticos, tomando cuidado para não tocar na parte externa (que pode está contaminada) e nem na parte interna da mesma.

Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

Fonte: (ANVISA, 2020)



Use o QRcode e acesse o perfil da Liga Saúde Trabalho e Ambiente (LISTA) no Instagram e baixe nosso Manual de Paramentação e Desparamentação.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Norma Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-Cov02)**. Março 2020. Atualizada em 08 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde e segurança do trabalhador EPI**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/saude-e-seguranca-do-trabalhador-epi>>. Acesso em: 20 maio 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guidance on personal protective equipment to be used by healthcare workers during management of patients with Ebola virus disease in U.S. Hospitals, including procedures for putting on (donning) and removing (doffing)**. Disponível em: <www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/procedures-for-ppe.html>. Acesso em: 20 maio. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Strategies for Optimizing the Supply of Isolation Gowns**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/isolation-gowns.html>>. Acesso em: 25 maio. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Parecer COREN – BA N- 003/2016**. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0032016_24860.html>. Acesso em: 20 maio. 2020.

DELGADO, D.; WYSS QUINTANA, F. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.8, n.17, p.2798. Apr 18, 2020.

EMANUEL, E. J, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v.382, n.21, p.2049-2055, May 21, 2020.

FISCHER, W.A.; HYNES, N.A.; PERL, T.M. Protecting health care workers from ebola: personal protective equipment is critical but is not enough. **Annals of Internal Medicine**, v.161, n.10, p.753-4,2014.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, v. 288, p.112954, Apr 12 2020.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; WANG, X. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected. **Pneumonia**. v. 382, n. 13, p. 1199-1207, Mar 26 2020.

RADONOVICH, L. J., et al. N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 322, n.9, p.824-833, 2019. doi:10.1001/jama.2019.11645

VERBEEK, J.H.; et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2020, Issue 5. Art. No.: CD011621. DOI: 10.1002/14651858.CD011621.pub5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care; WHO guideline. **World Health Organisation**, Geneva, Switzerland, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Personal protective equipment for use in a filovirus disease outbreak. Rapid advice guideline. WHO. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, p.1-53, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)**. Interim Guidance, 19 March 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2020.

XU, G.; YANG, Y.; DU, Y.; PENG, F. et al. Clinical Pathway for Early Diagnosis of COVID-19: Updates from Experience to Evidence-Based Practice. **Clinical Reviews in Allergy & Immunology**. abr.24, p.1-12, 2020.

ZAMORA, J.E.; MURDOCH, J.; SIMCHISON, B.; DAY, A.G. Contamination: a comparison of 2 personal protective systems. **Canadian Medical Association Journal**, v. 175, n. 3, p. 249-54, 2006.

CAPÍTULO 5

MÁSCARA: A NOVA VESTIMENTA

José Roberto Pereira de Sousa
Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar

1 - O QUE FAZ A MÁSCARA GANHAR IMPORTÂNCIA

Poucos sabem que Hong Kong, exemplo de controle da epidemia de COVID-19, logo que apareceu os primeiros casos em seu território, praticamente toda a população aderiu ao uso de máscaras, algo não visto em outras partes do mundo (CHENG *et al.*, 2020). Na realidade, nesta região de cerca de 7,45 milhões de habitantes, quando uma pessoa apresenta qualquer sintoma de estado gripal ou de síndrome gripal, o uso de máscaras é uma exigência cultural de respeito à saúde das outras pessoas, um pacto coletivo. Há anos a máscara se tornou peça do cotidiano desta população, o que facilitou a adesão ao seu uso logo no início da epidemia. Certamente, esta foi uma das importantes medidas para tornar Hong Kong uma referência no controle da Epidemia¹ (COWLING *et al.*, 2020).

O fato de as pesquisas atuais comprovarem que a transmissão se dá até com pessoas assintomáticas, mesmo a fala e o canto podem emitir gotículas com vírus, aponta para importância

¹ Hong Kong fez restrições de entrada nas fronteiras, quarentena (com uso de acompanhamento eletrônico), distanciamento social, fechamento de escritórios e escolas, medidas de proteção pessoal, isolamento em unidades hospitalares de todos positivos para COVID-19, até se recuperarem e cessarem a transmissão. Seus contatos íntimos são rastreados (dois dias antes do início da doença) e colocados em quarentena em instalações especiais, incluindo campos de férias e conjuntos habitacionais recém-construídos (COWLING *et al.*, 2020).

da máscara como peça de uso universal, não só entre doentes e profissionais da saúde (WWI et al., 20020). Neste sentido, as máscaras, como as roupas de frio, na época das gripes epidemias e endemias respiratórias, começam a fazer parte do guarda roupa de todas as pessoas. Assim, a dinâmica da transmissão está também situada na esfera privada, como a incidência de muitas doenças infecciosas que depende em grande parte dos esforços e costumes de cada cidadão; o que nos remete também a um dever ético (LUYTEN, 2012).

1.2 - Tipos de Máscaras

É muito comum se falar em máscaras e respiradores² como sendo a mesma coisa. Respiradores são máscaras, mas nem todas máscaras são respiradores. No geral, teremos os respiradores, as máscaras médicas (cirúrgicas e de procedimentos) e as máscaras sem padronização (de pano, industrializadas, caseiras). Existe também os protetores faciais que, algumas vezes, são tratados como máscaras de proteção facial.

No contexto deste capítulo, o termo respirador se refere a um tipo de máscara padronizada como Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que tem a finalidade específica de proteger o usuário contra a inalação de contaminação atmosférica prejudicial, seja de natureza orgânica ou inorgânica. Então, os respiradores são máscaras padronizadas que oferecem melhor proteção contra a transmissão de partículas infecciosas pelo ar do que as máscaras em geral, principalmente por seu encache no rosto. Em termos de coronavírus, os respiradores adequados são os que tem eficácia mínima de filtração de partículas de, pelo menos,

² Respiradores enquanto máscaras, também são diferentes de respiradores enquanto ventiladores ou aparelhos mecânicos de ventilação artificial (KANNEBLEY,1973).

95% de partículas de até 0,3 µm, equivalente a máscara N95³ (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006).

A máscara médica (cirúrgica e de procedimento), embora também seja considerada um EPI, não tem uma padronização de respirador, pois sua proteção não é rigorosa em relação aos aerossóis, mas sim em relação às contaminações através de gotículas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006). Deste modo, não se trata de EPR – Equipamento de Proteção Respiratória (BRASIL, 2009).

A máscara médica, como a máscara cirúrgica deve ser constituída em material Tecido-Não-Tecido (TNT) para uso odontológico-hospitalar, devendo ter no mínimo três camadas, sendo uma interna e uma camada externa e obrigatoriamente um elemento filtrante. Este elemento filtrante precisa ter eficiência para partículas (EFP) > 98% e eficiência de filtragem bacteriológica (BFE) > 95% (BRASIL, 2020b).

Tanto as máscaras cirúrgicas como as N95, precisam ser certificadas, pois o elemento filtrante e o modelo precisam ser eficazes (ANDERSEN, 2018). O TNT, quando utilizado como elemento filtrante **não é o mesmo utilizado no comércio** em geral, mas passa por processos específicos de fabricação, por exemplo, eletrospinning (*eletrospinning*) e de carregamento eletrostático (PASTORE e IRAMINA, 2009).

As máscaras de pano podem oferecer uma proteção à transmissão da doença, mas o fato de não ter uma padronização, dificulta a garantia de sua eficácia. Por outro lado, há estudos que estimam o grau de eficácia da proteção de materiais e de modelos usados para a composição de algumas destas máscaras. Mesmo com uma eficácia pequena, quando um percentual grande da população faz uso, há impacto significativo na mitigação da epidemia (EIKENBERRY *et al.*, 2020).

³ N95 pela classificação Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos Estados Unidos (NIOSH) ou PFF2 (Peça Facial Filtrante 2) pela classificação brasileira e europeia.

1.3 - Máscaras para uso profissional

Quando falamos de uso profissional de máscaras, estamos nos referindo à utilização em unidades de saúde ou ambientes em que há exposição potencial a secreções de pacientes com COVID-19. Nestes casos, as máscaras são EPIs e precisam ser escolhidas a depender do tipo de risco de contaminação (BRASIL, 2020b).

Os riscos podem ser, de forma prática, pensados em três possibilidades de contaminação: por aerossóis, por gotículas maiores e por jatos. Em um mesmo ambiente podemos ter apenas um tipo de contaminação ou mais de uma forma, sendo que a proteção precisa ser eficiente para todas as formas em que o profissional estará exposto.

1.3.1 - Máscaras para proteção de aerossóis

Os aerossóis são partículas menores que as gotículas, gerados na realização de procedimentos como coleta de amostras nasotraqueais, broncoscopia, intubação orotraqueal, ventilação manual antes da intubação, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, fisioterapia respiratória (BRASIL, 2020b).

As máscaras adequadas são os respiradores N95/PFF2 FFP2 (filtração de 94% de aerossóis) e N99/FFP3 (filtração de 99% de aerossóis). Estas máscaras existem em dois modelos básicos, as com válvula expiratória e as sem válvulas (BRASIL, 2020b).

A escolha do modelo irá depender principalmente da possibilidade de o profissional, ao estar infectado, contaminar pacientes, outros profissionais e o ambiente; caso em que deve utilizar o modelo sem válvula expiratória.

Figura 1 - Ilustração de N95



Fonte: Getty Imagens,2020

1.3.2 - Máscaras para proteção de gotículas

As gotículas são produzidas e expelidas durante a fala, tosse ou espirro e tem tamanho, na sua maioria, de cerca de 5 μm . A infecção se dá porque elas podem atingir, pelas vias oral e nasal, a mucosa das fossas nasais e mucosa da cavidade bucal (BRASIL, 2020b).

Para proteção das gotículas expiratórias as máscaras médicas certificadas são consideradas suficientes (BRASIL, 2020a).

1.3.3 - Máscaras para proteção de respingos ou jatos

Toda vez que há risco de jato ou respingos de material orgânico ou inorgânico (de sangue, excreções, secreções corporais, produtos químicos, qualquer líquido potencialmente contaminado), há a necessidade do protetor facial (face shield). Para serem eficientes, precisam cobrir a frente e os lados do rosto (BRASIL, 2020b).

Tais protetores também protegem a contaminação de outras máscaras descartáveis (máscara médica, N95), tanto de respingos como de gotículas, o que aumenta a eficácia e durabilidade das máscaras descartáveis.

1.3.4 - Máscaras Médica na População

Existem situações que o uso de máscara médica na população é importantíssimo, principalmente para idosos e pessoas com algumas comorbidades de maior risco para doença grave (problemas cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer, imunossupressão, doença cerebrovascular, doença pulmonar crônica) (Quadro 2).

Sendo o paciente um transmissor, a máscara ideal seria a que retém o vírus, não o deixando contaminar pessoas e ambiente. Assim, a máscara precisa ter, idealmente, pelo menos a eficácia de uma máscara cirúrgica, principalmente quando em contato mais próximo com pessoas saudáveis.

Atenção: não deve utilizar máscaras com válvula expiratória para pessoas doentes.

Quadro 1 - Recomendações de Uso de Máscara Médica no Público Geral.

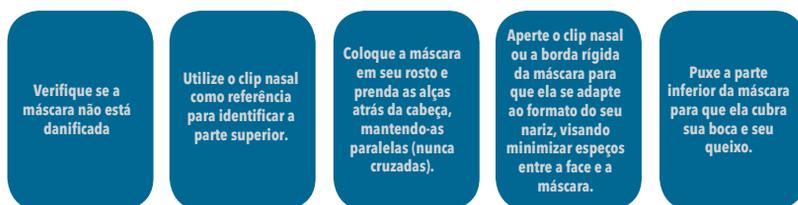
Situações	População.	Propósito do uso da máscara
Locais onde o distanciamento físico não pode ser alcançado.	Populações vulneráveis, tais como pessoas com mais de 60 anos e pessoas que apresentam comorbidades.	Proteção.
Qualquer lugar na comunidade.	Pessoas com algum sintoma sugestivo de Covid-19.	Controle da fonte.

Fonte: Adaptado de (WHO, 2020).

1.3.5 - Colocação correta das máscaras

Quando for usar uma máscara, é importante usá-la adequadamente. É fácil contaminar sua própria máscara tocando ou reutilizando-a, por exemplo. A colocação é muito importante para a segurança da eficácia da máscara (Figura 4). Sem seguir as orientações corretas, pode ter uma falsa sensação de segurança e facilitar a própria infecção (BRASIL, 2009).

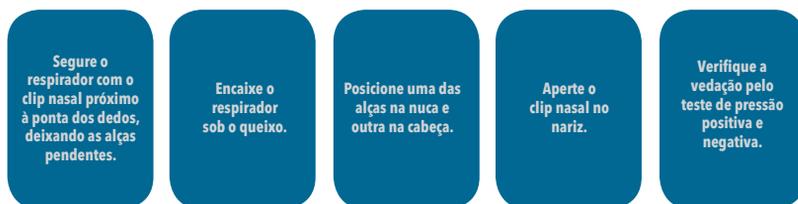
Figura 2: Etapas de colocação de máscaras:



Fonte: Baseado COFEN, 2020



Figura 3: Colocação de Máscara N95.



Fonte: Baseado em COFEN, 2020



Figura 4 a) Posicione a máscara na sua mão em forma de concha segurando apenas pela parte externa e pelas bordas para que a mesma seja mantida limpa. Ademais, as mãos devem ter sido lavadas anteriormente e os homens não devem estar de barba. **b)** Após apoiar a máscara sobre a boca e o nariz, posicione a primeira tira na cabeça e a segunda na nuca puxando cada uma

por cima de sua cabeça. c) usando os dedos molde a máscara no rosto ajustando a pinça no nariz, aperte bem ambos os lados da narigueira. d) realize o teste de vedação, verificando se há passagem de ar pelas bordas. Se houver, reajuste a posição da narigueira e das tiras. e) no momento de retirar, inicie pela tira de baixo que estava na nuca passando a mesma por cima da cabeça, em seguida retire a de cima que estava posicionada na cabeça. Atenção, lembre-se de não tocar na máscara nesse momento, pois ela pode estar contaminada.



Fonte: Adaptado de SESA – CE, 2020

1.3.6 - Máscaras para uso em pessoas em geral

Idealmente, para a proteção contra a infecção por via respiratória, as máscaras deveriam ter uma eficácia semelhante às máscaras cirúrgicas, ou seja, máscaras para proteção de gotículas.

Para se produzir ou escolher uma boa máscara há de se conhecer um pouco sobre os tipos de tecidos e as características de

uma boa máscara, podendo fazer várias combinações (Quadro 2). Os tecidos podem ser naturais, como o algodão ou sintéticos, como o poliéster. Geralmente os fios de algodão absorvem mais umidade e os sintéticos, menos (mais impermeáveis). O mesmo tecido pode modificar em seu trançamento, tramas mais fechadas ou mais abertas. A espessura do fio e a quantidade de fios por área (polegadas) também é importante, pois consegue-se trançamento mais fechados com fios mais finos e com mais fios por área.

Neste sentido, o desenvolvimento das máscaras não médicas precisa obedecer a alguns requisitos:

1. Eficiência da filtragem (FE) ou filtragem

Máscaras para o público em geral, geralmente laváveis e reutilizáveis, devem impedir pelo menos 70% a mais de 90% de gotículas e partículas emitidas com um tamanho igual ou superior a 3 microns. Para alcançar este grau de filtração, há a necessidade de tecido filtrante ou colocação de filtro na máscara. Assim, pode ser utilizado o papel toalha de cozinha dentro da máscara (descartável a cada uso) ou uma camada interna de tecido que seja híbrido, como algodão-seda, algodão-chiffon, algodão-flanela (QING-XIA et al., 2020; KONDA et al., 2020).

2. Respirabilidade

A capacidade de respirar através do material da máscara (permitir a respiração). Para a inalação/inspiração a diferença máxima de pressão deve ser de 0,6mbar/cm² ou resistência máxima à inalação de 2,4mbar e, para a expiração, a resistência máxima deve ser de 3mbar ⁴(WHO, 2020).

3. Número e combinação de material usado

Ter mais de uma camada de tecido (KONDA et al., 2020; IFTH, 2020). Preferencialmente de três camadas, onde a mais externa seja aprova d'água (não absorvendo líquidos com faci-

⁴ Unidade de pressão em milibar (mbar)

lidade), a do meio tenha maior EF e a mais interna (em contato com o rosto) resistente à umidade (absorve água) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006).

4. Forma

A forma da máscara é importante para que realmente proteja a entrada de ar, ou seja, o ajuste da máscara deve garantir a cobertura do nariz e da boca. Isso significa que o formato, o tamanho e o ajuste da máscara no rosto devem ser o melhor possível (KONDA et al., 2020; LEUNG et al., 2020). Então, as pregas são comumente usadas para permitir que o usuário expanda a máscara de forma que cubra a área do nariz ao queixo. Não deve ter costuras verticais ao longo do nariz, boca ou queixo.

Quadro 2 – Exemplos de Composição de Máscaras.

Tipo e Estrutura dos Tecidos que compõe a máscara	Número de Camadas e composição	Eficiência de Filtração da máscara
Tecido de malha de algodão	2 camadas iguais do mesmo tecido: Composição: 100% algodão Gramatura: 210g/m ²	>70%
Tecido misto de Poliéster/Algodão +	Camadas internas e externas: Composição: 65% poliéster/35% algodão Gramatura 130-142 g/m ² Camada do meio (camada 2) Composição: 100% de polipropileno Gramatura: 40 g/ m ²	>70%
Tecido Polipropileno	3 camadas iguais: Composição: TNT Gramatura: 30g/m ²	>90%

Fonte: adaptado de IFTH, 2020

1.3.7 - Reutilização de Máscaras

As máscaras cirúrgicas e as N95 são descartáveis, não devem ser lavadas ou esterilizadas.

Excepcionalmente, devido à escassez de máscaras, as máscaras N95 ou equivalentes, podem ser reutilizadas pelo mesmo profissional, cumpridos os cuidados dispostos em orientação do Ministério da Saúde:

Quadro 3 - Recomendações sobre a utilização de máscaras.

Recomendações sobre o uso de máscara do Ministério da Saúde
Os serviços de saúde devem definir um protocolo para orientar os profissionais de saúde sobre o uso, retirada, acondicionamento, avaliação da integridade, tempo de uso e critérios para descarte das máscaras.
Os trabalhadores devem sempre inspecionar visualmente a máscara antes de cada uso, para avaliar sua integridade. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.
Caso não seja possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara à face do trabalhador, a máscara deverá ser descartada imediatamente. O número de reutilizações da máscara, pelo mesmo profissional, deve considerar as rotinas orientadas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do serviço de saúde e constar no protocolo de reutilização.

Fonte: (BRASIL, 2020c)

1.3.8 - Higienização de Máscaras de Pano

Após cada uso da máscara de pano, se tiver com filtro de papel, deve desprezar o filtro de papel no lixo e lavar a máscara com água e sabão neutro (CDC, 2020; BRASIL, 2020d). Para uma desinfecção mais ampla, deixar a máscara de molho em água sanitária diluída (20ml/litro de água ou 2 colheres de sopa/litro de água) por 20 a 30 minutos (BRASIL, 2020d). Depois deve enxaguar para retirar os resquícios de água sanitária da máscara. É bom evitar torcer a máscara com força e, após secagem, passar com ferro em temperatura adequada para não danificar o tecido da máscara mais sensível ao calor.

Atenção: A ANVISA considera que as máscaras de TNT devem ser descartáveis, pois não podem ser lavadas (BRASIL,2020d).



Use o QRcode e acesse o perfil da Liga Saúde Trabalho e Ambiente (LISTA) no Instagram e baixe nosso Manual de Paramentação e Desparamentação.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, BJØRG MARIT. **Protection of Upper Respiratory Tract, Mouth and Eyes.** Prevention and Control of Infections in Hospitals: Practice and Theory 129–146. 25 Sep. 2018, DOI 10.1007/978-3-319-99921-0_13

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde.** Brasília/DF; ANVISA; 1 ed; 2009. 95 p. tab, ilus. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=327062&_101_type=document>. Acesso em: 28 maio.2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).** Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>>. Acesso em: 28 mar.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações sobre o uso de máscaras de proteção respiratória (respirador particulado – N95/ PFF2 ou equivalente) frente à atual situação epidemiológica referente à infecção pelo sars-cov-2 (covid-19).** Brasília: Ministério da Saúde, 2 p. 2020.

BRASIL. **Orientações gerais - Máscaras faciais de uso não profissional.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA. Brasília: ANVISA, 03 de abril 2020.

CDC. **Use of cloth face coverings to help slow the spread of COVID-19.** 2020 Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>. Acesso em: 28 maio.2020.

CHENG, VINCENT CHI-CHUNG et al. The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. **J Infect.** S0163-4453 v.20. p.30235-8. 2020; DOI 10.1016/j.jinf.2020.04.024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **COVID-19:** orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf>. Acesso em: 28 mai.2020.

COWLING, BENJAMIN J et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. **Lancet Public Health**, v. 5, n. p. e279-e288, 2020. DOI 10.1016/S2468-2667(20)30090-6

EIKENBERRY Steffen E et al. **To mask or not to mask:** Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. *Infect Dis Model.* 2020;5:293-308. Published 2020 Apr 21. DOI 10.1016/j.idm.2020.04.001

HOWARD J et al. **Face masks against COVID-19: an evidence review.** Preprints 2020; published online April 12. DOI:10.20944/preprints202004.0203.v1 (preprint).

IFTH. Avis de l'IFTH - **Base de données sur les matières pour réaliser un masque.** Disponível em: <<https://www.ifth.org/wp-content/uploads/2020/04/base-de-donnees-matieres-resultats-dga-maj-28042020.pdf>>. Acesso em: 28 maio.2020.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Reusability of Facemasks During an Influenza Pandemic: Facing the Flu.** Washington, DC: The National Academies Press. 2006. DOI <https://doi.org/10.17226/11637>.

KANNEBLEY, ZULEIKA M. VENTILAÇÃO ARTIFICIAL COM O AUXÍLIO DO RESPIRADOR BIRD-MARK 7. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 26, n. 3, p. 148-159, junho de 1973. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671973000200148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2020 DOI <https://doi.org/10.1590/0034-716719730003000004> .

KONDA et al. **Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks**. ACS Nano, Abril 24, 2020. DOI <https://doi.org/10.1021/acsnano.0c03252>

LEUNG, N.H.L., CHU, D.K.W., SHIU, E.Y.C. et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. **Nat Med**, 2020. DOI. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2>

LUYTEN J. Mutual Moral Obligations in the Prevention of Infectious Diseases. Justice, **Luck & Responsibility in Health Care**, v.30, p.85-100, 2012. Published 2012 Sep 29. DOI 10.1007/978-94-007-5335-8_5'.

PASTORE, OSWALDO DE ALMEIDA; IRAMINA, WILSON SIGUEMASA. A influência da temperatura na eficiência de filtros com carga eletrostática usados na proteção respiratória. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 34, n. 119, p. 28-39, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S0303-76572009000100004>.

Qing-Xia Ma, et al Potential utilities of mask wearing and instant hand hygiene for fighting SARS-CoV-2. **J Med Virol**. 2020 Mar 31. DOI 10.1002/jmv.25805.

WEI, Wycliffe E et al. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 - Singapore, January 23-March 16, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, v. 69, p. 14, p.411-415, 2020. Published 2020 Apr 10. DOI10.15585/mmwr.mm6914e1.

CAPÍTULO 6

ATESTADO MÉDICO: UM DOCUMENTO MÉDICO-PERICIAL QUE É DIREITO DO PACIENTE E DEVER DO MÉDICO ASSISTENTE

Saulo da Silva Diógenes
Lemmuel Fagnus Linhares de Aguiar
Paulo Henrique Silva Nunes
Leandro Rodrigo Pereira de Matos

1 - INTRODUÇÃO

No contexto da pandemia provocada pelo novo coronavírus, a Lei 13.979/2020, que versa sobre o enfrentamento da emergência de saúde pública, considera a ausência no trabalho nesse período como falta justificada. No intuito de reduzir a transmissão comunitária, a Portaria nº 356/2020 preconiza que os atestados de pacientes com COVID-19 contemplem os demais membros da família coabitantes do mesmo domicílio, ainda que assintomáticos, mantendo o isolamento social desses por 14 dias.

As medidas de isolamento podem se dar por prescrição médica, acompanhada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente (ANEXO I) e do Termo de Declaração (ANEXO II), contendo a relação das pessoas que residem ou trabalham no mesmo endereço; ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica com a Notificação de Isolamento (ANEXO III), quando no curso da investigação epidemiológica, abrangendo

contactantes próximos a pessoas sintomáticas ou portadoras assintomáticas, segundo as Portarias nº 356 e nº 454 de 2020.

Nas situações em que o trabalhador se encontra incapaz para o labor por mais de 15 dias, ele deve ser amparado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) desde que seja seu segurado⁵ (art. 71 Decreto 3.048/1999). Entretanto, nesse contexto de pandemia, diversos serviços de atendimento médico foram interrompidos, inclusive os de perícia médica no INSS, por força da Portaria SEPRT/INSS nº 8.024/2020, mantendo-se apenas o trabalho remoto para os Peritos Médicos Federais.

De fato, os processos de digitalização e informatização têm ganhado bastante força, a exemplo das proposições do Ofício Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1756/2020 – CONJUR, que ampliam as ações de Telemedicina⁶, e da Portaria GM/MS nº 467/2020, que autoriza a emissão de atestados e receitas médicas por meio eletrônico, ambos de caráter excepcional e temporário devido à pandemia.

Enquanto isso, para não prejudicar os segurados, a Portaria Conjunta nº 9.381/2020 disciplina a antecipação de um salário mínimo mensal durante 3 meses para os requerentes de auxílio-doença do INSS, condicionados ao cumprimento de carência⁷ e à apresentação de atestado médico. No quadro 1, temos as exigências da portaria em relação ao atestado a ser apresentado.

⁵ São segurados obrigatórios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) por exercerem atividades laborativas: contribuinte individual/autônomo, empregado (de carteira assinada), empregado doméstico, segurado especial e trabalhador avulso; Há a figura do segurado facultativo, que não trabalha, mas ainda assim contribui com o RGPS, como donas de casa ou estudantes maiores de 16 anos.

⁶ O Projeto Prescrição Eletrônica possibilita prescrições, atestados e solicitações de exames em arquivo digital, sendo disponibilizado em: <<https://portal.cfm.org.br/crmdigital/duvidas.html>> com validação realizada no site: <<http://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>>, acessados em 10/06/2020.

⁷ Carência é o tempo referente ao número necessário de contribuições mensais para que o segurado faça jus ao seu benefício, que são de 12 contribuições mensais atualmente (Art. 26 e 29 do Decreto 3.048/1999).

Quadro 1: Exigências ao atestado médico a ser apresentado com para o recebimento da antecipação do auxílio-doença pelo INSS

- Assinatura do profissional emitente
- Carimbo de identificação com registro do Conselho de Classe (CRM ou CRO) ou RMS¹
- Informações sobre a doença ou código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)
- Prazo estimado de repouso necessário
- Estar legível e sem rasuras
- CRM – Conselho Regional de Medicina; CRO – Conselho Regional de Odontologia; RMS - Registro do Ministério da Saúde, que se aplica a médicos intercambistas (art. 34 da Lei nº 13.958/19)

Nota 1: Ação Civil Pública nº 5031845-55.2020.4.04.7100/RS, em caráter liminar, determinou que o INSS aceite atestados emitidos no âmbito do Programa Mais Médicos, durante a pandemia provocada pelo coronavírus.

Fonte: Portaria Conjunta nº 9.381/2020

Por meio do site ou aplicativo "Meu INSS" do governo federal, os documentos devem ser anexados ao requerimento de benefício, sendo o atestado submetido à análise preliminar do perito médico federal para avaliar a adequação dele à normativa referida. Embora o site/aplicativo permita a inclusão de vários atestados ao mesmo tempo, **a normativa permite presumir que apenas um atestado deve ser anexado**. Isso é importante, pois o perito médico, provavelmente irá se ater ao documento mais recente apresentado, já que os mais antigos podem já ter sido avaliados em requerimentos anteriores.

Há pelo menos quatro atividades realizadas remotamente pelo perito médico que têm relação direta com a qualidade e completude do atestado médico: (1) análise preliminar de atestado para antecipação do auxílio-doença, (2) análise processual para isenção de imposto de renda, (3) recurso de benefício au-

xílio-doença⁸ indeferido e (4) recurso de Benefícios de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/LOAS). O **recurso** é uma **oportunidade** única de o paciente/segurado e o seu médico assistente demonstrarem elementos para a **reformulação da conclusão médico-perito**, desde que o motivo do indeferimento seja estritamente por matéria médica, seja pelas provas insuficientes para efetiva comprovação da incapacidade ou das datas técnicas periciais⁹.

“O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários” (Art. 1º, Res CFM nº 1.658/2002). Esse documento permite diálogo entre o médico assistente, conhecedor da condição clínica do paciente, e o médico perito, que vai avaliar a capacidade laborativa desse indivíduo na perícia médica, a qual é apenas uma das etapas administrativas para a concessão do benefício por incapacidade pelo INSS.

⁸ Esse benefício por incapacidade pode ser convertido em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente (relacionado com sequela de acidente). Para os empregados, segurados especiais e trabalhadores avulsos, esses benefícios podem ser de natureza acidentária, quando há nexo causal com o trabalho. Para os demais segurados (o facultativo e o contribuinte individual/autônomo) o benefício é de natureza previdenciária (Decreto 3.048/1999). Projeto de Lei 7216/14, sugere que o auxílio-doença seja chamado de “auxílio por incapacidade laborativa”, pois ter uma patologia não é o suficiente para ter tal benefício, é necessária a comprovação da incapacidade provocada por ela.

⁸ As datas técnicas importantes para a perícia são a Data do Início da Doença (DID) e a Data de início da Incapacidade (DII), pois uma incapacidade que surge antes do ingresso do segurado no Regime Geral da Previdência Social (RGPS), não pode ser alegada para fins de benefício. Importa saber que cabe benefício por incapacidade para doenças prévias ao ingresso do segurado no RGPS, desde que a incapacidade seja posterior e atenda ao critério de carência, conforme Instrução Normativa 77/2015, art. 213, parágrafo 2º.

Mas quais elementos devem constar em um atestado médico para a realização adequada de uma perícia médica?

Para responder a essa pergunta, devemos identificar primeiramente alguns aspectos importantes, relacionados à saúde do trabalhador, na consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 5/2017 do Ministério da Saúde. Ela estabelece, entre seus artigos 364 e 446, que o médico deve identificar o nexo causal entre a doença ou o acidente e o trabalho, se existir, e registrá-lo adequadamente no Laudo Médico para emissão de Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), conforme roteiros nos Anexos LII e XLIX da portaria. Para casos de doenças e acidentes relacionados ao trabalho ou internamento por causas externas, esse laudo exige:

- Informação sobre vínculo com a previdência (empregado, desempregado, autônomo, aposentado ou não segurado);
- Código da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), que se refere à profissão do trabalhador;
- CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) da empresa onde o paciente trabalha;
- CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) da principal atividade produtiva da empresa.

Conforme a legislação, uma cópia desse laudo deve ser entregue ao paciente, para que se faça a comprovação do atendimento no SUS e o empregador possa emitir, com base no laudo, o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), facilitando o reconhecimento dos direitos previdenciários do trabalhador junto ao INSS.

Para a identificação de nexo causal, a Resolução CFM nº 2.183/2018 traz ponderações importantes a serem consideradas pelo médico que atende ao trabalhador, resumidas no quadro 2. Essa resolução defende que o repouso e o afastamento da ex-

posição nociva que pode existir no ambiente de trabalho fazem parte do tratamento do paciente (art. 1º Res CFM nº 2.183/2018), devendo constar no atestado médico (Res CFM nº 1.658/2002).

Quadro 2: Aspectos para o estabelecimento do nexa causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador pelo médico

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• história clínica e ocupacional;• estudo do local de trabalho;• estudo da organização do trabalho;• dados epidemiológicos;• literatura científica;• identificação de riscos ocupacionais¹; | <ul style="list-style-type: none">• ocorrência de quadro clínico ou subclínico em trabalhadores sob riscos semelhantes;• depoimento e experiência dos trabalhadores;• conhecimentos e práticas de outras disciplinas, sejam ou não da área da saúde; |
|---|--|

Nota 1: riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais

Fonte: Resolução CFM nº 2.183/2018

Destaca-se que, embora o repouso possa fazer parte do tratamento, a decisão sobre o benefício previdenciário cabe legalmente ao perito médico, que emitirá parecer fundamentado (art. 3º Res CFM N.º 1.658/2002), amparado nos documentos médicos e, quando em perícia presencial, na anamnese com o paciente. Para a sua elaboração, a resolução enumera alguns procedimentos que devem ser considerados (quadro 3).

Quadro 3: Procedimentos a serem considerados para a elaboração de atestado médico para fins de perícia médica

- Diagnóstico¹
- Resultados de exames complementares
- Conduta terapêutica
- Tempo de repouso estimado para recuperação do paciente
- Prognóstico e consequências à saúde do paciente
- Assinatura e número de registro no Conselho Regional de Medicina²

Nota 1: Os médicos somente podem fornecer atestados com o diagnóstico, quando for por justa causa, exercício de dever legal e solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal, no último caso deve haver a concordância expressa no próprio documento.

Nota 2: O uso de carimbo não é obrigatório.

Fonte: elaborado pelo autor a partir da CFM N.º 1.658/2002, modificada pela Resolução CFM n.º 1851/2008.

A perícia médica vai avaliar o quanto a condição clínica do paciente interfere na capacidade laborativa dele. O perito médico precisa se ater a alguns pontos em sua perícia resumidos no quadro 4. Para melhor compreensão desse quadro, sugere-se a consulta ao Anexo IV, ao final do capítulo.

Quadro 4: Informações necessárias para uma perícia médica previdenciária¹

- Qual a atividade laborativa do segurado?
- Qual a data do início da doença, ou seja, quando iniciaram os primeiros sintomas?
- Qual o código da classificação internacional de doenças?
- A partir de que data a doença passou a interferir na capacidade de trabalhar?
- A descrição da alteração anátomo-funcional ou mental no atestado é concorde com a gravidade do diagnóstico, as queixas do requerente e o exame realizado durante a perícia?
- A condição incapacitante foi relacionada ao trabalho?
 - Há Comunicado de Acidente de Trabalho com o segurado?
 - Se foi acidente de trabalho, foi típico (no local de trabalho) ou de trajeto?
 - Há nexos causal para caracterizar como doença relacionada ao trabalho ou doença profissional?
 - É doença que pode ser equiparada a acidente de trabalho?
- Houve sugestão de Nexos técnico-epidemiológico? É possível descaracterizá-lo?
- A incapacidade para a última atividade que desenvolvia, se houve, é temporária ou permanente?
 - Em sendo temporária, qual o prazo estimado para o segurado voltar ao trabalho sem prejuízos da sua capacidade laborativa?
 - Em sendo permanente, permite trabalhar em outras atividades que garantam o sustento?
- A seqüela permite concessão de auxílio-acidente?
- A doença isenta² imposto de renda ou carência?

Nota 1: conceitos importantes para o entendimento desse quadro foram enumerados no ANEXO IV ao final do capítulo.

Nota 2: : Isentam carência: alienação mental; cardiopatia grave; cegueira; espondilite anquilosante; doença de Paget (osteíte deformante) em estado avançado; hanseníase; mal de Parkinson; nefropatia grave; neoplasia maligna; paralisia irreversível e incapacitante; tuberculosa ativa; síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS); contaminação por radiação; hepatopatia grave; acidente de trabalho; acidente de qualquer causa ou natureza (art. 104 Decreto 3.048/1999). Todas essas condições, juntamente com a esclerose múltipla, isentam também o imposto de renda, exceto o acidente que não seja de trabalho (art. 6º, inciso XIV da Lei 7.713/1998).

Fonte: Elaborado pelo autor

A partir das informações apresentadas nos quadros resumos anteriormente, é possível que o médico assistente possa elaborar um atestado adequado para que o paciente possa obter seu repouso para o tratamento médico. Sugere-se, ainda, que, no atestado, conste:

- A atividade laboral do paciente, destacando riscos ocupacionais a que está exposto e que o médico assistente entende estarem envolvidos na patologia do paciente¹⁰;
- A demarcação do início das queixas do paciente, culminando com a procura da consulta médica ou do procedimento realizado, o que pode demarcar com mais clareza o início da doença e o da incapacidade;
- A descrição do procedimento realizado, pois um mesmo procedimento pode ser realizado por diferentes técnicas, levando a distintos prognósticos pós-operatórios, como uma colecistectomia que pode ser videolaparoscópica ou convencional (aberta);
- A definição clara da data com dia, mês e ano de realização de procedimentos relevantes na evolução do paciente, pois essas datas podem ser usadas para a demarcação da incapacidade do paciente, como uma curetagem, uma cirurgia, exato de um tratamento de rádio/quimioterapia, o início de uma hemodiálise em um renal crônico, etc.;
- O diagnóstico deve contemplar a doença de base, a causa que levou o paciente a passar por um procedimento (como os citados acima);

¹⁰ As Listas A e B do Anexo II do Decreto 3.048/1999 podem ajudar em tal tarefa, uma vez que elas elencam agentes nocivos e as patologias a eles relacionados. A busca pode ser realizada tanto pela patologia, quanto pelo agente nocivo identificado no ambiente. No início do Anexo II do decreto, é possível identificar em quais processos produtivos podemos encontrar os diversos agentes nocivos responsáveis pelas patologias arroladas nas Listas A e B. O livro Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil é um material importante para quem gostaria de se aprofundar no assunto.

- A descrição de alterações anátomo-funcionais/mentais a partir de exame físico/mental realizado no momento da consulta com o médico assistente;
- As mudanças na conduta terapêutica, informando todas as medicações (necessariamente com as doses) antes da consulta e as prescritas depois da avaliação do médico assistente, isso pode ajudar o perito a demarcar de forma mais assertiva que o paciente não estava tendo evolução satisfatória com o tratamento instituído, possivelmente necessitando de um novo prazo para adequação às novas medicações;
- A descrição clara dos momentos de piora clínica para doenças crônicas, frequência com a qual isso tem ocorrido, se há busca de serviços de emergência por causa de tal condição e se houve mudança de conduta clínica;
- Os exames que foram importantes para alteração de conduta terapêutica ou que demonstrem prognóstico desfavorável para o paciente, orientando-o que leve todos os exames e laudos para a perícia médica;
- O prazo que julgar necessário para melhora clínica do paciente, tentando levar em consideração a atividade laboral que ele desenvolve, idade e comorbidades.

Para além da construção mais adequada de um atestado médico, destaca-se que algum conhecimento previdenciário pode trazer um diferencial no atendimento dos pacientes. Por exemplo, quando o médico identifica que seu paciente apresenta uma condição clínica que permite majoração¹¹ de sua aposen-

¹¹ Condições em que há acréscimo de 25% na aposentadoria por invalidez: cegueira total; perda de nove ou dez dedos das mãos; paralisia dos dois membros superiores ou inferiores; perda dos membros inferiores acima dos pés, quando as próteses forem impossíveis; perda de uma mão e dois pés, ainda que as próteses sejam possíveis; perda de um membro superior e outro inferior, quando as próteses não forem possíveis; alteração das faculdades mentais com grande perturbação da vida orgânica e social; doença que exija permanência contínua no leito; incapacidade permanente para realização das atividades cotidianas.

tadoria por invalidez; ou quando ele passa a desenvolver uma patologia que o isenta de pagar o imposto de renda; ou, ainda, quando o médico pode identificar uma seqüela de um acidente, que pode gerar benefício previdenciário indenizatório. Todas essas condições certamente resultariam em melhoria da renda e consequentemente da qualidade de vida dessas pessoas.

Diante do exposto, o presente ensaio pretendeu apontar mudanças no processo produtivo de médicos peritos que puderam influenciar, de alguma forma, no direito ao recebimento do benefício, perpassando pela responsabilidade do médico assistente em assegurar um atestado médico adequado ao paciente que ofereça elementos consistentes para uma decisão médico-pericial mais assertiva que beneficiará o segurado/paciente.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____ declaro que fui devidamente informado (a) pelo médi-
co (a) Dr.(a) _____ sobre a necessidade de
_____ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submeti-
do, com data de início ___/___/___, previsão de término ___/___/___, local de
cumprimento da medida: _____, bem como as possíveis consequên-
cias da sua não realização.

Paciente Responsável

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____

Data: ___/___/___, Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

CRM _____

ANEXO II

TERMO DE DECLARAÇÃO

PORTARIA Nº 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
_____, Bairro _____,
CEP _____ na cidade de _____, Estado _____,
declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico(a) Dr.(a) _____
_____ sobre a necessidade de isolamento a que
devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou
dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com
data de início _____, previsão de término _____, local de
cumprimento da medida: _____.

**Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir me-
dida de isolamento domiciliar:**

1. _____
2. _____
3. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

ANEXO III

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020

O (A) Senhor (a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do SARS-CoV-2.

Data de início: _____

Previsão de término: _____

Fundamentação: _____

Local de cumprimento da medida (domicílio):

Local: _____ Data: ___/___/___, Hora: ____:____

Nome do profissional da vigilância epidemiológica:

Assinatura _____ Matrícula: _____

Eu, _____, documento de identidade ou passaporte _____ declaro que fui devidamente informado (a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Local: _____ Data: ___/___/___ Hora: ____:____

Assinatura da pessoa notificada:

Ou

Nome e assinatura do responsável legal:

ANEXO IV

CONCEITOS IMPORTANTES EM PERÍCIA MÉDICA

Data de Início da Incapacidade (DII) é a data em que a doença passou a interferir na capacidade laborativa, deve ser, obrigatoriamente, demarcada por um documento médico (INSS, 2016).

Acidente de Trajeto é o que ocorre no percurso, quer na ida ou na volta, da residência para o trabalho, entre locais da mesma empresa ou do local de refeição para o trabalho, independentemente do meio de locomoção e do tempo gasto para tanto, desde que não haja alteração ou interrupção do percurso por motivo pessoal (INSS, 2016). A Medida Provisória 905/19 revogou o artigo 21, inciso IV, alínea "d" da Lei 8.213/91, que qualifica o acidente de trajeto como acidente de trabalho, entretanto em abril de 2020, tal medida caducou, perdendo eficácia.

Doenças relacionadas ao trabalho (INSS, 2016):

- Doença do trabalho é adquirida em função das condições especiais em que o trabalho é realizado;
- Doença profissional é produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade. Parte dessas patologias são contempladas pelas Listas A e B do Decreto 3.048/1999, provenientes da Portaria GM/MS nº 1339/1999, hoje incorporada na Portaria de Consolidação nº 5/2017.
- Doença equiparada à acidente do trabalho é decorrente de condições especiais em que o trabalho é realizado não previstas nas Listas A e B supracitadas.

Nexo técnico-epidemiológico (NETEP): é estabelecido pela significância estatística da associação entre o CID e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas, refere-se ao excesso de risco em cada área econômica. É presunção relativa, admitindo prova em sentido contrário pela empresa. São contempladas na Lista C no Anexo II do Decreto 3.048/1999.

Auxílio-acidente é um benefício resultante de sequela definitiva de acidente de qualquer natureza que reduza ou impossibilite a atividade laboral que exercia à época do acidente. Cabe somente ao segurado especial, ao empregado (exceto o doméstico), e ao trabalhador avulso. É um benefício de natureza indenizatória (art. 104 Decreto 3.048/1999).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Presidência da República Casa Civil**: DECRETO Nº 3.048, DE 6 DE MAIO DE 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, Entidades De Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2183, de 21 de junho de 2017. **Diário Oficial da União**: RESOLUÇÃO Nº 2.183, DE 21 DE JUNHO DE 2018. 183. ed. Seção 1, p. 206. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/41779130/do1-2018-09-21-resolucao-n-2-183-de-21-de-junho-de-2018-41778871>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**: LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. 27. ed. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Medida Provisória nº 905, de 11 de novembro de 2019. **Resolução Cfm Nº 1.851/2008**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv905.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA ECONOMIA. ORIENTAÇÃO INTERNA SPREV/SEPRT Nº 04, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019. Disponível em: < <https://www.ieprev.com.br/assets/docs/IN-4-2019.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Portaria Conjunta nº 9.381, de 6 de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: PORTARIA CONJUNTA Nº 9.381, DE 6 DE ABRIL DE 2020. 67. ed. Seção 1, p. 21. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-9.381-de-6-de-abril-de-2020-251490475>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da União:** PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020. 56 - B. ed. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017:** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Seção 2. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Portaria nº 356, de 12 de março de 2020. **Diário Oficial da União:** PORTARIA Nº 356, DE 11 DE MARÇO DE 2020. 49. ed. Seção 1, p. 185. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>>. Acesso em: 12 jun.2020.

BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da União:** PORTARIA Nº 454, DE 20 DE MARÇO DE 2020. 55 - F. ed. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRASIL. Provimento nº 3, de 5 de maio de 2020. **Diário Oficial da União:** PROVIMENTO Nº 3, DE 5 DE MAIO DE 2020. 86. ed. Seção 1, p. 187. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/provimento-n-3-de-5-de-maio-de-2020-255610719>>. Acesso em: 12 de jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002.** Resolução Cfm Nº 1.643/2002. Brasília, DF. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR,** 19 de março de 2020. Portal.cfm.org, Brasília, DF, mar 2020. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1658, de 20 de dezembro de 2002.** Resolução Cfm N.º 1.658/2002. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=2617>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1851, de 18 de agosto de 2008.** Resolução Cfm N.º 1.851/2008. Seção 1, p. 256. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1851>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

INSTITUTO Nacional do Seguro Social - INSS. **Manual de Acidente de Trabalho.** Brasília: INSS, 2016. Disponível em: <<http://file.abiplast.org.br/download/2016/manualdeacidentededetrabalhoins2016.pdf>>. Acesso em: 12 jun. de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Série A. Normas E Manuais Técnicos; N. 114: Doenças Relacionadas Ao Trabalho.** Brasília: ministério da saúde, 2001. 580 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=207-doencas-relacionadas-ao-trabalho-manual-procedimentos-para-os-servicos-saude-7&category_slug=saude-e-ambiente-707&Itemid=965>. Acesso em: 12 jun. 2020

LEGISLAÇÃO TRABALHISTA NO CENÁRIO COVID-19

Andrea Dourado Costa

1 - INTRODUÇÃO

O Brasil vive o impacto da maior crise econômica desde a gripe espanhola, e uma preocupante crise de saúde pública. Com a notícia de uma pandemia de corona vírus – COVID-19, anunciada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, e a confirmação da propagação comunitária pelo Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria de nº. 454, de 20.03.2020, o Estado e os governos locais têm adotado diversas medidas de controle sanitário e de isolamento social para mitigação dos efeitos da propagação do vírus.

Em fevereiro de 2020, foi editada a Lei 13.979 pelo governo federal para enfrentamento da emergência de saúde pública, dispondo acerca do isolamento social e da quarentena. Nas relações de trabalho, a Lei considerou o período de ausência, decorrente das medidas previstas, como falta justificada ao serviço público ou à atividade laboral privada. A remuneração, durante o período de isolamento, permanece sob o encargo do empregador, ressalvada a licença pelo INSS.

Com o intuito de intensificar as medidas para enfrentamento do vírus, o governo do estado do Ceará editou o Decreto de nº 33.519/2020 para suspender, em todo o território estadual, o funcionamento de estabelecimentos comerciais, a exemplo de restaurantes, lojas, ou que prestem serviços de natureza privada, dentre outras atividades econômicas; excetuando os supermer-

cados, farmácias e locais que prestem serviços de saúde no interior dos estabelecimentos.

Não apenas os trabalhadores informais e os mais pobres foram imediatamente atingidos, mas também aqueles que possuem vínculo empregatício formalizado com setores de produção e distribuição de produtos considerados não essenciais no período de pandemia. Considerando que os setores de serviços e comércio são os responsáveis pelo maior número de empregos e concentração de mais de 70% da força de trabalho (RAMOS, 2020, p. 9).

2 - O TRABALHO DURANTE A PANDEMIA

Diante do cenário de restrição ao exercício de grande parte das atividades econômicas, os setores da economia e os representantes dos trabalhadores exigiram medidas trabalhistas rápidas e adequadas por parte do governo federal para as empresas que estão em colapso para enfrentamento do estado de calamidade pública. Em 22.03.2020, foi editada a Medida Provisória 927, e, em caráter complementar, a MP 928, em 23.03.2020, revogando o art. 18 da MP anterior.

As regras estabelecidas pela MP 927/2020 atingem apenas os trabalhadores do setor formal¹² da economia. Além da relação de emprego tradicional disciplinada pela CLT, os dispositivos são

¹² Segundo os dados do IBGE, em 2018, 47,1% dos trabalhadores possuíam vínculo formal de trabalho. Por outro lado, grande parte dos trabalhadores encontravam-se em situação desfavorável ocasionada pela informalidade. Sendo 25,4% trabalhando por conta própria, e 20,1% laborando sem vínculo empregatício – o que configura a ausência de proteção social a uma parcela significativa da classe trabalhadora brasileira proporcionada pelo vínculo empregatício formalizado, e também a um rendimento mínimo regular (RAMOS, 2020, p. 8).

¹³ Força maior é todo acontecimento inevitável, em relação à vontade do empregador, e para a realização do qual este não concorreu, direta ou indiretamente (art. 501, caput, CLT).

aplicáveis aos trabalhadores temporários (Lei 6.019/74); rurais (Lei 5.889/73); e, no que couber, aos empregados domésticos (LC 150/2015).

Na esfera trabalhista, o estado de calamidade pública constitui hipótese de força maior¹³, prevista no art. 501 da CLT e assim estabelecido no art. 1º, parágrafo único da MP 927.

A teor da MP 927, durante o estado de calamidade pública, o empregado e o empregador poderão celebrar acordo individual escrito, a fim de garantir a permanência do vínculo empregatício, que terá preponderância sobre os demais instrumentos normativos, legais e negociais, respeitados os limites constitucionais. O ajuste contratual individual é o modelo normativo que irá regular a relação jurídico trabalhista, em que a liberdade contratual negocial individual irá se sobrepôr às demais fontes (NETO et al., 2020, p.04).

No entanto, o trabalhador tem assegurado o princípio da proteção e o princípio da irrenunciabilidade do Direito do Trabalho, que lhe permite reivindicar as pressões do empregador, diante de uma alteração contratual imposta.

Em uma síntese análise, a MP 927/2020 prevê: a) o teletrabalho; b) a antecipação de férias individuais; c) a concessão de férias coletivas; d) o aproveitamento e a antecipação de feriados; e) o banco de horas; f) a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; g) o direcionamento do trabalhador para qualificação; h) o deferimento do recolhimento do FGTS.

O teletrabalho¹⁴ foi previsto como uma medida adotada a critério do empregador, sem necessidade de celebração de acordo individual entre as partes, bastando sua comunicação ao empregado com antecedência de, no mínimo, 48 horas.

¹⁴ É considerado teletrabalho, trabalho remoto ou à distância a prestação de serviços preponderante ou fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias da informação e comunicação que, por sua natureza, não configurem trabalho externo.

A medida autoriza a concessão antecipada das férias individuais e coletivas, desde que a comunicação ao empregado seja realizada com antecedência de 48 horas, por escrito ou meio eletrônico, e com a indicação do período de gozo de, pelo menos, 5 dias corridos, e o seu pagamento pode ser realizado até o 5º dia útil do mês subsequente ao início das férias. A concessão foi autorizada, inclusive, para os empregados que ainda estejam no período aquisitivo de férias. No entanto, o empregador poderá suspender as férias ou licenças não remuneradas dos profissionais da área de saúde ou daqueles que desempenhem funções essenciais, mediante comunicação formal da decisão ao trabalhador.

A legislação trabalhista estabelece que as férias coletivas devem ser comunicadas ao órgão local do Ministério do Trabalho com antecedência mínima de 15 dias e, em igual prazo, ao sindicato representativo da categoria profissional, no entanto, tais condições foram afastadas pela MP durante a calamidade pública.

A medida flexibilizou o pagamento do terço constitucional, que poderá ser efetuado até a data limite para pagamento da gratificação natalina (13º salário), bem como flexibilizou o recolhimento do FGTS, ao prever a suspensão da sua exigibilidade, referente às competências de março a maio de 2020. Tal regra se aplica a todas as empresas, inclusive empregadores domésticos, que poderão fazer uso da prerrogativa. Não obstante, a previsão de suspensão não fere o direito social do FGTS garantido constitucional, na medida em que o direito do trabalhador está preservado, pois os recolhimentos serão realizados em até 6 parcelas mensais, a partir de julho de 2020, sem a incidência de atualização, multa e encargos.

Em caso de rescisão contratual, a flexibilização do recolhimento é interrompida automaticamente e o empregador ficará obrigado a recolher os valores correspondentes, sem incidência da multa e dos encargos devidos, e ao depósito dos valores decorrentes da extinção do contrato.

Em caso de interrupção das atividades, o empregador poderá adotar regime especial de compensação de jornada, por

meio de banco de horas, que deverá ocorrer em até 18 meses, a partir do encerramento do estado de calamidade, desde que celebrado acordo coletivo ou individual. A compensação mediante prorrogação de jornada fica limitada a duas horas, não podendo exceder dez horas diárias.

Como forma de evitar a exposição do empregado em ambientes propensos ao contágio, a medida suspendeu a obrigatoriedade de realização dos exames médicos ocupacionais, clínicos e complementares, exceto o exame demissional.

Quanto à responsabilidade civil do empregador, o artigo 29 da MP estabeleceu que os casos de contaminação pelo coronavírus não serão considerados ocupacionais, salvo comprovação do nexo causal pelo empregado. Esse artigo foi objeto de discussão pelo Supremo Tribunal Federal em 29.04.2020, que decidiu suspender a sua eficácia, ao considerar como doença ocupacional o contágio do coronavírus no ambiente de trabalho. Na realidade, o que se alterou com a suspensão foi o ônus de comprovar o nexo causal entre a enfermidade e o exercício da atividade laboral, ao retirar do trabalhador esse encargo.

Caberá ao empregador, portanto, em eventual discussão administrativa ou judicial, demonstrar as medidas de proteção adotadas para preservar a saúde dos seus trabalhadores – princípio da precaução-, como identificação de riscos, histórico ocupacional, trabalho em home office, escalas e rodízio de empregados, entrega de equipamentos de proteção individual (EPI's), dentre outros, sob pena de responsabilização.

Outra medida adotada pelo Estado é a MP 936/2020, que estabeleceu a redução de jornada e de salário em 25%, 50% e 70%, e de suspensão dos contratos de trabalho, alcançando todos os empregados, inclusive, domésticos, em regime de jornada parcial, intermitentes e aprendizes, com exclusão dos órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas estatais e organismos internacionais.

O empregado receberá um benefício emergencial pago pela União enquanto durar a condição de redução – com prazo

máximo de 90 dias -, ou de suspensão – com prazo máximo de 60 dias -, que terá como base de cálculo o seguro-desemprego. Sendo permitido ao empregador adotar as duas medidas, desde que respeitado o limite máximo de 90 dias.

No entanto, a medida afastou o pagamento desse benefício àqueles que estiverem em gozo de: a) benefício de prestação continuada do Regime Geral de Previdência Social ou dos Regimes Próprios de Previdência Social, ressalvados os benefícios de pensão por morte e auxílio acidente; b) seguro-desemprego; ou c) bolsa de qualificação profissional (Lei nº 7.998, de 1990).

A portaria 10.486/2020 editou normas relativas ao processamento e pagamento do benefício emergencial de que trata a MP 936/2020, vedando a celebração de acordo individual com empregados que se enquadrem em uma das vedações acima.

Autorizou-se a celebração de acordo individual para redução de jornada e de salário de 25%, exigindo apenas a comunicação ao Ministério da Economia e ao sindicato da categoria profissional no prazo de 10 dias da celebração do acordo. Essa previsão foi objeto de discussão do STF, que, em 06.04.2020, concedeu liminar na ADIN 6363 para alterar o art. 11, §4º, no sentido de autorizar a deflagração de negociação coletiva pelo sindicato após o recebimento da comunicação dos acordos individuais, em razão da previsão constitucional acerca da exigência de norma coletiva para redução de salário.

Submetida ao Plenário do STF, a liminar não foi convalidada; retornando a previsão constante no artigo 11, §4º, nos seus exatos termos. Dessa forma, os acordos individuais celebrados em consonância com a MP 936 não precisarão de anuência do sindicato, sendo necessária apenas a sua comunicação.

A medida prevê que, durante a suspensão dos contratos, não haverá qualquer incidência de encargos previdenciários, atribuindo ao empregado o encargo de contribuir como segurado facultativo para a previdência social, sob pena de ficar descoberto durante o período de suspensão.

As medidas apresentadas nesse capítulo foram criadas com o objetivo de preservar o emprego e a renda, no entanto, contribuem para a flexibilização das relações de trabalho, dando licença aos empregadores do setor econômico para reduzir direitos, aumentando assim a precarização das relações trabalhistas em tempos de pandemia.

Com intuito de facilitar o entendimento, a tabela abaixo disciplina, de forma sintetizada, os direitos do trabalhador e as medidas autorizadas pelo governo durante o estado de calamidade pública abordadas nesse capítulo.

Quadro 1 - Medida Provisória nº 927 de 22 de março de 2020	
Medidas adotadas pelo empregador	Direitos do trabalhador
Teletrabalho, trabalho remoto, trabalho à distância	Ser comunicado com antecedência de, no mínimo, 48 horas, por escrito ou meio eletrônico.
Antecipação de férias individuais e férias coletivas	<ul style="list-style-type: none"> - Ser comunicado com antecedência de, no mínimo, 48 horas, por escrito ou meio eletrônico. - Período de gozo de, no mínimo, 5 dias corridos. - Podem ser concedidas ainda que o período aquisitivo a elas relativo não tenha transcorrido. - Pagamento até o 5º dia útil do mês subsequente; - Pagamento do terço constitucional até o dia 20 de dezembro de 2020.
Antecipação de feriados não religiosos federais, estaduais, distritais e municipais.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser comunicado com antecedência de, no mínimo, 48 horas, por escrito ou meio eletrônico, mediante indicação expressa dos feriados aproveitados. - Feriados religiosos dependerão de concordância do empregado, mediante manifestação em acordo individual escrito.
Compensação de jornada – banco de horas	<ul style="list-style-type: none"> - A compensação deverá ocorrer no prazo de até 18 meses, contado da data de encerramento do estado de calamidade pública. - Prorrogação da jornada em até duas horas, que não poderá exceder dez horas diárias.
Suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho	- Dispensa de realização do exame demissional se o empregado realizou exame médico ocupacional há menos de 180 dias.
FGTS	<ul style="list-style-type: none"> - Quitação do recolhimento do FGTS deverá ocorrer em até 6 parcelas mensais, com vencimento no 7º dia de cada mês a partir de julho de 2020. - Em caso de rescisão do contrato de trabalho: - As eventuais parcelas vincendas terão sua data de vencimento antecipada para o prazo aplicável ao recolhimento; - O empregado terá direito ao recolhimento dos valores correspondentes e ao depósito dos valores.

Fonte: (BRASIL, 2020)

QUADRO 2 - MEDIDA PROVISÓRIA Nº 936 DE 1º DE ABRIL DE 2020			
Suspensão do contrato	Direitos do Trabalhador	Redução de Jornada e salário	Direitos do trabalhador
Por até 60 dias, mediante acordo individual	Não prestar qualquer serviço ao empregador durante esse período	Nos percentuais: 25%; 50%; e 70% Mediante acordo individual ou negociação coletiva	- Preservação do valor do salário-hora de trabalho; - Manutenção do salário referente à jornada mantida
Empresas com faturamento até 4 milhões e 800 mil reais em 2019	Receber 100% do salário (base de cálculo Seguro-desemprego ¹⁵) pelo Governo	25%	Celebração de acordo individual
Empresas com faturamento acima 4 milhões e 800 mil reais em 2019	Receber 30% do seu salário pela empresa; e Receber 70% do salário (base de cálculo seguro-desemprego) pelo Governo	50% e 70%	salários igual ou inferior a R\$ 3.135,00 ou portador de diploma de nível superior: celebração de acordo individual Demais empregados: celebração de negociação coletiva apenas.

Fonte: (BRASIL, 2020)

¹⁵ Cálculo do Seguro desemprego: Salário de até R\$ 1.599,61, benefício correspondente a 80% do salário; Salário acima de R\$ 1.599,61 até R\$ 2.666,29, benefício correspondente a R\$ 1.279,69 + 50% do que exceder de R\$ 1.599,61; e salário acima de R\$ 2.666,29, benefício correspondente a R\$ 1.813,03.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE. 2019. In. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

NETO, FERREIRA; CAVALCANTE, JOUBERTO; WENZEL, LETÍCIA. O coronavírus: uma pandemia jurídica trabalhista e a Medida Provisória 927/2020.

CIELO. 2020. Disponível em: <www.cielolaboral.com>. Acesso em: 16 maio. 2020.

RAMOS, VALENA RIBEIRO GARCIA. Pandemia do coronavírus (covid-19) e a classe trabalhadora brasileira em xeque mate. Rio de Janeiro: Revista Estudos Libertários (rel), v. 2., n° 4; ed. especial n° 2. 2020.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Eline Mara Tavares Macêdo
Maxmiria Holanda Batista
Marcelo José Monteiro Ferreira

1 - INTRODUÇÃO

A pandemia do *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-Cov2), mais conhecida como novo coronavírus 2019 (COVID-19), surge como um desafio para o sistema mundial de saúde, devido ao número de infectados e à demanda de recursos necessários para o seu enfrentamento. Diversos países apresentam números expressivos de pessoas adoecidas demandando internamento e cuidados intensivos em hospitais (WHO, 2020).

A literatura científica sobre o assunto aponta que profissionais da saúde possuem três vezes mais chance de contrair o vírus que a população em geral. No Brasil, cerca de 3,5 milhões de trabalhadores atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). No estado de Pernambuco, mais de 1.353 profissionais da saúde tiveram seus testes positivados para COVID-19, apresentando uma das mais altas taxas de contaminação do país (TAVARES, 2020; COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO CONSÓRCIO NORDESTE, 2020).

Ressalta-se que a desvalorização e precarização do trabalho dos profissionais de saúde no Brasil é histórica. O trabalho é caracterizado por baixos salários, ausência de plano de carreira, fragilização de vínculos trabalhistas, elevadas cargas horárias de trabalho e insuficiência de ações de educação permanente que tenham como público alvo os trabalhadores (ROMERO e DELDUQUE, 2017; PORTO e MARTINS, 2019).

Porém, é preciso observar que nem todos os trabalhadores dos serviços de saúde têm o mesmo risco de infecção por SARS-CoV-2. Isto depende da atividade e procedimentos que este profissional executa. Por isso é preciso ter atenção a classificação da atividade desenvolvida nos serviços de saúde para que sejam identificadas as medidas de proteção indicadas para cada tipo de risco, considerando: Trabalhadores da Assistência; Trabalhadores da Vigilância em Saúde; Trabalhadores da Gestão; Trabalhadores do Apoio e Trabalhadores da Conservação (BRASIL, 2020).

2 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O USO DA EPI DURANTE A PANDEMIA

No cenário da pandemia, os desafios abissais vivenciados pelos trabalhadores da saúde, no que diz respeito a precarização do trabalho e a forma de organização dos processos de trabalho, tornaram-se evidentes através das grandes mídias, destacando a insuficiência de Equipamento de Proteção Individual (EPI) com consequente risco de contaminação, e a carência de pessoal, gerando sobrecarga e aumento na jornada de trabalho, a falta de treinamento das equipes da atenção básica e da média complexidade para lidar com as suspeitas e com os casos da COVID-19, a falta de profissionais especializados em serviços de urgência, o insuficiente desenvolvimento de ações de prevenção interna nos espaços de cuidado, dentre outras ações necessárias ao enfrentamento de situações emergenciais de saúde pública, são identificados como pontos importantes a serem discutidos (ROMERO e DELDUQUE, 2017; MARTINS et al., 2020; THE LANCET, 2020).

Internacionalmente, os estudos recentes acerca dos impactos na saúde mental dos trabalhadores de saúde que lidam diretamente com populações infectadas pelo SARS-CoV-2 discutem a relação entre o temor pela exposição ao contágio, a situação de isolamento e confinamento e as medidas de quarentena implementadas. Entre os trabalhadores expostos diretamente aos riscos de contaminação, especialmente aqueles que atuam em hospitais e postos de saúde, há registros de exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho, entre outros fatores desencadeantes de desgastes físicos e psíquicos (THE LANCET, 2020)

Nessa perspectiva, compreende-se que à medida que a pandemia se alastra, a necessidade do uso dos EPI's e da adoção de medidas de conscientização, capacitação e proteção é colocada não só para os profissionais de saúde, como também para os trabalhadores que atuam nos demais serviços públicos e privados considerados essenciais em tempos de pandemia, a exemplo dos serviços de limpeza, segurança, bancários, alimentação, venda e distribuição de medicamentos, venda de combustíveis, serviços funerários e outros.

Nesse cenário, em que se prenuncia o agravamento exponencial do quadro epidêmico, o Estado brasileiro, de maneira a cumprir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), deve assegurar a saúde e segurança durante a execução de atividades produtivas garantindo a efetividade da vigilância na área de Saúde do Trabalhador.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.120/1998, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT):

[...] compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

No contexto atual do mundo do trabalho, é fundamental que a VISAT possa, por meio de mecanismos de investigação, análise e intervenção sobre os processos, os ambientes, as organizações e as relações de trabalho, promover a saúde dos trabalhadores e a prevenção agravos relacionado ao trabalho.

Discorrer sobre os riscos e o sofrimento no trabalho torna-se relevante em uma época em que permeiam as necessidades de produção normativa que envolvam a saúde e segurança do trabalhador, durante o enfrentamento de emergências de saúde pública. Deve-se, com isso, buscar a superação das concepções clássicas da vigilância e incorporar outros atores sociais, de modo a avançar em direção a práticas de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (LACAZ, 2002).

Para tal, a VISAT baseia-se tanto nos princípios do SUS, quanto ampliando sua abordagem tendo em vista a complexidade e a abrangência do seu objeto, através dos seguintes princípios: universalidade; integralidade das ações; pluriinstitucionalidade; controle social; hierarquização e descentralização; interdisciplinaridade; pesquisa-intervenção e caráter transformador (BRASIL, 1998).

Nesta tarefa, urge a necessidade de desenvolver novas concepções para uma abordagem sobre a gigantesca problemática que a pandemia revela, com o adoecimento e morte precoce de trabalhadores da saúde, a partir do reconhecimento da capacidade de intervenção destes trabalhadores na ampliação dos saberes no campo das relações saúde, ambiente e trabalho. Tal conhecimento é condição básica de proteção da saúde dos (as) trabalhadores (as).

Para atingir tais objetivos, apresentamos um instrumento de “*Checklist – Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos serviços de saúde frente a pandemia do coronavírus*” com base nas diretrizes e protocolos da organização Mundial de Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS), do Ministério Público do Trabalho (MPT) e normas internacionais da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da *Occupational Safety and Health*

Administration (OSHA). Para o reconhecimento do sofrimento no trabalho foi utilizado o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), proposto por Mendes (2007) e utilizado em pesquisas sobre saúde e trabalho.

Elencamos algumas diretrizes básicas, com a centralidade do olhar no ser humano que trabalha. O *Checklist* possibilita a identificação e reconhecimento dos riscos presentes no ambiente de trabalho no contexto da Pandemia possibilitando ampliar intervenções e articular diversos setores e atores, ampliando a gama de parcerias com as diversas instâncias do SUS. Esses momentos possibilitaram o diálogo entre técnicos, políticos, acadêmicos e sindicalistas, visando ações integradas de VISAT.

Esta publicação voltada para os trabalhadores da saúde, que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas, ambulatórios e outros locais, dispõe-se a contribuir e estimular as ações de caráter participativo de VISAT, para o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), como proposições o respeito ao saber dos trabalhadores e sua participação efetiva em todas as ações que visem à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora.

CHECKLIST – VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE A PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Por favor, escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do contexto de trabalho

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Nunca	Frequentemente	Nunca

1 - O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
2 - Os recursos de trabalho são em números suficientes para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
3 - O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	1	2	3	4	5
4 - Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
5 - Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	1	2	3	4	5
6 - As informações necessárias para executar as tarefas são claras	1	2	3	4	5
7 - Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	1	2	3	4	5
8 - O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
9 - Meu trabalho desanima	1	2	3	4	5
10 - Meu trabalho me esgota emocionalmente	1	2	3	4	5
11 - Sinto-me sobrecarregado a ponto de não aguentar	1	2	3	4	5
12 - O trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5
13 - Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	1	2	3	4	5

14 - Passa por situações constrangedoras por meio de chefia	1	2	3	4	5
15 - Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	1	2	3	4	5
16 - Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5
17 - O serviço de saúde disponibiliza apoio psicossocial aos trabalhadores mesmo que seja à distância, por meio de telefones ou aplicativos	1	2	3	4	5
18 - Os (as) trabalhadores (as) foram orientados a procurar o serviço de medicina do trabalho em caso de sintomatologia respiratória	1	2	3	4	5
19 - Existem trabalhadores com suspeita ou confirmados com COVID-19 trabalhando	1	2	3	4	5
20 - Os casos positivos de COVID-19 em trabalhadores da saúde são notificados na Ficha de Acidente de Trabalho e incluídos no SINAN pelo serviço de vigilância epidemiológica	1	2	3	4	5
21 - O serviço de saúde dispensou os (as) trabalhadores (as) com idade acima de 60 anos ou com doenças crônicas, mesmo que saudáveis para realizar teletrabalho ou trabalho remoto	1	2	3	4	5
22 - O serviço de saúde possui pôsteres/informes visíveis no ambiente de trabalho que promovam a lavagem das mãos	1	2	3	4	5
23 - O Ambiente de trabalho dispõe de condições para lavagem adequada das mãos	1	2	3	4	5
24 - Caso não seja possível a lavagem das mãos, o serviço de saúde dispõe álcool 70% nos ambientes de trabalho	1	2	3	4	5
25 - O serviço de saúde fornece lenços de papel, papel-toalha e lixeira com tampa para os (as) trabalhadores (as)	1	2	3	4	5
26 - O serviço de saúde fornece os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários aos trabalhadores	1	2	3	4	5

27 - O serviço de saúde dispõe de barreiras físicas, como placas de vidros, acrílicas ou janelas para atendimento administrativo aos usuários	1	2	3	4	5
28 - O serviço de saúde possui salas amplas e ventiladas. No caso de aparelho de ar condicionado, o serviço de saúde realiza manutenções preventivas e corretivas	1	2	3	4	5
29 - Os (as) trabalhadores (as) receberam treinamento sobre a necessidade da adesão às boas práticas para o controle da transmissão da COVID-19	1	2	3	4	5
30 - Os (as) trabalhadores (as) receberam treinamento sobre higienização das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica	1	2	3	4	5
31 - Os (as) trabalhadores (as) receberam treinamento sobre higienização do protetor ocular com álcool 70% no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
32 - Os (as) trabalhadores (as) receberam treinamento sobre paramentação de EPI	1	2	3	4	5
33 - Os (as) trabalhadores (as) receberam treinamento sobre desparamentação de EPI	1	2	3	4	5
34 - O serviço de saúde oferta conscientização, supervisão e orientação para os trabalhadores não compartilharem equipamentos/materiais dos (as) colegas de trabalho	1	2	3	4	5
35 - O serviço de saúde realiza a limpeza de ambientes, utensílios e objetos.	1	2	3	4	5
36 - O serviço de saúde oferta equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pela COVID-19 (estetoscópios, esfigmomanômetro e termômetros) para uso exclusivo dos trabalhadores. Caso não seja possível o uso exclusivo, é realizada limpeza e desinfecção ou esterilização antes de utilização em outros pacientes	1	2	3	4	5

37 - Os (as) trabalhadores (as) da limpeza e serviços gerais recebem treinamento sobre EPI e diluição/uso de saneantes	1	2	3	4	5
38 - O serviço de saúde promove flexibilização dos horários de trabalho para evitar proximidade entre os (as) trabalhadores (as)	1	2	3	4	5
39 - O serviço de saúde mantém a distância mínima de segurança de 2 metros entre os (as) trabalhadores (as)	1	2	3	4	5
40 - O serviço de saúde adota medidas para diminuir a intensidade e a duração do contato pessoal entre trabalhadores e o público externo	1	2	3	4	5
41 - O serviço de saúde evita deslocamentos de viagens e reuniões presenciais, utilizando recurso de áudio e/ou videoconferência	1	2	3	4	5
42 - O serviço de saúde promove nos refeitórios maior espaçamento entre as pessoas na fila, espaçamento das cadeiras e aumento do número de turnos em que as refeições são servidas	1	2	3	4	5
43 - O serviço de saúde adota medidas de prevenção e proteção que eliminem o risco de infecção nos locais de troca de roupas pessoais para uso de vestimentas, roupas e uniformes profissionais nos locais de trabalho (incluindo o direito a armários individuais, entre outros)	1	2	3	4	5
44 - O serviço de saúde adota medidas de prevenção e proteção que eliminem o risco de infecção aos trabalhadores que atuam em Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde (UPRSS)	1	2	3	4	5
45 - O serviço de saúde adota medidas de prevenção no transporte (de ida e volta ao trabalho) para evitar aglomeração	1	2	3	4	5

46 - O serviço de saúde realiza aferição sistemática de temperatura, registro de sintomas e queixas	1	2	3	4	5
47 - O serviço de saúde possui SESMT (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) atuante	1	2	3	4	5
48 - O serviço de saúde possui CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) atuante	1	2	3	4	5
49 - O serviço de saúde possui CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) atuante	1	2	3	4	5
50 - O serviço de saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) atualizado, levando em consideração as orientações de assistência aos pacientes com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19	1	2	3	4	5

Fonte: elaborado com base nos documentos do MS, MPT, OMS, OIT, OSHA e ITRA.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. **Orientações para serviços de saúde:** medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. **Nota Técnica Conjunta nº 02/2020/PGT/CODEMAT/CONAP**. Disponível em: <<https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-tecnica-conjunta-02-2020-pgt-codemat-conap-1.pdf>> Acesso em: 19 mai. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 165, Seção I, p. 46-51, 24 de agosto de 2012.

BRASIL. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. **Diário Oficial da União** 1998; 2 jul.

BRASIL. **Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da saúde, 2005.

COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS DO CONSÓRCIO NORDESTE. (2020) Cidade: João Pessoa. Disponível em: <<https://www.comitecientifico-ne.com.br>>. Acesso em: 16 maio. 2020.

TAVARES, Viviane. FIOCRUZ. **Covid-19:** a saúde dos que estão na linha de frente, 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-saude-dos-que-estao-na-linha-de-frente>>. Acesso em: 16 maio. 2020.

LACAZ F. A. C.; MACHADO, J. H. M.; PORTO, M. F. S. **Estudo da situação e tendências da vigilância em Saúde do Trabalhador**

no Brasil. Relatório Final, setembro de 2002. Apoio financeiro: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Apoio logístico: Abrasco. Disponível em: Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala187.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2020.

MACHADO JMH. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997.

MENDES, ANA MAGNÓLIA (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho:** teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Disposiciones fundamentales de las normas internacionales del trabajo pertinentes en el contexto del brote de COVID-19** NORMAS 23 de marzo de 2020 – Versión 1.2. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739939.pdf>. Acesso em: 16 maio. 2020.

OSHA. Occupational Safety and Health Administration. **Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19.** Disponível em: <<https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2020.

PORTO, MARCELO FIRPO DE SOUZA, & MARTINS, BRUNO SENA. (2019). Repensando alternativas em Saúde do Trabalhador em uma perspectiva emancipatória. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 44, e 16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019018>. Acesso em: 16 mai. 2020.

ROMERO LUIZ CARLOS P., DELDUQUE MARIA CÉLIA. O Congresso Nacional e as emergências de saúde pública. **Saúde soc.**[online]. 2017, v.26, n.1, pp.240-255. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017156433>>. Acesso em: 16 maio. 2020. ISSN 1984-0470.

THE LANCET. COVID-19: protecting health-care workers. v. 395, p.10228. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)>. Acesso em: 16 maio. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health workers exposure risk assessment and management in the context of COVID-19 virus.** [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <<https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-conafret-corona-virus-01.pdf>>. Acesso em: 16 maio. 2020.

GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA Da COVID-19

Eline Mara Tavares Macêdo
Fernanda Candido Santos Euzebio

1 - INTRODUÇÃO

A infecção causada pela síndrome respiratória aguda SARS-CoV-2, conhecida como COVID-19, demanda adequação da organização dos processos e ambientes de trabalho e o desenvolvimento de medidas de saúde pública a fim de evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismo durante a assistência à saúde realizada a pacientes suspeitos ou onfirmados com COVID-19 (MARANHÃO, 2020).

Nesse cenário, sabe-se que o vírus da COVID-19 tem alta transmissibilidade tendo como principal via de contágio gotículas respiratórias produzidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra próximo a outra pessoa a um distanciamento inferior a 1 (um) metro e também por objetos ou superfícies contaminadas, onde o vírus pode permanecer ativo por horas e até dias (AN-VISA, 2020; BRASIL, 2020). Nesse sentido, é de grande importância que as atividades de coleta, transporte e destinação de resíduos sólidos de serviços de saúde sejam considerados serviços mínimos essenciais à garantia da saúde pública nas situações de emergência, e principalmente durante a adoção de medidas de quarentena e isolamento, garantindo-se a prestação de tais serviços e a circulação plena dos trabalhadores e equipamentos necessários.

A Política Nacional de Resíduos Sólidos foi criada em 2010 pela lei nº 12.305 e tem como proposta o gerenciamento e gestão dos resíduos sólidos, incluídos os perigosos, trazendo também às responsabilidades dos geradores e do poder público, bem como os instrumentos econômicos aplicáveis (BRASIL, 2010; ABRELPE, 2020).

Os resíduos sólidos são divididos por duas classificações: quanto a origem e periculosidade. Esse documento vai abordar as boas práticas de gestão dos resíduos de serviço de saúde, levando em consideração os resíduos sólidos contaminados ou com suspeita de contaminação por SARS-CoV-2 gerados em unidades de atendimento à saúde (BRASIL, 2010; ABRELPE, 2020).

Segundo informações científicas disponíveis, a COVID-19 está relacionado a um agente biológico, classe 3, segundo classificação de Risco dos Agentes Biológicos que afetam o homem, os animais e as plantas. Essa classificação está associada a capacidade do vírus de causar enfermidades nos humanos, como também impactos socioeconômicos.

Classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): Inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão, em especial por via respiratória, e que causam doenças em humanos ou animais potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas profiláticas e terapêuticas. Representam risco se disseminados na comunidade e no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa (BRASIL, 2017, p15).

Diante da pandemia ora instalada mundialmente, com o novo Coronavírus, os resíduos gerados nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, devem ser segregados, acondicionados, armazenados, tratados e dispostos em ambientes adequados, pois os trabalhadores desses serviços fazem parte de um grupo de alto risco para a contaminação do vírus SARS-Cov2 (BRASIL, 2018).

Frente ao exposto, elaboramos este documento, seguindo os protocolos já existentes e em uso, com o objetivo de orientar e divulgar informações aos serviços de saúde geradores de resíduos sobre as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos,

considerando os riscos pelas suas características e classificação, as ações de proteção à saúde pública, do meio ambiente e os princípios de biossegurança, compreendendo medidas preventivas e corretivas na prevenção e promoção da saúde dos trabalhadores dos serviços diretamente envolvidos com os cuidados aos pacientes, na minimização da exposição a patógenos respiratórios, em especial ao novo coronavírus.

2 - RECOMENDAÇÕES PARA GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19¹⁶.

2.1 - Orientações gerais para Gestão dos Resíduos de Serviços de Saúde:

- I. Todo gerador deve elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS de acordo com complexidade dos serviços prestados, atualizado e manter cópia disponível em meio físico ou eletrônico para consulta dos órgãos de vigilância sanitária ou ambientais, funcionários, pacientes ou do público em geral.
- II. Todos os resíduos do Grupo A devem ser acondicionados

¹⁶ Elaborado pelos autores com base nas fontes: BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410>. ANVISA. Nota Técnica GVI/MS/GGTES/ANVISA nº 07, de 08 de maio de 2020. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>> Acesso em 10 de junho de 2020.

- em sacos vermelhos para o tratamento, se forem tratados no estabelecimento, podem ser acondicionados em sacos branco leitoso. Artigo 16 da RDC 222/18; os recipientes para acondicionamento dos resíduos perfurocortantes devem possuir suporte para garantir a segurança dos trabalhadores;
- III. Todos os cestos (a norma chama de coletor) para acondicionamento dos resíduos biológicos devem possuir tampa acionada com pedal, identificação com a simbologia de risco biológico acrescido da expressão Resíduo Infectante. Nos serviços como: Centros Cirúrgicos e Obstétricos, os cestos não necessitam de tampa para fechamento;
 - IV. Todos os carros de coleta interna dos resíduos biológicos devem ser identificados com simbologia de risco biológico, constituído de material liso, rígido, lavável e impermeável, com tampa articulada, cantos e bordas arredondadas. Todas estas especificações visam proteger a saúde dos trabalhadores envolvidos com o gerenciamento dos resíduos, profissionais de saúde e pacientes. O transporte interno deve atender a rota e horários definidos, descritos no PGRSS, e os trabalhadores devem ser treinados e utilizar os EPIs recomendados.
 - V. Se o estabelecimento possuir armazenamento temporário, sala de utilidades ou expurgo, os sacos devem permanecer dentro dos carros de transporte interno. Nunca devem ficar no chão, em paletes, esteiras ou qualquer outro tipo de suporte.
 - VI. Todo gerador deve possuir abrigo de resíduos, piso, paredes e teto de material resistente, aberturas para ventilação com tela de proteção, fácil acesso para transporte interno e coleta externa, dimensionado com capacidade de armazenamento mínimo equivalente à ausência de uma coleta regular, deve ter no mínimo dois ambiente para armazenar coletores dos resíduos do grupo A e E, e outro exclusivo para armazenar os coletores (Contêineres) dos resíduos do grupo D, área para higienização dos carros de transporte, pontos de luz

e esgoto com ralo sifonado, canaleta para escoamento dos efluentes de lavagem, identificado e com acesso restrito as pessoas envolvidas no manejo dos resíduos. O armazenamento interno dos resíduos químicos ou rejeitos radioativos pode ser feito no local onde foram gerados, desde que sejam em pequena quantidade.

2.2 - Orientações gerais para Saúde e Segurança no Trabalho:

- I. O serviço deve garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente, de acordo com legislação específica relacionada com a saúde ocupacional, com registro.
- II. O serviço deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos envolvidos nas atividades de gerenciamento dos resíduos, mesmos os temporários, estendendo a educação do público externo em geral.
- III. O serviço deve orientar sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (uniforme, botas de cano longo, gorro, avental, máscara N95, PFF2 ou equivalente, óculos, luvas de PVC $\frac{3}{4}$, – EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva – EPC.
- IV. Todos os trabalhadores expostos a risco de contaminação biológica devem seguir rigorosamente os protocolos de imunização conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, com exames laboratoriais e vacinação atualizada.
- V. Manter uma distância mínima de um metro entre si de acordo com as rotinas escritas das equipes de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Comissão de Biossegurança.

REFERÊNCIAS

ABRELPE. **Recomendações para a gestão de resíduos sólidos durante a pandemia de Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <<http://abrelpe.org.br/recomendacoes-para-a-gestao-de-residuos-solidos-durante-a-pandemia-de-coronavirus-covid-19/>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Nota Técnica GVI/MS/GGTES/ANVISA nº 07, de 08 de maio de 2020. **Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde**. (Complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>>. Acesso em: 10 jun. 2020

BRASIL. Ministério da saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cgsat_-_recomendacoes_de_protecao_aos_trabalhadores_dos_servicos_de_saude_no_atendimento_de_covid-19.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020

BRASIL, **Lei 12.305, de 02 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-1/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/lei-no-12-305-de-2-de-agosto-de-2010.pdf/view>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. **Classificação de risco dos agentes biológicos**. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48 p.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410>. Acesso em: 02 jun. 2020.

MARANHÃO. Nota Técnica N° 015/2020/SUVISA/SES/MA. **Recomendações para o Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde como medida de prevenção e controle de infecções diante da situação de pandemia dos casos suspeitos ou confirmados do novo Corona Vírus – Covid-19 (SARS-Cov-2) no Estado do Maranhão.** São Luís, 21 de maio de 2020. Disponível em: < <http://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/NOTA-TCNICA-N-015-2020-SUVISA-SES-MA.pdf>>.

SERVIÇO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CENÁRIO COVID -19

Leandro Rodrigo Pereira de Matos
Rui Porto Morais
Paulo Henrique Silva Nunes

1 - INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 trouxe um aumento das demandas dos serviços assistenciais à saúde pelos trabalhadores do transporte sanitário eletivo e pré-hospitalar móvel de urgência e emergência. O significativo aumento da necessidade do deslocamento de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus se deu em diversas circunstâncias tais como o traslado da residência do paciente para o hospital; na transferência de casos graves das Unidades Básicas de Vida para as Unidades de Assistência Hospitalares mais complexas ou do interior para a capital.

A ambulância é um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que faz exclusivamente o transporte de enfermos. No quadro 1 que segue, esclarecemos os tipos de transporte sanitários eletivos ou de urgência e emergência que podem ser usados na assistência à saúde, bem como o dimensionamento da equipe a trabalhar em tal transporte normas da ABNT (14561:2000, 2000); (BRASIL, 2017); (PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002, 2002); (RECOMENDAÇÃO TÉCNICA Nº 008/2020, 2020).

Quadro 1 – Tipos de Transporte Sanitário Eletivo e de Urgência & Emergência na assistência à saúde do Sistema Único de Saúde - Ceará

CLASSE NOMENCLATURA	TRABALHADORES	DISCRIMINAÇÃO
<p>CLASSE A</p> <p>AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE TERRESTRE</p>	<p>2 profissionais, sendo um (a) motorista e o outro um (a) técnico (a) ou auxiliar de enfermagem.</p>	<p>É um transporte destinado ao deslocamento programado de pacientes para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, atenção programada, no município de residência ou em outro município da região de saúde de sua referência, conforme pactuação.</p>
<p>CLASSE B</p> <p>AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO</p>	<p>2 profissionais, sendo um (a) motorista e um técnico (a) ou auxiliar de enfermagem. Deve ser tripulada por, no mínimo, duas pessoas treinadas em curso técnico de emergências médicas em nível básico.</p>	<p>Veículo destinado ao transporte pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo equipamentos mínimos para a manutenção da vida, exceto os materiais de salvamento.</p>
<p>CLASSE C</p> <p>AMBULÂNCIA DE RESGATE</p>	<p>3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.</p>	<p>Veículo de atendimento de emergência pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, contando com os equipamentos necessários à manutenção da vida e equipamentos de salvamento.</p>

<p>CLASSE D</p> <p>AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO (U. T. I. móvel)</p>	<p>3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro (a), e um médico (a) e um condutor capacitado com curso técnico de emergências médicas.</p>	<p>Veículo destinado ao transporte de pacientes graves, que compõe o sistema de atendimento pré-hospitalar e o transporte inter-hospitalar. Deve contar com os equipamentos médicos necessários.</p>
<p>CLASSE E</p> <p>AERONAVES DE EMERGÊNCIA TRANSPORTE AEROMÉDICO</p>	<p>o piloto, um médico (a), e um enfermeiro (a) para os casos de atendimento pré-hospitalar. Para Urgências traumáticas. É indispensável a presença de profissional capacitado para procedimentos de salvamento.</p>	<p>O transporte aéreo é indicado, em aeronaves de asa rotativa, quando as gravidades do quadro clínico do paciente exigir uma intervenção rápida e as condições de trânsito tornam o transporte terrestre muito demorado, ou em aeronaves de asa fixa, para percorrer grandes distâncias em um intervalo de tempo aceitável, diante das condições clínicas do paciente.</p>
<p>TIPO F</p> <p>EMBARCAÇÃO DE TRANSPORTE MÉDICO</p>	<p>2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico (a) de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico (a) e um enfermeiro (a), em casos de suporte avançado de vida.</p>	<p>Veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade/ estado clínico de evolução patológica.</p>

Fonte: normas da ABNT – (14561:2000, 2000); (BRASIL, 2017); (RECOMENDAÇÃO TÉCNICA N° 008/2020, 2020); (PORTARIA N° 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002, 2002).

É importante ressaltar conforme descrito no capítulo 2 desse livro que o risco de transmissão de infecções respiratórias para profissionais de saúde depende de trocas insuficientes de ar a cada hora e da distância de dispersão do ar expirado durante a administração de oxigênio e o suporte ventilatório (FERIOLE et.al, 2020).

Dessa forma, a partir das Notas Técnicas 04/2020 e RDC N° 36/2013, ambas da ANVISA, e orientações da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (2020), compilamos no quadro 2 os procedimentos e equipamentos de proteção individuais essenciais para minimizar os riscos de contaminação pelo novo coronavírus pelos profissionais da saúde envolvido nessa atividade.

QUADRO 2 – Orientações para prevenção dos riscos à infecção pela COVID-19

FASE PRÉ-TRANSPORTE	
I.	As equipes de profissionais de saúde devem estar paramentadas de forma correta com seus respectivos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) higienizados, dentre eles: Avental impermeável, Máscara N95, FFP2 Face Shields ou equivalente, Óculos de proteção ou protetor ocular, Gorro ¹ .
II.	Recomenda-se que os profissionais de saúde tenham uniforme adicional para caso haja necessidade de troca durante o plantão, sendo de responsabilidade do trabalhador sua perfeita condição de higienização e guarda do mesmo.
III.	Orienta-se aparar a barba (de qualquer tipo), pois, favorece à vedação da máscara N 95 ou cirúrgica.
IV.	O uso de adornos como anéis, colares, relógios e brincos deve ser fortemente evitado, pois, há risco de serem fontes de contaminação pela COVID-19.
V.	O uso de uniforme de mangas longas e botas são obrigatórios. Maiores informações pertinentes à utilização de EPIs, Paramentação/ Desparamentação no final do capítulo haverá um QRcode direcionando para uma cartilha com a correta recomendação, elaboradas pela LIGA Saúde Trabalho e Ambiente e disponível na página do Instagram: @trabmed.

VI.	Os profissionais de saúde devem manter em distanciamento mínimo de 1 metro.
VII.	Deve haver nas ambulâncias de Transporte Eletivo e de Urgência e Emergência, álcool em gel ou álcool 70% para higienização das mãos.
VIII.	A definição da unidade hospitalar e a comunicação da transferência do paciente devem ser feitas anterior à remoção do mesmo, evitando deslocamento, aumento do tempo de transporte e exposição de toda a equipe.
IX.	A unidade receptora deve ser avisada antecipadamente, sobre a chegada do paciente, para que possam se preparar adequadamente (paramentação e definição do suporte adequado para abordagem da equipe médica e a evolução da assistência favorável ao caso clínico).
X.	As máscaras do tipo N 95 devem ser utilizadas até 12 horas desde que não estejam danificadas, sujas ou úmidas. Este manuseio é potencialmente gerador de contaminação. Recomendações pertinentes ao Reuso, haverá no final do capítulo um QRcode direcionando para uma cartilha com a correta recomendação, elaboradas pela LIGA Saúde Trabalho e Ambiente e disponível na página do Instagram: @trabmed.
XI.	As máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas até 4 horas sendo descartadas corretamente no lixo de resíduos contaminados.
FASE DE TRANSPORTE	
I.	Durante o transporte devem-se manter as janelas da ambulância aberta para melhora da ventilação do veículo aumentando a troca de ar, e ao decorrer de todo o processo de atendimento, impedindo uma contaminação da equipe multiprofissional pelo novo coronavírus SARS-CoV-2.
II.	As equipes pré-hospitalares devem orientar todos os familiares quanto os possíveis sintomas pertinentes à doença COVID-19, orientando-os a procurarem suporte à Unidade Básica de Saúde - UBS ou Estratégia Saúde da Família - ESF mais próxima, caso sintam sintomas e permanecerem em isolamento domiciliar para não contaminarem outras pessoas da comunidade.
III.	Se houver indicação de oxigenoterapia nos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 utilizar, máscara não reinalante, na ausência, utilizar cateter tipo óculos e colocar máscara cirúrgica no paciente.
IV.	Recomenda-se, evitar transporte de pacientes entre unidades de saúde de casos confirmados ou suspeitos pela COVID-19, desnecessariamente.

V.	Recomenda-se que o paciente utilize máscara cirúrgica durante todo o percurso do transporte móvel de Urgência & Emergência ou eletivo, desde tolerada, exceto se a indicação for oxigenoterapia por máscara.
VI.	Orienta-se que ao chegar ao ambiente hospitalar as equipes de saúde não permaneça circulando pela unidade de forma desnecessária, por medidas de precaução à transmissibilidade do SARS-CoV-2.
VII.	À equipe de profissionais de saúde em todas as modalidades de transporte médico, devem estar atentos à segurança do paciente durante todo o percurso de remoção até a admissão do mesmo na unidade hospitalar.
VIII.	Se a ambulância possuir cabine o motorista não precisar estar paramentado com EPI enquanto dirige, desde que à divisória esteja fechada. Se não possuir cabine o mesmo deve estar paramentado corretamente.
FASE PÓS-TRANSPORTE	
I.	Toda a equipe pré-hospitalar deve remover os EPIs (Avental impermeável Máscara N95, FFP2 Face shield ou equivalente, Óculos de proteção ou protetor ocular, Gorro) antes de retornar à base. Isso deve ser feito na unidade hospitalar receptora em área designada identificada, se houver. Após retirada, lavar às mãos corretamente a desinfecção deve ser feita com álcool em gel ou 70%. No final do capítulo haverá um QRcode direcionando para uma cartilha com a correta recomendação, elaboradas pela LIGA Saúde Trabalho e Ambiente e disponível na página do Instagram: @trabmed.
II.	Orienta-se à retirada da paramentação com observação de um companheiro para auxílio no cuidado com as regras, evitando possível contaminação pela COVID-19.
III.	Utilizar álcool em gel nas mãos em cada etapa de retirada da desparamentação se às mãos não estiverem sujas, se tiverem, faz-se necessário lavar com água corrente e sabão, após a lavagem desinfecção com o álcool em gel.
IV.	Todos os EPIs descartáveis usados devem ser descartados como resíduos infectantes em sacos de lixo branco na unidade de destino do paciente para evitar que o lixo da ambulância fique demasiado cheio e promova a contaminação da ambulância após o atendimento finalizado, seguido o manejo adequado dos Resíduos dos Serviços de Saúde - RSS - Conforme o capítulo 9 deste livro.

V.	Durante a permanência da equipe na base, recomenda-se que as botas sejam retiradas e deixadas na entrada, para que não tenham o ambiente contaminado pela agente infeccioso.
VI.	Na base, recomenda-se manter as janelas abertas para ventilação e troca do ar ambiente, impossibilitando à possível contaminação pela COVID-19.

Fonte: : Elaborado pelo autor a partir (RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013, 2013); (NOTA TÉCNICA GVIMS/ GGTES/ANVISA Nº 04/2020, 2020); (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - CEARÁ: PROTOCOLOS SAMU 192 CEARÁ – EPIDEMIA COVID-19, 10); (RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS (SARS-CoV-2) PELAS EQUIPES DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL, 2020).

2 - HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA DAS AMBULÂNCIAS PÓS-TRANSPORTE

Após cada atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, deve ser realizada a limpeza adequada da ambulância, logo após a transferência do paciente com álcool 70%, hipoclorito ou desinfetante padronizado, se possível usar amônia quaternária/biguanina. Quando forem realizados procedimentos geradores de aerossóis a limpeza deve seguir os procedimentos descritos na tabela abaixo. Importante ressaltar que para os procedimentos de limpeza é obrigatória a utilização de EPIs padronizados dentre eles: luvas, máscara, óculos protetores, gorro e capote impermeável (RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS (SARS-CoV-2) PELAS EQUIPES DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL, 2020).

Quadro 3 – Procedimentos para higienização de ambulâncias usadas no transporte de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19

Manter Atenção especial a todos os pontos de contato higienizá-los após a remoção.
Garantir que a maca esteja totalmente higienizada, incluindo à parte inferior e a base.
O piso do veículo deve ser descontaminado com uma solução detergente logo após à primeira higienização realizar o segundo passo com uma solução à base de cloro 1%.
A limpeza da ambulância é uma ação de toda a equipe; se possível usar amônia/ biguanida.
Após a limpeza terminal, se possível, o veículo deve ser deixado para ventilar com as janelas abertas e o exaustor ou ar condicionado ligados se houver, configurado para extrair possíveis contaminantes enquanto se desloca até a base descentralizada para realização da higienização correta da ambulância.
Orienta-se que os hospitais referenciados organizem áreas destinadas para realização de limpeza terminal pelas viaturas pré-hospitalares, após realização de uma transferência de pacientes principalmente casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir das Notas (NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ ANVISA N° 04/2020, 2020); (RECOMENDAÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES SUSPEITOS OU CONFIRMADOS (SARS-CoV-2) PELAS EQUIPES DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL, 2020).

Entretanto, no estado de São Paulo, recomenda-se que após o Transporte Aeromédico é preciso ser feita a higienização de macas, superfícies fixas e internas e equipamentos com o Quartenário de Amônia e Biguanida ou equivalente (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO - SES, 2020).

Apesar das instruções para o transporte de pacientes e desinfecção das unidades estarem de acordo com as de instituições como (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2020); (MINISTÉ-

RIO DA SAÚDE - MS, 2020); (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2020); (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGENCIA - ABRAMEDE, 2020), entre outras; não podemos nos abster de tratar de alguns pontos questionáveis sobre esses processos.

O Sars-Cov-2 persiste viável em diferentes superfícies por horas ou até dias, como em plástico que pode durar aproximadamente sete horas ou até mais a depender do estudo; ou em metal que dura cinco dias, em madeira quatro dias (VAN DORE-MALEN N, 2020).

Esses dados nos levam a pensar que o transporte de pacientes em ambulâncias sem haver completo isolamento dele com utilização de equipamentos específicos, como maca-bolha, ou da célula de transporte com utilização de técnicas de enovelamento, torna a desinfecção do veículo parcialmente ineficaz, uma vez que há muitas frestas, curvas e estofados na conformação da ambulância e mesmo com ar-condicionado desligado e janelas abertas para arejar o local, a corrente de ar do ambiente tenderá a carrear o vírus para as tubulações de ar, depositando-o lá.

Não há nenhum protocolo que aborde a desinfecção dessas tubulações ou da necessidade de troca de filtro dos condicionadores de ar do veículo. Se após uso com esse fim e desinfecção, ele for usado para transporte de paciente não infectado, ou seja, fora dos protocolos para transporte de pacientes com suspeitos de COVID19, o veículo tornar-se-á um possível vetor.

Para os procedimentos de transporte aéreo de pacientes confirmados ou suspeitos de infecção pelo SARS-COV-2, destacamos que a secretaria de saúde do estado de São Paulo orienta que esse transporte ocorra apenas caso haja a devida paramentação da tripulação e pilotos e o paciente esteja em maca de isolamento, tipo bolha (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO- SES, 2020). Já no Ceará, a Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas, CIOPAER, emitiu um parecer técnico por meio do ofício nº: 02/2020- Serviço Aeromédico referindo que não há segurança adequada para o

transporte de pacientes suspeitos ou confirmada pela COVID-19. A instituição destaca que as exigências de isolamento são inatingíveis em aeronaves com base nos seguintes aspectos:

- Há ausência de barreira física entre cabine de transporte e a cabine de pilotagem, além de possuírem o mesmo sistema de circulação de ar;
- Os pilotos não podem fazer uso adequado de EPI sem que as ações essenciais à pilotagem segura sejam comprometidas;
- A impossibilidade do envelopamento dentro da aeronave;
- Os painéis de comando das aeronaves são sensíveis aos agentes de à desinfecção empregada.

Dessa forma, consideramos importante pensar que, quando possível, no transporte em ambulâncias terrestres ou aquáticas, deve ser feito com o completo isolamento do paciente por meio de equipamentos específicos, como maca-bolha, ou com o isolamento de toda a célula de transporte através de utilização de técnicas de envelopamento. No caso dos helicópteros, destacamos que a única alternativa segura e viável é a maca de isolamento tipo bolha.



Use o QRcode e acesse o perfil da Liga Saúde Trabalho e Ambiente (LISTA) no Instagram e baixe nosso Manual de Paramentação e Desparamentação.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. Veículos para atendimento a emergências médicas e resgate. **NBR 14561**, Jul 2000. P.1-57 Disponível em: <https://primervida.com.br/files/meta/25b523a5-e57f-4f19-b79c-88cad7e63199/f6b95aff-4ccc-4f82-b331-4927a4c202c4/72.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

ABRAMEDE. Associação Brasileira de Medicina de Emergência. de 27 de março de 2020. **Recomendações para Prevenção e Controle de Exposição no Atendimento a Pacientes Portadores de COVID-19 para Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar e Transporte de Pacientes**. Disponível em: <<http://abramede.com.br/recomendacoes-para-prevencao-e-controle-da-exposicao-no-atendimentos-portadores-de-covid-19-para-profissionais-do-atendimento-pre-hospitalar-e-transporte-de-pacientes/>>. Acesso em: 31 maio 2020.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). **Nota técnica gvims/ggtes/anvisa nº 04/2020**. Brasília/DF, 2020. 53 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Nº - 13, de 23 de fevereiro de 2017**, dispõe sobre as diretrizes para o TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/18/Resolu%20CIT%20n%2013.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N.º 2048/GM**, de 5 de novembro de 2002, Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC N° 36, de 25 de julho de 2013.** Institui AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FERIOLI M, Cisternino C, Leo V, et al . Protegendo os Profissionais de Saúde de SARS-Cov-2. infecção: indicações práticas. Eur Respir Rev .2020; 29: 200068 (<https://doi.org/10.1183/16000617.0068-2020>). Disponível em:<https://err.ersjournals.com/content/err-29/155/200068.full.pdf> acesso em: 29/05/2020.

FORTALEZA/CEARÁ. CIOPAER. Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas. de 03 de março de 2020. **Ofício N°: 02/2020** - Serviço Aeromédico. Assunto: Parecer Técnico quanto ao uso das aeronaves da Controladoria Integrada Operações Aéreas do Ceará para transporte de possíveis portadores de COVID-19.

PIAUI. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DIRETORIA DE UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ/ GERENCIA DE CONTROLE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Nota Técnica n° 001/GCES/DIVISA.** Dispõe sobre a vigilância sanitária no TRANSPORTE TERRESTRE DE PACIENTES EM AMBULÂNCIA no Estado do Piauí. Teresina, Diário Oficial do Estado (DOE) N° 187, de 4 de outubro de 2017, p.33.

SES/SP: SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Orientações relacionadas ao COVID-19. **Coronavírus e transporte de pacientes em aeronaves de asa fixa ou rotativa no estado de São Paulo.** 2 ed. São Paulo, 2020. 1 p.

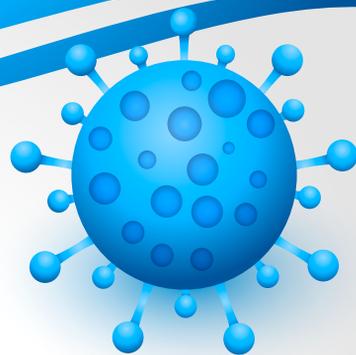
VAN DOREMALEN N. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **The New England Journal of Medicine.** Massachusetts, 16 abr. 2020. p. 1-4. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2004973?articleTools=true>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

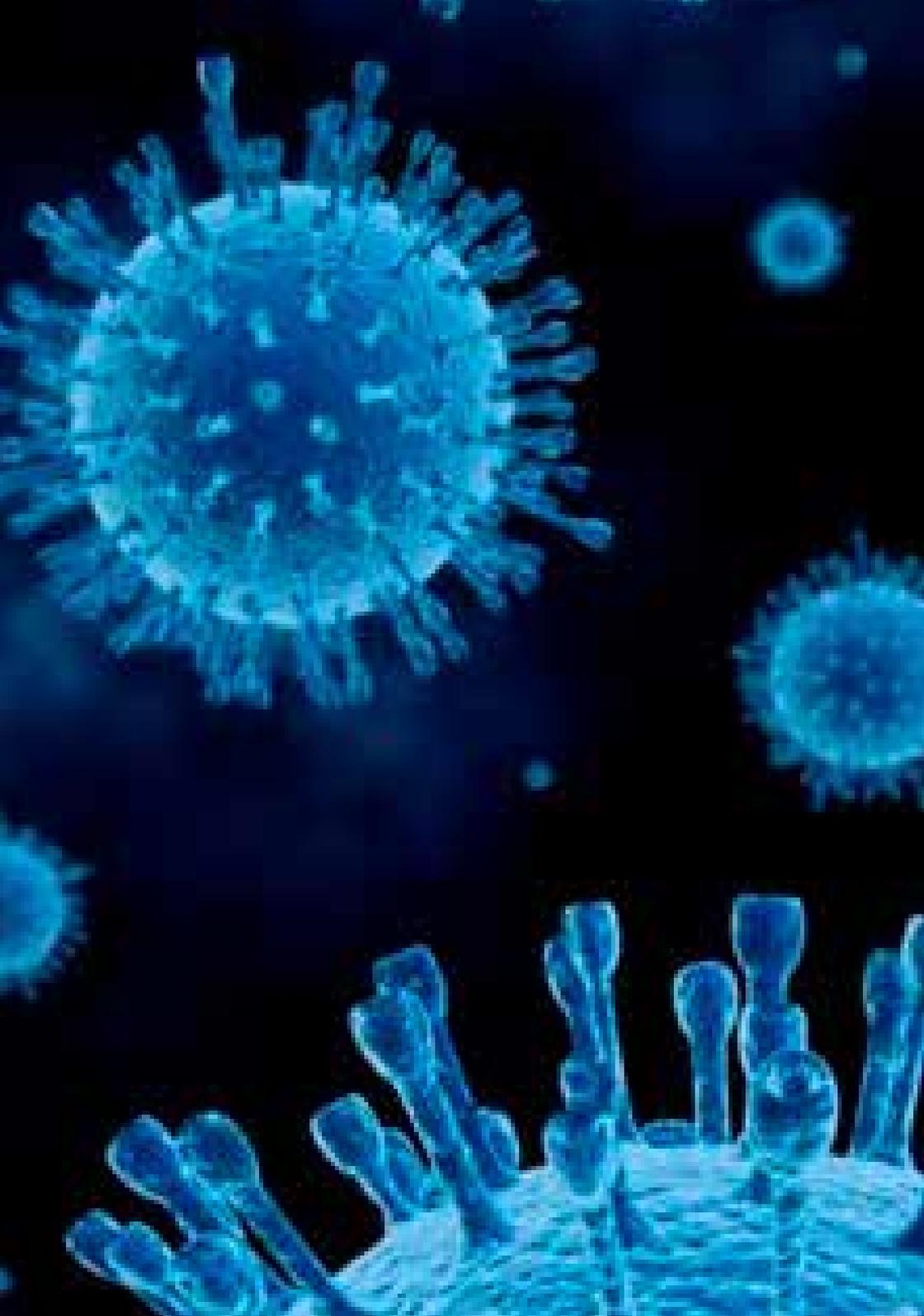


SCAN ME

Use o QRcode e acesse o perfil da Liga Saúde Trabalho e Ambiente (LISTA) no Instagram e baixe nosso Manual de Paramentação e Desparamentação.

PARTE 2
**Temas
Específicos**





CAPÍTULO 11

TRABALHADORES DA SAÚDE ORIENTAÇÕES PARA O CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Pamella Beserra de Melo
Francisca de Melo Beserra
Saulo da Silva Diógenes
Leandro Rodrigo Pereira de Matos
Paulo Henrique Silva Nunes

Figura 1 – Ilustração de Trabalhadores da Saúde.



Fonte: Getty Imagens,2020.

Diversas pesquisas apontam as condições precárias de trabalho dos profissionais de saúde. Os adoecimentos físicos e psíquicos podem estar relacionados à ausência de materiais

hospitalares e insumos, além da superlotação das unidades de saúde, acarretando extensa carga de trabalho e estresse aos profissionais. A ausência de EPIs é uma das maiores queixas desses profissionais (MEDEIROS; ROCHA, 2004; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; MACIEL, SANTOS, RODRIGUES, 2015). Entretanto, apesar desse contexto sabidamente precarizado de trabalho dos profissionais da saúde, o tema sempre foi invisibilizado.

O atual contexto de pandemia pela COVID-19 trouxe grande notoriedade a esse tema. Como não lembrar da manifestação dos profissionais da enfermagem no simbólico 1º de maio, Dia do Trabalho, em que afirmavam, na Praça dos Três Poderes: “Estamos morrendo na luta contra a Covid-19”¹⁷?

De fato, o novo coronavírus deve ser visto como um risco eminentemente ocupacional para os trabalhadores da saúde, uma vez que o risco de contaminação por esse agente é indissociável do processo produtivo desses profissionais. Fato esse levado em consideração pelo Supremo Tribunal Federal (STF) ao tornar sem validade o artigo da Medida Provisória 927/2020 que não considerava os casos de covid-19 entre trabalhadores como doença ocupacional, não tendo o trabalhador o ônus de comprovar que a infecção por coronavírus foi ocupacional¹⁸.

Os trabalhadores da saúde têm risco alto de exposição ao SARS-CoV-2, ao atender pacientes sintomáticos respiratórios e com suspeita ou confirmação de COVID-19. O risco de exposição é muito alto, quando realizam procedimentos que geram aerossóis, como intubação, procedimentos odontológicos ou de indução de tosse, broncoscópias e manipulação ou coleta invasiva de amostras nos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 (OSHA, 2020).

¹⁷ Reportagem disponível em <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/01/enfermeiros-fazem-ato-no-df-para-reforçar-necessidade-de-isolamento-social-estamos-morrendo-na-luta-contr-a-covid-19.ghtml>>, acessado em 01/06/2020.

¹⁸ Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/30/para-stf-covid-19-e-doenca-ocupacional-e-audidores-poderao-autuar-empresas>>, acessado em 05/06/2020.

Os trabalhadores das unidades de saúde que atendam diretamente sintomáticos respiratórios, bem como os motoristas que transportam pacientes suspeitos de COVID-19 também são considerados como profissionais de exposição alta ao novo coronavírus (CEREST SALVADOR, 2020). Também podem estar sob risco os profissionais que circulam nas áreas destinadas ao atendimento de pacientes potencialmente contaminados pelo novo coronavírus, como pessoal da limpeza, segurança, porteiros, contínuos, serviço de hotelaria, recepcionistas, administrativos e os responsáveis pela engenharia e manutenção de serviços de saúde, ainda que esse risco não esteja indissociável do seu processo produtivo.

A transmissibilidade do novo coronavírus, inclusive por assintomáticos, é muito alta, havendo curto espaço de tempo entre primeiros sintomas e o desenvolvimento da forma grave da doença (5-10 dias). Isso acontece em cerca de 15% a 20% dos casos, com estudos mostrando variação de 7% a 30%, a depender das comorbidades. Além disso cerca de 5% dos casos tem necessidade de internação em UTI (HC; UNICAMP, 2020; PIRES et al., 2020). Como o tempo para a recuperação dos pacientes é lento, exigindo atendimento especializado do serviço de saúde, e como há o aumento exponencial de casos, o maior temor tem sido a exaustão completa dos serviços de saúde. Nesse caminho ocorre o consumo exacerbado de insumos médico-hospitalares e de equipamentos de proteção individual (EPI). Produtos que tiveram importante redução de sua fabricação pela China, o primeiro país afetado pela doença. Como reflexo dessa exaustão dos serviços de saúde, evidencia-se a sobrecarga física e emocional em profissionais da saúde, que tem adoecido pela doença contra a qual estão lutando.

Além da maior exposição ao novo coronavírus que a população em geral, há fatores organizacionais relacionados ao ambiente de trabalho que são relevantes para uma maior taxa de contaminação desses profissionais: a carga horária extensa e exaustiva, o nível de exposição, o tipo de atividades que executam, quantidade de atendimentos, uso de EPIs que podem ser

insuficientes, inadequados e/ou manuseados de maneira inadequada, ausência de treinamento em tempo hábil, o desconhecimento do agente etiológico por se tratar de um novo vírus, ausência de vacinas (BRASIL, 2020).

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde estima que mais de 10% do total de profissionais de saúde atuando no país sejam contaminados, enquanto a taxa de COVID-19 em profissionais da saúde na China foi de 3,8%. Levantamentos iniciais de universidades públicas brasileiras identificaram positividade para o novo coronavírus entre 25 e 50% desses profissionais. O Conselho Federal de Enfermagem contabiliza cerca de 10 mil profissionais contaminados, com 88 óbitos até o início do mês de maio (COFEN, 2020; GRABOIS, 2020).

Urge, portanto, a necessidade de ações para a proteção do cuidador no seu ambiente de trabalho que deve ser seguro, haja vista esses profissionais serem indivíduos centrais do combate ao COVID-19. Portanto, são fundamentais para o trabalho decente dessas profissionais condições seguras e saudáveis (OIT, 2020). A RDC 63/2011, estabelece obrigações aos serviços, que devem ser observadas, especialmente, no enfrentamento da COVID-19, como vestimentas e calçados compatíveis com o risco no local de trabalho, devendo ser considerados barreiras de proteção e, portanto, preferencialmente oferecidos pelo serviço de saúde. Além disso, deve-se:

Garantir mecanismos de prevenção dos riscos de doenças e acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. O serviço de saúde deve manter registro das comunicações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; disponibilizar aos trabalhadores: I - Normas e condutas de segurança biológica, química, física, ergonômica e psicossocial; II - Instruções para uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI; III - Procedimentos em caso de incêndios e acidentes; IV - Orientação para manuseio e transporte de produtos para saúde contaminados (ANVISA, 2011).

Assim, para manter um ambiente de trabalho seguro e saudável algumas práticas e medidas de controle/biossegurança são imprescindíveis. Medidas de controle podem ser a nível de enge-

nharia, administrativo ou individuais. As primeiras visam prevenir a propagação, reduzir a concentração de agentes infecciosos no ambiente de trabalho, minimizar o número de áreas em que há exposição ao vírus para diminuir o número de pessoas expostas ao agente. Já as medidas de controle administrativos, são alterações nas políticas ou rotinas de trabalho, visando reduzir ou minimizar duração, frequência ou intensidade da exposição aos riscos (OIT, 2020; BRASIL, 2020).

Por fim, concentraremos nossa atenção nas medidas de proteção individual que devem ser adotadas pelos profissionais da saúde para diminuir o risco de contaminação pelo novo coronavírus. A ANVISA, em sua nota técnica 04 de 30 de janeiro de 2020, estabeleceu EPI mínimos para cada situação de atuação dos profissionais de saúde. Essa nota técnica tem sido modificada com frequência, à medida que novos conhecimentos sobre o coronavírus evoluem, sendo a última atualização em 08/05/2020.

A partir da citada normativa, fizemos resumo de procedimentos e EPIs mínimos que devem fazer parte da rotina de todos os profissionais da saúde que atuem nos diversos setores dos serviços de saúde, que pode ser conferida no Quadro 1 ao final do capítulo.

Para finalizar, vale ressaltar que o treinamento dos profissionais é imprescindível, pois a pandemia da covid-19 é uma nova realidade enfrentada pelos profissionais de saúde. Procedimentos corretos evitam a contaminação dos profissionais de saúde e esses devem abranger desde a higiene das mãos, paramentação e desparamentação, incluindo cuidados a serem prestados aos pacientes, como novas técnicas de intubação, procedimentos de traqueostomia, parada cardiorrespiratória, introdução de cateter para coleta da pressão intra-aórtica e de veia cava, coleta de gasometria arterial, aspiração de secreções das cavidades oral e nasal, banhos de leitos, trocas de fraldas, sondagem vesical, drenagem torácica, dentre outras, atividades de risco aos profissionais da saúde. Para tanto, é importante realização de situações simuladas, no próprio serviço, com toda a equipe de saúde (CARMAGNANI et al., 2017; GONÇALVES; KAWAGOE, 2020), a

fim de fortalecer o vínculo dentro da equipe de saúde e o autocuidado entre os profissionais dessa equipe.

O procedimento de desparamentação é a etapa em que mais o profissional de saúde está vulnerável para a contaminação pelo coronavírus, pois é o momento de remoção de EPI que foram contaminados durante o atendimento ao paciente suspeito ou confirmado de COVID-19. Entendendo que esse procedimento deve ser realizado de forma correta e sistematizada, bem como a higienização das mãos e o processo de paramentação, para garantir a segurança do profissional de saúde, a Liga de Saúde, Trabalho e Ambiente, da Faculdade de Medicina da UFC, elaborou um guia prático e bastante elucidativo com todas as etapas de tais procedimentos publicado na página do @trabmed (perfil da liga no Instagram), que os leitores poderão ter acesso por meio do QRcode ao final do capítulo.

Quadro 1 - Procedimentos e equipamentos de proteção individual mínimos para atuação segura dos profissionais da saúde

SERVIÇOS HOSPITALARES		
CENÁRIO	ATIVIDADES	TIPO DE EPI OU PROCEDIMENTO
Triagem	Triagem preliminar	- Higiene das mãos - Manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - Máscara cirúrgica
Áreas de assistência a pacientes (p. ex., enfermarias, quartos, consultório)	Qualquer atividade dentro dessas áreas	- Higiene das mãos - Máscara cirúrgica (+ outros EPIs de acordo com as precauções-padrão 1 e, se necessário, precauções específicas) - Manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

Quarto / Área / Enfermaria / Box de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19	Durante a assistência, sem procedimentos que possam gerar aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - óculos ou protetor facial - Máscara cirúrgica - Avental ou capote de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior - Luvas de procedimento - Manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas
	Durante a realização de procedimentos que possam gerar aerossóis ²	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - Gorro descartável - Óculos de proteção ou protetor facial - Máscara N95/PPF² ou equivalente - Avental ou capote de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior - Luvas de procedimento
	Realizam a higiene do quarto/ área/ box do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - Óculos ou protetor facial (se houver risco de respingo de material orgânico ou químico) - Máscara cirúrgica³ - Avental (se houver risco de contato com fluidos ou secreções do paciente que possam ultrapassar a barreira do avental de contato, o profissional deve usar avental impermeável) - Luvas de borracha de cano longo - Botas impermeáveis - Manter uma distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas

<p>Áreas Administrativas e Recepção do serviço/ cadastro</p>	<p>Tarefas administrativas e qualquer atividade que não envolva contato a menos de 1 metro com pacientes; profissional da recepção, segurança, entre outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - Manter distância de pelo menos 1 metro de outras pessoas - Máscaras cirúrgicas⁴ - Se necessário e possível, instituir barreiras físicas, de forma a favorecer o distanciamento maior que 1 metro (Ex.: placas de acrílico, faixa no piso, etc.)
--	---	--

<p>Laboratório</p>	<p>Manipulação de amostras respiratórias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene das mãos - Óculos ou protetor facial (se houver risco de respingos) - Máscara cirúrgica (substituir por máscara N95/PFF2, caso haja risco de geração de aerossol durante a manipulação da amostra) - Avental ou capote de mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior - Luvas de procedimento
--------------------	--	--

Nota 1: As precauções-padrão são medidas que devem ser implementadas, em todos os atendimentos, independente do diagnóstico do paciente, pois assume-se que quaisquer pacientes estão potencialmente infectados ou colonizados por algum patógeno que pode ser transmitido no ambiente de assistência à saúde. São elas: higienização das mãos com água e sabão em movimentos de fricção por cerca de 60s ou, se as mãos não estiverem visivelmente sujas, álcool 70% por cerca de 40s; descarte de todo o material utilizado em lixo infectante (saco branco leitoso) que será incinerado seguindo Programa de Resíduos Sólidos em Saúde (PRRSS) da instituição; uso de luvas, avental, óculos e máscara, se houver o risco de exposição a sangue, outros fluidos ou secreções corporais do paciente.

Nota 2: Em áreas coletivas em que há procedimentos geradores de aerossóis é necessário a avaliação de risco quanto a indicação do uso máscara N95/PFF2 ou equivalente pelos outros profissionais dessa área, que não estão envolvidos diretamente com esse procedimento.

Nota 3: Substituir por máscara N95/PFF2 ou equivalente, se precisar realizar a higiene do quarto/área/box em que há a realização de procedimentos geradores de aerossóis.

Nota 4: Embora a Nota técnica 04/2020 da ANVISA, em sua última atualização de 08/05/2020 refira possibilidade de máscaras de tecidos para tais profissionais, ressaltando que se não for garantido o distanciamento de 1 metro do paciente deve ser utilizado máscara cirúrgica; ainda que entendamos a escassez da máscara cirúrgica no mercado, lembramos que a mesma nota refere que a máscara de tecido não é considerada um EPI. Dessa forma, ficaremos com o entendimento da Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais do Ministério da Saúde de abril de 2020.

Fonte: adaptado de ANVISA, 2020 e BRASIL, 2020

REFERENCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Nota técnica gvims/ggtes/anvisa nº 04/2020 orientações para serviços de saúde:** medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). (atualizada em 08/05/2020).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Orientações Gerais par Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.** Disponível em <<https://www20.anvisa.gov.br/seguranca-dopaciente/index.php/publicacoes/category/higienizacao-das-maos>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde** (RDC Nº 63), 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais.** Abril, 2020. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 03 jun. 2020.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE SALVADOR - CEREST. **Nota técnica No 002/2020.** Orientações aos trabalhadores e empregadores. Salvador: Diretoria Geral de Vigilância à Saúde, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Boletim sobre registro de 10 mil mortes dos profissionais de Enfermagem com covid-19.** Disponível em <www.cofen.gov.br>. Acesso em: 03 jun. 2020.

GONÇALVES, P. & KAWAGOE, J. 1 vídeo (2 horas e 29 minutos). Enfermagem: controle de infecção separa a vida da morte. Programa superação. **Publicado pelo canal CCIH cursos MBA,** 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Go2oY4rz6m4&feature=youtu.be>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

GRABOIS, V. **Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde.** online, 2020. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40999/2/Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40999/2/Como_reduzir_o_risco_de_contagio_e_morte_dos_profissionais_de_saude.pdf)>. Acesso em: 30 maio. 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS - HC; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. **Protocolo institucional Manejo do paciente internado na enfermaria com COVID-19.** 3. ed. São Paulo: UNICAMP, 2020. E-book. Disponível em: <<https://hc.unicamp.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-enfermaria-COVID-19-Versão-3.1.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev. bras. Saúde ocup.,** São Paulo, v.40, n. 131, p. 75-87, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-75.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2020.

MEDEIROS, S. M.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). **Frente a la pandemia:** garantizar la seguridad y salud en el trabajo – Ginebra: OIT, 2020.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION - OSHA. **Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19.** OSHA 3990- ed. [S. l.]: U.S. Department of Labor, 2020. E-book. Disponível em: <<https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>>. Acesso em: 31 maio. 2020.

PIRES, L.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. de L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **ondasbrasil.org**, [S.l.], 2020. Disponível em: <<https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribuição-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flavio Trevisani; KANTERAS, Ligia Mara da Silva; TERERAN, Nathalia Perrazo; CARNEIRO, Ieda Aparecida. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: P.424, Guanabara Koogan Ltda., 2017.

OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
Adriano da Costa Belarmino

1 - INTRODUÇÃO

O processo de trabalho nas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) exige constante colaboração entre os profissionais, com especial foco às demandas oriundas das comunidades que compõem o território. Nesse âmbito, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é primordial, por possibilitar maior interação entre a equipe responsável pela implementação das políticas públicas de saúde e as pessoas sob responsabilidade sanitária destes profissionais (SANTOS, FARIAS FILHO, 2019).

Dentre as atividades inerentes ao ACS encontram-se: a realização de visitas domiciliares com registro de dados para fins de planejamento das ações de saúde, utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural e a mobilização da comunidade para participação nas políticas públicas da saúde e socioeducacionais. Essas ações devem ser pautadas nas práticas político-pedagógicas da Educação Popular em Saúde (EPS) (BRASIL, 2018).

Embasados na EPS, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde torna-se mais aproximado das comunidades, visto que o conhecimento sobre questões relacionadas ao cuidado desenvolvido pelas equipes da APS, serão discutidas a partir

da perspectiva dos usuários do sistema de saúde. Desse modo, nessa construção dialógica, os ACS podem agir como tradutores da linguagem da comunidade para a equipe de saúde e vice-versa.

O trabalho desta categoria profissional engloba todas as fases do ciclo vital humano, com foco nas especificidades sanitárias dos territórios. Isso permite um papel profissional de protagonismo durante situações rotineiras na APS, como acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, visitas domiciliares a indivíduos com dificuldade de locomoção, orientações sobre cuidados básicos de saúde, promoção de vacinação etc. (ALONSO, BÉGUIN, DUARTE, 2018).

No entanto, o trabalho do ACS também pode ser requerido em situações de prevenção de doenças infecciosas que comumente afetam a população brasileira, tais como: dengue, zika, chikungunya e malária. Além disso, podem ocorrer momentos epidêmicos de alguma patologia, que exigirão a organização de toda a força de trabalho disponível na APS.

Salienta-se que ao longo dos anos de implementação das atividades do ACS no Brasil, estes profissionais atuaram em epidemias de sarampo, dengue, zika, febre amarela, cólera, dentre outras doenças que afetaram sobremaneira diversas regiões do país. O enfrentamento de eventos singulares como estes, permitiu ampliação da importância destes profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), com maior visibilidade de suas ações junto às comunidades (BEZERRA, FEITOSA, 2018; TEIXEIRA et al., 2018).

2 - COMPETÊNCIAS DOS ACS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

Na contemporaneidade, novo desafio surge aos profissionais de saúde brasileiros, com a necessidade de enfrentamento da pandemia da COVID-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que pode se agravar e culminar em óbito. Inicialmente circunscrita à China, espalhou-se pelo mundo e afetou so-

bre maneira o Brasil, com grande número de casos confirmados e óbitos, exigindo a implementação de políticas de saúde para mitigação de seus efeitos deletérios para a população (WERNECK, CARVALHO, 2020).

Nesse íterim, como porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro, a APS tem sido demandada para o acompanhamento de casos que rapidamente se ampliam em todo o território nacional. Não obstante, as demandas históricas por saúde nos territórios se avultam, unindo-se a necessidade de enfrentamento dessa infecção antes desconhecida, com repercussões na carga de trabalho dos profissionais (SARTI et al., 2020).

Como integrantes da equipe, os ACS têm colaborado na tentativa de conter a disseminação do vírus nas comunidades, utilizando práticas de mobilização comunitária, bem como orientações sobre a COVID-19 e os novos fluxos de atendimento nos pontos de atenção da rede, construídos na tentativa de potencializar a atenção disponibilizada aos usuários do sistema.

Nesse contexto, elencam-se algumas competências dos ACS no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Competências dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da COVID-19, Brasil, 2020.

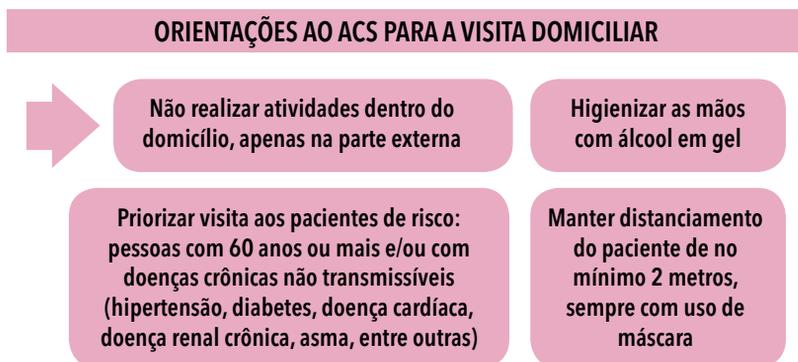
<ul style="list-style-type: none">• Orientar a população sobre a doença;
<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar a equipe na identificação de casos suspeitos;
<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar a equipe no monitoramento dos casos suspeitos e confirmados;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar visita domiciliar, quando necessário;
<ul style="list-style-type: none">• Realizar busca ativa quando solicitado, principalmente nos casos de pacientes que se enquadram no grupo de risco;
<ul style="list-style-type: none">• Orientar durante as visitas domiciliares que crianças menores de 5 anos e pessoas com 60 anos ou mais, com sinais e sintomas respiratórios devem entrar em contato com a unidade de saúde;
<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar as atividades de campanha de vacinação de modo a preservar o trânsito entre pacientes que estejam na unidade por conta de complicações relacionadas a COVID-19, priorizando idosos.

Fonte: BRASIL, 2020.

Em um cenário de vulnerabilidades sociais históricas, agravado por dificuldades econômicas oriundas parcialmente das estratégias de mitigação da pandemia, estes profissionais têm buscado fortalecer seu papel como disseminadores de informações confiáveis para a população. Em um período que exige o distanciamento social como forma de diminuir a possibilidade de contágio (não experienciado anteriormente), os ACS continuam seu cotidiano de encontros e aproximações com as gentes dos territórios.

Isso tem propiciado maior exposição ao SARS-CoV-2 durante as atividades laborais, o que requer novos hábitos e maior atenção no desenvolvimento das ações. Neste momento crucial, como multiplicadores das orientações no sistema de saúde, devem ter acesso a informações que subsidiem os diálogos nas comunidades, potencializando a adoção de práticas seguras por todos. Seguramente, a visita domiciliar é uma das práticas por qual o trabalho do ACS é conhecido e, acerca disso, algumas orientações foram destacadas na figura 1.

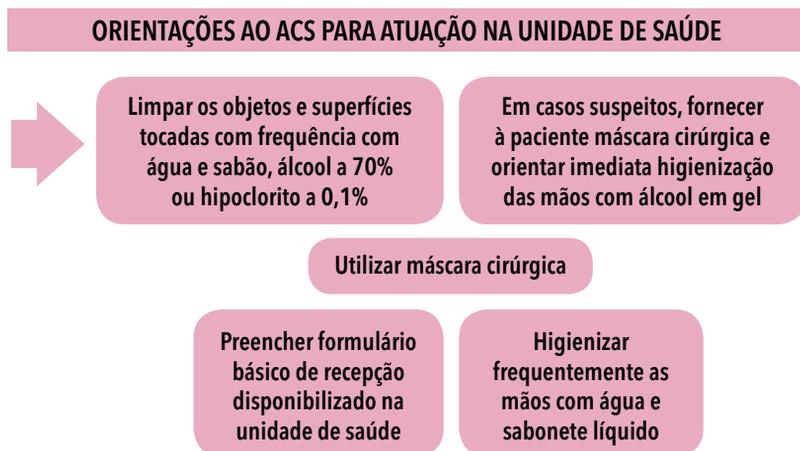
Figura 1 – Orientações ao Agente Comunitário de Saúde para realização de visita domiciliar na vigência da pandemia da COVID-19, Brasil, 2020.



Fonte: (BRASIL, 2020).

Ressalta-se que os profissionais com mais de 60 anos e/ou com alguma das condições crônicas já descritas devem realizar atividades administrativas na unidade de saúde, sem atendimento ao público para evitar contaminação. Importante lembrar que durante a pandemia os ACS possuem também a função de acolher os usuários na unidade de saúde e, nessa situação de relação direta com pacientes suspeitos, devem tomar alguns cuidados resumidos na figura 2.

Figura 2 – Orientações ao Agente Comunitário de Saúde para atuação na unidade de saúde na vigência da pandemia da COVID-19, Brasil, 2020.

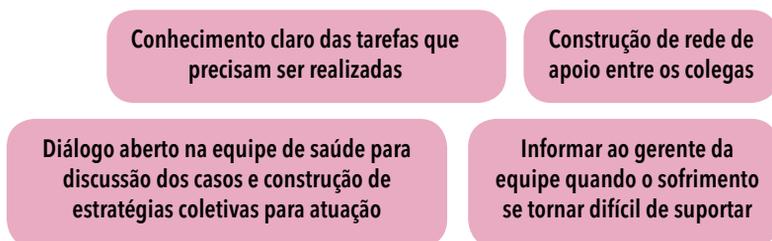


Fonte: (BRASIL, 2020).

Porém, deve-se atentar também para a ampliação da possibilidade de sofrimento mental causado por condições desfavoráveis de trabalho, como a exaustiva rotina vivenciada. O adoecimento mental nos profissionais de saúde durante a pandemia tem sido relatado por diversos motivos: medo de contrair a doença e facilitar o contágio da família, aumento da pressão para cumprimento de metas devido a exacerbação das demandas, dificuldade em acompanhar o sofrimento alheio a partir dos muitos adoecimentos e mortes (EL-HAGE et al., 2020).

Desse modo, faz-se necessária a organização de algumas ações de prevenção do adoecimento profissional desses profissionais, conforme sumarizado na figura 3.

Figura 3 – Orientações ao Agente Comunitário de Saúde para prevenção do adoecimento mental na vigência da pandemia da COVID-19, Brasil, 2020.



Fonte: PETZOLD, PLAG, STROHLE, 2020.

Ademais, deve-se ressaltar que é importante a estruturação do sistema de saúde para fomentar suporte necessário aos ACS no desenvolvimento de suas funções, visto que suas atividades laborais são essenciais para a sociedade brasileira. Além disso, as equipes devem instituir práticas condizentes com a atual realidade sanitária do país, possibilitando a atuação segura destes agentes nos territórios.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista de Saúde Pública.** v. 52, p. 14, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União.** Brasília: Ministério da Saúde, 04 abr. 2018.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 3, p.813-822, 2018.

EL-HAGE, W. et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? **L'Encephale.** v. S0013-7006, n. 20, p. 30076-2, 2020.

PETZOLD, M. B.; PLAG, J.; STROHLE, A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. **Der Nervenarzt.** v. 95, n. 5, p. 417-421, 2020.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 5, p.1659-1667, 2016.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

TEIXEIRA, M. G. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, p.1819-1828, 2018.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

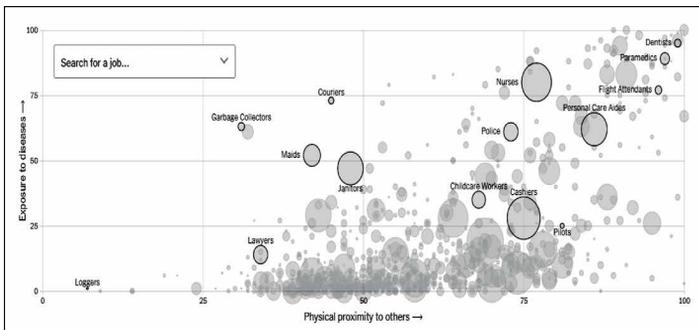
Cuidados de biosegurança no atendimento ODONTOLÓGICO DE PACIENTES NA VIGÊNCIA DA PANDEMIA DE COVID-19

Luisa de Marillac de Alencar Pinheiro

1 - INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 é um problema global que impactou significativamente a prática segura da Odontologia em todas as suas especialidades clínicas e cirúrgicas. Segundo reportagem veiculada pelo jornal The New York Times com base em dados do *Bureau of Labours Statistics* americano, os dentistas estão entre os profissionais com maior risco de exposição ocupacional a doenças infecciosas com transmissão respiratória.

Figura 1 – coronavírus e seu impacto nos profissionais dentistas



Fonte: The New York Times. The workers who face the greatest Coronavirus Risk. Publicado em 15/03/2020. Disponível em <https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>

Todos os procedimentos invasivos envolvendo a região da cavidade oral são, portanto, considerados de alto risco para a disseminação do vírus SARS-Cov-2, sobretudo devido à aerossolização deste, que se sabe estar em alta concentração nessas áreas. Esse fato é corroborado pelo estudo conduzido por Xu et al, 2020, que examinou a presença de receptores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA), fundamentais para a infecção pelo novo coronavírus, em diversos tecidos humanos, encontrando grande expressão desta em glândulas salivares menores presentes em toda a cavidade oral. Isso torna essas glândulas salivares potenciais reservatórios do vírus, sendo a saliva um franco agente contaminante.

Além disso, estudos preliminares conduzidos por van Dorremalen et al, (2020), apontam que, se as partículas virais se tornarem aerossolizadas, elas permanecerão no ar por pelo menos três horas, ou até mais. Uma vez que boa parte dos procedimentos odontológicos acarretam a produção de aerossóis, e considerando o alto risco de contaminação cruzada entre pacientes e equipe odontológica durante a realização dos procedimentos, conforme apontou Meng et al, (2020), é necessário o delineamento de estratégias de biossegurança que diminuam o risco de infecção pelo vírus SARS-Cov-2 durante a realização de procedimentos odontológicos de urgência ou eletivos.

De acordo com o *“AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic”*, a maioria das recomendações que existem até esse momento devem ser tratadas como *“opinião de especialistas”* e são baseadas principalmente em comunicação pessoal, diretrizes apresentadas por várias sociedades nacionais e internacionais e dados revisados por pares quando possível.

Todas as recomendações apresentadas nesse manual foram retiradas de manuais de boas práticas para equipes de saúde bucal e artigos científicos relacionados à biossegurança em ambientes clínico-cirúrgicos conforme listados nas referências bibliográficas ao final do texto (1-8, 10, 11, 13-15, 17-20, 22, 23, 25, 27), adequando as recomendações ao conhecimento que temos

no momento atual da pandemia. Modificações destas sugestões poderão ser realizadas numa atualização desse manual num momento posterior.

1.1 - Cuidados no pré-atendimento

Antes da marcação, sugere-se fazer investigação prévia com o paciente através de contato telefônico sobre sintomas sugestivos de COVID-19 através de questionário FAST-TRACK (conforme tabela 1 desse capítulo); em caso afirmativo, suspender consultas e procedimentos que não sejam considerados de urgência ou emergência (conforme listado na Nota Técnica “Orientações para atendimento nos serviços odontológicos da rede de atenção à saúde bucal” da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará).

Procedimentos eletivos, como a remoção de dentes livres de doença sem risco de comprometimento da condição do paciente ou tratamento pendente ou trocas de restaurações por motivos meramente estéticos, e visitas ambulatoriais de rotina devem ser rigorosamente avaliados quanto ao risco/benefício durante a vigência da pandemia.

Pacientes que tenham infecções orais e maxilofaciais agudas devem ser tratados com presteza seguindo protocolos farmacológicos e cirúrgicos adequados à infecção vigente (prescrição de antibióticos tópicos/sistêmicos, drenagem de abscessos, remoção de dentes associados), sempre seguindo os parâmetros de biossegurança orientados nesse manual.

Pacientes com condições nas quais um atraso no tratamento cirúrgico pode resultar em comprometimento de sua condição ou comprometimento do tratamento pendente (por exemplo, comprometimento da restauração do dente lesionado quando outro dente indicado para remoção impede o acesso ao dente afetado) devem ser tratados em tempo hábil sempre que possível

Tabela 1: Sugestão de Anamnese Complementar (“FAST TRACK”)

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Temperatura do paciente: _____°C

Dentista responsável: _____

Nos últimos 21 dias, você:

1) Esteve em contato com alguém com diagnóstico positivo para covid-19?

() Sim () Não

2) Esteve em contato com alguém que teve febre ou problemas respiratórios?

() Sim () Não

3) Teve febre? () Sim () Não

4) Teve tosse seca? () Sim () Não

5) Teve dificuldades de respirar? () Sim () Não

6) Sentiu alguma alteração no gosto (paladar) ou no cheiro (olfato)?

() Sim () Não

7) Apresentou dor de cabeça intensa? () Sim () Não

8) Apresentou algum desarranjo intestinal? () Sim () Não

Você possui alguma informação importante que queira acrescentar, como a presença de alguma doença ou uso de medicamentos?

Observação: Caso o paciente responda sim para alguma das perguntas, a consulta deve ser adiada em caso de procedimentos eletivos, sendo garantida a consulta e procedimento nos casos de urgências e emergência. O cirurgião-dentista deve responsabilizar-se pelo atendimento de pacientes que estejam em uma ou mais das situações descritas no questionário, além de orientá-lo a procurar um médico.

Fonte: Retirado de “CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA – SEÇÃO CEARÁ. Os Passos do Atendimento Odontológico em Tempos de COVID-19” publicado em 01/05/2020. Disponível em <http://www.cro-ce.org.br/noticia.asp?id=359>

1.2 - Cuidados na recepção

Proceder a marcação de pacientes com intervalo suficiente para minimizar o tempo de espera na recepção, para que não ocorra aglomeração na recepção da clínica, mantendo a distância mínima de um metro entre pacientes

Como medida para diminuir o risco de aglomeração na recepção da clínica, pedir que os pacientes evitem levar acompanhantes consigo, exceto em casos excepcionais, como atendimento pediátrico, geriátrico ou a pacientes especiais

Disponibilizar máscaras e álcool a 70% para pacientes e acompanhantes, quando houver, assim que chegarem à clínica

Todos os funcionários da clínica que não estiverem diretamente no atendimento clínico dos pacientes, como recepcionistas, seguranças, manobristas, entre outros, deverão utilizar máscaras cirúrgicas de tripla proteção durante todo o período de trabalho, devendo estas serem trocadas a cada turno

Profissionais de serviços gerais deverão estar adicionalmente paramentados com gorro descartável, botas impermeáveis com cano longo, óculos de proteção ou protetor facial, luvas de borracha com cano longo e avental impermeável.

NOTA: Máscaras de pano que consigam impedir em até 95,15% a passagem de aerossóis podem ser uma alternativa para o uso por funcionários que não façam parte da equipe de atendimento clínico caso haja grande dificuldade em conseguir as máscaras cirúrgicas, conforme descrito por Ma et al, 2020.

Objetos pessoais dos pacientes deverão ser guardados na recepção ou em sala de atendimento pré-clínico ou, alternativamente, acondicionados em sacos plásticos fornecidos pela clínica, de modo a não ficarem expostos a contaminação durante o atendimento.

1.3 - Cuidados durante o atendimento

Durante a vigência da pandemia, evitar o uso de acessórios como brincos, pulseiras, colares, anéis, relógios e outros que possam se tornar focos de contaminação.

Devem ser removidos do ambiente do consultório quaisquer objetos que não sejam indispensáveis ao atendimento clínico por representarem focos de contaminação em potencial e dificultarem a desinfecção entre pacientes.

Realizar higiene das mãos inicial com água e sabão (40-60 segundos) ou, na ausência de sujidades, com álcool gel 70% (20-30 segundos) antes do início da anamnese. Repetir a higiene das mãos com álcool entre a anamnese e a paramentação para o atendimento.

Na etapa de anamnese, receber o paciente já utilizando máscara cirúrgica, gorro e pijama cirúrgico ou jaleco.

Realizar aferição dos sinais vitais do paciente previamente ao início do atendimento (temperatura, pressão arterial e, se possível, oximetria).

A paramentação para o atendimento, preferencialmente, deve ocorrer em área onde não tenha havido dispersão de aerossóis, para favorecer a cadeia asséptica.

Usar EPIs para toda a equipe envolvida no atendimento (gorro, óculos de proteção, máscaras filtrantes tipo N95 ou PFF2 ou equivalente sem válvula, protetor facial, avental impermeável – TNT gramatura 40 ou superior - e luvas cirúrgicas ou de procedimento, de acordo com o procedimento a ser realizado) e para todos os atendimentos, inclusive o exame clínico.

NOTA: Óculos de grau não são considerados equipamentos de proteção individual, pois não possuem as proteções laterais. Quando do uso de luvas de procedimento, preferir o uso das luvas de nitrilo sobre as de látex sempre que possível, uma vez que as primeiras apresentam melhor qualidade de resistência microbiológica e menor potencial alergênico para o profissional que as de látex.

Os pacientes deverão utilizar gorro, óculos de proteção e babador descartável durante o atendimento clínico. Para atendimentos cirúrgicos, os óculos de proteção e o babador poderão ser substituídos por campos cirúrgicos estéreis que protejam os olhos e o tronco do paciente.

Na necessidade de exames de imagem, preferir técnicas extra-orais, como a radiografia panorâmica ou a tomografia computadorizada de feixe cônico às técnicas de radiografia intra-orais, que produzem estímulo à salivação e tosse.

Se possível, manter o ambiente ventilado durante o procedimento. Considerar manter as janelas abertas para ajudar na circulação do ar.

Utilizar colutório antimicrobiano (como a clorexidina a 0,12%), pré-procedimento, aplicando-o às estruturas bucais através de embrocação com gaze ou bochecho. Recomenda-se o uso adicional de agentes de oxidação (ex: peróxido de hidrogênio de 0,5 a 1% ou polvidona a 0,2%), com o objetivo de reduzir a carga viral, uma vez que a clorexidina não demonstrou ser efetiva contra SARS-Cov-2.

NOTA: A indicação do uso de agentes de oxidação é exclusivamente para o pré-procedimento, não sendo recomendado o uso contínuo desse produto pelo paciente.

Realizar aspiração contínua da saliva durante o atendimento, se possível com sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo); o trabalho a quatro ou seis mãos é altamente recomendado e deve ser estimulado

Sempre que possível, utilizar isolamento absoluto com dique de borracha para realizar procedimentos invasivos no tecido dentário, como forma de diminuir a produção de aerossóis contaminados por saliva.

Sempre que possível, recomenda-se utilizar dispositivos manuais, como escavadores de dentina e / ou técnicas quimio-mecânicas para remoção de lesões cáries, evitando o uso de

canetas de alta e baixa rotação, e curetas periodontais ao invés de instrumentos ultrassônicos para raspagem periodontal, com o objetivo de reduzir a produção de aerossóis.

Sempre que possível, em procedimentos cirúrgicos na cavidade oral, evitar o uso de turbinas de alta ou baixa rotação. Quando estas forem indispensáveis, reduzir ou eliminar a irrigação durante seu uso como forma de diminuir a formação de aerossóis.

Na eventualidade de necessitar realizar suturas intra-orais, optar pelo uso de fios reabsorvíveis, que não precisem ser removidos posteriormente.

Evitar o uso da seringa tríplice, sobretudo na sua forma spray, acionando os dois botões ao mesmo tempo. Regular a saída de água de refrigeração da turbina de alta rotação para minimizar a produção de aerossóis.

Sempre que possível, realizar o máximo de procedimentos indicados no paciente numa mesma sessão, de modo a reduzir o número de pacientes atendidos num mesmo turno bem como o número de retornos do paciente ao consultório.

1.4 - Cuidados no pós-atendimento

Caso seja necessário dar recomendações adicionais, emitir atestados médicos ou fazer prescrições medicamentosas para os pacientes após o término do atendimento clínico ou cirúrgico, o profissional deverá remover os EPIs contaminados no atendimento antes de proceder a esse momento da consulta.

A desparamentação, nesse momento, deverá compreender a remoção das luvas, protetor facial, óculos de proteção e avental descartável. Máscara e gorro deverão ser retirados ao fim de cada turno de trabalho. A desparamentação deverá ocorrer segundo as orientações dadas no capítulo 4 deste manual, garantindo que todos os passos de higiene de mãos entre a retirada de cada EPI sejam rigorosamente seguidos.

Fazer controle adequado da dor e da infecção no pós-operatório, quando necessário, objetivando diminuir ao máximo possível os retornos do paciente ao ambiente do consultório.

O avental descartável deverá ser trocado para o atendimento de cada paciente e não apenas ao fim de cada turno de trabalho.

O protetor facial ou óculos de proteção deverá higienizado e descontaminado entre cada atendimento. Poderá ser realizada a lavagem com água e sabão, álcool 70% ou outras substâncias desinfectantes, não sendo recomendada a permanência do álcool na superfície desses equipamentos uma vez que ele pode causar opacificação do acrílico após sua secagem.

O uso das máscaras filtrantes, tipo N95 ou PFF2, idealmente deveria ser restrito a cada turno de trabalho, devendo as mesmas serem descartadas a seguir. No entanto, devido ao atual panorama de escassez de EPIs, inúmeros autores e protocolos têm sugerido a utilização dessas máscaras por até 05 dias consecutivos ou 15 dias em sistema de rodízio (com intervalos de 72h entre as utilizações), estando as mesmas em boas condições de uso – sem sujidades visíveis, sem apresentarem umidade, vincos, rasgos ou outras condições que possam comprometer sua capacidade de filtração. O uso de protetor facial em conjunto com os respiradores ajuda a evitar a contaminação por gotículas expelidas durante o atendimento aos pacientes. O correto acondicionamento das máscaras filtrantes entre usos é outro ponto crucial para o uso prolongado das mesmas. Sugere-se o acondicionamento em recipientes de plástico rígido com tampa perfurada.

NOTA: embora tenham sido sugeridos alguns métodos para reprocessamento e reutilização dos respiradores faciais, até o momento NENHUM método apresentou grau suficiente de confiabilidade quanto à manutenção da integridade desses equipamentos ou de sua capacidade de filtração, não sendo, portanto, recomendados de acordo com os fabricantes e institutos de pesquisa da área.

Cuidados entre atendimentos

Todas as barreiras de proteção utilizadas para o atendimento deverão ser descartadas ao fim de cada atendimento e substituídas por novas após a desinfecção da sala e dos equipamentos odontológicos. Idealmente, deverão estar protegidos por barreiras: braços e cabeceira da cadeira odontológica, alça do refletor, corpo e ponta da seringa tríplex, mesa auxiliar do equipo, superfície externa da cuspeira, mocho e conectores. Em caso de uso de sistema de sucção externo ao equipo, usar mangueira de silicone estéril para cada paciente.

A limpeza e desinfecção do consultório entre pacientes deve ser rigorosamente realizada, observando os seguintes cuidados:

- Evitar o uso de vassouras ou aspiradores de pó a seco, que podem fazer com que micropartículas fiquem em suspensão no ar e possam ser agentes contaminantes
- Sempre que houver sujidades visíveis, removê-las previamente à desinfecção utilizando papel toalha, que deverá ser descartado no lixo de resíduos biológicos após o uso
- Limpar o chão com pano úmido embebido em solução sanitizante/detergente
- Limpar as superfícies de bancada com pano úmido embebido em solução sanitizante/detergente
- Proceder à limpeza do equipo, utilizando sanitizante e fricção com tecido, começando das superfícies menos contaminadas para as mais contaminadas, na seguinte ordem: Alça do refletor, cadeira odontológica, mocho, superfície do carrinho auxiliar, equipo (pontas de alta e de baixa rotação, seringa tríplex, mangueiras e pontas da unidade de sucção) e, por fim, a cuspeira.
- Realizar limpeza interna das mangueiras de ar e água através do uso de ácido peracético, seguindo as recomendações do fabricante

- Outras substâncias que poderão ser utilizadas para a limpeza e desinfecção do equipo e consultório odontológico são o hipoclorito de sódio a 1%, os quarternários de amônio de quinta geração com bisguanida (que agem como desinfetantes e detergentes no mesmo produto) e o álcool a 70%.

NOTA: o hipoclorito de sódio a 1% é uma substância instável que pode ser degradada pelo calor e pela luz, devendo ser acondicionado em embalagem opaca. Além disso, ele é um agente oxidante, não devendo ser utilizado em materiais susceptíveis à oxidação - como as partes internas do equipo e das peças de mão - não sendo, portanto, indicado para a limpeza interna das mangueiras de ar e água. Além disso, tanto ele quanto o álcool a 70%, são inativados na presença de matéria orgânica. Nesse caso, deve ser proceder à remoção da matéria orgânica com substâncias detergentes antes de usá-los para a desinfecção das superfícies. O álcool 70% também não está indicado para a limpeza da cuspideira ou das superfícies internas das mangueiras de ar e água.

Todas as turbinas de alta e baixa rotação deverão ser esterilizadas para o atendimento de cada paciente, não sendo recomendada a mera desinfecção das mesmas entre pacientes.

Recomenda-se um tempo médio de “repouso” do consultório de meia hora entre pacientes, período no qual, sempre que houver, as janelas devem ser mantidas abertas para circulação do ar no consultório (observar o uso de telas nas janelas para impedir a entrada de insetos)

Realizar a troca de filtros de ar condicionado a cada trinta dias. Considerar utilizar sistemas de exaustão (uso de fluxo laminar, pressão negativa ou sistemas de sucção) ou membranas filtrantes tipo HEPA.

NOTA: existem, no momento, uma grande gama de novos dispositivos para uso na prática odontológica sendo desenvolvidos desde o surgimento da COVID-19, como cabines e barreiras para minimizar o espalhamento de gotículas durante o atendimento, dispositivos de alta performance para sucção de gotículas e aerossóis, uso de luz ultravioleta entre pacientes para desinfecção do consultório, entre outros. No entanto, ainda não há estudos na literatura que validem seu uso, nem protocolos de como eles devem ser utilizados, motivo pelo qual eles não estão sendo recomendados nesse capítulo.)

REFERÊNCIAS

3M Science. Applied to Life. Boletim Técnico. **Desinfecção de Respiradores tipo Peça Facial Filtrante**, 2020. Disponível em: <http://sobecc.org.br/arquivos/RECOMENDACOES_BOLETIM_TECNICO_VERSAO_1.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). **Interim Guidance for Minimizing Risk of COVID-19 Transmission**. Disponível em: https://www.ada.org/~/media/CPS/Files/COVID/ADA_COVID_Int_Guidance_Treat_Pts.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Recomendações AMIB/CFO para atendimento odontológico COVID-19**: Comitê de Odontologia AMIB/CFO de enfrentamento ao COVID-19 Departamento de Odontologia AMIB – 1º Atualização: 25/03/2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/26/2603Recomendacoes_AMIB-CFO_para_atendimento_odontologico_COVID19_atualizada.pdf. Acesso em: 20 mai. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. **Orientações para serviços de saúde**: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) (atualizada em 08/05/2020). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Tecnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 20 maio 2020.

AO FOUNDATION. **AO CMF International Task Force Recommendations on Best Practices for Maxillofacial Procedures during COVID-19 Pandemic**. Disponível em: <https://www.aofoundation.org/~/media/project/aocmf/aof/documents/ao-cmf-covid19-guidelines.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

BIZZOCA, M. E.; CAMPISI, G.; MUZIO, L. L. Covid-19 Pandemic: What Changes for Dentists and Oral Medicine Experts? A Narrative Review and Novel Approaches to Infection Containment. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 11, p. E3793, 2020. DOI: 10.3390/ijerph17113793.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações para o registro do FAST-TRACK da abordagem sindrômica de Síndrome Gripal nos atendimentos aos cidadãos com suspeita de H1N1 e COVID-19 no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Orientacoes_FAST_TRACK_PEC.pdf>. Acesso em 20 maio 2020.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Nota Técnica: Orientações para atendimento nos serviços odontológicos da rede de atenção à saúde bucal**, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/nota-tecnica-traz-orientacoes-para-atendimento-nos-servicos-odontologicos-da-rede-de-atencao-a-saude-bucal/> Acesso em: 20 maio 2020.

CHEN, Y. et al. The presence of SARS-CoV-2 RNA in the feces of COVID-19 patients [published online ahead of print, 2020 Apr 3]. **J. Med. Virol**, p. 1-8, 2020. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA – SEÇÃO CEARÁ. Os Passos do Atendimento Odontológico em Tempos de COVID-19. Disponível em <<http://www.cro-ce.org.br/noticia.asp?id=359>> Acesso em: 20 maio 2020.

EBSERH UFMG. **Plano de Contingência do novo Coronavírus – Covid-19**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/218065/404274/Plano+de+contigencia+17+abril-2020.pdf/fe192ac2-0079-4226-9a0e-943698f8b977>. Acesso em: 22 maio 2020.

HARREL, S. K.; MOLINARI, J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 135, n. 4, p. 429-437, abr. 2004.

- KAMPF, G. et al. Persistence of coronavíruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J. Hosp. Infect.**, v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020.
- LANDERS, T. F.; DENT, A. Nitrile versus Latex for Glove Juice Sampling. **PLoS One**, v. 9, n. 10, p. 1-4, out. 2014.
- LeMOINE, D.; BERGDALL, V.; FREED, C. Performance analysis of exam gloves used for aseptic rodent surgery. **J. Am. Assoc. Lab. Anim. Sci.**, v. 54, n. 3, p.311-316, mai. 2015.
- MA, Q-X. et al. Potential utilities of mask-wearing and instant hand hygiene for fighting SARS-CoV-2. **J. Med. Virol.**, p.1-5, 2020.
- MAISCH, T. et al. The role of single oxygen and oxygen concentration in photodynamic inactivation of bacteria. **Proc. Natl. Acad. Sci. USA**, v. 104, n. 17, p. 7223-7228, abr. 2007.
- MENG, L.; HUA, F.; BIAN, Z. Coronavírus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. **J. Dent. Res.**, v. 99, n. 5, p. 481-487, 2020.
- MESIANO, R. A. B. **Produtos Saneantes: Limpeza e Desinfecção de superfícies.** Brasília, 2018. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/4048533/4992156/Limpeza+e+desinfec%C3%A7%C3%A3o.pdf/bf210048-08d2-40cc-a90f-2861edc8a14a> Acesso em: 20 maio 2020.
- PENG, X. et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. **Int. J. Oral. Sci.**, v. 12, n. 9, p. 1-6, mar. 2020.
- SAMARANAYAKE, L. P.; PEIRIS, M. Severe acute respiratory syndrome and dentistry: a retrospective view. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 135, n. 9, p.1292-1302, set. 2004.
- SÃO LEOPOLDO MANDIC. **Protocolo de biossegurança, 2019.** Disponível em: https://www.slmandic.edu.br/wpcontent/uploads/2020/04/SLM.BIO_.M1-02-Protocolo-de-Biossegurança-2019.pdf. Acesso em: 22 maio 2020.

SAWHNEY, A. et al. Aerosols how dangerous they are in clinical practice. **J. Clin. Diagn. Res.**, v. 9, n. 4, p. ZC52-ZC57, abr. 2015.

THE NEW YORK TIMES. **The workers who face the greatest Coronavirus Risk**. Disponível em <<https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/15/business/economy/coronavirus-worker-risk.html>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

THOMÉ, G. et al. **Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos e-book**. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/covid19-manual-de-boas-praticas-em-biosseguranca-para-ambientes-odontologicos-e-lancado-com-apoio-institucional-do-cfo/>. Acesso em: 20 maio 2020.

DOREMALEN, N. V. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **N Engl J Med.**, abr. 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2004973. [Epub ahead of print]

VICTORELLI, G. et al. **Coronavírus & Ambiente Odontológico: guia de cuidados e prevenção para o cirurgião-dentista**. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1ncyCdiHLVO9w1WE2-GlIFlbHxFe5_AyH/view>. Acesso em: 22 maio 2020.

XU, J. et al. Salivary Glands: Potential Reservoirs for COVID-19. **Asymptomatic Infection. J. Dent. Res.**, abr. 2020. [Epub ahead of print].

ORIENTAÇÕES PARA OS (AS) TRABALHADORES (AS) DO PÓS-ÓBITO: MÉDICOS (AS) PATOLOGISTAS, MÉDICOS (AS) LEGISTAS E TÉCNICOS (AS) EM NECROPSIA

Joeder da S. Messias
Eduardo Breno Nascimento Bezerra
Emília Tomé de Sousa

1 - INTRODUÇÃO

A atual pandemia provocado pelo coronavírus e a possibilidade de sua transmissão através do manejo dos cadáveres em ambiente profissional motivaram a escrita do presente capítulo. Este objetiva apresentar protocolos de segurança laborais e propor estratégias que visem proteger os trabalhadores que atuam na realização dos exames de necropsia. É preciso, portanto, caracterizar e diferenciar as duas instituições que lidam com cadáveres para a elucidação da causa da morte.

O **Serviço de Verificação de Óbito (SVO)** é responsável por diagnosticar a causa da morte caracterizada como não violenta ou natural, realizando a necropsia clínica/anatomoclínica/anatomopatológica. Tem o (a) **médico (a) patologista** e o (a) **técnico (a) em necropsia** como os principais profissionais responsáveis pelo referido exame. O **Instituto Médico Legal (IML)** cumpre o papel de investigar a causa da morte suspeita ou violenta e realiza a necropsia médico-legal/forense/judicial. Os principais responsáveis pela necropsia nesta instituição são o (a) **médico**

(a) legista e o (a) técnico (a) em necropsia. As referidas instituições e seus trabalhadores prestam relevantes serviços à sociedade contribuindo para a elucidação da causa da morte, tanto no âmbito da saúde pública, quanto no da justiça (MESSIAS, 2017; ESPINOSA, 2008).

Considerando as características das instituições supracitadas, os trabalhadores do SVO se encontram maior risco de exposição ao SARS-CoV-2 no contexto laboral que aqueles que atuam no IML. Contudo, é importante lembrar que os cadáveres que chegam ao IML também podem portar o vírus, demandando que todos os profissionais que atuam no campo da necropsia atenham para o risco da contaminação e adotem medidas de segurança necessárias.

Nesse sentido, as orientações técnicas presentes neste documento foram construídas com base nas recomendações emitidas pelo Ministério da Saúde, na publicação Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus (SARS-CoV-2) (BRASIL, 2020), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC 222/2018, que regulamenta acerca das Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (BRASIL, 2018) e pelas recomendações propostas pela Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas (ABMLPM, 2020). A seguir, apresentaremos as principais estratégias e procedimentos a serem adotados por esses profissionais no atual contexto de pandemia. Compete ressaltar que as recomendações descritas neste capítulo estão sujeitas à revisão mediante o surgimento de novas evidências científicas.

Orientações Gerais

Recomenda-se que os serviços de saúde públicos e privados não encaminhem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Nos casos em que não foi possível coletar o material biológico para a realização dos exames em vida, o próprio serviço de saúde deve realizar a coleta pós-morte, através de swab na cavidade nasal e de orofaringe, para posterior investigação pela

equipe de vigilância local. Cada localidade deverá definir um fluxo de coleta e processamento das referidas amostras. Em casos excepcionais, quando for inevitável o envio de corpos ao SVO, o gestor do serviço deve ser comunicado previamente para averiguação da capacidade de recebimento/atendimento (BRASIL, 2020).

Cabe destacar que os cadáveres contaminados com o referido vírus se enquadram na categoria de **risco biológico 3**. Sendo assim, constituem risco adicional à equipe e suas autópsias devem ser evitadas, o que leva à indicação de trabalhar com a equipe mínima, cuja composição é de 1 técnico (a) em necropsia e, quando SVO, 1 médico (a) patologista; quando IML, 1 médico (a) legista. Desse modo, é recomendável que os agentes de limpeza, responsáveis pela higienização da sala de necropsia, sejam dispensados desta tarefa durante o presente quadro de pandemia (ABMLPM, 2020; BRASIL, 2020).

Por atuarem em instituição de cunho judicial, os (as) médicos (as) legistas têm entre as suas atribuições a realização de exames médicos periciais. Tais procedimentos devem ser remarcados sempre que possível, conforme recomendação da categoria. Além das necropsias habituais, por morte violeta, os profissionais do IML recebem os cadáveres de todas as pessoas custodiadas pelo Estado (apenados), independentemente do falecimento ter ocorrido por morte natural ou violenta. Com relação à realização das necropsias no IML, a orientação é semelhante à do SVO, que não seja feita para casos suspeitos de COVID-19. Nos demais casos, a autópsia deve ser realizada apenas quando haja indicações clínicas bem fundamentadas e do modo menos invasivo possível (ABMLPM, 2020).

2 - CUIDADOS INSTITUCIONAIS DESTINADOS AOS TRABALHADORES QUE ATUAM NA NECROPSIA

As instituições devem registrar nomes, datas e atividades de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados pós-óbito, caso haja necessidade de monitoramento. Cabe ressaltar

que os trabalhadores com idade igual ou acima de 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas, cardiopulmonares, oncológicas ou imunodeprimidos estão mais vulneráveis às complicações pela COVID-19 e não devem atuar no manejo de cadáveres que tenham confirmação ou suspeita de contaminação pelo referido vírus.

2.1 - Orientações sobre os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

É dever das instituições disponibilizar álcool em gel a 70%, água, sabão e papel toalha para que todos os frequentadores do ambiente façam a higienização das mãos. Faz-se necessário disponibilizar também os EPIs necessários e adequados para os trabalhadores exercerem as suas atividades laborais.

Os EPIs para o **procedimento da necropsia** são: luvas não estéreis e nitrílicas ao manusear materiais potencialmente infecciosos (se houver risco de cortes, perfurações ou outros ferimentos na pele, usar luvas resistentes sob as luvas de nitrila), macacão usado sob um avental ou avental impermeável, óculos ou escudo facial, capas de sapatos ou botas impermeáveis, máscaras N95 ou superior.

Para a **coleta de tecidos e manipulação de amostra** são necessários os seguintes EPIs: roupa cirúrgica; máscara cirúrgica ou respirador em partículas de AGP ou máscara N95, vestido/ avental resistente a líquidos com mangas, luvas (luvas de autópsia ou dois pares), protetor facial (de preferência), botas impermeáveis. Sempre que possível, deve-se usar cabines de segurança biológica para a manipulação e exame de amostras menores. A análise deve ser realizada em sala apropriada.

Antes da paramentação, os trabalhadores devem realizar a higienização das mãos com água corrente e sabão. Bem como, antes de sair do conjunto de autópsia, deve-se remover os EPIs, descartá-los como resíduos infectantes (RDC nº 222/2018) e, na sequência, realizar novamente a higienização das mãos.

2.2 - Sobre os cuidados na manipulação do cadáver

Havendo extrema necessidade de necropsia para casos suspeitos de COVID-19, esse procedimento deve ser realizado em sala com adequado sistema de tratamento de ar, conforme normativas específicas presentes no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Deve-se diminuir ao máximo a disseminação de fragmentos teciduais, bem como de respingos ou aerossóis na sala de necropsia. Para tanto, faz-se necessária a busca de estratégias que visem alcançar este objetivo, como a adoção de técnicas de autópsia minimamente invasivas para proceder a coleta de tecidos.

Outras estratégias podem contribuir na redução dos riscos, como a adoção de métodos manuais, a não utilização de ar comprimido ou água sob pressão nos procedimentos de limpeza, o uso de cobertura de vácuo quando precisar utilizar a serra etc. Para acesso às orientações técnicas mais detalhadas acerca de procedimentos substitutivos aos habituais, os quais visam ampliar proteção dos trabalhadores, consultar o documento da ABMLPM (2020).

O cuidado para não entrar em contato com fluídos corporais requer atenção especial para com os orifícios naturais (boca, nariz, ouvido, ânus) e os orifícios de drenagem (feridas e punção de cateter). Portanto, é importante que haja cuidado especial na remoção de tubos, drenos e cateteres do cadáver, e que todos os orifícios acima mencionados sejam higienizados e devidamente bloqueados (tamponados), evitando assim o extravasamento dos fluidos corporais.

Realizados os procedimentos destacados, sempre que possível, o corpo deve ser embalado em três camadas: inicialmente um lençol, seguido de um saco impermeável (evitando vazamento de fluídos) e, por fim, um segundo saco desinfetado com álcool 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante compatível com o material do saco e regularizado pela ANVISA. Durante o processo de guarda e embalagem do cadáver, os pro-

fissionais devem manipular o corpo o mínimo possível, para evitar extravasamento de fluidos corpóreos.

Na sequência, o corpo deve ser posto em urna lacrada, desinfetada e entregue aos familiares/responsáveis/serviços funerário. Depois de lacrada, a urna não deve ser aberta. E, em caso de suspeita ou confirmação de contaminação pelo coronavírus, a urna deverá ser sinalizada como **agente biológico classe de risco 3** para ciência das pessoas que realizarão o seu transporte.

2.3 - Quais procedimentos adotar após a conclusão do trabalho?

Após a manipulação do corpo, todas as superfícies contaminadas com secreções ou fluídos corporais deverão ser limpas e desinfetadas. Esses procedimentos devem ser realizados pelas mesmas pessoas que realizaram a autópsia, diminuindo o número de pessoas expostas ao risco de contaminação.

A limpeza dos instrumentos e da sala deve ser feita com água e desinfetantes eficazes contra o coronavírus, como hipoclorito de sódio a 1% ou álcool 70°. Realizada a limpeza, os profissionais devem retirar e descartar luvas, máscara e avental. Após remoção de todos os EPIs e seu devido descarte, os profissionais devem realizar a higienização das mãos.

Recomenda-se ainda que equipamentos como computadores, telefones e câmeras fiquem fora da antecâmara onde se realiza o procedimento de autópsia. Entretanto, caso permaneçam no mesmo espaço, estes necessitam ser limpos e desinfetados, conforme orientações dos fabricantes.

2.4 - Sobre o contato com os familiares

Durante o contexto da atual pandemia, recomenda-se que o reconhecimento do corpo pelos familiares seja realizado por meio da utilização de fotos, evitando o contato e a exposição. Entretanto, quando isso não for possível, sugere-se que apenas um único familiar ou responsável faça o reconhecimento, preservando a distância mínima de dois metros entre familiar e corpo. Na ocasião, o familiar/responsável deve usar máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção.

Os profissionais do SVO e IML devem fornecer informações claras e adequadas ao familiar ou responsável acerca dos devidos cuidados necessários com o corpo do ente falecido. Na ocasião, toda a entrega de documentos deve ser feita por esse único familiar/responsável de modo rápido e sem contato físico.

Considerações Finais

As orientações e estratégias descritas aqui visam a máxima proteção dos (as) trabalhadores (as) que atuam no âmbito da necropsia. Compete às referidas instituições oferecer subsídios materiais, programas de treinamento relativos aos cuidados a serem adotados no âmbito das atribuições laborais e demais formas de apoio para atender às necessidades dos membros de sua equipe profissional. Para o melhor enfrentamento da atual situação, é possível também que os trabalhadores desenvolvam dispositivos coletivos de apoio, que busquem ou criem estratégias que visem diminuir os riscos de contaminação e as compartilhem com seus pares, bem como o amparo aos colegas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade dentro do grupo. Quanto mais os (as) trabalhadores (as) se encontrarem articulados(as) e apoiados(as) junto a um coletivo profissional e à instituição à qual estão vinculados(as) maiores são as chances de desenvolvimento e de proteção dos sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

ABMLPM (Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas). Diretoria Executiva. **Recomendações gerais da ABMLPM aos médicos peritos e médicos legistas frente a pandemia COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-Corona-Virus-ABMLPM.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do Novo Coronavírus COVID-19**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília – DF. 2020. 1º Versão. Publicada em 25/03/2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ESPINOSA, Benjamín García. Generalidades sobre las autopsias. **REA: EJAutopsy**, v. 6, n. 1, p. 4-18. 2008.

MESSIAS, JOEDER DA SILVA. **Estudo clínico da atividade laboral dos técnicos em necropsia de um serviço de verificação de óbito do nordeste do Brasil**. 2017. Dissertação (mestrado em psicologia) - Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, UFRN, Natal, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25273>>. Acesso em: 03 jun. 2020. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/4144698/2fed2540-4bf9-4218-af65-5e333289ce43>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

ORIENTAÇÕES AOS AGENTES FUNERÁRIOS E COVEIROS FRENTE À COVID-19

Eduardo Breno Nascimento Bezerra
Leandro Rodrigo Pereira de Matos

1 - INTRODUÇÃO

Os agentes funerários e os coveiros são categorias profissionais que, igualmente as já mencionadas nos capítulos anteriores, se encontram na linha de frente do enfrentamento à COVID-19. Apesar da invisibilidade que marca esses profissionais em nossa sociedade, no atual contexto de pandemia a importância das atividades desenvolvidas por esses trabalhadores têm ganhado destaque na mídia, sobretudo devido à intensificação do trabalho que os mesmos têm vivenciado nesses tempos. Entretanto, pouco se fala sobre os riscos que esses profissionais se encontram expostos diariamente em suas atividades.

O fato é que, diretamente envolvidos com os reflexos da pandemia, e tendo um trabalho considerado essencial, os coveiros e agentes funerários se encontram altamente vulneráveis ao contágio do coronavírus, o que tem demandado muitas adequações no modo que trabalham. Além dos fatores psicológicos que atravessam o trabalho em meio a uma pandemia, esses profissionais têm se deparado com uma carga de trabalho mais acentuada e em condições bem atípicas, como os sepultamentos coletivos e abertura constante de novas covas para as vítimas do novo coronavírus (SARS-COV-2).

Ademais, para além da COVID-19, as pessoas continuam morrendo de diversas outras causas, e a forma como os rituais fúnebres estão sendo realizados também tem sofrido alterações. Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as aglomerações devem ser evitadas, e o Ministério da Saúde brasileiro (2020) não recomenda a realização de velórios e funerais durante o período de isolamento social e quarentena. A cerimônia de sepultamento não deve conter aglomerações, sendo recomendado que ocorra com no máximo 10 (dez) pessoas, respeitando a distância mínima de dois metros entre elas.

Todas essas mudanças impactam diretamente nas práticas desses profissionais e exigem também que novas medidas de cuidado e segurança sejam adotadas por esses trabalhadores. Nesse sentido, atento aos cuidados com essas categorias profissionais, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) emitiu uma guia para Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 (BRASIL, 2020). Nesse documento é possível encontrar algumas recomendações para a realização dos funerais e o para o manuseio de corpos em hospitais, domicílios e espaços públicos para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Além desse documento, a Associação Brasileira de Empresas e Diretores do Setor Funerário (ABREDIF) emitiu o Protocolo Brasileiro para o Setor Funerário, apresentando algumas diretrizes para trabalhadores do setor. Também algumas secretarias de saúde de vários estados e municípios brasileiros têm emitido resoluções acerca do manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia (GOVERNO DE SÃO PAULO, 2020; GOVERNO do RIO DE JANEIRO, 2020; GOVERNO DE SANTA CARATINA, 2020; PREFEITURA DE NATAL, 2020). Com base nesses documentos, a seguir serão apresentados os principais protocolos e cuidados a serem seguidos por essas categorias profissionais.

2 - AGENTES FUNERÁRIOS

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (2010), os agentes funerários são os trabalhadores que desenvolvem atividades concernentes à organização de funerais, sendo responsáveis desde as tarefas mais burocráticas, como o registro de óbitos e organização da documentação necessária para o sepultamento, até as providências para liberação, remoção e traslados dos mesmos. Além disso, esses profissionais preparam os cadáveres para os velórios, ornamentam as urnas e cuidam do processo de conservação dos mesmos, por meio das técnicas de tanatopraxia (embelezando os mortos por meio da aplicação de cosméticos específicos e realizando o embalsamento).

Devido a essa multiplicidade de tarefas, cuidados diferentes devem ser adotados por esses profissionais a depender da atividade que desempenham. O quadro 1, a seguir, aborda as principais medidas de segurança e cuidado a serem adotados pelos agentes a depender das funções que eles desempenham.

Quadro 1: Medidas de segurança para proteção contra novo coronavírus de acordo com a funções que os agentes funerários desempenham.

Agentes Funerários que...	Recomenda-se
<p>Desenvolvem apenas as tarefas administrativas (organização da documentação e registro de óbitos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higienização frequente das mãos com água e sabão ou Álcool 70%; - Uso de máscaras faciais de uso não profissional (máscaras de tecido); - Quando necessário o contato com familiar do cadáver, manter distância espacial de pelo menos um metro.
<p>Tem contato com o corpo e realizam o seu preparo para as urnas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higienização das mãos com água e sabão ou Álcool 70% antes de iniciar a paramentação. - Uso de EPIs, tais como: a) Gorro; b) Óculos de proteção ou protetor facial; c) Avental impermeável de manga comprida; d) Máscara cirúrgica ou, caso venha a realizar procedimentos que geram aerossol, usar N95, PFF2 ou equivalente; e) Luvas; f) Botas impermeáveis.
<p>Realizam apenas a condução de veículos fúnebres</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higienização frequente das mãos com água e sabão ou Álcool 70%; - Uso de máscaras cirúrgicas ou máscaras faciais de uso não profissional; - Caso o motorista venha em algum momento a manusear o corpo, o mesmo deverá seguir todos os cuidados apontados no ponto anterior.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de BRASIL, 2020; ABREDIF, 2020.

Os procedimentos de tanatopraxia e embalsamento, comumente realizados pelos agentes funerários, não são recomendados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. E sempre que possível o corpo deve ser embalado com três camadas: primeiro um lençol, segundo um saco impermeável para impedir vazamento de fluídos, e por fim, colocar o corpo num segundo saco desinfetado de acordo com as orientações da ANVISA (álcool a 70% ou solução clorada 0,5% a 1%). Esse processo deve ocorrer no local onde ocorreu o óbito, e durante a embalagem deve-se evitar ao máximo a manipulação do corpo e procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluídos corpóreos.

Tomado os devidos cuidados, o corpo deve ser posto em uma urna lacrada que não deverá ser aberta em nenhum outro momento. A urna lacrada deve ser limpa com solução clorada 0,5%. Finalizada a manipulação do corpo, o agente funerário deve retirar e descartar luvas, máscara, avental (quando descartável) em lixo infectante. Após isso, deverá realizar a higienização das mãos com água e sabão, o que também deve ser realizado antes do preparo do corpo.

3 - COVEIROS/SEPULTADORES

Inseridos nesse contexto de profissionais que lidam com a morte, os coveiros ou sepultadores são os trabalhadores responsáveis pela condução dos momentos finais dos rituais fúnebres. Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (2010), configura-se como atribuições do coveiro o auxílio aos serviços funerários, a construção, preparação, limpeza, abertura e fechamento sepulturas; a realização de sepultamento, exumação e cremação de cadáveres; e a conservação dos cemitérios, máquinas e ferramentas de trabalho, bem como zelar pela segurança do cemitério (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2010).

Desse modo, no atual contexto de pandemia vivenciado, ao receberem o corpo para realizarem o sepultamento ou cremação, os coveiros deverão seguir algumas recomendações, expostas no quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Medidas de segurança para proteção contra novo coronavírus para coveiros/sepultadores.

Para realizar os procedimentos	<ul style="list-style-type: none">- Higienização das mãos com água e sabão ou Álcool 70% antes de iniciar a paramentação.- Usar EPIs completos e adequados:<ul style="list-style-type: none">a) Luvas de procedimento dupla interposta com material à prova de corte;b) Boné touca árabe (ou equivalente) para a proteção da cabeça;c) Óculos de proteção ou protetor facial;d) Máscara de proteção respiratória;e) Roupa (calça e camisa de mangas compridas) resistente a fluidos ou impermeável;f) Avental de PVC impermeável;g) Calçados de PVC impermeável.
Após realizar os procedimentos	<ul style="list-style-type: none">- Os EPIs devem ser dispensados em locais apropriados.- Aqueles que forem reutilizáveis deverão ser higienizados e desinfetados seguindo as instruções indicadas pelos fabricantes.- Após a retirada dos EPIs, os coveiros devem realizar a higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70%.- No caso da cremação, todo o material suprimido da urna que não for cremado deve ser desinfetado e descartado como lixo hospitalar.

Fonte: elaborado pelo autor a partir de ABREDIF, 2020; GOVERNO DE SÃO PAULO, 2020.

Cabe ressaltar que **em nenhum momento de suas atividades os coveiros/sepultadores devem abrir as urnas**, as quais devem estar e permanecer devidamente lacradas, evitando formas de contágio nos cemitérios e crematórios.

Considerando que essa é uma realidade nova a ser enfrentada por todos esses profissionais e demais profissionais que se encontram na linha de frente de enfrentamento da COVID-19,

salienta-se a necessidade de treinamento sobre a utilização dos EPIs para esses profissionais, sobretudo pelo fato de que, como aponta a literatura (CATIVO; RIBEIRO; WEIL, 2014; COSTA; LIRA; VASCONCELOS, 2015), muitos desses profissionais em suas rotinas de trabalhos não fazem o uso adequado dos EPIs. Desse modo, desabilitados da utilização, é necessário que os mesmos saibam como utilizar e descartar esses equipamentos atenuando os riscos de contágio e disseminação do novo coronavírus.

4 - ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRANSPORTE E HIGIENIZAÇÃO DOS VEÍCULOS FÚNEBRES

Outro ponto importante relacionado ao trabalho dos agentes funerários e coveiros que merece atenção diz respeito ao traslado dos corpos humanos de casos suspeitos ou confirmados pelo COVID-19. Essa é uma etapa primordial no contexto da atual crise em saúde pública, de modo que medidas sanitárias devem ser adotadas, a fim de eliminar possível contaminação do novo coronavírus pelo descuido no manuseio dos restos mortais de pacientes contaminados, através de contato com a pele, e com os fluidos corporais dos pacientes infectados post mortem.

Nota-se a importância de um protocolo padrão aos trabalhadores (as) de serviços funerários com relação ao traslado dos restos mortais e, sobretudo quanto à higienização dos carros funerários. No que se referem aos cuidados de transporte, o quadro 3, a seguir, reúne as principais orientações que esses profissionais precisam estar atentos durante os traslados.

Quadro 3: Medidas de segurança quanto ao traslado dos restos mortais dos casos suspeitos ou contaminados pelo covid-19.

Orientações quanto ao veículo de transporte.	<ul style="list-style-type: none">- O veículo de transporte deve ser exclusivo para tal finalidade, e dispor de compartimentos separados do motorista para o cadáver.- O revestimento do local de transporte do caixão deve ser de superfície lisa, resistente, impermeável e de fácil higienização.- O motorista deve dispor de paramentação e utilização correta dos Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, conforme destacadas nos quadros I e II.
Orientações quanto ao traslado em si.	<ul style="list-style-type: none">- O traslado deve seguir às orientações da RDC AN-VISA Nº 68/2007, que dispõe sobre o controle e fiscalização sanitária do traslado de restos mortais humanos; embora, devido ao risco à saúde coletiva, não seja recomendado traslados intermunicipais, interestaduais ou internacionais.- O transporte do corpo deve ser feito em saco impermeável, duplo, selado e identificado com informação pertinente ao risco biológico (classe de risco 3).
Orientações em caso de problemas com o veículo ou acidentes no transporte.	<ul style="list-style-type: none">- Em caso de problemas com o veículo, o motorista deve avisar imediatamente à empresa, que tem a responsabilidade de comunicar o fato às autoridades sanitárias e policiais e enviar novo veículo em condições de seguir com o cadáver até o destino final.- No caso de acidente, importante observar a integridade do esquite. Se tiver ruptura ou comprometimento da urna ou do saco envoltório, o local deve ser imediatamente isolado, com as autoridades sanitárias e policiais imediatamente comunicadas.

Fonte: elaborado pelos autores a partir de SANTA CATARINA, 2020; RIO DE JANEIRO; BRASIL, 2020.

Após a realização de cada transporte, o veículo deverá ser desinfetado, tanto no espaço do condutor quanto no compartimento destinado ao corpo. Se faz muito necessário que as empresas funerárias implementem rotinas de constante higienização no local onde é realizado a preparação dos corpos. Após cada transporte, objetos, instrumentos utilizados e superfícies devem ser higienizados utilizando água e sabão ou álcool 70% ou outros saneantes apropriados para o serviço.

É extremamente necessário que ao realizar essa higienização os profissionais estejam usando corretamente os EPIs adequados, a saber: a) avental impermeável; b) máscara (respirador facial N-95); c) protetor ocular (óculos de proteção); d) luvas impermeáveis; e) botas impermeáveis e f) gorro. E para a desinfecção de tais equipamentos, é recomendado o uso de produtos como o hipoclorito de sódio a 1%, álcool 70% ou outros de acordo com as indicações do Ministério da Saúde (RIO DE JANEIRO, 2020).

Os equipamentos de proteção individual que não forem reutilizáveis (como luvas e máscaras) deverão ser descartados e identificados como resíduo contaminado. A coleta dos mesmos deverá ser realizada por empresa específica para este serviço. E todo o manejo dos resíduos sólidos de saúde deve estar de acordo com as recomendações da RDC 222/2018 da ANVISA, que regulamenta sobre as boas práticas de gestão dos resíduos de serviços de saúde, destacando a necessidade da retirada feita por empresas que sejam credenciadas nos órgãos competentes (RIO DE JANEIRO, 2020).

Considerando que muitos estabelecimentos dispõem de ar-condicionado em suas instalações, é fundamental a limpeza de desses aparelhos e de todo seu sistema, com devida atenção para as bandejas, serpentinas, umidificadores, ventiladores e dutos. Essa limpeza permitirá tanto uma melhor qualidade interna do ar, bem como diminuir as possibilidades de propagação de agentes nocivos à saúde humana, sobretudo o novo coronavírus (RIO DE JANEIRO, 2020).

Diante de todos os procedimentos apontados, também é extremamente recomendável que seja prestado um apoio a todos esses profissionais que lidam com o manejo de cadáveres suspeitos ou confirmados para a COVID-19. É fundamental levar em consideração os possíveis efeitos sobre a saúde mental desses trabalhadores, devido ao estresse ocupacional, a alta carga de trabalho e a vulnerabilidade a que estão submetidos. Estar atuando na linha de frente dessa pandemia e lidando diretamente com o corpo sem vida pode ainda trazer outros desdobramentos para a vida psíquica desses trabalhadores, sendo, portanto recomendado que os estabelecimentos de serviços funerários (públicos ou privados) quando possível possam ofertar serviços de assistência psicológica e psicossocial a esses profissionais, ou conceder informações de como os mesmos podem acessar os serviços de saúde mental disponíveis no atual contexto desolador dessa pandemia.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Orientações Gerais.** Máscaras faciais de uso não profissional, 2020. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Nota técnica gvims/ggtes/anvisa no 04/2020:** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2) (atualizada em 08/05/2020). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+Técnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>>. Acesso em 03 jun. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E DIRETORES DO SETOR FUNERÁRIO – ABREDIF. **Protocolo brasileiro para o setor funerário,** 2020. Disponível em: <<https://funerarianet.com.br/colunas/protocolo-brasileiro-para-o-setor-funerario-covid-19/>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional DEPEN – **Orientações Gerais para a Gestão de pessoas falecidas no âmbito da Pandemia COVID-19,** 2020 Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/OrientaesgeraisdoCICVparaagestodepessoasfalecidasCovid19.pdf>> Acesso em: 31 Maio. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19.** Março, 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>>. Acesso em>: 26 mai. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações:** CBO 2010. Brasília: 2010

CATIVO, C. V; RIBEIRO, P. A.; WEIL, A. G. **Cemitério, vida e trabalho:** reflexão sobre as condições de trabalho dos coveiros na cidade de Parintins/AM. 2014. In: Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/30/coveiros.html>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

COSTA, C. M.; LIRA, L. P; VASCONCELOS, V. O. Os saberes da vida que nascem da morte – estudo de invisibilidade social, 2015. **Anais do II Congresso Internacional Salesiano de Educação.** Disponível em: http://www.lo.unisal.br/sistemas/conise2015/anais/37_13500179_ID.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica SVS/DVS N° 008/2020 - **Orientações para manejo de corpos, funerárias, centros de velório e cemitérios no contexto da covid-19.** Secretaria Municipal de Saúde de Natal - SMS, Departamento de Vigilância em Saúde - DVS, Vigilância Sanitária Municipal.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina. Nota Técnica Conjunta n°. 025/2020 –DVS/DIVE/SUV/SES/SC - **Orientações para prevenção de contágio pelo novo coronavírus (COVID-19) pós-óbito para atividades de necrotérios, funerárias, cremação, serviço de verificação de óbito, transladação de cadáveres e velórios no estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 29 de março de 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SS-32, 20-03-2020 – Dispõe sobre as diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19 no Estado de São Paulo.** Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/resolucao-ss-32-20-03-2020-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-manejo-e-seguimento-dos-casos-de-obito-no-contexto-da-pandemia-covid-19-no-estado-de-sao-paulo/>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MEDIDAS de prevenção e controle ao coronavírus (covid-19) – Serviços Funerários. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/4144698/2fed2540-4bf9-4218-af65-5e333289ce43>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

TRABALHADORES (AS) DO SERVIÇO DE LIMPEZA URBANA EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: RISCOS E PRECAUÇÕES

Luana Viana Costa e Silva

1 - INTRODUÇÃO

Serviços públicos e atividades essenciais, conforme o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, são aqueles que atendem às necessidades inadiáveis da população e que, se não ofertados, colocam em risco sua sobrevivência, sua saúde e/ou sua segurança.

Diante dessa definição legal, o caráter essencial da limpeza urbana e do manejo de resíduos sólidos se torna inquestionável, sobretudo, em contexto pandêmico. Em tempos em que a importância da higiene pessoal é evidente para a minimização da dispersão do SARS-CoV-2, agente biológico provisoriamente classificado como de risco 3 (alto risco individual e moderado para a sociedade), manter as cidades sem resíduos sólidos em disposição inadequada, além de evitar muitas outras doenças que possuem relação intrínseca à má gestão de resíduos sólidos e que deixam os acometidos mais susceptíveis a infecções como a COVID-19, proporciona o decaimento dos riscos de adoecimento por manipulação de materiais contaminados, especificamente, pelo novo coronavírus, cuja epidemiologia ainda não é totalmente conhecida.

Kampf et al. (2020) relatam que SARS-CoV-2 pode sobreviver em superfícies inanimadas, feitas de metal, vidro ou plástico, por exemplo, por até 9 dias. Essa viabilidade relativamente alta do vírus fora das células de um organismo hospedeiro torna possível sua permanência em resíduos sólidos domiciliares e em equipamentos urbanos, como logradouros, corrimãos, ônibus, assentos, ou seja, locais de maior circulação, mesmo em época de quarentena, aumentando os riscos de contraírem a doença pela exposição, coletores e garis, respectivamente.

Mesmo que os resíduos em si dispostos para coleta estejam bem acondicionados, as sacolas plásticas, as caixas de papelão, as bombonas plásticas ou quaisquer outras formas para seu armazenamento foram manipulados por praticamente todos munícipes atendidos por esse serviço, num curto intervalo de tempo, o que se transformam em potentes veículos de transmissão para coletores. Esse perigo cresce quando se analisa a catação, seja de rua, antes da coleta, ou em centros de triagens e lixões, pois, em geral, esses (as) trabalhadores (as) entram em contato com os resíduos sólidos em menos de 24h de sua disponibilização pelos cidadãos, tempo insuficiente para a inativação do vírus. Se manuseados sem EPs, cenário frequente, sobretudo ao se referir aos informais, e se descartados sem os devidos cuidados domiciliares, como higienização pré descarte e identificação, catadores (as), invariavelmente, serão mais expostos. Aliás, com a baixa taxa de segregação doméstica de resíduos sólidos, a necessidade de manipulação de resíduos não recicláveis, que tendem a possuir maior carga viral, como aqueles que entraram em contato com secreções oro-nasais, como máscaras cirúrgicas e lenços de papel descartáveis, é um agravante para catadores (as).

Mol e Caldas (2020) alertam ainda para a geração de aerossóis no momento da compactação de resíduos sólidos domiciliares pelos caminhões coletores. Como esses tipos de veículos continuam funcionando na coleta de resíduos domiciliares contaminados com SARS-CoV-2, tornam-se mais uma possibilidade de transmissão, haja vista a necessidade de proximidade dos cole-

tores do veículo durante o ato de dispor os resíduos para serem compactados.

Para além das questões intrínsecas ao trabalho, alguns hábitos aumentam as chances de contágio indireto. Ao longo da jornada de trabalho, por exemplo, é recorrente coletores, garis e catadores de rua ingerirem líquidos e alimentos, por vezes doados pelos moradores ao longo do percurso, sem lavar as mãos e ou retirar as luvas. Outro hábito comum a estes profissionais, que decorre de trabalhos exaustivos, sob sol, os quais intensificam a sudorese, é enxugar o suor com o dorso das luvas, possibilitando o transporte de agentes patógenos para o rosto. Além disso, tem o frequente compartilhamento de ferramentas de trabalho, como vassouras, pás e carrinhos de varrição, além do uso alternado de veículos, devido às trocas de turnos e folgas.

Quanto as características dos resíduos em si, de acordo com as orientações da ANVISA (2020), aqueles provenientes da assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) devem ser enquadrados na categoria A1 dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS), devido à presença de agentes biológicos com potencial infeccioso.

Resíduos desse tipo precisam receber atenção especial no manejo, devido sua periculosidade, desde o descarte interno até sua disposição final, passando por algum tratamento que inative microrganismos patogênicos. Posto isso, resíduos provenientes de tratamento domiciliar não especializado, os quais possuem peculiaridades idênticas aos RSSS deveriam receber igual protocolo de manejo, o que não ocorre. Atualmente, qualquer tipo de resíduo gerado nos domicílios, desde que dentro dos parâmetros de peso e/ou volume exigidos pelas normas municipais, são coletados pelo serviço de coleta convencional.

Constata-se, portanto, que a gestão dos resíduos sólidos urbanos e a limpeza das cidades, responsabilidade do poder público com a contribuição da coletividade, se realizadas de maneira inadequada, principalmente em tempos de pandemia, associadas à falta ou ao uso e/ou manuseio inadequado dos

Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) expõem seus trabalhadores (as) a riscos que poderiam ser evitados.

Devido sua natureza intrinsecamente insalubre, catadores (informais e formais), coletores e garis, por lei, devem usar EPIs, como luvas e máscaras, em toda rotina de trabalho. Entretanto, em tempos de pandemia, os cuidados devem ser redobrados. Estando na linha de frente do enfrentamento da disseminação de um novo agente infeccioso caracterizado ainda por muitas incertezas, os protocolos devem ser revistos e adaptados à situação e medidas de segurança implementadas e/ou reforçadas.

2 - ORIENTAÇÕES PARA OS/AS TRABALHADORES/AS DA LIMPEZA URBANA

1. Evitar a alimentação durante a jornada de trabalho. Se for preciso, a orientação é que seja feita em refeitório da empresa, tendo antes tomado banho e trocado de farda.
2. Tomar banho ao fim da jornada de trabalho, preferencialmente, ainda no ambiente de trabalho.
3. Usar álcool em gel portátil e individual para a limpeza constante das mãos durante a jornada de trabalho.
4. Usar álcool em gel, sobretudo nas seguintes ocasiões:
 - Quando precisar tocar no rosto ou beber água.
 - Depois de realizar a limpeza de locais/equipamentos públicos mais propícios à contaminação.
 - Depois de entrar em contato acidental com algum material que possua mais chances de estar infectado, como máscaras ou luvas.
5. Colocar e retirar as fardas, assim como todos os outros EPIs laborais, em ambiente de trabalho. Em nenhuma hipótese leve esses materiais para casa.

6. Descartar EPIs de uso único ou que estejam danificados em locais apropriados para armazenamento temporário até a coleta e destinação final adequada.
7. Comunicar, imediatamente, à chefia a falta ou a constatação de danos em algum dos EPIs.
8. Recusar-se a trabalhar sem o kit completo de EPIs necessário ao exercício de sua função. Assim como é dever do/a trabalhador/a fazer uso correto dos EPIs, é seu direito se recusar a continuar ou iniciar sua rotina de trabalho quando um dos itens faltarem ou forem inadequados.
9. Obedecer ao distanciamento social de dois metros em relação às pessoas, colegas ou cidadãos comuns, no caso de garis, coletores/as e catadores/as de rua.
10. Em relação aos/às catadores/as de associação e cooperativas de triagem/reciclagem, que trabalham confinados em galpões, recomenda-se respeitar esse distanciamento entre trabalhadores/as, seja reposicionando os postos de trabalho, seja traçando rotas de deslocamento diferenciadas.
11. Permanecer atento/a às orientações da Organização Mundial da Saúde mesmo fora do expediente, a fim de evitar rota inversa do patógeno, de fora para dentro do ambiente laboral, sempre tendo ciência da importância de sua função e de sua vida.

3 - ORIENTAÇÕES PARA AS EMPRESAS DE LIMPEZA URBANA

1. Disponibilização de água adequada ao consumo humano para o/a trabalhador/a consumir ao longo da jornada de trabalho, evitando que haja a necessidade de receber água de moradores/as, diminuindo o contato interpessoal.
2. Ofertar espaços de formação em que trabalhadores/as possam obter informações atualizadas sobre o coronavírus.
3. Reforçar ações sobre a importância do uso dos EPIs e de seu manejo adequado.

4. Compor equipe multidisciplinar para acolhimento e tratamento de possíveis transtornos psicológicos que possam acometer os/as trabalhadores/as nesse período atípico de incertezas e riscos.
5. Devido ao alto nível de insalubridade dessas profissões, afastar trabalhadores/as do grupo de risco ou remanejá-los/as para setores administrativos, nos quais fiquem menos expostos/as aos riscos, funciona como importante medida de precaução.
6. Sempre que possível, adequar atividades administrativas ao trabalho home office.
7. Diferenciar os horários de entrada e saída de trabalhadores/as para evitar aglomerações no início e fim de turno, além de fluxo intenso nos transportes urbanos em horários específicos.
8. Quando possível, prever transporte alternativo para trabalhadores/as que necessitem de transporte público, para diminuir o contato interpessoal com o restante da população.
9. Intensificar a frequência de higienizações de locais de trabalho, equipamentos e veículos, utilizando soluções químicas e técnicas de limpeza comprovadamente eficazes na inativação do novo coronavírus.
10. Os instrumentos de trabalho, quando não for possível serem pessoais, devem ser higienizados antes de cada troca de turno, assim como os veículos.
11. Disponibilizar fardas intransferíveis entre funcionários. A higienização das fardas deve ficar sob responsabilidade da empresa ou órgão municipal.
12. Para a coleta de resíduos dispostos em locais inadequados, disponibilizar instrumentos de trabalho manuais, tipo espeto ou garra, quando em menores quantidades, ou dispositivos mecânicos, para maiores volumes ou peso, para que não haja contato direto do/a trabalhador/a com o material, sobretudo, aqueles com fortes indícios de contaminação.

13. Disponibilizar todos os EPIs que forem adequados a cada função profissional, em bom estado de conservação e de boa qualidade, comprometendo-se em manter estoque de reposição, para quando findar a vida útil dos mesmos ou forem danificados.
14. A orientação é que galpões de triagem de resíduos recicláveis, cuja exposição dos/as trabalhadores/as ao resíduo é direta, suspendam suas atividades, por não termos comprovação do tempo de sobrevivência do novo coronavírus em todos os materiais. Todavia, caso haja continuidade da atividade, manter resíduos provenientes de coleta seletiva em quarentena, armazenados em locais ao abrigo de sol e chuva por, no mínimo, 9 dias, tempo máximo estimado de sobrevivência do patógeno.

4 - ORIENTAÇÕES PARA A POPULAÇÃO USUÁRIA DO SISTEMA DE LIMPEZA URBANA

1. Comunique à Secretaria de Saúde de sua cidade caso esteja com sintomas de COVID-19 e solicite coleta especial para os resíduos sólidos (possivelmente) contaminados, pois estes devem ser tratados antes da disposição final, para que seu manejo seja ambientalmente adequado durante todo seu ciclo de vida, assim como os Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS).
2. Quando os materiais em contato com a pessoa infectada, ou com suspeita, não tiverem como ser recolhidos pela prefeitura, descontamine o que for possível, antes da disponibilização para coleta, e identifique externamente como “materiais (possivelmente) infectados”.
3. A orientação é que os resíduos sólidos em contato com pessoas com sintomas de COVID-19 sejam manejados, em âmbito domiciliar, seguindo recomendações dos órgãos competentes até chegar em local que proceda com a inativação do vírus.

4. Acondicionar adequadamente os resíduos sólidos contaminados é imprescindível para diminuir os riscos dos/as trabalhadores/as de coleta e triagem.
5. Cada pessoa infectada, ou que esteja com suspeita, deve possuir duas lixeiras consigo em isolamento, uma para recicláveis, outra para rejeitos, como restos de alimentos e de uso no banheiro, a fim de facilitar o aproveitamento dos materiais passíveis de reciclagem pelas associações/cooperativas de triagem, pós quarentena dos resíduos.
6. Utilizar lixeiras constituídas de material lavável, resistente à ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados para facilitar a limpeza (BRASIL, 2018).
7. O descarte deve acontecer em sacos plásticos resistentes ao peso previsto, preferencialmente dois por vez, contidos nas lixeiras. Nunca esvaziar e reaproveitar o saco. A capacidade dos sacos deve ser respeitada, havendo o preenchimento máximo de até 2/3 do total ou sua troca pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume (BRASIL, 2018).
8. Nunca descartar resíduos sólidos em locais inapropriados, sobretudo aqueles que possuem mais probabilidade de conterem o novo coronavírus, como máscaras e lenços descartáveis com secreções oro nasais, mesmo que você não apresente sintomas característicos da doença.

ATENÇÃO: é extremamente recomendável que catadores/as informais cessem suas atividades laborais, durante o período de pandemia. Para isso, devem ser amparados/as pelo poder público com auxílios emergenciais e outras medidas, pois são os mais vulneráveis dentro da cadeia de resíduos sólidos, visto que, geralmente, não usam EPIs, entram em contato direto e imediato com os materiais e possuem mais dificuldade de acesso a informações importantes, principalmente em períodos de pandemia.

FLUXOGRAMA - 1 ORIENTAÇÕES

<p>Usar álcool em gel portátil e individual para limpeza constante das mãos durante a jornada de trabalho.</p> <p>Tomar banho ao fim da jornada de trabalho, preferencialmente ainda no ambiente de trabalho.</p>	<p>Obedecer ao distanciamento social de dois metros sem relação às pessoas, colegas ou cidadãos comuns, no caso de garis, coletores/as e catadores/as de rua.</p> <p>Em relação aos catadores/as de associação e cooperativas de triagem/reciclagem, que trabalham confinados em galpões, recomenda-se respeitar o distanciamento entre trabalhadores/as.</p>	<p>Usar álcool em gel, sobretudo nas seguintes ocasiões:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando tocar o rosto/beber água; • Depois de realizar a limpeza de locais/equipamentos • Após entrar em contato com algum material que possa estar infectado (máscaras ou luvas)
<p>Evitar a alimentação durante a jornada de trabalho, caso necessário que seja feita em refeitório, tendo antes tomado banho e trocado a farda.</p> <p>Colocar e retirar as fardas, assim como todos os EPIs laborais, em ambiente de trabalho. Em nenhuma hipótese leve esses materiais para casa.</p>	<p>ORIENTAÇÕES PARA OS/ AS TRABALHADORES/AS DA LIMPEZA URBANA</p>	<p>Comunicar, imediatamente, à chefia a falta ou a constatação de danos em algum dos EPIs.</p>
<p>Recusar-se a trabalhar sem o kit completo de EPIs necessário ao exercício de sua função. Assim como é dever do/a trabalhador/a fazer uso correto dos EPIs, é seu direito recusar a continuar ou iniciar sua rotina de trabalho quando um dos itens faltarem.</p>	<p>Descartar EPIs de uso contínuo ou que estejam danificados em locais apropriados para coleta</p>	<p>Permanecer atento/a às orientações da Organização Mundial da Saúde mesmo fora do expediente, a fim de evitar rota inversa da doença.</p>

Fonte: Própria autora

FLUXOGRAMA - 2 ORIENTAÇÕES

<p>Disponibilização de água adequada ao consumo humano para o/a trabalhador/a consumir ao longo da jornada de trabalho, evitando que haja a necessidade de receber água de moradores/as, diminuindo o contato interpessoal.</p>	<p>Compor equipe multidisciplinar para acolhimento e tratamento de possíveis transtornos psicológicos que possam acometer os/as trabalhadores/as nesse período atípico de incertezas e riscos. Devido ao alto nível de insalubridade dessas profissões, afastar trabalhadores/as do grupo de risco ou remanejá-los/as para setores administrativos, nos quais fiquem menos expostos/as aos riscos, funciona como importante medida de precaução. Sempre que possível, adequar, atividades administrativas ao trabalho home office.</p>	<p>Diferenciar os horários de entrada e saída de trabalhadores/as para evitar aglomerações no início e fim de turno, além de fluxo intenso nos transportes urbanos em horários específicos. Quando possível, prever transporte alternativo para trabalhadores/as que necessitem de transporte público, para diminuir o contato interpessoal com o restante da população.</p>
<p>Intensificar a frequência de higienizações de locais de trabalho, equipamentos e veículos, utilizando soluções químicas e técnicas de limpeza comprovadamente eficazes na inativação do novo coronavírus. Os instrumentos de trabalho, quando não for possível serem pessoais, devem ser higienizados antes de cada troca de turno, assim como os veículos.</p>	<p>ORIENTAÇÕES PARA AS EMPRESAS DE LIMPEZA URBANA</p>	<p>Quando possível, prever transporte alternativo para trabalhadores/as que necessitem de transporte público, para diminuir o contato interpessoal com o restante da população. Disponibilizar fardas intransferíveis entre funcionários. A higienização das fardas deve ficar sob responsabilidade da empresa ou órgão municipal." Retirar a primeira frase, deixar assim "Disponibilizar fardas intransferíveis entre funcionários. A higienização das fardas deve ficar sob responsabilidade da empresa ou órgão municipal.</p>
<p>Para a coleta de resíduos dispostos em locais inadequados, disponibilizar instrumentos de trabalho manuais, tipo espeto ou garra, quando em menores quantidades, ou dispositivos mecânicos, para maiores volumes ou peso, para que não haja contato direto do/a trabalhador/a com o material, sobretudo aqueles com fortes indícios de contaminação.</p>	<p>Disponibilizar todos os EPIs que forem adequados a cada função profissional, em bom estado de conservação e de boa qualidade, comprometendo-se em manter estoque de reposição, para quando findar a vida útil dos mesmos ou forem danificados.</p>	<p>A orientação é que galpões de triagem de resíduos recicláveis, cuja exposição dos/as trabalhadores/as ao resíduo é direta, suspendam suas atividades, por não termos comprovação do tempo de sobrevivência do novo coronavírus em todos os materiais. Todavia, caso haja continuidade da atividade, manter resíduos provenientes de coleta seletiva em quarentena, armazenados em locais ao abrigo de sol e chuva por, no mínimo, 9 dias, tempo máximo estimado de sobrevivência do patógeno.</p>

Fonte: Própria autora

FLUXOGRAMA – 3 ORIENTAÇÕES

<p>Comunique à Secretaria de Saúde de sua cidade caso esteja com sintomas de COVID-19 e solicite coleta especial para os resíduos sólidos (possivelmente) contaminados, pois estes devem ser tratados antes da disposição final, para que seu manejo seja ambientalmente adequado durante todo seu ciclo de vida, assim como os Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS).</p>	<p>A orientação é que os RS em contato com pessoas com sintomas de COVID-19 sejam manejados, em âmbito domiciliar, seguindo recomendações dos órgãos competentes até chegar em local que proceda com a inativação do vírus.</p>	<p>Quando os materiais em contato com a pessoa infectada, ou com suspeita, não tiverem como ser recolhidos pela prefeitura, descontamine o que for possível, antes da disponibilização para coleta, e identifique externamente como "materiais (possivelmente) infectados".</p>
<p>O descarte deve acontecer em sacos plásticos resistentes ao peso previsto, preferencialmente dois por vez, contidos nas lixeiras. Nunca esvaziar e reaproveitar o saco. A capacidade dos sacos deve ser respeitada, havendo o preenchimento máximo de até 2/3 do total ou sua troca pelo menos 1 vez a cada 48 horas, independentemente do volume.</p>	<p>ORIENTAÇÕES PARA A POPULAÇÃO USUÁRIA DO SISTEMA DE LIMPEZA URBANA</p>	<p>Nunca descartar resíduos sólidos em locais inapropriados, sobretudo aqueles que possuem mais probabilidade de conterem o novo coronavírus, como máscaras e lenços descartáveis com secreções oronasais, mesmo que você não apresente sintomas característicos da doença.</p>
<p>Utilizar lixeiras constituídas de material lavável, resistente à punctura, ruptura, vazamento e tombamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados para facilitar a limpeza.</p>	<p>Cada pessoa infectada, ou que esteja com suspeita, deve possuir duas lixeiras consigo em isolamento, uma para recicláveis, outra para rejeitos, a fim de facilitar o aproveitamento dos materiais passíveis de reciclagem pelas associações/cooperativas de triagem, pós quarentena dos resíduos.</p>	<p>Acondicionar adequadamente os resíduos sólidos contaminados é imprescindível para diminuir os riscos dos/as trabalhadores/as de coleta e triagem.</p>

Fonte: Própria autora

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Orientações referentes ao manejo de resíduos.** (2020). Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011718/ORIENTA%C3%87%C3%95ES%2BREFERENTES%2BAO%2BMANEJO%2BDE%2BRES%C3%8DDUOS.pdf/cea01b73-c1d7-4255-ad65-795cb805dccb>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 10.282**, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm> Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222**, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410>. Acesso em: 03 jun. 2020.

KAMPF, G.; TODT, D; PFAENDER, S; et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **The Journal of Hospital Infection**, n.104, p. 246–251, 2020.

MOL, M. P. G. and CALDAS, S. Can the human coronavirus epidemic also spread through solid waste? **Waste Management & Research**, v.38, n. 5, p.485-486, 2020.

ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DA SEGURANÇA PÚBLICA FRENTE À COVID-19.

Eline Mara Tavares Macêdo
José Edir Paixão de Sousa

Diante ao cenário COVID-19, os profissionais da segurança pública no estado do Ceará e no Brasil tiveram que se adaptar a uma nova realidade, através da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a novas maneiras de agir para exercer a atividade constitucional sem causar danos a própria saúde, bem como a saúde de familiares e da comunidade em geral (BRASIL, 2017).

Neste sentido, em virtude do conflito das diretrizes confusas envolvendo o governo federal e as emanadas pelos governos estaduais e municipais, bem como a escassez de um consenso científico acerca da contaminação, do controle, da recuperação, entre outros aspectos, foi publicada a Medida Provisória (MP) nº 966 de 13 de maio de 2020 no diário oficial da união (BRASIL, 2020a).

De acordo com a referida MP, os agentes públicos só serão responsabilizados nas esferas civil e administrativa por dolo ou erro grosseiro direto ou indireto no enfrentamento da emergência em saúde pública e combate aos efeitos econômicos e sociais decorrentes da pandemia da COVID-19. O mero nexo de causalidade entre a conduta e o resultado não configura responsabilização do agente público.

Diante ao exposto, evidencia-se maior amparo legal aos profissionais de segurança pública frente a situação de emergência vivenciada no distanciamento social deste ano de 2020. Nesse contexto, estes trabalhadores, considerados essenciais, conforme Decreto federal nº 10.282/ 2020 que define os serviços públicos e as atividades essenciais, são expostos a situações que propiciam a contaminação pelo SARS-Cov 2 (BRASIL, 2020b). Porém, somente o processo de trabalho em si na segurança pública é suficiente para produzir adoecimento físico e mental, podendo estar associado ao alcoolismo a depressão e ao suicídio (OPAS, 2015 e PETERSON, WESTFALL, MILLER 2020).

O trabalho dos policiais militares e civis, bombeiros, peritos e agentes penitenciários objetiva, a grosso modo, reduzir os índices de violência, mas também os tornam expostos a diversas formas de riscos identificados como inerentes à sua atividade laboral, tais como: risco de violência autoprovocada e interpessoal, acidente de trabalho, o risco de contágio por doenças infecto-contagiosas. Além disso, muitas vezes, os mesmos possuem condições de trabalho marcadas por precariedade de equipamentos, capacitação insuficiente para determinados serviços, relacionamento hierárquico conflituoso, oportunidades de promoção pouco justas, sobrecarga de trabalho e horas extras, trabalho noturno, ritmo de trabalho excessivo, esgotamento emocional, o uso abusivo de álcool, levando ao aparecimento de sintomas como fadiga, nervosismo e insatisfação, podendo ainda relacionar-se com aparecimento de distúrbios psicossomáticos futuros e interferência nas relações afetivas familiares (NOGUEIRA, 2007).

Perante a esses desafios, não somente os cuidados físicos, mas também os cuidados psicológicos devem ser prioridade para este período de quarentena. O cuidado com a saúde mental e dos trabalhadores de Segurança Pública é de máxima relevância (OPAS, 2015).

Para seguir as orientações do Ministério da Saúde e demais órgãos de saúde, foi realizada sistematização do documento “Medidas Preventivas dos Profissionais de Segurança Pública para Minimizar os Riscos de Contaminação pela COVID-19”, pro-

duzida pela Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP). Para nortear as orientações de autocuidado e promoção da saúde mental, foi utilizado o documento da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que trata sobre os “Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo”, que reflete a ciência emergente e o consenso internacional sobre como oferecer apoio psicológico às pessoas logo após terem vivenciado eventos de extremo estresse (OPAS, 2015).

Por fim, acredita-se que estas orientações contribuirão com o reconhecimento do trabalhador da segurança pública frente a exposição dos riscos advindos do exercício profissional e a conexão entre a pandemia do COVID-19, podendo trazer subsídios à elaboração de futuras pesquisas empíricas para abordar essa temática a partir da percepção dos trabalhadores.

QUADRO 1 - ORIENTAÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO COVID-19 AOS TRABALHADORES DA SEGURANÇA PÚBLICA¹⁹

8.1 Preparação para atuação

8.1.1 Realize avaliação de si mesmo e avaliação dos colegas de trabalho em relação ao estado de saúde:

Física - observe a existência de sintomas (no caso da auto avaliação) e/ou sinais (ao avaliar os companheiros de trabalho) que suscitam suspeição de adoecimento pela Covid-19 tais como perda de olfato, paladar, febre, dores de cabeça e no corpo, entre outros;

¹⁹ Elaborado pelos autores com base nas fontes SENASP. Cartilha do Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020. Disponível em: <<https://bombeiros.pb.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Apostila-COVID-19-.pdf-1.pdf>>. Acesso em: 21 de maio de 2020 e OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

Mental – observe a possíveis picos de estresse, pressão alta, falta de ar, crise de pânico, crise suicida, entre outros sintomas e/ou sinais;

OBS.: Em caso de constatação desses sinais/sintomas, acione o comandante ou chefe imediato para encaminhamento ao setor de saúde responsável de sua instituição que decidirá sobre medidas a serem tomadas caso a caso.

8.1.2 Apresente-se com fardamento, calçados e outros utensílios de uso pessoal como óculos, garrafas de água, celulares, etc., limpos e higienizados, preferencialmente com álcool 70%.

8.1.3 Evite maquiagens e adornos como brincos, anéis, etc.

8.1.4 Higienize as mãos com água e sabão antes de se equipar.

8.2 Fase de atuação

8.2.1 Evite tocar a parte interna da máscara, apoie a parte inferior e depois coloque-a na parte superior da cabeça. Utilize a narigueira para apoiar o nariz.

8.2.2 É possível contrair vírus através do contato ocular, portanto, óculos ou proteções faciais devem ser utilizados simultaneamente com as máscaras.

8.2.3 Higienize viaturas com álcool 70% em locais estratégicos como maçanetas, volante, marcha, apoio de braços, cabeça, bancos, freios de mão, botões de painel, bem como avalie a necessidade de limpeza e de higienização de carenagem, pneus e outras partes da viatura após a utilização em ocorrências. A proporção de água sanitária e água é de 1/9 e no caso de uso dessa mistura em superfícies passíveis de contato com a pele humana é recomendado utilizar a diluição 0.1%.

8.2.4 Em serviço na viatura, mantenha distância de 2m, exceção dentro de viaturas onde todos devem estar equipados,

preferencialmente com vidros baixados e com ar condicionado desligado.

- 8.2.5 Os dormitórios e salas devem preferencialmente ter janelas abertas, com espaçamento de 2m entre mesas.
- 8.2.6 Evite bebedouros que utilizem jato de água direto à boca.
- 8.2.7 Utilize utensílios pessoais. Não compartilhe copos, talheres, toalhas, etc.
- 8.2.8 Evite aperto de mãos. Priorize continências e outros cumprimentos sem toque físico.
- 8.2.9 Evite reuniões, suspenda formaturas e cerimônias com aglomeração. Prefira tele trabalho, reuniões pela internet, entre outros métodos que evitem o contato ou aproximação física.
- 8.2.10 Em caso de abordagens, mantenha as orientações supracitadas e sempre tente negociar para resolver conflitos sem necessidade de contato físico.
- 8.2.11 Na condução de pessoas detidas, em caso de tutelado com suspeita da COVID-19, avise a todas as guarnições envolvidas, bem como delegacias, unidades prisionais, fóruns e afins, da suspeição com o objetivo de que os cuidados e os encaminhamentos adequados sejam realizados. Quando o tutelado estiver com sintomas e/ou sinais gripais, isolá-lo dos demais presos.
- 8.1.12 Preste atenção ao seu próprio bem-estar. Cuide de si para que assim você possa cuidar melhor dos outros.

8.3 Abordagem e operações

- 8.3.1 Depois de abordagem averiguar a necessidade de troca de fardas e EPIs e/ou necessidade de limpeza e higienização. Na dúvida realize o procedimento de segurança.

- 8.3.2 No serviço de atendimento pré-hospitalar observam-se todas as disposições supracitadas, com a diferença de que esse tipo de serviço teve ter prioritariamente materiais descartáveis, uma vez que materiais permanentes, por suscitarem necessidade de limpeza, aumentam o risco de transmissão de vírus. Depois de operações, conduções, entre outras atuações, esses materiais de ambulâncias e afins devem ser descartados em lugar adequado, nunca em lixo comum.
- 8.3.3 Após as operações, abordagens, intervenções, entre outras ações, realize diálogo com a equipe mantendo o distanciamento físico de mais de 02 metros, a fim de avaliar não somente o trabalho desenvolvido, mas o estado emocional e mental dos agentes de segurança. Identificando estados físicos, emocionais, mentais, comportamentais e/ou cognitivos desalinhados com o perfil de normalidade de um agente comunique imediatamente ao superior hierárquico e/ou chefe imediato, a alteração verificada, a fim de que o acolhimento e ações necessárias sejam providenciadas.
- 8.3.4 Tente estar atento a quais serviços e suportes podem estar disponíveis para auxiliá-lo em situações de crise.

8.4 No domicílio

- 8.4.1 Após a chegada, retire calçados fora de casa e lavar solados com água sanitária diluída em água na concentração de 1/9. Limpar exterior com álcool 70% ou sabão neutro. Retire as fardas de dentro de sacos plásticos previamente condicionados na saída do serviço ou tirar a farda fora de casa e colocá-la em recipiente, bacia ou similar contando água com sabão para lavagem.
- 8.4.2 Se o agente for fardado em veículo particular deverá realizar a higienização e a desinfecção desse automóvel.

- 8.4.3 Não entre em contato físico com familiares e vá direto para um banheiro tomar banho com sabão neutro ou equivalente e lavar os cabelos com xampu. A auto avaliação física e mental deverá ser realizada todos os dias, mesmo o agente/profissional de saúde estando de folga.
- 8.4.4 Os agentes de segurança deverão procurar descansar bem, dormir a quantidade de horas necessárias, exercitar-se em casa com os recursos possíveis, manter boas leituras, assistir a filmes que sejam de leve teor emocional, escutar músicas suaves e realizar atividades que possam trazer alívio e sensações agradáveis, bem como evitar focar em mídias sensacionalistas e ter acesso muito frequente a dados sobre contaminação e morte durante o dia, tentando reservar uma ou no máximo duas vezes ao dia a obtenção de informações.

Fonte: Adaptado pelos autores de: SENASP. Cartilha do Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 99, de 14 de dezembro de 2017 artigo 144.** Dispõe da defesa do estado e das instituições democráticas. Disponível em:<https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_14.12.2017/art_144_.asp>. Acesso em: 21 maio. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020a.** Dispõe sobre definição de serviços públicos e atividades essenciais. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm>. Acesso: 21 mai. 2020.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Medida provisória 966, de 13 de maio de 2020b.** Dispõe sobre a responsabilização de agentes públicos por ação e omissão de atos relacionados com a pandemia da COVID-19. Disponível em:<<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/297133471/dou-secao-1-14-05-2020-pg-6>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

NOGUEIRA, G.E.G. **Condições de Trabalho e Saúde Mental do Trabalhador da Segurança Pública.** Psicologia: Saúde Mental & Segurança Pública. v.4, p. 53-58, 2007.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Primeiros cuidados psicológicos:** guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

PETTERSON, S.; WESTFALL, J.; MILLER, B. **Deaths of despair.** Disponível em:<https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2020.

SENASP. **Medidas preventivas dos profissionais de segurança pública para minimizar a contaminação por covid-19.** Disponível em:<<https://bombeiros.pb.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Apostila-COVID-19-.pdf-1.pdf>>. Acesso em: 21 maio. 2020.

O TRABALHO EM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO NO CENÁRIO DA COVID-19: ORIENTAÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Eveline Nogueira Pinheiro de Oliveira
Lia Silveira Adriano
Leandro Rodrigo Pereira de Matos

1 - INTRODUÇÃO

No atual cenário de pandemia da COVID-19, alguns trabalhos são eleitos como essenciais. Dentre essas atividades, está inserida toda a cadeia de serviços de alimentação, desde a produção até a entrega ao consumidor.

Historicamente, os serviços de alimentação no Brasil mantêm uma importância inquestionável. No decorrer das últimas décadas, a sociedade brasileira passou por um intenso processo de transformação devido ao desenvolvimento tecnológico. Dentre as mudanças, destacam-se os novos hábitos sociais e a mudança no padrão de consumo alimentar (GASTAL; PERTILE, 2013).

Mais recentemente, incorporam-se novas práticas e modalidades de trabalho, visto à crise do emprego e condições de trabalho instáveis (AQUINO, 2019). Assim, considerar hoje os trabalhadores do setor de alimentação requer pensar, desde o funcionário da indústria de alimentos, passando pelo casal que abriu um restaurante, até o entregador de comida do delivery de aplicativos. Se trata, portanto, de uma grande nuance de traba-

lhadores, muitas vezes em condições precárias e flexíveis no que tange ao aspecto laboral e econômico (OLIVEIRA, 2017).

As orientações contidas neste capítulo têm como objetivo diminuir os riscos de uma contaminação, para assegurar a saúde daqueles que trabalham nesse tipo de serviço. No que se refere às organizações e indivíduos desse setor, é imprescindível que estratégias sejam adotadas para a identificação imediata de casos suspeitos e o afastamento do trabalhador, para que o setor possa funcionar de modo a garantir à população o abastecimento de alimentos.

2 - CUIDADOS E ORIENTAÇÕES PARA A SAÚDE DOS TRABALHADORES

Não há evidências ou relatos de transmissão de COVID-19 pela ingestão de alimentos contaminados. Ainda assim, procedimentos de boas práticas são fundamentais na prevenção da contaminação nesse setor, considerando que a infecção pode ocorrer no contato entre trabalhadores, entre os trabalhadores e os consumidores ou os fornecedores e ainda através de superfícies contaminadas.

Iremos apresentar algumas recomendações gerais para a proteção de trabalhadores em serviços de alimentação. Entretanto, recomendamos leitura de orientações mais específicas a depender do tipo de serviço prestado.

²⁰ As orientações contidas neste capítulo foram baseadas na legislação vigente e em manuais para serviços de alimentação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS, 2015; BRASIL, 2004) e em notas técnicas, e-books e trabalhos científicos publicados (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2020; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BARES E RESTAURANTES, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; BRASIL, 2020d; KAMPF et al., 2020; NGUYEN; VU, 2020).

3 - HIGIENE PESSOAL

Os cuidados de higiene pessoal são fundamentais na proteção individual e coletiva de trabalhadores de serviços de alimentação ao COVID-19.

Higienização das mãos: a correta higienização das mãos, como descrita no capítulo 2, é a estratégia mais eficaz para reduzir o risco de contaminação. As mãos devem ser higienizadas com frequência pelo trabalhador manipulador de alimentos, principalmente antes e depois de levar a mão ao rosto para coçar os olhos; tocar na boca; espirrar, tossir, assoar ou coçar o nariz; manipular alimentos crus; manusear celular, dinheiro, maçanetas, lixo, objetos pessoais, entre outros; ir ao banheiro; manusear lixo; após qualquer interrupção do serviço e sempre que se fizer necessário.

Para garantir o procedimento eficaz, todo serviço de alimentação deve disponibilizar lavatório (s) exclusivo (s) para higienização de mãos, provido (s) de sabonete líquido antisséptico inodoro ou sabonete líquido inodoro e produto antisséptico. Para secagem de mãos, a empresa deve disponibilizar papel toalha não reciclado ou outro sistema higiênico e seguro de secagem das mãos e coletor de papel, acionado sem contato manual. A empresa também deve reforçar orientações sobre procedimento de higienização de mãos para todos os funcionários através de treinamentos e disponibilizar cartazes informativos com os procedimentos adequados.

3.1 - UTILIZAÇÃO DE LUVAS

De acordo com a Nota Técnica nº 47/2020/SEI/GIALI/GG-FIS/DIRE4/ANVISA, a utilização de luvas não é uma exigência para manipuladores de alimentos e a assepsia das mãos é o procedimento de maior segurança na prevenção da propagação do vírus. A utilização de luvas pode ocorrer quando houver impossibilidade de utilização de utensílios na manipulação de alimentos

prontos e por períodos rápidos e para proteção da saúde do manipulador para evitar o contato com materiais que possam irritar a pele.

3.2 - UTILIZAÇÃO DE MÁSCARAS

A Nota Técnica nº 47/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA, recomenda a utilização de máscaras descartáveis ou reutilizáveis de proteção facial por trabalhadores de serviços de alimentação e indústrias de alimentos. A utilização de máscaras deve seguir as recomendações de uso, higienização e descarte descritas no capítulo 4.

Para frigoríficos, por exemplo, a Orientação Conjunta no 1/STRAB/SEPRT-ME/SPA-MAPA/SVS-MS recomenda fornecimento de proteção facial adicional (face shield) quando um trabalhador fica de frente para o outro, com distância inferior a 1 metro e, para os demais trabalhadores desse setor, recomenda fornecimento de proteção buco-nasal, tais como máscaras de proteção facial, “toucas tipo ninja”, respirador ou capuz.

3.3 - CONDUTAS DE HIGIENE PESSOAL:

- O colaborador infectado ou com suspeita de COVID-19 deve comunicar à direção, ser afastado das atividades e adotar as medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde, conforme descrito no capítulo 2;
- Estabelecer postos de trabalho promovendo espaçamento com separação mínima de 1 metro entre os trabalhadores. Se não for possível, as práticas de higiene de mãos, equipamentos e utensílios devem ser reforçadas e podem ser instaladas barreiras físicas como telas de acrílico ou outro material lavável;
- Avaliar possibilidade de ampliar a divisão dos turnos de trabalho quando não for possível manter a distância mínima;
- Manter as unhas curtas e não utilizar adornos;

- Não compartilhar objetos de uso pessoal como pratos, talheres, copos e garrafas de água e desativar bebedouros de uso comum;
- Evitar o uso de celulares durante atividades de manipulação;
- Para a segurança dos demais trabalhadores, a vestimenta utilizada no trajeto até a empresa não deve ser a mesma utilizada durante o trabalho. Logo, os uniformes e calçados devem ser lavados diariamente e usados somente no interior do serviço de alimentação;
- Devem haver cuidados no vestiário, tais como: não manter uniformes limpos em contato com uniformes sujos ou sapatos;
- Ao chegar do trabalho, antes de entrar em sua residência, o trabalhador deve tirar os calçados, higienizar as mãos, tomar banho e vestir uma roupa limpa;
- Não tossir ou espirrar próximo a outros trabalhadores. Caso seja inevitável, proteja a boca com papel toalha descartável ou antebraço;
- Os manipuladores de alimentos não devem conversar desnecessariamente, cantar ou assobiar durante a manipulação de alimentos;
- Evitar tocar no rosto durante as atividades de manipulação.

4 - HIGIENE DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS

Considerando que o vírus pode sobreviver em superfícies contaminadas, mas que pode ser eliminado pela higienização eficaz através da ação de detergentes, sabões e desinfetantes, é fundamental que os serviços de alimentação implementem procedimentos operacionais padronizados de higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios para a segurança dos trabalhadores do serviço.

O procedimento de higienização compreende as etapas de limpeza e desinfecção. Para a limpeza, podem ser utilizados detergentes, desengordurantes, limpa vidros e o álcool em baixas concentrações (até 54oGL). Já para a desinfecção de superfícies, podem ser utilizados os produtos químicos: água sanitária (na diluição recomendada pelo rótulo), solução de hipoclorito a 1% (água sanitária na concentração e tempo recomendados no rótulo), álcool 70% gel ou líquido ou outro desinfetante. Todos os produtos químicos devem ser registrados e notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e as instruções do rótulo devem ser seguidas.

Sugere-se avaliar com cautela a utilização de álcool líquido 70% em áreas de cocção, por ser inflamável. Borrifadores abastecidos não devem ficar próximos a equipamentos e fontes geradoras de calor.

5 - RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

Considerando que o vírus pode sobreviver em superfícies por algum tempo, o protocolo de recebimento de matérias-primas deve incluir lavagem e desinfecção de alimentos e embalagens, para reduzir o risco de infecção dos trabalhadores.

- Os entregadores de matérias-primas e os funcionários responsáveis pelo recebimento devem manter distância segura entre si. Preferencialmente 2 metros e, no mínimo, 1 metro;
- As embalagens secundárias e terciárias devem ser retiradas e descartadas adequadamente;
- A empresa deve avaliar a necessidade de novas rotinas de higienização das embalagens primárias dos alimentos (lavagem e desinfecção);
- Os alimentos *in natura*, como frutas, legumes e verduras, devem ser lavados, um a um ou folha a folha, em água potável, desinfetados através de imersão em solução clorada 200 ppm por 15 minutos (ou conforme recomendação do fabricante do produto químico) e enxaguados em água;

- Os funcionários devem realizar higienização das mãos logo após o recebimento de mercadorias;
- O setor de inspeção de matérias-primas e seus móveis e equipamentos (bancadas, balanças, estrados, etc) devem ser higienizados após cada recebimento.

6 - DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS

Os trabalhadores envolvidos na distribuição de alimentos para o consumidor final e no recebimento do pagamento estão expostos ao contato com clientes, que podem ou não estar infectados, portanto, há necessidade de muita atenção às medidas de prevenção. Esses trabalhadores são atendentes, caixas, garçons, entregadores de serviços *drive through*, entregadores de *delivery*, entre outros.

As medidas preventivas devem envolver utilização de máscaras ou outro tipo de proteção facial pelos trabalhadores, estímulo de utilização de máscaras pelos clientes, higiene frequente das mãos, respeito ao espaçamento mínimo recomendado ou utilização de barreiras físicas impermeáveis, priorização de sistema de pagamento sem contato e higienização frequente de todas as superfícies utilizadas no posto de trabalho, principalmente aquelas que entram em contato com trabalhadores e clientes (como a máquina de cartão). Tendo em vista o crescimento dos serviços de *delivery* durante a pandemia, apresentaremos orientações para os trabalhadores desse serviço.

7 - DELIVERY

São necessários cuidados para que o entregador não se contamine durante o transporte e no contato com os clientes.

- As embalagens de alimentos utilizadas no *delivery* devem ser armazenadas e protegidas em local adequado e limpo até o momento de sua utilização;
- Os empresários devem priorizar sistema de pagamento on

line no ato da compra ou através de transferência bancária, para evitar contato com as máquinas de cartão ou dinheiro. O cliente deve ser orientado que essas são as formas mais seguras do ponto de vista sanitário, pois possibilitam uma entrega sem contato;

- Caso a máquina de cartão precise ser utilizada, deve ser higienizada com álcool 70% antes e após o uso por cada cliente. Caso o álcool 70% não esteja disponível, envolver a máquina com plástico filme e trocá-lo a cada uso (não o descartando nas vias públicas);
- Caso o pagamento precise ser em dinheiro, deve ser combinado previamente com o cliente que ele deve entregar o dinheiro dentro de um saco plástico e que o entregador já leve o troco também em saco plástico;
- O entregador deve utilizar a máscara de proteção durante todo o deslocamento e contato com o cliente;
- O entregador deve higienizar as mãos com álcool em gel antes e após o contato com o cliente, sempre que tocar em alguma superfície e antes de levar a mão ao rosto;
- A cada retorno para a empresa, e antes de sair para uma nova rota, o entregador deve realizar a higienização completa de mãos e antebraços, em lavatório do serviço de alimentação, utilizando água, sabonete líquido inodoro bactericida e papel toalha não reciclado.
- Realizar higienização das caixas de entrega (térmicas, bags, monoblocos ou outros) por dentro e por fora com solução sanitizante (solução clorada ou álcool 70%) a cada uso. Diariamente, realizar a limpeza com água e sabão.
- Higienizar, com frequência, o meio de transporte (moto, bicicleta, carro ou outro).

Por fim, destacamos que a eficácia desses procedimentos na prevenção do coronavírus requer dos empresários a disponibilização das instalações, materiais e produtos químicos necessários. Quanto aos trabalhadores, é fundamental que haja envolvimento com esses processos que, para se tornarem hábito, exigem autodisciplina e senso de colaboração individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA – **Medidas de prevenção** – O novo coronavírus pode ser transmitido por alimentos? Disponível em: <<http://encurtador.com.br/enovM>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

AQUINO, C. A. B. Neoliberalismo, precarização e produção subjetiva. In: **I Encontro de Psicologia Social do Trabalho: “Neoliberalismos, precarização da vida e resistências na América Latina: contribuições da Psicologia Social do Trabalho”**, 1, 2019. Palestra, São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2019. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/hLV08>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEICOES COLETIVAS. **Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades**. ABERC, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BARES E RESTAURANTES. **Cuidados de higiene no delivery para bares e restaurantes na crise do novo coronavírus**. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/iEG01>>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica Nº 47/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA**. Uso de luvas e máscaras em estabelecimentos da área de alimentos no contexto do enfrentamento do COVID-19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília, 2020^a

BRASIL. **Nota Técnica Nº 48/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA**. Documento orientativo para produção segura de alimentos durante a pandemia de Covid-19. Gerência de Inspeção e Fiscalização Sanitária de Alimentos, Cosméticos e Saneantes – GIALI Gerência Geral de Inspeção e Fiscalização Sanitária – GG-FIS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 2020b

BRASIL. Orientação Conjunta no I/STRAB/SEPRT-ME/SPA-MAPA/SVS-MS. **Orientações gerais para frigoríficos em razão da pandemia da covid-19**. SEI/ME 7937614 – Orientação. 2020c.

BRASIL. Nota Técnica N° N° 49/2020/SEI/GIALI/GGFIS/DIRE4/ANVISA. **Orientações para os serviços de alimentação com atendimento direto ao cliente durante a pandemia de Covid-19.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília, 2020d.

BRASIL. Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. **Diário Oficial da União**, 2004.

GASTAL, S.; PERTILE, K. As Comidas de Rua entre fixos e fluxos. In: **X Seminário Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo**, 2013, Caxias do Sul. Turismo, Gastronomia e Restauração, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/nbvD1T>>. Acesso em: 30 maio. 2019.

KAMPF, Günter et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. **Journal of Hospital Infection**, 2020.

NGUYEN, T. H. D.; VU, D. C. Food delivery service during social distancing: Proactively preventing or potentially spreading COVID-19?. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, p. 1-4, 2020.

OLIVEIRA, E. N. P. de O. **Empreendedorismo em cenário de precarização laboral**: um estudo com trabalhadores de comida de rua. 2017f. 125f. – Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza (CE), 2017. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/ICJQ4>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

RECOMENDAÇÕES AOS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE TRANSPORTE PÚBLICO NO CENÁRIO DA COVID-19

Eline Mara Tavares Macêdo
Fernanda Candido Santos Euzebio
Nagle de Melo Pereira

1 - INTRODUÇÃO

No final de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o novo coronavírus (COVID-19) era uma Emergência de Saúde Pública e a partir de 11 de março como uma pandemia. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus **SARS-CoV-2** em que a pessoa pode apresentar sintomas simples de resfriado até uma pneumonia severa. Os sintomas mais comuns são: tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar (OPAS, 2020; BRASIL, 2020a).

Uma das medidas mais importantes adotadas pelos governos da maioria dos estados e cidades brasileiras é o isolamento social horizontal de serviços não essenciais, para evitar a disseminação do COVID-19 e assim evitar o colapso do sistema de saúde. Essas limitações de circulação não podem ser confundidas com a paralisação do transporte público, pois é considerado um serviço essencial e responsável por 50% das viagens motorizadas no campo do transporte coletivo. Importante ressaltar que

nem todas as pessoas (e empresas) podem trabalhar (e funcionar) no formato de home-office ou, no caso dos trabalhadores, não são todos que possuem veículo próprio para seu deslocamento (LIMA et al, 2020).

O contato próximo com pessoas infectadas através do aperto de mão é considerado a forma mais comum de transmissão do COVID-19, mas existem outras formas frequentes de transmissão como espirros, gotículas de saliva, tosse, objetos e superfícies contaminadas (maçaneta, barras de apoio do transporte público, celulares etc) e aproximação com uma pessoa infectada por mais de 15 minutos a menos de 1 metro. Por isso, o instrumento e ao mesmo tempo posto de trabalho (considerando o ambiente interno) dos motoristas e cobradores, isto é, o ônibus, se transformou num local de potencial risco de contaminação, devido ao grande número de pessoas juntas em um único espaço, sem controle de quantas pessoas infectadas estariam utilizando o ônibus, além deste mesmo ambiente abrigar, em sua estrutura interna (corrimões, bancos, piso), o vírus em consequência do uso das pessoas (LIMA et al.,2020).

Até 23 de maio de 2020, foram registrados os seguintes dados pela OPAS Brasil e Painel IntegraSUS do estado do Ceará, sobre os dados de Coronavírus (BRASIL,2020b; Ceará,2020):

Quadro 1: Síntese de casos confirmados e óbitos por COVID-19 segundo localidade no período de 01.01.2020 até 24.05.2020.

Localidade	Casos de COVID-19	Mortes por COVID-19
Mundo	4.993.470	327.738
Brasil	347.398	22.013
Nordeste	119.801	6.515
Ceará	35.287	2,313

Fonte: BRASIL, 2020b; CEARÁ, 2020.

Com isso, outra realidade de trabalho tem-se desenhado para os principais atores que constituem o segmento de transporte coletivo de passageiros, tanto do ponto de vista financeiro devido à redução de jornada de trabalho e de salário, de acordo com a Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020 (BRASIL, 2020c) e também da ameaça ou efetivação do desemprego, pois de acordo com informações levantadas pela Associação Nacional das Empresas de Transportes Urbanos (NTU) de 15 de março à 16 de abril de 2020, “em 12 sistemas o número de demissões associado ao sistema de transporte público por ônibus já atinge 1.413 funcionários, sendo em grande parte motoristas e cobradores” (BATISTA, et al., 2020, p. 6), quanto no que se refere este documento, do ponto de vista da própria atividade de transportar pessoas, que precisou ser reduzida, devido às medidas governamentais de prevenção à disseminação do vírus e conseqüentemente, à redução da demanda, que faz com que as empresas de transporte coletivo de passageiros opere com uma diminuição de 75% dos passageiros (LIMA, et al., 2020).

Destacamos, portanto, algumas medidas de prevenção à propagação da doença não somente para o momento presente, mas principalmente para o futuro, “após a flexibilização do isolamento, uma vez que o movimento de pessoas aumentará e a doença ainda não estará totalmente controlada” (LIMA, et al., 2020, p.6).

2 - CONTÁGIO DO COVID-19 NOS AMBIENTES LABORAIS DO TRANSPORTE COLETIVO

Tendo em vista dos desafios colocados, foram realizados a sistematização das Recomendações para a Manutenção dos Serviços de Transporte Público e Prevenção da Propagação da COVID-19, buscando orientar, motoristas e empregadores, do transporte público, sobre recomendações para prevenir e diminuir o contágio do COVID-19 nos ambientes laborais do transporte coletivo e manter a circulação segura da população.

É importante destacar que o trabalho do motorista de transporte coletivo está diretamente associado ao ambiente no qual o mesmo é realizado, ou seja; o trabalho fora dos portões da empresa, estando submetido às adversidades como o clima, as condições de tráfego e do trajeto das vias. Destaca-se que as medidas abordadas nesse documento, não significam autorização para os descumprimentos das Normas Regulamentadoras (NR) de Segurança e Saúde no Trabalho, sendo imprescindível que motoristas e empregadores mantenham foco na prevenção evitando a ocorrência de acidente de trabalho e outras doenças ocupacionais (BRASIL, 2020a; BATTISTON; HOFFMANN, 2006).

Ressalta-se que a partir das orientações propostas, no quadro 2, deve-se considerar a importância de avaliações mais detalhadas dos processos de trabalho nos serviços de transporte público dessa população de trabalhadores que permitirão organizar, sintetizar e utilizar informações, úteis ao planejamento, seleção de prioridades e a tomada de decisão.

Quadro 2: Recomendações para a Manutenção dos Serviços de Transporte Público e Prevenção da Propagação da COVID-19

Medidas Gerais de Prevenção:

- Orientar todos os trabalhadores sobre a COVID-19, especialmente sobre:
 - a) sintomas;
 - b) formas de contágio;
 - c) correta higienização das mãos;
 - d) regras de etiqueta respiratória;
 - e) as medidas de prevenção e controle adotadas pela empresa;
 - f) práticas de boa conduta a serem desenvolvidas no ambiente laboral e fora dele;

- Realizar medição de temperatura dos funcionários antes de cada jornada de trabalho;
- Manter os ambientes ventilados, circular com janelas abertas nos transportes;
- Adotar barreiras físicas de material impermeável dentro dos transportes para separar motoristas e cobradores;
- Comunicar os funcionários e passageiros sobre medidas de higiene através de placas e cartazes;
- Todos os funcionários, assim como os passageiros deverão trabalhar e serem transportados, respectivamente com máscaras de proteção facial;
- Registrar as viagens de toda a equipe para potenciais controles de infecção e medidas de quarentena;
- Realizar campanhas para incentivo ao uso do smart-card ou vale-transporte ao invés de dinheiro;
- Trabalho remoto para as funções que podem ser realizadas sem a presença na empresa de transporte;
- Limitar a quantidade de ocupação dos veículos,
- Promover, se possível, a vacinação contra gripe (H1N1) para todos os trabalhadores, evitando outras síndromes gripais que possam ser confundidas com COVID-19;
- Afastamento imediato de trabalhadores sintomáticos, de forma a diminuir a disseminação do coronavírus e garantir o funcionamento do estabelecimento;
- Realizar acompanhamento médico e psicológico dos funcionários que adoecerem e/ou apresentarem sintomas;

- Realizar apoio psicológico aos familiares de funcionários que adoecerem e/ou apresentarem sintomas.

Medidas de Higiene e Condutas:

- Orientar os trabalhadores para evitar tocar a boca, nariz e rosto com as mãos;
- Orientar os trabalhadores para não compartilharem toalhas e produtos de uso pessoal;
- Disponibilizar material para higienização das mãos, consistindo de água e sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Disponibilizar álcool em gel 70% dentro dos ônibus, garagens e das salas para os demais funcionários que trabalham internamente;
- Realizar limpeza constante na parte interna dos veículos com desinfetante entre os turnos ou sempre que houver designação de um trabalhador para ocupar o posto de trabalho de outro;
- Garantir o distanciamento social no transporte coletivo, respeitando o limite de ocupação de 50% de sua capacidade;
- Cabe ao motorista observar a higienização do seu posto de trabalho, inclusive volantes e maçaneta do veículo;
- Disponibilizar pias dentro das garagens, assim como detergentes (podem ser utilizadas pias feitas de tambor de óleo, por exemplo);
- Adaptar bebedouro de água para o consumo com uso de copo descartável.

Vestiário:

- Evitar aglomerações durante a troca de roupas dos vestiários, respeitando o distanciamento de um metro entre os trabalhadores no ressinto;
- Disponibilizar dispensadores de sanitizantes adequado para as mãos na entrada e saída dos vestiários.

Refeitório:

- Proibir o compartilhamento de copos, pratos e talheres não higienizados, bem como qualquer outro utensílio de cozinha;
- Limpar e desinfetar as superfícies das mesas após cada utilização;
- Sinalizar no chão dos refeitórios maior espaçamento entre as pessoas na fila, orientando para que sejam evitadas conversas;
- Retirar os recipientes de uso compartilhado de temperos, saveiros e farinhas, bem como os porta-guardanapos;
- Entregar os talheres embalados individualmente em guardanapo de papel;
- Espaçar as cadeiras para aumentar as distâncias interpessoais;
- Garantir ambiente limpo e desinfetado para realização das refeições dos funcionários, limitando a quantidade de pessoas dentro deste ambiente, aumentando o horário das refeições, mantendo o ambiente ventilado.

Máscara de Proteção Facial:

- Distribuir máscaras reutilizáveis (laváveis) aos funcionários;
- Capacitar os trabalhadores para o uso, retirada, descarte e substituição da máscara facial, higienização das mãos antes e após o seu uso, e, inclusive, limitações de sua proteção contra o coronavírus. O uso incorreto da máscara pode prejudicar sua eficácia na redução de risco de transmissão. Sua forma de uso, manipulação e armazenamento devem seguir as recomendações do fabricante ou do Ministério da Saúde, quando houve
- Proibir o compartilhamento de máscaras entre trabalhadores

Grupo de Risco:

- Afastar de suas atividades laborais no ambiente da empresa os funcionários pertencentes a grupos de risco (com mais de 60 anos ou com comorbidades) e com sintomas gripais ou doentes

Fonte: Elaborado pelos autores com base em LIMA, et al., 2000 e BRASIL, 2020d.

Por fim, em razão dos avanços no conhecimento e controle da pandemia, tais orientações poderão ser revisadas ou atualizadas a qualquer momento.

REFERENCIAS

BATISTA, A. et al. **Covid-19 e o transporte público por ônibus:** impactos no setor e ações realizadas. Brasília – 2020. Disponível em: <<https://www.ntu.org.br/novo/ListaPublicacoes.aspx?idArea=9&idSegundoNivel=30>> Acesso em: 19 mai. 2020.

BATTISTON, M; CRUZ, R. M.; HOFFMANN, M. H.. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 11, n. 3, p. 333-343, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre a doença.** Brasil, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/>> Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus,** Brasil, 2020b. Disponível em: <covid.saude.gov.br> Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 936,** de 1 de abril de 2020. Brasil, 2020c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. **Orientações gerais para frigoríficos em razão da pandemia da COVID-19.** Brasil, 2020d. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/protocolo_frigorificos_3_ministerios.pdf/> Acesso em: 21 mai. 2020.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Boletim epidemiológico novo coronavírus (covid-19):** Informações sobre a epidemiologia da doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) no estado do Ceará. Fortaleza, 2020. Disponível em: <<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>> Acesso em: 24 mai. de 2020.

LIMA, G. C. L. S., SCHECHTMAN, R., BRIZON, L. C., FIGUEIREDO, Z. M. **Transporte público e COVID-19**. O que pode ser feito?. Centro de Estudos em Regulação e Infraestrutura da Fundação Getúlio Vargas (FGV CERI). Rio de Janeiro; 2020. Acesso em: 18 mai. 2020.

Organização Panamericana de Saúde-OPAS. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BIOSSEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AO PACIENTE COM COVID-19

Patrícia Moreira Costa Collares
Rafael Barreto de Mesquita
Gezabell Rodrigues
Luan dos Santos Mendes

1 - INTRODUÇÃO

Uma nova doença cujo agente causador é um coronavírus, o SARS-COV-2, identificado pela primeira vez em Wuhan (China) em dezembro de 2019, desencadeou uma pandemia que vem causando um substancial número de mortes e comprometendo a capacidade dos sistemas de saúde e a economia de inúmeros países do mundo (World Health Organization, 2020). Sendo posteriormente denominada de COVID-19, foi observado que a transmissão dessa doença ocorre principalmente através de gotículas respiratórias e aerossóis, e também pelo contato com objetos contaminados (CAI et al., 2020). Os aerossóis são produzidos mediante choque de corrente de ar com a superfície de um líquido, de maneira que qualquer manobra que ocasione aumento do fluxo aéreo na interface da mucosa respiratória infectada tem o potencial de produzir a dispersão de aerossóis, contaminando o ambiente (DHANANI et al., 2016).

A Fisioterapia é uma profissão com atuação bem estabelecida junto à pacientes com condições respiratórias (LARSEN et al., 2019; YANG et al., 2013). Durante a atual pandemia por COVID-19, a Fisioterapia tem demonstrado contribuir de forma

importante para o tratamento dos pacientes acometidos por essa doença, tanto no contexto extra-hospitalar (p. ex., atenção primária à saúde), quanto no contexto hospitalar, mas principalmente nesse último (THOMAS et al., 2020). Grande parte das técnicas utilizadas por fisioterapeutas para o tratamento de pacientes com condições respiratórias apresenta grande potencial para a geração de partículas e aerossóis, e com os pacientes com COVID-19 não é diferente (THOMAS et al., 2020). Por isso, o fisioterapeuta deve tomar cuidados específicos no atendimento a esses pacientes para evitar a sua contaminação e a contaminação de outras pessoas. Isso é essencialmente importante se considerado que tem sido grande o número de profissionais de saúde infectados pelo SARS-COV-2 durante o atendimento a pacientes com COVID-19 (WANG; ZHOU; FANGFEI, 2020). Com o propósito de ajudar os fisioterapeutas que estão atuando na linha de frente junto a pacientes com COVID-19, serão apresentadas orientações para um atendimento de forma segura e eficaz. Inicialmente serão apresentadas orientações gerais e em seguida orientações mais específicas para o contexto hospitalar.

2 - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O ATENDIMENTO A PACIENTES COM COVID-19 DIAGNOSTICADA OU SUSPEITA

- Deve-se garantir a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) adequados: touca, óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica ou respirador tipo peça facial filtrante (PFF), avental impermeável e luvas de procedimento. Deve-se optar pelo respirador ao invés da máscara sempre que houver risco de aerossóis no ar. A colocação e retirada dos EPIs deve seguir protocolo específico (MATTE et al., 2020);
- Garantir a lavagem das mãos, pelo menos, antes e após a colocação dos EPIs, antes de procedimentos assépticos, e antes e após adentrar a área de atendimento ao paciente e a qualquer contato com o mesmo. A limpeza das mãos pode ser realizada com água e sabão ou com álcool em gel a 70%, seguindo protocolo específico (MATTE et al., 2020);

- Evitar contatos desnecessários com o paciente e tentar manter a distância mínima de 2 metros (THOMAS et al., 2020);
- Garantir que objetos utilizados com ou pelo paciente sejam de uso individual (p. ex., estetoscópio, incentivador respiratório). Caso haja a necessidade de utilizá-los com outros pacientes, deve-se garantir a sua correta higienização;
- Avaliar a relação risco-benefício na escolha das técnicas e/ou recursos de Fisioterapia a serem utilizados, uma vez que muitos apresentam grande chance de gerar aerossóis. Além disso, alguns podem causar gasto energético excessivo ou ocasionar injúria pulmonar (FURLANETTO; HERNANDES; MESQUITA, 2020);
- Sugere-se ensinar aos pacientes procedimentos de etiqueta da tosse, como proteger as vias aérea com lenço ao tossir ou tossir contra o antebraço. O fisioterapeuta deve evitar estar na linha do fluxo da tosse (THOMAS et al., 2020).

Figura 1 - procedimentos de etiqueta da tosse.



Fonte: próprio autor

3 - ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO A PACIENTES COM COVID-19 DIAGNOSTICADA OU SUSPEITA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Além das orientações gerais descritas acima, deve-se seguir também orientações específicas para o contexto hospitalar:

- Oxigenioterapia pode e deve ser utilizada em muitos casos, mas preconiza-se não utilizar as seguintes interfaces: máscaras

ra de Venturi, tenda de oxigênio e cânula nasal de alto fluxo (FURLANETTO et al., 2020);

- Nebulizadores a jato em fonte de oxigênio ou ar comprimido devem ser evitados, dando preferência a nebulímetros dosimetrados (MDI) (FURLANETTO et al., 2020a);
- Evitar o uso da técnica de hiperinsuflação com ressuscitador manual (p. ex., ambu), pela geração de aerossóis e pela despressurização das vias aéreas nos pacientes em ventilação mecânica (FURLANETTO; HERNANDES; MESQUITA, 2020);
- A aspiração das vias aéreas deve ser realizada quando necessário, dando preferência ao uso do sistema de aspiração fechado (FURLANETTO; HERNANDES; MESQUITA, 2020);
- A ventilação não invasiva (VNI) e a cânula nasal de alto fluxo (CNAF) não devem ser utilizadas a não ser que possam ser garantidas as condições ambientais adequadas para evitar a geração de aerossóis, como o uso de um quarto de isolamento aéreo que possua pressão negativa (FURLANETTO; HERNANDES; MESQUITA, 2020);
- Durante a assistência fisioterapêutica aos procedimentos de intubação orotraqueal e ressuscitação cardiopulmonar, deve-se evitar o uso do ressuscitador manual. Protocolos sem a utilização desse dispositivo para hiperinsuflação foram sugeridos por sociedades científicas (ABRAMEDE, AMIB, AMB, 2020; MORAKAMI; ANDRADE; KARSTEN, 2020). Caso seja necessário o uso do ressuscitador manual, utilizá-lo sempre associado ao filtro *High Efficiency Particulate Arrestance* (HEPA);
- Todo paciente em ventilação mecânica invasiva ou não deve ter um filtro HEPA na saída expiratória da ventilação, para impedir que o vírus seja lançado no ambiente que o paciente se encontra (LAGO; NOGUEIRA; LANZA; ANDRADE, 2020).



Fonte: próprio autor

4 - REORGANIZAÇÃO DA EQUIPE EM POSTOS DE TRABALHO

Sabe-se que indivíduos com algumas condições de saúde (p. ex., diabetes mellitus) têm maiores chances de desenvolver quadros graves, quando contaminados pelo SARS-COV-2 (TANEDA, 2020). Diante disso e da escassez de evidências de qualidade, ressalta-se a importância da redistribuição de postos de trabalho para profissionais de saúde nessa situação. Objetiva-se evitar que esses profissionais de saúde tenham contato direto com pacientes com COVID-19. Dentre as características grupo de risco pode-se citar: imunossuprimidos, idade avançada, cardiopatas, diabéticos e hipertensos (MORAES et al., 2020; PESSOA et al., 2020; STEIN, 2020).

Uma ressalva às profissionais gestantes, tendo em vista que grávidas estão mais suscetíveis a complicações por doenças respiratórias, porém, não há comprovações cientificamente relevantes que afirme que gestantes sejam mais afetadas ou venham a desenvolver maiores complicações devido infecção pelo SARS-COV-2 (RAMALHO, 2020).

5 - FISIOTERAPEUTAS EM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Os profissionais que atuam em atividades de gestão hospitalar, que tenham ou não contato constante com paciente com COVID-19, devem realizar a adequada higienização das mãos, maçanetas e objetos compartilhados, manter uma distância mínima de 1 metro de outras pessoas, usar máscaras de tecido, se possível, incluir barreiras físicas como placas de acrílico e faixas delimitadoras, favorecendo o distanciamento. Em casos de contato com pacientes e/ou familiares, fazer uso de máscara cirúrgica durante a jornada de trabalho (CHECCHI et al., 2020; FRANCO, 2020; GARCIA, 2020; MORAES et al., 2020).

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (ABRAMEDE); ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB); ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB).

Protocolo de intubação orotraqueal p/ caso suspeito ou confirmado de Covid-19. 2 p. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Protocolo_de_Intubacao_Orotraqueal.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2020.

CAI, JING et al. Indirect Virus Transmission in Cluster of COVID-19 Cases, Wenzhou, China, 2020. **Emerging infectious diseases**, v. 26, n. 6, 2020.

CHECCHI, MARIA HELENA RIBEIRO DE (org.). **Guia de segurança para profissionais atuantes na atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19.** Coari, AM: Universidade Federal do Amazonas. 33 p. 2020.

DHANANI, JAYESH et al. Fundamentals of aerosol therapy in **critical care.** *Critical Care*, v. 20, n. 1, p. 269, 2016.

FRANCO, AMANDA GONÇALVES et al. Máscaras cirúrgicas em tempos de coronavírus. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. e202003003-e202003003, 2020.

FURLANETTO, Karina Couto; HERNANDES, NIDIA APARECIDA; MESQUITA, RAFAEL BARRETO DE. **Recursos e técnicas fisioterapêuticas que devem ser utilizadas com cautela ou evitadas em pacientes com COVID-19.** 2020. [S.l. - 2020]: ASSOBRAFIR, 15 abr. 2020. 9 p. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/04/ASSOBRAFIR_COVID-19_Usar-com-cautela-ou-evitar_2020.04.15.pdf>. Acesso em: 01 maio. 2020.

GARCIA, LEILA POSENATO; DUARTE, ELISETE. **Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil.** v. 2, n. 2, 4 p, 2020.

LAGO, DANIEL et al. **Posicionamento para utilização efetiva e segura de filtros nos pacientes em ventilação mecânica.** Colaboração e anuência: Comitê COVID-19. [S.l. - 2020]: ASSOBRAFIR, 11 maio 2020. 8 p. Disponível em: <<https://assobrafir.com>>.

br/wp-content/uploads/2020/05/ASSOBRAFIR_COVID-19_Filtros_2020.05.11.pdf>. Acesso em: 12 maio. 2020.

LARSEN, TANIA et al. Effect of Early Mobility as a Physiotherapy Treatment for Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Physiotherapy Canada**, v. 71, n. 1, p. 82-89, 2019.

MATTE, DARLAN LAURÍCIO et al. **O FISIOTERAPEUTA E SUA RELAÇÃO COM O NOVO BETACORONAVÍRUS 2019 (2019-nCoV)**. [S.l. - 2020]: ASSOBRAFIR, 2020. 10 p. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/01/ASSOBRAFIR_BETACORONAVÍRUS-2019_v.4.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

MORAES, ÉRICA BRANDÃO DE et al. Safety of health professionals in COVID-19 times: a reflection. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 134973832, 2020.

MORAKAMI, FERNANDA KAZMIERSKI; ANDRADE, FLÁVIO MACIEL DIAS DE; KARSTEN, MARLUS. **Recomendações para a atuação dos fisioterapeutas na reanimação cardiopulmonar**. Colaboração e anuência: Darlan Laurício Matte, Jocimar Avelar Martins, Bruno Prata Martinez e Leny Vieira Cavalheiro. [S.l. - 2020]: ASSOBRAFIR, 26 mar. 2020. 3 p. Disponível em: <https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_RCP_V2-1.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2020.

PESSOA, BEATRIZ MELLA SOARES et al. IMUNOTERAPIAS NO TRATAMENTO DA COVID-19. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 7, n. Especial-3, p. 97-108, 2020.

RAMALHO, CARLA. COVID-19 na gravidez, o que sabemos?. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 14, n. 1, p. 6-7, 2020.

STEIN, RICARDO. Exercício Físico em Pacientes Cardiopatas e na População em Tempos de Coronavírus. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. AHEAD, 2020.

TANEDA, MARCO. Características clínicas e radiológicas, evolução clínica e epidemiologia da infecção por SARS-CoV-2/Clinical and radiological characteristics, clinical evolution and epidemiology about SARS-CoV-2 infection. Brazilian **Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 20107-20116, 2020.

THOMAS, PETER et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. **Journal of Physiotherapy**, v. 66, n. 2, p. 73-82, 2020.

WANG, JIANCONG; ZHOU, MOUQING; LIU, FANGFEI. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **Journal of Hospital Infection**, v. 105, n. 1, p. 100-101, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. **World Health Organization**, n. March, p. 1–19, 2020.

YANG, MING ET AL. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2010.

COVID-19: ORIENTAÇÕES ERGONÔMICAS PARA O HOME OFFICE (TELETRABALHO)

Rodrigo Fragoso de Andrade
Patrícia Moreira Costa Collares
Maria José Melo Ramos Lima
José Edmilson Silva Gomes
Ilana D'Ávila Fonteles de Sousa

1 - INTRODUÇÃO

A pandemia ocasionada pela disseminação do COVID-19 provocada pelo vírus SARS-COV-2, no início do ano de 2020, está sendo responsável por uma importante crise de saúde, além de social e econômica. A pandemia afetou de uma forma não planejada, diversos segmentos de trabalho e trabalhadores nos últimos tempos sejam em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (CHOUDHURY; KOO, 2020). Essa crise afeta a forma de enxergar o trabalho, provavelmente, impondo a necessidade de reformular as percepções de indivíduos e organizações sobre as ocupações, resultando assim em mudanças no mundo do trabalho (KRAMER, 2020).

O conceito de teletrabalho vem sendo usado para diferentes tipos de arranjos laborais fora do ambiente convencional e, portanto, pode ser visto como uma forma de trabalho virtual. Isto ocorre em diferentes áreas de ocupação, embora seja mais frequente no campo administrativo (ROBELSKI et al., 2019). Os primeiros arranjos de teletrabalho datam das décadas de 1970 e 1980, e ganhou visibilidade segunda década do século XXI (CHOUDHURY; KOO, 2020).

A pandemia do coronavírus tem imposto a necessidade de adaptação de muitas situações de trabalho, como por exemplo: trabalhadores com pouca experiência no teletrabalho foram transferidos para esses arranjos em casa (como os professores), somado a indivíduos que preferem não trabalhar em casa, agora são forçados a assumir esse arranjo laboral, improvisando o seu ambiente doméstico. Ao mesmo tempo, outros sujeitos foram favorecidos com essa dinâmica de trabalho, pois já estavam habituados a essa rotina (KRAMER, 2020).

A literatura internacional e nacional contém estudos relacionados à saúde no teletrabalho em escritórios domiciliares, contudo pouco se sabe sobre as possíveis repercussões na saúde dos trabalhadores durante a pandemia do COVID-19. Com a crescente utilização de computadores, dispositivos móveis, notebooks, e demais equipamentos tecnológicos a conscientização sobre a ergonomia do escritório tornou-se uma prioridade (MADHWANI; NAG, 2017; ROBELSKI et al., 2019).

Diante desse contexto, serão apresentadas a seguir dicas de orientações ergonômicas, que possibilitarão a adoção de medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos no campo da saúde do trabalhador.

2 - DICAS DE ORIENTAÇÕES ERGONÔMICAS PARA HOME OFFICE

Trabalhar em casa em tempos de pandemia traz desafios para muitos sujeitos. Associar demandas profissionais e pessoais tem estimulado os profissionais a adaptarem ambientes domésticos para o desempenho de atividades laborais. Neste contexto, a ergonomia se destaca como a ciência que busca adaptar o ambiente de trabalho às necessidades do trabalhador. No Brasil, a Norma Regulamentadora 17 (NR-17), do Ministério de Trabalho e Emprego (MTE), estabelece parâmetros para a adaptação das condições de trabalho visando conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 2002). A seguir algumas recomendações tomando como referência a NR-17.

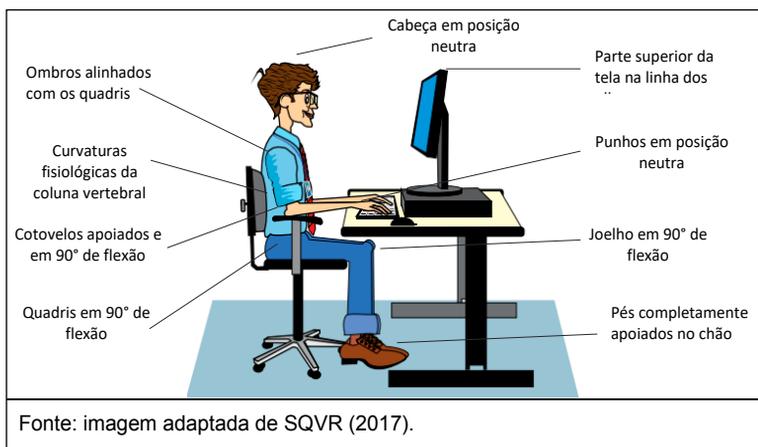
2.1 - Busque Um Local Adequado Para O Trabalho.

O ambiente de trabalho deve ser o mais silencioso possível, evitando-se locais de frequente movimentação. Escolha um local com temperatura confortável e iluminação adequada para que não interfiram na concentração, evitando posicionar-se diretamente para a luz solar. Os reflexos na tela do computador também atrapalham a boa visualização do material de trabalho. Sendo necessário, deve-se utilizar uma fonte luminosa complementar para facilitar a leitura de documentos.

2.2 - Adote Uma Postura Confortável

(1) O pescoço deve ser mantido em posição neutra. Para isso, a parte superior da tela do computador deve estar na mesma altura dos olhos do trabalhador e com uma distância de 50 a 70 cm; (2) Os ombros devem ser mantidos em posição neutra, evitando-se a elevação ou abdução prolongadas; (3) Os cotovelos devem estar próximos ao tronco e em 90° de flexão enquanto os punhos devem ser mantidos em posição neutra; (4) As curvaturas fisiológicas da coluna vertebral devem ser mantidas. A adoção de posturas prolongadas em flexão gerará aumento da tensão nos ligamentos entre as vértebras, o que promoverá dor; (5) Joelhos e quadris devem estar em uma angulação de 90° ou ligeiramente superior; e (6) Os pés devem estar completamente apoiados no chão ou em algum suporte, o que facilitará a postura sentada.

FIGURA 1 - RECOMENDAÇÕES POSTURAIS SEREM SEGUIDAS PELOS TRABALHADORES PARA EVITAR SOBRECARGA DE TECIDOS MOLES DURANTE ADOÇÃO DA POSIÇÃO SENTADA.



2.3 - Escolha Um Mobiliário Adequado

(1) A estação de trabalho deve apresentar espaço suficiente sob a sua superfície para que o trabalhador possa posicionar os joelhos e pés de forma confortável. A mesa deve ter bordas arredondadas e espaço suficiente para acomodar o material de trabalho. O mouse do computador deve estar apoiado na mesma superfície do teclado, colocado em área de fácil alcance e com espaço suficiente para sua livre utilização. Na utilização de notebooks, recomenda-se o uso de suporte para elevar a tela, com teclado e mouse independentes, caso sejam utilizados por um longo período. (2) A cadeira deve ter altura adequada para garantir um bom posicionamento do trabalhador conforme citado anteriormente, borda anterior arredondada e estofados revestidos por tecido que permita perspiração. Além disso, caso seja necessário, deve ter suporte para os braços. Por fim, o suporte para as costas deve ser regulável para cima e para trás, possibilitando variação nos graus de flexão/extensão do quadril quando o indivíduo se encontra apoiado no mesmo. Travesseiros e almofadas mais firmes podem ser utilizados para aumentar o conforto

caso a cadeira não tenha condições ergonômicas adequadas. (3) Sendo necessário, pode-se utilizar algum material firme e antiderrapante para favorecer o correto posicionamento dos pés.

2.4 - Planeje O Tempo De Trabalho

Recomenda-se que seja respeitada a mesma carga horária de trabalho que era executada nos postos de trabalho originais. As pausas “intraturnos” permitem que os trabalhadores possam se levantar, andar e realizar alongamentos, importantes para ativar a musculatura das pernas e por sua vez o bombeamento vascular dos membros inferiores. Essas pausas devem ser realizadas a cada uma hora de trabalho, podendo ter duração de 10 a 15 minutos.

2.5 Movimento-Se

Através de movimentos de alongamento e fortalecimento, pode-se reduzir pontos de tensão e dores musculares (JAKOBSEN et al., 2017). São exercícios de fácil execução e que podem ser feitos durante as pausas, devendo seguir algumas recomendações: (1) busque um local amplo e com boa ventilação uma vez que, locais apertados ou quentes podem dificultar a execução dos exercícios; (2) mantenha cada posição de alongamento por 30 segundos; (3) utilize um calçado confortável e que lhe dê estabilidade ou fique descalço, para evitar quedas durante a realização dos movimentos; (4) respeite os limites do seu corpo para que não haja excesso de tensão muscular e, por sua vez lesão. Propostas de exercícios de alongamento podem ser encontrados ao acessar o QR-code.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse contexto de pandemia por COVID-19, deve-se levar em consideração que a velocidade dos acontecimentos, com suas medidas de isolamento e/ou distanciamento social aconteceram de forma rápida e inesperada, limitando as possibilidades de planejamento ou adequação dos locais de trabalho aos seus trabalhadores. Sendo assim, torna-se cada vez mais necessário enfatizar a adoção de posturas ideais e o correto arranjo ergonômico das estações de trabalho adaptadas para o domicílio. Como forma de atualização constante recomenda-se o perfil do projeto de extensão PROERGON no Instagram (<https://www.instagram.com/proergonufc/?hl=pt-br>) no qual são disponibilizadas com periodicidade informações atuais e importantes sobre as várias temáticas que envolvem a saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17**. 2 ed. – Brasília: MTE, SIT, 2002

CHOUHDURY, P.; W. KOO, X. LI. Working from Home Under Social Isolation: Online Content Contributions During the Coronavirus Shock. **Harvard Business School Technology & Operations Mgt. Unit Working Paper**. v.20, p.96, 2020.

JAKOBSEN, M D.; et. al. Psychosocial benefits of workplace physical exercise: cluster randomized controlled trial. **BMC Public Health**. v.17, n. 798, 2017.

KRAMER, K. Z. The potential impact of the Covid-19 pandemic on occupational status, work from home, and occupational mobility, **Journal of Vocational Behavior**. 2020. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103442>.

MADHWANI, K.P.; NAG, P.K. Web-Based Kap Intervention on Office Ergonomics: A Unique Technique for Prevention of Musculoskeletal Discomfort in Global Corporate Offices. **Indian J Occup Environ Med**. v. 21, n. 1, p. 18-22, 2017. DOI 10.4103/ijoem.IJOEM_145_17.

ROBELSKI, S. et al. Coworking Spaces: The Better Home Office? A Psychosocial and Health-Related Perspective on an Emerging Work Environment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 16, n. 13, p. 1-22, 2019.

TRABALHO EM TEMPOS DE COVID-19: ORIENTAÇÕES PARA A SAÚDE E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO CAMPO

Leandro Araújo da Costa
Rafaela Barros de Sousa, Mercedes Queiroz Zuliani
Ana Paula Dias de Sá, Gislei Siqueira Knierim
Fernando Ferreira Carneiro, Vanira Matos Pessoa
Gustavo Augusto Gomes de Moura
Paulo Henrique Silva Nunes

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Contexto atual- crise estrutural, crise sanitária e pandemia.

No início do ano de 2020 inicia no mundo a pandemia pelo Sars-Cov-2, conhecido também como o 'novo' Coronavírus, o qual escancarou a agressão drástica do modelo liberal com agudização da crise do capitalismo, mostrando o verdadeiro retrocesso da implantação da política de austeridade no mundo (Corrêa Filho e Segall-Corrêa, 2020).

Atualmente a humanidade enfrenta uma combinação de três crises: uma em saúde pública, produzida pela pandemia da Covid-19; outra econômica, estruturada nos padrões de acumulação do capital; e a ambiental relacionada ao aquecimento global e às mudanças climáticas. Estamos diante de um conjunto de crises que podem redefinir o mundo com imensas repercussões

na reorganização econômica, social, sanitária, política e ideológica impactando Estados, territórios e os povos (VIA CAMPESINA BRASIL, 2020).

No Brasil, desde o golpe parlamentar de 2016, houve ampliação de uma crise política-institucional, marcada pela ascensão atual de um governo neofascista, baseando sua política de forma sistemática com desmonte dos direitos da população, da soberania do país e em conflito constante contra as instituições, a ciência e a cultura (VIA CAMPESINA BRASIL, 2020).

A grave crise de saúde pública em nosso país é acentuada com a postura irresponsável do governo brasileiro na condução das políticas e medidas sanitárias necessárias nestes tempos. Postura que vai de encontro inclusive às orientações da Organização Mundial da Saúde. As ações deste governo têm visado medidas econômicas com exclusivo conteúdo de proteger a economia em completo detrimento de políticas públicas que protejam trabalhadores, setores vulneráveis, agravando ainda mais a crise, levando simultaneamente a um quadro de pandemia, fome e violência social (VIA CAMPESINA BRASIL, 2020).

A saúde pública no Brasil, principalmente o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) já vinha sofrendo grandes ataques, com o subfinanciamento, o que piorou após Emenda Constitucional (EC) 95, conhecida como a EC do Teto dos Gastos Públicos. As poucas conquistas sociais que ainda estavam em construção foram sendo arrancadas, como a educação e saúde pública, a previdência e as próprias regulamentações do trabalho (FLEURY, 2020).

No campo, este ataque continua sendo na desterritorialização, saque dos nossos bens da natureza como água, minério, terras, sementes etc, uso intensivo de agrotóxicos, aumento da violência contra trabalhadoras/es e seus territórios. Além de piores condições de trabalho no campo, falta de equipamentos de proteção e de garantia dos direitos. A concentração da terra e a modernização da agricultura, produziram situações de pobreza e desigualdade, contribuindo para as iniquidades em saúde no

campo como consequência das contradições do modelo de produção do capitalismo (CARNEIRO, PESSOA e TEIXEIRA, 2017; COSTA 2019).

1.2 - Situação das/dos trabalhadoras/es do campo, seus territórios e a produção e reprodução da vida

Na atualidade o Brasil possui uma população predominantemente urbana, porém segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2015, em torno de quinze por cento da população brasileira vive na zona rural, sendo um pouco mais de trinta milhões de pessoas (IBGE, 2015; COSTA, 2019). Além disso, deve-se considerar que 29% dos municípios no Brasil têm a população rural maior que a urbana, portanto a população rural ainda é grande e por isso, é preciso se pensar em um sistema de saúde voltado para a realidade e necessidade do campo (SOARES, 2014; CASTILLERO, 2016). A população camponesa no nosso país tem em sua história marcas de políticas de interesse agrário extrativista, com concentração de terra e a persistência da monocultura com pouca industrialização (BATISTA e ALBUQUERQUE, 2014; COSTA, 2019).

Nas duas últimas décadas tem se questionado o uso da palavra rural para além da definição do que não é urbano (TARGA, 2019), pois somente esse termo, o rural, não dá conta da dimensão dos espaços territoriais em que vivem essas populações, sendo assim, os movimentos populares desses territórios trazem a ampliação do termo rural para População do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), integrando a luta contra a invisibilidade dessas populações, levando em conta as suas singularidades do modo de vida e de cuidar e suas práticas culturais (BRASIL, 2013; PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018; COSTA, 2019).

Conhecer quem é essa população camponesa é fundamental para entender sua situação de saúde, pois tem seus modos de vida e reprodução social relacionados com o campo, sendo os seguintes: camponeses, agricultores, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, atingidos por barragens, caiçaras, extrativistas, arte-

sãos, caboclos, comunidades de terreiros, comunidades tradicionais e outros. Esta população camponesa brasileira é diversa e heterogênea (BRASIL, 2013).

Ademais dessa pluralidade de povos que vivem no campo, é importante destacar os dados relacionados às condições de vida e saúde da população do campo que revelam a iniquidade ao se comparar com a população urbana. Do total de pessoas que vivem no campo, 25,5% enfrentam uma situação de extrema pobreza, 71% são negros (BRASIL, 2013; RUCKERT, CUNHA e MODENA, 2018). Já com relação ao analfabetismo, na área rural é superior à urbana, sendo 11,1% e 7,9% respectivamente (CASTILLERO, 2016)

Com relação ao saneamento básico, somente 33,4% dos domicílios nas áreas rurais estão ligados às redes de abastecimento de água, nos demais domicílios rurais (66,6%), a população capta água de chafarizes e poços, protegidos ou não, diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente inadequadas para consumo humano. Pior situação ocorre com esgotamento sanitário, apenas 5,1% dos domicílios têm rede de coleta de esgotos; 2,7% utilizam fossa séptica ligada na rede coletora e 23,5% fossa séptica não ligada na rede coletora; 49,9% possuem fossas rudimentares: 7,4% lançam em valas, cursos hídricos e sem nenhuma solução são 11,4% (PNAD/IBGE 2014; DIAS, 2017). Portanto, ainda existe um grande déficit de acesso à água potável e esgoto sanitário no campo.

O modelo de desenvolvimento econômico existente no campo produz impactos nos modos de vida das comunidades e dos trabalhadores, produzindo agravos à saúde que são consequências das modificações ambientais e da forma de organização do trabalho (PESSOA, RIGOTTO e CARNEIRO, 2013; CARNEIRO, RIGOTTO e AUGUSTO, 2015; COSTA Et al, 2019).

1.3 - População do campo e o novo coronavírus

Pode-se afirmar que saúde é o produto de vários fatores que têm relação com uma vida digna: direito à alimentação, habitação, saneamento, trabalho digno, renda, educação e ambientes saudáveis. Portanto, para lograr essa condição de saúde é necessário atuar sobre as questões socioculturais e econômicas que determinam o processo saúde-doença (SILVA Et al, 2014). Ter saúde é viver numa sociedade mais justa e igualitária, onde homens e mulheres tenham seus direitos respeitados, com participação popular nas decisões e que não seja somente não ter doenças no corpo (MST, 2000), sendo, portanto, um processo em construção.

A saúde pública tem um papel fundamental e essencial no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus mediante ações voltadas para a população ou para grupos com maior risco de contaminação (FILHO et al, 2020). De acordo com o princípio da equidade do SUS, as populações devem ser assistidas conforme as suas necessidades, portanto, é fundamental construir ações junto às populações do campo que estão em maior vulnerabilidade. Os movimentos populares do campo ajudaram na construção da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que ainda é um desafio o seu reconhecimento e uma permanente luta sua implementação nesses territórios (BRASIL, 2013; PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018; COSTA, 2019; COSTA Et al, 2019).

Historicamente o acesso aos serviços de saúde no Brasil é influenciado pelo status socioeconômico e pelo local de moradia, às pessoas com melhor renda e moradoras de áreas melhor desenvolvida possuem mais possibilidades de acesso aos mesmos, comparadas às que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica (TRAVASSOS, OLIVEIRA e VIACAVAL, 2006; CAMBOTA e ROCHA, 2015). Sendo assim a população do campo na situação de pandemia atual, poderá piorar as condições de acesso ao serviço de saúde.

O acesso aos serviços de saúde pela população do campo encontra vários tipos de barreiras: geográficas, como grandes distâncias dos serviços e condições das estradas; organizacional, com dificuldades de manutenção de cadastros atualizados pela atenção básica à saúde; questões políticas, dentre outras. Algumas das vulnerabilidades nesses territórios está associada a falta de saneamento e o uso intensivo de agrotóxicos, principalmente em áreas de agronegócio. Estes processos estão associados a um conjunto de agravos à saúde humana, relacionadas à questão hídrica e ao trabalho rural, como as intoxicações exógenas, diarreias, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer de pele e os acidentes e agravos relacionados ao trabalho, como acidentes por animais peçonhentos e doenças osteomusculares (SES-RS, 2020).

No momento estamos vivendo uma pandemia causada pela Covid-19, doença com alta transmissibilidade, que seu contágio ocorre principalmente no contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos, levando a um grande número pessoas infectadas, somando em torno de 80% a estimativa de casos leves e/ou assintomáticos e os 20% sendo casos moderados a graves (NISHIURA et al, 2020; FILHO et al, 2020; BRASIL, 2020). Ademais, temos a inexistência de vacina, de tratamento medicamentoso comprovado, junto a pouca realização de testes e muitos quadros clínicos com duração prolongada (FILHO et al, 2020), onde essas situações apontam a importância de ações de prevenção para evitar essa disseminação nas populações camponesas. Sendo assim, este capítulo tem por objetivo listar orientações de cuidados nas diversas dimensões da vida das trabalhadoras e dos trabalhadores do campo em tempos da pandemia.

2 - NECESSIDADES E POSSIBILIDADES DE CUIDADOS NO CAMPO

Para este momento da pandemia, é necessário ampliar o debate sobre as possibilidades de cuidado em saúde no campo, a partir da compreensão das várias dimensões da produção e reprodução da vida.

a. Conhecer os sintomas que pessoas doentes pelo coronavírus podem apresentar:

• Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$)	• Dor no corpo
• Tosse	• Dor de garganta
• Falta de ar	• Dor de cabeça
• Coriza ou obstrução nasal	• Às vezes sintomas gastrointestinais (diarreia)

Estes são os sintomas mais comuns, podendo se apresentar desde formas leves até mais graves. De acordo com os sintomas e a evolução da doença, as pessoas podem necessitar somente de cuidados domiciliares ou de internação hospitalar em enfermaria e/ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Infelizmente alguns evoluem a óbito. Não podemos esperar a confirmação do diagnóstico por exames laboratoriais para realizar medidas em nosso território, portanto na presença de pessoas com sintomas a comunidade deve-se fortalecer ações de prevenção, vigilância, promoção da saúde e os cuidados adequados.

b. Ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde para evitar a contaminação pelo novo coronavírus.

- Na comunidade

DISTANCIAMENTO SOCIAL: evitar aglomerações é a principal estratégia. Não realizar jogos de futebol, atividades na igreja ou nas associações, evitar espaços de lazer como os bares e banhos coletivos. O vírus pode permanecer sobre diferentes superfícies e em suspensão no ambiente. A permanência em casa reduz o contato pessoal e com as superfícies contaminadas.

USO DE MÁSCARAS: em caso de frequentar locais essenciais dentro da comunidade como pequenos comércios, venda de gás e alimentos, ou na comercialização da produção, onde o acesso é inevitável, fazê-lo de forma segura, com o uso da máscara de pano e mantendo a distância mínima de 1 metro de outras pessoas.

SOLIDARIEDADE: ações que possam contribuir coletivamente como confecção de máscaras ou organização de cestas de alimentos e materiais de limpeza para doações, sempre resguardando os cuidados. Realizar pagamentos/compras para pessoas consideradas “grupo de risco”, evitando exposição das mesmas. Levantamento de pessoas autônomas que estão com atividade econômica prejudicada e ajudá-las no reconhecimento de seus direitos, no acesso à renda emergencial, por exemplo.

VIGILÂNCIA: promover a formação de grupos virtuais para trocar informações seguras sobre a doença, sobre cuidados, sobre funcionamentos dos serviços de saúde e o fluxograma em caso de atendimento. Intensificar mobilização à distância, construindo diálogos na comunidade sobre a importância dos cuidados com a saúde, com a alimentação e divulgar informações sobre a Covid-19 e o momento em que estamos vivendo.

SEM CONTATO FÍSICO: utilizar os aparelhos eletrônicos (celular, computador, TV) para aproximar as pessoas, pois através deles é possível conversar com amigos e parentes que antes encontrava no bar ou no jogo de futebol, para assistir missas e cultos religiosos e fazer as reuniões sindicais ou movimento social que participa.

INFORMAÇÃO: uso das rádios comunitárias para informações diárias e atualizadas sobre a Covid-19, para que toda a comunidade tenha acesso a informação sobre a doença, forma de prevenção e a situação epidemiológica local. Ter cuidado com as notícias falsas (FAKE NEWS) que circulam. Por isso é importante procurar as fontes seguras de informações.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: Denunciar casos de violência doméstica. Procurar ajuda, redes de solidariedade, não calar!

SAÚDE POPULAR: organizar e seguir fazendo formação na comunidade agentes populares de saúde (pessoas na comunidade que possam colaborar no cuidado e prevenção de doenças, no acompanhamento das situações de saúde) que possam ser referências de educação em saúde no dia a dia na comunidade.

ATENÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS: além do coronavírus, as outras doenças continuam em nosso meio, por isso, é importante a vacina contra a gripe H1N1 e o cuidado em manter o uso correto das medicações quem tem doenças crônicas.

Também cuidar dos quintais e terreiro das casas, evitando água parada, para prevenir proliferação do mosquito da dengue.

SAÚDE MENTAL: ter cuidado com tantas informações que aparecem, por vezes, geram angústia e ansiedades. Cuidar da saúde mental é fundamental. Se possível, fazer algo que gosta, conversar mais com quem está próximo ou por meio de telefone, ampliar afetos, mesmo distante fisicamente.

ÁGUA: garantir o acesso a água a toda a comunidade, a fim de ser utilizada para lavar as mãos com sabão e limpeza adequada (lavar todas as partes da mão incluindo dorso, palma, entre os dedos, unhas e os punhos por 20 segundos).

2.1 No ambiente de trabalho

USO DE MÁSCARA: se for ficar mais de duas horas, levar mais de uma máscara.

MANTER DISTÂNCIA MÍNIMA DE 1 METRO entre as pessoas e evitar contato seja com abraço e/ou aperto de mão. Evitar aglomerações no espaço de trabalho.

EVITAR O USO COLETIVO DE FERRAMENTAS, caso as tenha que compartilhar, ter por perto uma solução desinfetante (álcool 70%, água sanitária em diluição padrão em água) para higienizar o material antes e após cada utilização.

EVITAR o compartilhamento de xícaras, copos, pratos, colheres, garrafas de água, suco ou café. Se o fizer, realizar a limpeza adequada.

HIGIENIZAR escavadeiras, colheitadeiras, tratores, carros de mão, etc..., com solução desinfetante, higienizando com frequência as áreas mais manipuladas, como chaves, volante, marcha, etc.

EPI: quem trabalhar para outras pessoas, empresas etc..., deve exigir equipamentos de proteção individual adequado para sua tarefa. Caso apresente algum sintoma, não ir ao trabalho e buscar atendimento no serviço de saúde.

TRANSPORTE e MOBILIDADE: se trabalha fora da comunidade, manter o cuidado durante viagem no transporte coletivo, usar máscara e manter limpeza das mãos durante a viagem e ao chegar no trabalho. Ao retornar para casa, lavar as mãos, retirar as roupas usadas e tomar banho imediatamente. Se possível, lavar a roupa usada com água e sabão, se não, separá-las ou colocar dentro de uma sacola plástica.

ROTINA DE LIMPEZAS: se no trabalho envolver mais pessoas, é necessária uma rotina de limpeza das ferramentas, antes e depois do uso. Com a solução desinfetante* ou álcool em gel 70%.

Lavar as mãos com água e sabão frequentemente e evitar levar as mãos aos olhos, boca e nariz.

*Solução para desinfetar superfícies, pisos, etc: Hipoclorito ou água sanitária na proporção de 1 colher de sopa para 1L de água.

2.2 - No ambiente doméstico

Manter a casa arejada com janelas e portas abertas e expostas ao sol. Ter o cuidado com animais peçonhentos ou silvestres.

Manter a casa limpa, preferencialmente utilizando um pano úmido com **solução desinfectante*** para evitar uso da vassoura, que acaba colocando em suspensão no ambiente possíveis microrganismos que possam estar no chão.

Ainda não se comprovou se os animais domésticos podem ser hospedeiros intermediários do vírus, portanto, evite que seu animal fique solto pela vizinhança e evitar contato com os mesmo nesse período.

Limpeza de objetos e superfícies da casa de maior contanto no dia a dia como maçaneta das portas, corrimão de escadas, controle remoto da TV, telefones, etc...

Usar **solução desinfectante*** para higienizar alimentos, os que venham embalados passar pano úmido. Frutas e verduras deverão ser lavadas e permanecer 15 min. de molho. Ter o cuidado com uso de sacolas plásticas

Seguir plantando e cultivando com ampliação e fortalecimento diversificado de hortaliças, temperos e plantas medicinais, para usar no cotidiano (chás, banhos, vaporizações, lambedor, etc...), para comercializar ou doar. Alimentação saudável e diversificada é importante para melhorar imunidade.

2.3 - No âmbito individual

Tomar banho diariamente ou mais vezes se necessário com uso de água e sabão/sabonete.

Utilização de roupa limpa realizando troca diária ou sempre que retornar do trabalho ou da cidade. Importante usar camisa manga longa e boné/chapéu para proteger do sol, com o cuidado de lavar ou guardar assim que chegar em casa.

Lavar as mãos corretamente com água e sabão, especialmente após usar o banheiro, antes de comer, sempre ao chegar em casa após qualquer saída.

Se espirrar e/ou tossir colocar a parte do cotovelo para proteção, evitando o uso das mãos.

Usar máscara de forma adequada sempre que tiver que sair de casa para qualquer lugar, e ter atenção ao colocar, manter o uso e retirar a mesma. Higienizar as mãos antes e após cada ação destas. Para as máscaras de tecido, lavar com água e sabão.

Cuidado com celular ou outros aparelhos em uso contínuo com mãos. Limpar frequentemente, evitar emprestar, mesmo entre a família. Na ocorrência disso, higienizá-lo da forma adequada.

Dividir as tarefas domésticas com quem está em casa para não sobrecarregar as mulheres que neste tempo, acabam cuidando da casa, da roça, das hortas, das crianças e de quem adoece. É fundamental que todas e todos sejam responsáveis pelas tarefas em casa.

NÃO levar as mãos à boca, olhos e nariz se não estiverem limpas.

2.4 - Na relação com as cidades e outras comunidades

Usar máscara de forma adequada sempre que tiver que sair de casa para qualquer lugar, e ter atenção ao colocar, manter o uso e retirar a mesma. Higienizar as mãos antes e após cada ação destas. Para as máscaras de tecido, lavar com água e sabão.

Manter distância mínima de 1 metro, evitar aglomerações, durante a permanência em transporte coletivo, evitar tocar na boca, olhos e nariz, ao sair do transporte coletivo, higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70%.

Evitar tocar constantemente as superfícies, em idas a bancos, comércio, etc... Recordar que ao chegar em casa, higienizar bolsas, carteiras, cartões, etc.

Ao retornar a casa, deixar o sapato/bota do lado de fora, se possível ir imediatamente banhar, trocar a roupa, higienizar possíveis adornos (prendedor de cabelo, cinto, joias e outros).

As barreiras sanitárias populares (organizadas pela própria comunidade com ajuda dos agentes populares de saúde) possibilita saber quem entra e sai da comunidade e monitorar quem são as pessoas entram com sintomas.

Evitar deslocamentos, tanto devido ao trabalho quanto à família, existe muito vai e vem; é preciso ter cuidado, evitar receber familiares e amigos nesse período.

c. Em caso de pessoa suspeita ou confirmação da Covid-19 na família:

Se na comunidade alguma pessoa apresentar qualquer sintoma de gripe ou resfriado devem evitar sair de casa, se possível isolamento domiciliar por 14 dias, mas se necessário deve ir à consulta no serviço de saúde. Não precisa ter medo de quem está doente, somente tomar os cuidados de proteção.

Isolamento em casa se sintomas leves. Informar à/ao Agente Comunitário de Saúde para possibilidade de fazer acompanhamento remoto e notificação.

Isolamento quer dizer que precisamos que a pessoa seja assistida, mas não fique em contato com outras pessoas da família. Evitar principalmente o contato com grupo de risco (idosos; pessoas com problemas de pressão alta, diabetes, cardíacos, com asma ou outras doenças pulmonares crônicas, gestantes e obesos).

Lavar a roupa separado, não dividir copos, pratos, colheres e materiais de uso pessoal.

Melhorar o arejamento da casa, deixando janelas e portas abertas, observando o cuidado com animais peçonhentos ou silvestres. Manter sempre boa ventilação.

Evitar contato com animais, mesmo sem evidências comprovadas até o momento que animais domésticos ou animais de produção possam ser infectados, adoecer e transmitir o novo coronavírus para outros animais e seres humanos. Realizar medidas higiênicas após o contato com estes animais.

A Unidade de Saúde (Posto de Saúde) deve ser o primeiro lugar a ser procurado caso necessitem de atendimento por um profissional de saúde, porém em casos de falta de ar ou piora dos sintomas deve procurar o serviço mais próximo, preferencialmente no hospital ou UPA na cidade.

Cuidado com celular ou outros aparelhos. Higienizar, não emprestar, mesmo entre a família. Se fizer isso, higienizar da forma adequada.

Uso correto de máscara, que podem ser de tecido lavável, principalmente ao estar em contato com pessoas dentro de casa. Trocar a cada duas horas se uso contínuo.

Lavar com frequência e de forma adequada as mãos com água e sabão (lavando todas as partes da mão e o punho durante 20 segundos).

Ter uma rede de apoio e solidariedade, usando ferramentas digitais como grupo de whatsapp, facebook, para não se sentir isolado apesar de manter o distanciamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das crises que o mundo vive: sanitária, econômica e ambiental, dentre outras que demonstram como o modo de produção capitalista produz as mazelas das desigualdades gerando doenças, o desafio de enfrentamento ao coronavírus se torna maior. Em nosso país acrescenta-se uma crise política onde um governo neofascista minimiza a situação vivenciada pela pandemia e não realiza seu papel de garantir o enfrentamento adequado para reduzir adoecimentos e mortes.

A população camponesa tem no seu modo de vida e trabalho a relação com a terra e a natureza, contudo segue disputando seus territórios e a vida com o modelo do agronegócio e dos grandes projetos, baseados na monocultura, exploração e destruição da natureza, na expulsão de populações de suas terras, no uso intensivo de agrotóxicos. Além disso, as iniquidades quanto ao acesso a serviços de saúde, as condições de moradia, acesso à água potável, saneamento ainda estão longe de ser garantido a todos que ali vivem. Essas condições seriam fundamentais para enfrentar o avanço do coronavírus no campo e nas cidades.

Vale destacar que várias das ações de prevenção, promoção, vigilância e assistência em saúde se vêem como desafios diante de arestas sociais ainda não sanadas e que constituem demandas urgentes em nosso tempo: condições de vida, de moradia, de trabalho, novas relações de gênero, por direitos e por novas formas de sociabilidade e vida, na construção da democracia.

A Covid-19 aparece como mais uma ameaça à vida nesses territórios, o que força as essas populações realizarem novas formas de organização popular que possibilite a prevenção e práticas de cuidados numa perspectiva emancipatória com participação popular e comunitária no enfrentamento desse processo de adoecimento. Levando em conta a realidade do campo, fizemos orientações que pudessem contribuir e somar na luta em defesa e preservação da vida nos territórios onde vivem camponeses e camponesas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus**. [versão 7]. Ministério da Saúde, 2020.

CAMBOTA, J. N. & ROCHA, F. F. **Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões**. Pesquisa e Planejamento Econômico, v.45, n. 2, p. 219-243, 2015.

CARNEIRO FF, PESSOA VM, TEIXEIRA ACA. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília: Unb; 2017.

CARNEIRO FF, RIGOTTO RM, AUGUSTO LGS, et al. **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. São Paulo: Expressão Popular; 2015.

CASTILLERO, I. T. A. **Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares - RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

CORRÊA, H. R; SEGALL-CORRÊA, A. M. **Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19**. Saúde em Debate [online]. v. 44, n. 124, pp. 5-10. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>>. Acesso em: 27 mai.2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>.

COSTA, L. A. **Análise das práticas da Estratégia Saúde da Família na visão dos movimentos populares do campo e das águas do Ceará**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Fiocruz, Eusébio, 2019.

COSTA, LEANDRO et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Rev. Saúde em Debate**, v. 43. p. 36 - 49. 10.1590/0103-11042019S803.

DIAS, A. P. **Tecnologias Sociais em Saneamento e Educação para o Enfrentamento da Transmissão das Parasitoses Intestinais no Assentamento 25 de Maio, Ceará.** 2017. (Tese Doutorado em Medicina Tropical) Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

FILHO, JOSÉ MARÇAL JACKSON et al . A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, e14, 2020.

FLEURY, SÔNIA. **O Vírus, os Parasitas e os Vampiros: Covid-19, desmonte do SUS e a EC 95.** In: CEBES. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/03/o-virus-os-parasitas-e-os-vampiros-covid-19-desmonte-do-sus-e-a-ec-95/>> Acesso em: 05 mai. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD):** IBGE 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).** Brasília, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria-Executiva. **Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS:** 2012-2015. Brasília (DF): MS; 2011.

MST. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Construindo o Conceito de Saúde do MST. **Cad. de Saúde n. 5.** Coletivo Nacional de Saúde. São Paulo: MST, 2000.

PESSOA V.M., RIGOTTO R.M., CARNEIRO F. F., et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.18, n. 8, p. 2253-62, 2013.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Rev. Saúde Debate,** v. 42, n. 1, p. 302-314, 2018.

RÜCKERT B, CUNHA DM, MODENA CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Rev Interface comunicação, saúde e educação**. 2018; 22(66): 903-14. (17)

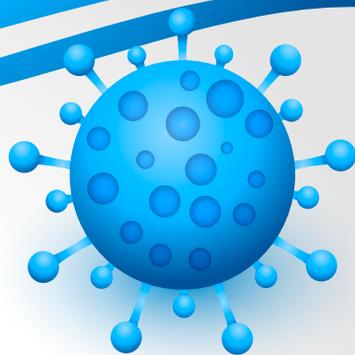
SES-RS - Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde da População do Campo, da Floresta e das Águas**. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-do-campo-da-floresta-e-das-aguas>> Acesso em: 27 abr. 2020.

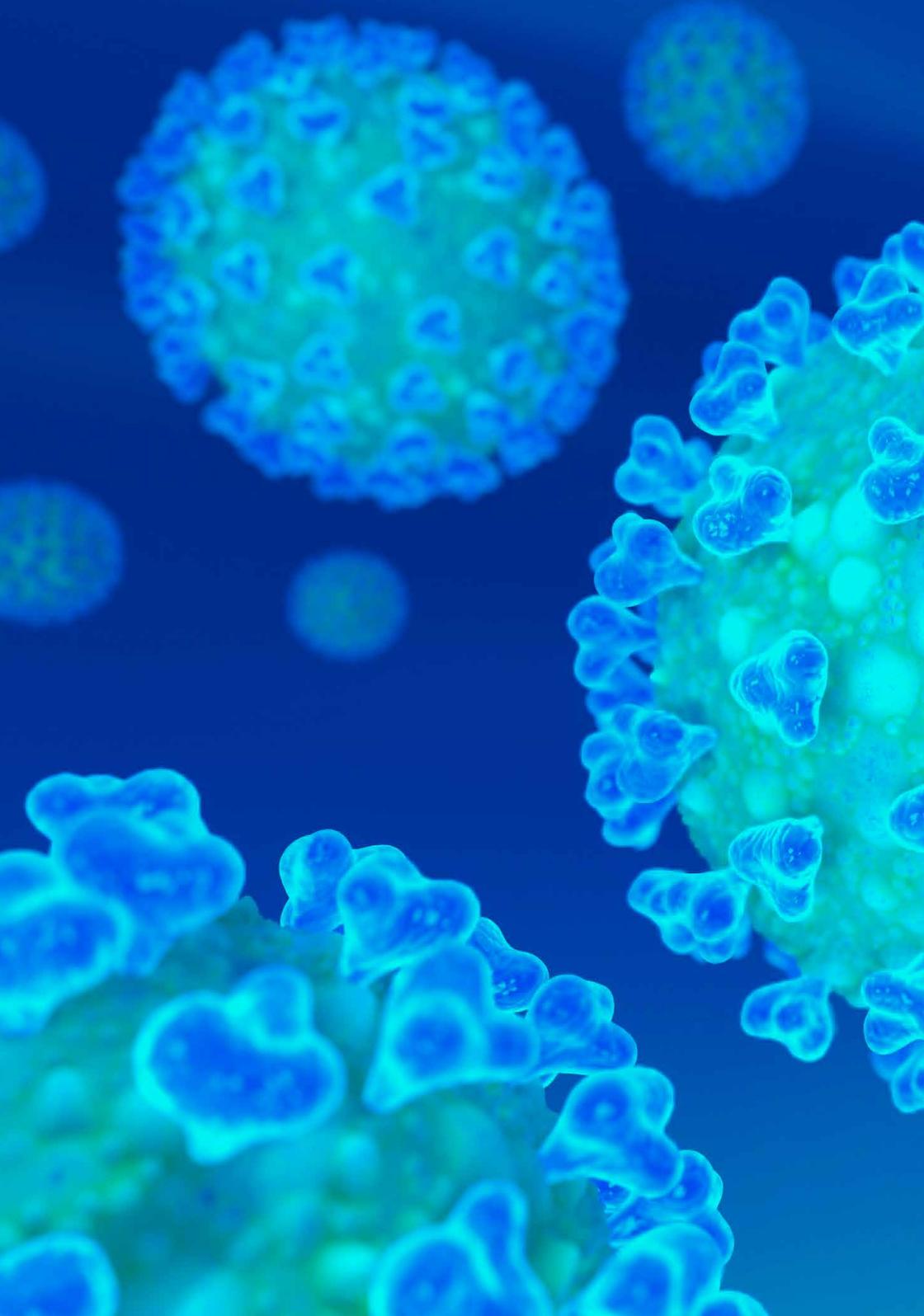
SILVA, F. C. C. M. et al. **Promoção da equidade no SUS: saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas**. 1. Ed. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2014.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VIA CAMPESINA BRASIL. **Em tempos de crise: defesa da vida, solidariedade, organização e luta**, 2020. Disponível em: <<https://cimi.org.br/2020/03/coronavirus-organizacoes-alertam-para-pandemia-aguda-fome-e-aumento-da-violencia>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PARTE 3
**AÇÕES DE CUIDADO
E AUTOUIDADO PARA
TRABALHADORES**





SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE: CUIDADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Mariana Aguiar Alcântara de Brito
Maxmiria Holanda Batista
Pamella Beserra de Melo
Marselle Fernandes Fontenelle
Paulo Henrique Silva Nunes

1 - CONTEXTO DA SAÚDE PRÉ-CRISE

O contexto do capitalismo neoliberal tem produzido marcas indelévels na saúde e demais áreas ligadas aos direitos e cidadania. Essas marcas podem ser identificadas no processo em curso de subfinanciamento dos serviços de saúde pública e na hiper mercantilização dos serviços de saúde privados.

No Brasil, país com extrema desigualdade social e desprovido de uma política integral de bem estar social, o contexto da saúde tem se tornado ainda mais vulnerável frente ao congelamento dos gastos públicos por 20 anos previstos na Emenda Constitucional nº 95/2016 e agravado com o desmonte do Programa Mais Médico (operacionalizado no governo de Jair Bolsonaro, com o cancelamento dos contratos com os médicos cubanos) e, com a revisão orçamentária de 2019 (FIOCRUZ, 2019), perdendo mais de 6 bilhões da receita prevista para a saúde, com a justificativa de assegurar o cumprimento da meta fiscal do governo federal, gerando assim, uma maior sobrecarga no uso dos recursos voltados à saúde para os estados e municípios.

Todas essas perdas vêm contribuindo para a desestruturação do Sistema Único de Saúde - SUS, uma das nossas grandes conquistas oriundas da constituição de 1988, e que mesmo em contexto de precarização segue como referência de modelo de saúde pública não somente para o Brasil, mas para o mundo todo.

Com a pandemia da COVID-19, todo o sistema de saúde, tanto público quanto privado, é afetado, desvelando não apenas a deficiência crônica inerente ao sistema, mais, evidenciando uma crise aguda na saúde decorrente da pandemia. Essa crise aguda, têm suscitado medidas emergenciais que miram somente nas consequências, deixando de lado por sua vez, as suas causas, o que aponta para um perigo ainda maior na gestão da rede de saúde.

Em contexto de crise, os que mais sofrem são os usuários do sistema e todos aqueles que estão na linha de frente dos serviços de saúde. O trabalho institucional em saúde é predominantemente coletivo. É realizado por diferentes profissionais de forma interdisciplinar que são treinados para executar diversas atividades necessárias para que se alcance uma assistência de qualidade, visando à integralidade da saúde.

A natureza árdua desse trabalho, aliada as falhas na organização, nas condições e nas relações de trabalho têm impactado negativamente na saúde desses profissionais que apresentam maior incidência, mesmo antes da pandemia de COVID-19, de Transtornos Mentais Comuns – TMC em relação a outras ocupações e com prevalência para a síndrome de esgotamento profissional, também conhecida por Burnout ou estresse excessivo (TRIGO, 2010).

Diante desse contexto, nosso objetivo é contextualizar o panorama da saúde mental do trabalhador da saúde e apresentar um protocolo de cuidados psicossociais que possa ser estabelecido não apenas no contexto de pandemia, mas após a crise atual.

Para isso, utilizamos como recursos metodológicos, a pesquisa em documentos com referenciais técnicos produzidos notadamente pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2020), FIOCRUZ (2020) e pela Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho -SBPOT (2020) para fundamentar nossas discussões e recomendações de cuidados.

2 - TRABALHADORES DA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

O contexto de pandemia requer maior atenção aos trabalhadores da saúde, posto estarem mais suscetíveis a ter sua saúde física e mental afetada, seja por situações vivenciadas direta ou indiretamente, uma vez que eles estão na linha de frente dos cuidados.

Nesse sentido, eles lidam regularmente com adversidades inerentes a atividade laboral, situações novas que requerem tempo de resposta diminuído, ausência ou insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI), falta de treinamento, aumento da demanda e do número de pacientes, bem como carga horária extensa com reduzido apoio social.

Desta forma, é recorrente o relato de aumento de sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sintomas psicossomáticos e medo da transmissão do vírus aos membros da família. (BRASIL, 2020).

Por conta da importância desses profissionais ou a sua revelia, uma das medidas emergenciais criadas por ocasião da pandemia foi a Medida Provisória 927/2020 que dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública, permitindo prorrogar a jornada de trabalho para os profissionais de saúde, que atuam em jornadas de doze horas laborais por trinta e seis horas de descanso através de acordos individuais e sem a participação dos sindicatos das categorias.

Todo esse cenário, aliado a precarização estrutural do trabalho, tem agravado a saúde mental dos trabalhadores de saúde.

A pandemia, produz um estado de alerta permanente, além da falta de controle frente às incertezas do momento e dependendo do nível de intensidade e de gravidade em que a pessoa se encontra, é possível que esse estado acarrete desconpensações psicopatológicas. Seus impactos psicossociais estão diretamente ligados ao grau de vulnerabilidade pessoal, profissional e social a que esses profissionais estão submetidos.

De acordo com pesquisa da UERJ (2020), sintomas de estresse, ansiedade e quadros depressivos dobraram para as trabalhadoras mulheres que atuam na área da saúde, e que seguem em dupla jornada, quando comparados com os índices dos profissionais que estão em teletrabalho. Destaca-se que as mulheres são a maioria no segmento da saúde, considerado um setor ligado as práticas sociais e de cuidado.

Durante o surto de COVID-19 estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos entre um terço e metade da população de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na resposta à epidemia (FIOCRUZ, 2020a).

Esse cenário implica em mudanças que podem causar alterações psicossociais, maior estresse, medo e/ou dificuldades para lidar com as emoções e sentimentos, que podem ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada que vai se dar em diferentes níveis de intensidade e gravidade.

Os principais sintomas relacionados aos estados de estresse excessivo são sistematizados no quadro abaixo:

QUADRO 1 – Principais Sintomas

Fadiga/Exaustão	Apatia
Irritabilidade, impaciência, agressividade	Aumento no consumo de substâncias
Desânimo, depressão	Incapacidade para relaxar
Preocupação excessiva	Perda de iniciativa
Insegurança	Tendência ao isolamento
Insônia	Dores musculares
Ansiedade	Problemas gastrointestinais
Dificuldade de atenção e de concentração	Prejuízo nas relações profissionais, familiares e sociais
Alterações de memória	Desumanização e distanciamento

Fonte: MYAZAKI; SOARES, 2020, p. 2, 3.

Além desses sintomas, outros indicadores podem apontar para as reações psicológicas comuns vivenciadas pelos profissionais de saúde frente à pandemia da COVID-19, caracterizadas pelo desespero, desamparo e desesperança, conforme sinaliza o quadro abaixo:

QUADRO 2 – Reações Psicológicas

Reações	Exemplos de verbalizações
Medo	<ul style="list-style-type: none">• Uma hora ficarei doente;• Contaminarei meus filhos.
Desespero	<ul style="list-style-type: none">• Não suporto mais essa rotina;• As pessoas estão morrendo e eu não consigo fazer nada;• Preciso sair desse emprego.
Desamparo	<ul style="list-style-type: none">• Ninguém se preocupa comigo;• A chefia não entende como funciona o dia a dia;• Não há ninguém que cuide da gente e não recebemos apoio.

Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> • As coisas não ficarão melhores; • Amanhã será pior do que hoje; • Eu tento, mas sinto que não irá adiantar.
Ideação suicida	<ul style="list-style-type: none"> • A vida não vale a pena; • Eu não aguento mais viver assim.

Fonte: ALMONDES; TEODORO, 2020, p.3.

Diante desses sintomas e reações psicológicas vivenciadas pelos trabalhadores da saúde em contexto de pandemia, faz-se necessário discutir os principais fatores de riscos e de proteção à saúde, a fim de uma maior compreensão acerca dos fundamentos da crise de COVID-19 e das formas de enfrentamento.

2.1 - Fatores de Riscos e de Proteção à Saúde do Trabalhador da Saúde

No tocante aos riscos psicossociais que mais assolam os trabalhadores da saúde, são apontados a sobrecarga laboral provocada pelo contexto de crise e agudizada pela possibilidade de ampliação da jornada de trabalho, bem como, pela necessidade de atualização em relação aos novos procedimentos.

Essa sobrecarga pode induzir a uma maior chance de erros, acidentes de trabalho, chance de contaminação, ampliação de estresse ou adoecimentos devido à baixa imunidade e falta de tempo para autocuidado.

As faltas de condições de trabalho, como EPIs, bem como o reduzido número de leitos disponíveis, respiradores e demais insumos para o exercício correto do seu trabalho também são geradores de riscos psicossociais.

Por outro lado, as medidas acentuadas de biossegurança e paramentação usadas para a proteção do trabalhador, também são causadoras de esforço cognitivo e físico no manejo adequado dos EPIs, bem como, a adesão aos procedimentos que restringem à autonomia, o que amplia o desgaste do trabalhador.

O medo do contágio potencial e a ansiedade dele decorrente, certamente são elementos que podem afetar o seu desempenho e suas relações no trabalho, assim como a sua convivência com a família.

Há uma relação de ambiguidade entre o desejo de estar próximo aos seus familiares e a exigência de isolamento social que requer o controle da doença, fazendo com que em muitos casos, ocorra o afastamento da família.

Além disso, a estigmatização das equipes de trabalho que estão na linha de frente foi denunciada durante a epidemia de SARS em 2002, na qual, médicos relataram ter que enfrentar o estigma porque trabalhavam com pacientes doentes submetendo-se a evitação social ou rejeição; restrições de cuidados de saúde, educação, moradia ou emprego e até mesmo violência física, fatores que contribuem negativamente para a saúde do trabalhador. (PEUKER; MODESTO, 2020).

Outro aspecto a ser ressaltado é o auto estigma dos profissionais de saúde quanto à expressão de suas necessidades, emoções e medos, visto que é emocionalmente demandante terem que cuidar de seus colegas e vê-los, em algumas circunstâncias, se tornarem pacientes. Isso aumenta o estresse laboral durante um surto de rápida evolução, em especial, quando a doença causa ansiedade e provoca mobilização na população geral.

Frente a todos esses riscos e danos, é importante apontarmos também para possíveis medidas usadas na proteção da saúde mental do trabalhador que devem perpassar os aspectos individuais, no que tange ao autocuidado, os aspectos gerenciais, no manejo da comunicação e na tomada de decisão baseadas em evidências científicas e em medidas sociais de fortalecimento do estado e das políticas públicas que promovam à saúde e assegurem os direitos fundamentais, incluindo o reconhecimento donexo causal e todos os direitos previdenciários advindos deste.

Além disso, sugerimos à promoção de campanhas e ações de estímulo ao reconhecimento profissional por parte da gestão, dos pacientes e da sociedade como um todo que possam exal-

tar o trabalho realizado sem gerar, contudo, uma idealização do profissional-herói que precisa se sacrificar à serviço dos demais, permitindo com isso o reconhecimento também das limitações e necessidades deste ofício.

Feito esse apanhado, seguimos com um protocolo de orientações de cuidados com a saúde mental dos trabalhadores da saúde em contexto de pandemia, elaborado a partir de documentos técnicos da OMS (2020), FIOCRUZ (2020) e da SBPOT (2020), a fim de servir como instrumento norteador no manejo de uma prática humanizada e voltada à saúde integral dos seus agentes, funcionando como referência não apenas nos momentos de crise, mas na condução digna e cotidiana do trabalho.

2.2 - Protocolo De Saúde Mental Dos Trabalhadores Da Saúde:

No âmbito pessoal:

- Evitar a auto culpabilização por erros, perdas e recuos;
- Ter assegurado o direito à recusa de ampliação de jornada de trabalho, bem como, ao exercício profissional sem os devidos insumos e EPIs;
- Rememorar experiências de crises/estresse passadas para estabilizar o emocional no presente;
- Realizar atividade física regular e manter uma dieta saudável;
- Respirar profundamente durante alguns minutos antes de entrar no ambiente de trabalho (ou em uma situação difícil no trabalho);
- Cuidado com a quantidade e qualidade de acesso, limitando a quantidade de notícias lidas em jornais, na televisão e outros meios de comunicação em grupos de WhatsApp, focar em fontes confiáveis de informação e preservar um tempo para o compartilhamento de notícias positivas;
- Focar naquilo que está dentro de suas possibilidades – embora não seja possível controlar o COVID-19, pode-se reduzir o risco de contaminação.
- Questionar pensamentos catastróficos e substituir por outros mais realistas;

- Buscar suporte social com amigos, familiares, colegas de trabalho, mesmo que seja de forma virtual;
- Realizar práticas de gerenciamento da sua saúde mental e bem-estar psicossocial (Exemplo: relaxamento, meditação, técnicas de respiração, apoio mútuo entre colegas, alongamentos e práticas integrativas, entre outros.);
- Realização de pausas e descanso suficientes durante o trabalho ou entre turnos;
- Não hesitar em procurar ajuda, inclusive profissional, caso se sinta sobrecarregado (a), desesperado (a), estressado (a), ansioso (a), depressivo (a);
- Evitar usar estratégias de enfrentamento que a longo prazo possam trazer outras consequências para a sua saúde, como uso de tabaco, álcool ou outras drogas.

No âmbito institucional:

- Garantir as condições básicas para os profissionais desenvolverem suas atividades, como pessoal suficiente, materiais e equipamentos adequados, espaços apropriados, suporte gerencial, operacional e psicossocial necessários, acesso a informação fidedigna e atualizada, treinamento e atualização dos protocolos em tempo hábil;
- Oferecer acolhimento responsável à equipe;
- Promoção de políticas de reconhecimento profissional com impacto também na remuneração;
- Alternância de equipes em rodízios de serviços de alta e baixa tensão;
- Incentivo as chefias a ouvirem as sugestões dos trabalhadores para aprimorar o ambiente de trabalho;
- Incentivo a boa comunicação e a atualização sobre informações relevantes;
- Disponibilizar suporte psicológico online, bem como equipes de saúde mental que possam atuar junto aos profissionais in loco e com os pacientes;
- Criação de núcleos de saúde do trabalhador;

- Orientação para a existência de serviços de saúde e de apoio psicossocial para os profissionais e que sejam estendidos às suas famílias.

No âmbito gerencial:

- Ampliação do quadro de pessoal;
- Organização do trabalho em sistemas de pares (veteranos e novatos);
- Acompanhamento da saúde integral da equipe cotidianamente;
- Definição clara do papel e da responsabilidade de cada profissional;
- Criação de oportunidades para que os trabalhadores possam discutir o impacto dos casos atendidos;
- Incentivo ao suporte social entre os colegas de trabalho;
- Incentivo a breves pausas para descanso durante a jornada de trabalho;
- Evidenciar aos trabalhadores que o estresse é natural em situações de crise como a que estamos vivendo e que sentir estresse não significa fraqueza nem incapacidade para realizar o trabalho;
- Incentivo ao desenvolvimento de estratégias adequadas de manejo do estresse (atividade física, descanso e alimentação saudável);
- Apontar também para o risco de utilizar estratégias negativas de manejo do estresse (abuso de substâncias);
- Disponibilizar atendimento de saúde mental e apoio psicossocial para os profissionais presencial ou online.
- Implementar horários flexíveis para os trabalhadores diretamente afetados ou que tenham um membro da família afetado por um evento estressante;
- Lembre-se que você, como gerente ou líder, também está inserido nesse contexto e necessidades de cuidados, bem como é um exemplo para o restante da equipe, portanto, realize ações de autocuidado;

- Oferecer um espaço de acolhimento e comunicação entre e com a equipe, monitorando de forma regular a saúde e o bem-estar dos profissionais.

No âmbito da sociedade:

- Criação de políticas públicas para o fortalecimento do SUS;
- Elaboração de campanhas de valorização do profissional de saúde e de coibição da estigmatização com o incentivo ao cumprimento das medidas de enfrentamento à pandemia, sugeridas pela OMS e demais órgãos responsáveis.

No âmbito da atuação do psicólogo seja no campo institucional ou clínico:

- Capacitar-se e atualizar-se sobre atuação em emergências e contextos de crise;
- Entender o contexto de crise;
- Articular teoria com os achados do campo;
- Conhecer as alternativas de assistência e realizar acompanhamento e encaminhamentos devidos aos profissionais;
- Atentar aos sintomas e verbalizações apresentadas por estes profissionais que apontem para o estresse excessivo;
- Usar ferramentas diagnósticas para auxiliar no reconhecimento do nexos causal, bem como para a melhor alternativa ao tratamento;
- Oferecer escuta qualificada e ética;
- Planejar para que a primeira interação seja resolutiva e focada em fortalecer os recursos pessoais do indivíduo;
- Atentar para a presença de ideação suicida entre os profissionais e avaliar a intensidade da ideação e seus possíveis riscos, realizando os encaminhamentos necessários;
- Trabalhar com prevenção e psicoeducação, oferecendo informação embasada em evidências científicas;
- Instrumentalizar o trabalhador da saúde e a gestão acerca da compreensão das situações de estigmatização como uma reação esperada e a reagir assertivamente divulgando formas efetivas de evitar o COVID-19

- Prestar atenção à saúde mental das equipes que trabalharam na linha de frente da fase de resposta, particularmente aqueles que trabalharam junto aos casos mais graves, oferecendo acompanhamento e monitorando a persistência de quadros de ansiedade, depressão e a existência de estresse pós-traumático pelo menos nos seis meses após o fim da pandemia.

Fonte: OMS (2020), Barbosa et al (2020), Fiocruz (2020a), (2020b), (2020c), IASC (2020), SBPOT (2020), EBSERH (2020)

Além disso, sugerimos focar esforços não apenas no momento da crise, mas no planejamento e nas ações pós pandemia que levem em consideração a necessidade da realização de cerimônias de luto para a comunidade em geral, a fim de minimizar os efeitos do luto patológico; incentivar o pós-reenquadramento dos projetos de vida; consolidar a coordenação interinstitucional e a participação comunitária na tomada de decisões e monitorar e avaliar experiências e as lições aprendidas.

REFERÊNCIAS

ALMONDES; TEODORO. Os três Ds: **desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde** – tópico 3. Sociedade Brasileira de Psicologia – SBP. Disponível em: < encurtador.com.br/iyDKX >. Acesso em: 27 maio 2020.

BARBOSA, Cecília; NOGUEIRA, Denize; CAVANELLAS, Luciana; REZENDE, Marcello; JOGAIB, Marta; OLIVAR, Monica. **Orientações para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da FIOCRUZ** – Diante da pandemia da doença pelos SARS-COV-2 (Covid-19). Versão 26.03.2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95/2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 28 maio. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória 927/2020**. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm>. Acesso em: 28 mai. 2020.

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Cuidados para Saúde Mental de Sua Equipe Durante o Enfrentamento do COVID-19. 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID -19.** Recomendações gerais, Brasília, 2020a. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID -19. Recomendações para gestores. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdo-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-gestores.pdf>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

FIOCRUZ – COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CST/Cogepe. **Orientações para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da FIOCRUZ,** 2020c Disponível em: <<http://www.direh.fiocruz.br/aplicativos/gconteudo/ata20200327082804.pdf?fbclid=IwAR3lDt86wlbJMMm4kHuQfv3PtBXKJJmi5Pz3uzxjAilaR2oNq4Xbqidcpg>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

IASC – Inter-Agency Standing Committee. **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19.** Versão 1.5, março 2020.

Inter-Agency Standing Committee - IASC. **Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19.** Outbreak- Version 1.0 This is version 1.0 of this document (Feb 2020). Disponível em: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHPSS%20COVID19%20Briefing%20Note%20FINAL_ver%201.1%20-%202020%20March%202020-LORES.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

MIYAZAKI; SOARES. **Estresse em profissionais da saúde que atendem pacientes com COVID-19** - Tópico 2. Disponível em: <<https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupode-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

MOTA, Beatriz. FIOCRUZ. **Corte orçamentário anunciado pelo governo pode provocar paralisia e morte de políticas sociais de saúde e de educação.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/corte-orcamentario-anunciado-pelo-governo-pode-provocar-paralisia-e-morte-de>>. Acesso em: 28 maio. 2020.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - OMS. Primeiros cuidados psicológicos. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=prevencao-e-cont-doencas-e-desenv-sustentavel-071&alias=1517-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-campo-7&Itemid=965>. Acesso em: 27 maio. 2020.

PEUKER; MODESTO. **Estigmatização de profissionais de saúde** – tópico 4. Disponível em: <<https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupode-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>>. Acesso em: 27 mai. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO - SBPOT. **Orientações técnicas para o trabalho de psicólogas e psicólogos no contexto da crise COVID-19.** Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/2020/03/grupode-trabalho-gt-de-enfrentamento-da-pandemia-sbp-covid-19>. Acesso em: 27 maio. 2020.

TRIGO, T, R. Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional. In: GLINA; ROCHA. **Saúde mental e trabalho da teoria à prática**, São Paulo: Roca, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO – UERJ. **Comportamento dos brasileiros durante o isolamento.** Disponível em: <<https://www.uerj.br/noticia/11028/>>. Acesso em: 28 maio. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak.** Mar. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2>. Acesso em: 28 maio. 2020.

PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DE AUTOCUIDADO: UM LEGADO DA PANDEMIA DE COVID-19

Bernardo Diniz Coutinho
Vânia Maria Araújo Loureiro
Patrícia Moreira Costa Collares
Janaila Maria de Aguiar Silva

1 - INTRODUÇÃO

A disseminação do COVID-19 provocada pelo vírus SARS-COV-2, no início do ano de 2020, vem causando um expressivo número de mortes e comprometimento da capacidade dos sistemas de saúde de gerir os enfermos. De forma adicional a pandemia, está repercutindo de modo importante na economia de inúmeros países do mundo e acarretando uma subsequente crise de saúde (CHOUDHURY; KOO, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Estamos vivenciando dias inimagináveis o que repercute em insegurança para os sujeitos de todo o mundo e provocam reflexões e mobilizações transformadoras, evidenciando, as tão negadas, desigualdades sociais e as precárias condições de trabalho no campo da saúde.

Frente à realidade do setor saúde, onde as condições de trabalho são precárias, acrescenta-se a fala de Assunção (2014) quando diz que os trabalhadores são vistos, muitas vezes, pelas políticas de recursos humanos como meros instrumentos necessários para o desenvolvimento do cuidado.

Diante do cenário do COVID-19, percebe-se um agravamento dos fatores que favorecem o adoecimento dos trabalhadores de saúde (TS), tais como fatores extrínsecos ao sujeito: intensificação da rotina do trabalho e consequente aumento das demandas ao incluir novos protocolos e procedimentos; bem como, fatores intrínsecos como fadiga e esgotamento físico, mental e/ou emocional, somado ao medo do contágio, transmissão e morte. Percebe-se, também, a repercussão sobre a saúde mental do TS ao conviver com o estigma dele ser um possível disseminador da doença para usuários do serviço, comunidade no geral, amigos e familiares. Nesse contexto, cuidar dos TS é fundamental.

Ademais, essa crise afeta a forma de enxergar o trabalho, provavelmente, impondo a necessidade de reformular as percepções de indivíduos e organizações sobre as ocupações e os sujeitos envolvidos (KRAMER, 2020). Faz-se necessário conhecer os riscos e os processos de adoecimento desses profissionais, na propositura de desenvolver ações com potencial de promoção da saúde. Como exemplo, apresenta-se a implantação das Comissões Paritárias de Saúde do Trabalhador, prevista no Protocolo MNNP-SUS 008/2011 que visa o planejamento, monitoramento, fiscalização e avaliação de questões relativas à promoção da saúde do trabalhador do SUS (BRASIL, 2011).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST do Estado do Ceará e do CEREST Fortaleza têm como instrumento para fomentar a criação dessas comissões o “Curso Introdutório de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Saúde” (LOUREIRO, 2019), que pode ser adaptado para outros serviços.

A seguir são apresentadas estratégias que visam melhorar as condições de saúde do trabalhador ao favorecer a promoção da saúde com o alívio de queixas físicas e mentais através da utilização das Práticas Integrativas de Autocuidado nos serviços de saúde.

2 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

PICS é um termo utilizado pelo Brasil para se referir a área das Medicinas Tradicionais, Alternativas, Complementares e Integrativas, que fazem parte de políticas públicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de sistemas públicos e privados de saúde, como o *National Health Service* (NHS) britânico e o *National Institutes of Health* (NIH) estadunidense.

As PICS são uma abordagem em saúde que utiliza racionalidades médicas e recursos terapêuticos baseados em saberes tradicionais e populares que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e de recuperação da saúde, por meio de abordagens tecnologicamente despojadas e com ênfase na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006).

Atualmente são 29 PICS institucionalizadas no SUS, sendo elas: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais – fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo social/ crenoterapia e Yoga.

No contexto da Saúde do Trabalhador, o Caderno da Atenção Básica número 41 (BRASIL, 2018) orienta que a inserção das PICS no cuidado à saúde do trabalhador contribui para uma visão ampliada do processo saúde-doença e para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Sua implementação deve ser realizada de forma gradativa, atendendo especificidades e as características regionais, considerando as necessidades de saúde dos trabalhadores e sua comunidade laboral.

Por causa do impacto das medidas de quarentena na redução do contato entre as pessoas, na redução da atividade física e

na ocorrência de distúrbios emocionais como estresse e insônia consequentes ao isolamento, as Terapias Mente-Corpo* como Meditação, Tai Chi, Qigong e Yoga podem ser uma prática de autocuidado efetiva para o manejo da saúde dos trabalhadores ativos em homeoffice e, até mesmo, para os que estão na linha de frente dos hospitais e serviços de saúde atendendo os pacientes.

A realização de práticas corporais que envolvam a integração de movimentos corporais, respiração e atenção focalizada pode contribuir para a promoção da saúde e da função do sistema imune (CHEN et al., 2020). A prática destes exercícios pode ser realizada em pequenos espaços e não requer equipamentos específicos, facilitando a sua execução. Comumente há vídeos e tutoriais disponíveis na internet e aplicativos que orientam a melhor forma de realizar os exercícios básicos de meditação que vão ajudar a manter um nível regular de atividade física durante a pandemia.

Para saber mais sobre as PICS no autocuidado em tempos de Covid-19, acesse:

- Coleção Cuidado integral na Covid-19 – Elaborado pelo ObservaPICS da Fiocruz/Ministério da Saúde. <<http://observapics.fiocruz.br/observapics-lanca-pagina-especial-sobre-covid-19-e-praticas-integrativas/>>.
- Mapa de Evidências: Aplicação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) em tempos de COVID-19 – Elaborado pelo Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. <<https://consorciobr.mtci.bvsalud.org/publicacoes-covid19/>>.
- Aplicativos gratuitos para meditação:
 - **Meditopia:** Meditação, Ansiedade. <https://play.google.com/store/apps/details?id=app.meditasyon&hl=pt_BR>.
 - **Vivo meditação:** controlar ansiedade e mindfulness. <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.movile.meditation.vivo&hl=pt_BR>.

Nessa lógica de autocuidado os trabalhadores de saúde devem:

- Alimentar-se e hidratar-se adequadamente sempre que possível;
- Solicitar da gestão a organização do processo de trabalho de forma a contemplar durante a jornada pelo menos 15 minutos para as PICS;
- Mudar o foco em momentos de muito estresse no trabalho, saindo um pouco para um local ao ar livre, se for possível, e fazer um breve exercício físico e respiratório, pois ajuda a revigorar a energia;
- Decidir fazer o que faz bem, em casa escolher algo que seja favorável ao seu relaxamento, como ouvir música, ler um bom livro, dormir, e dar menor ênfase a noticiários;
- Pesquisar tutoriais de práticas corporais disponíveis na internet e praticar a que for viável.

Por fim, destaca-se que a implantação dessas medidas (PICS e comissões paritárias de saúde do trabalhador) deve perpetuar após a pandemia, deixando um legado construído no coletivo tendo como mote a crise social, econômica e de saúde agravada pelo SARS-COV-2. A aceitação das PICS vem crescendo no Ocidente, como também o seu reconhecimento como recurso potencial para a prevenção primária e secundária em saúde (DOSSETT; FRICCHIONE; BENSON, 2020), sendo recentemente recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde durante a pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2020), bem como, nas Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (BRASIL, 2011). A legitimação social, institucional e científica favorece a implantação destas práticas nos serviços da ponta que estão no enfrentamento da SARS-CoV-2, tendo a promoção da saúde do TS como foco prioritário. Porém, para que essas estratégias se concretizem é necessário o envolvimento dos TS, atores principais no processo de mudança no ambiente de trabalho, tanto quanto o da gestão.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, A. Á. (ED.). **Gestão das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da saúde**: caderno de textos/ Ada Ávila Assunção, Andréa R. Motta. 1 a edição revisada e ampliada. Belo Horizonte: Ed. dos Autores, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 041, de 21 de maio de 2020. Recomenda ações sobre o uso das práticas integrativas e complementares durante a pandemia da Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora (Cadernos de Atenção Básica, nº 41)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. Protocolo MNNP-SUS no 008/2011. **Institui as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS**. 1 dez. 2011 c, p. 10.

CHEN, P.; MAO, L.; NASSIS., G et al. Coronavírus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. **J Sport Health Sci**. v.9, n.2, p.103-104, 2020.

CHOUDHURY, P.; W. KOO, X. LI. Working from Home Under Social Isolation: Online Content Contributions During the Coronavirus Shock. Harvard Business School **Technology & Operations Mgt. Unit Working Paper**. v.20, p.96, 2020.

DOSSETT, M. L.; FRICCHIONE, G. L.; BENSON, H. A New Era for Mind-Body Medicine. **N Engl J Med**. v.382, n.15, p.1390-1391, 2020.

KRAMER, K. Z. The potential impact of the Covid-19 pandemic on occupational status, work from home, and occupational mobility, **Journal of Vocational Behavior**. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103442>. Acesso em: 15 maio. 2020.

LOUREIRO, V.M.A. **Dores e sabores do trabalho na atenção primária à saúde:** experiência pedagógica de vigilância em saúde do trabalhador da saúde em uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, 2019. p.147 Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/37355/2/ve_Vania_Maria_ENSP_2019>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected.** World Health Organization, n. March, p. 1–19, 2020.

PROJETO “SINTONIA”: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL AOS TRABALHADORES DA SAÚDE, ATRAVÉS DO TELEATENDIMENTO, NO CONTEXTO DO COVID-19

Carolina Cunha Bezerra
Joana Angélica Paiva Maciel
Ana Estela Fernandes Leite
Anamaria Cavalcante e Silva
Mariane Dias da Silva Arruda
Harrismana de Andrade Pinto
Larissa Maria Porto de Castro Dall’ Olio
Marcia Dias Soares
Cristiana Ferreira da Silva
Andréa Frota Sampaio Figueiredo

1 - INTRODUÇÃO

Este relato objetivou descrever a experiência da gestão para o teleatendimento realizado por psicólogos dirigido aos profissionais de saúde vinculados ao serviço público de saúde do município de Fortaleza-CE, durante a pandemia pelo Novo Coronavírus. Apresenta o cenário de implantação, os propósitos e abrangência, além dos dispositivos e fluxos implantados para execução do serviço de tele atendimento.

1.1 - Projeto Sintonia: cenário de implantação

Face à declaração de disseminação mundial do Novo Coronavírus (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 – SARS-CoV-2*) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (OPAS, 2020), os organismos governamentais e não governamentais têm empreendido esforços na preparação e resposta rápida para reduzir a transmissão da doença na população. Para Jackson Fiho et al. (2020, p1) em seu editorial sobre “A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19” ressaltam que “o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus faz parte das funções essenciais da Saúde Pública por meio de ações voltadas para a população ou para grupos com maior risco de contaminação, como os profissionais de saúde”.

Nesse contexto pandêmico, os profissionais de saúde desempenham papel primordial na execução de ações diretas para o controle da doença, podendo gerar incremento dos riscos à saúde do trabalhador, incluindo a possibilidade de sofrimento psíquico decorrente do estresse emocional relacionado ao trabalho. Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2009), o trabalho é gerador de significações psíquicas, sustentadas pelas relações sociais de trabalho que contribuem para o equilíbrio psíquico do indivíduo. Os autores supracitados acrescentam que o gerenciamento do estresse e do bem-estar psicossocial é tão importante quanto o cuidado à saúde física. Silva, Pimentel e Mercês (2020) destacam que os distúrbios psiquiátricos podem ser agravados com a pandemia pelo Novo Coronavírus e discutem sobre a necessidade de desenvolver estratégias de apoio psicológico para promover a saúde mental, enfatizando o uso de tecnologias on-line nesse processo.

Diante desse cenário, a gestão pública municipal de Fortaleza articulou e planejou a execução de uma estratégia para apoiar os profissionais de saúde do município de Fortaleza, oferecendo um serviço de teleatendimento psicológico consoante às normas da Resolução do Conselho Federal de Psicologia

nº11/2018²¹. Trata-se, pois do Projeto Sintonia, elaborado na perspectiva de franca articulação entre as políticas públicas da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental, envolvendo parcerias institucionais municipais e estaduais da Rede de Atenção à Saúde, bem como da iniciativa privada.

1.2 - A integralidade do Projeto Sintonia: propósitos e abrangência

A experiência de implantação do *Projeto Sintonia* ancorou-se no pressuposto de que as ações voltadas à saúde dos trabalhadores se apresentam no cotidiano da rede de saúde, demandando ajustes e novas estratégias de cuidado para oferecer resposta às necessidades dos profissionais da saúde. Articulam-se também na integralidade das ações alinhando-se às políticas de saúde, especialmente aquelas relacionadas à saúde mental, por considerar a necessidade de transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho em redes.

O *Projeto Sintonia* baseia-se na oferta dos Primeiros Cuidados Psicológicos aos profissionais de saúde por meio de teleatendimento. Para a Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global Internacional (2015), os três princípios básicos de ação dos Primeiros Cuidados Psicológicos são: observar, escutar e aproximar. Esses princípios têm como função orientar as ações para: abordar uma situação de crise com segurança; aproximar-se de pessoas afetadas; compreender as necessidades dessas pessoas, bem como encaminhá-las para conseguir ajuda

²¹ Conselho Federal de Psicologia. Resolução N° 11, De 11 de maio de 2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º 11/2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>. A Resolução CFP nº 4/2020 suspende, durante o período de pandemia do novo coronavírus, os Art. 3º, 4º, 6º, 7º e 8º da Resolução CFP nº 11/2018. Portanto, passa a ser autorizada a prestação de serviços psicológicos por meios de tecnologia da informação e da comunicação a pessoas e grupos (...).

prática e informações disponíveis. Assim, o *Projeto* possibilita identificar reações de crises emocionais e intervir para o alívio de sintomas, facilitando a adaptação e prevenindo o agravamento de doenças mentais. A iniciativa também oportuniza orientar, avaliar e realizar encaminhamentos à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O *Projeto Sintonia* conta com 110 (cento e dez) psicólogos, 07 (sete) supervisores reguladores e 02 (dois) supervisores clínicos e tem capacidade para 844 (oitocentos e quarenta e quatro) atendimentos semanais, 171 (cento e setenta e um) atendimentos/dia em média e a abrangência alcança um público alvo de cerca de 18.000 (dezoito mil) profissionais de saúde do serviço público de saúde do município de Fortaleza-CE, durante a pandemia da COVID-19. Cabe destacar que o atendimento psicológico aos profissionais da saúde em virtude da pandemia pelo Novo Coronavírus estava previsto no Plano de Contingência da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza (RAPS).

A implantação do projeto pode ser descrita em cinco etapas cronológicas iniciadas em abril de 2020, culminando com o lançamento da intervenção em meados de maio de 2020.

A primeira etapa que envolveu a implantação do *Projeto Sintonia* compreendeu a adaptação do teleatendimento para a inclusão do profissional psicólogo. A gestão municipal já havia implantado um serviço de teleorientação com o propósito de informar os profissionais de saúde sobre as condutas clínicas e operacionais diante do atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados pelo o Novo Coronavírus. Durante a oferta desse serviço inicial, observou-se que alguns profissionais de saúde manifestavam durante o teleatendimento, algumas reações de crises emocionais, sendo necessária uma intervenção precoce de uma abordagem especializada. Esse foi o marco para os passos ou etapas subseqüentes para a implantação da escuta qualificada aos profissionais de saúde vinculados ao município de Fortaleza, estado do Ceará. Em virtude à pandemia pelo Novo Coronavírus, Schmidt et al. (2020) refletem sobre os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde que podem comportar-se como um

“gatilho” para desencadear ou intensificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse, especialmente entre aqueles que lidam diretamente com pessoas infectadas pelo vírus. Diante da situação mundial causada pela pandemia pelo Novo Coronavírus, Faro et al. (2020) discutem sobre a necessidade de esforços emergenciais de diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a Psicologia, para proporem formas de lidar com o contexto que permeia essa crise. Corroborando, Ornell et al. (2020) reforçam que diante desse cenário, é essencial que as autoridades de saúde identifiquem grupos com alto risco para desenvolver problemas emocionais, indicando a necessidade em monitorar a saúde mental e realizar intervenções psicológicas e psiquiátricas precoces direcionada aos profissionais de saúde que assistem pacientes com suspeita da doença.

A segunda etapa envolveu a articulação das parcerias necessárias à implementação da iniciativa. Os parceiros, presentes durante os encontros para alinhamento dos eixos operativos do *Projeto Sintonia*, constituíam representação do Gabinete da Primeira-Dama de Fortaleza e da área técnica da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, especificamente da Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial (Célula de Atenção à Saúde Mental), da Coordenadoria de Vigilância à Saúde (Célula de Referência em Saúde do Trabalhador), da Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde, da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais, da Coordenadoria de Gestão de Pessoas e da Coordenadoria de Gestão de Tecnologia da Informação. A rede de parceiros também envolveu a Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza (SDHDS), a Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI) e a Secretaria de Planejamento e Gestão de Fortaleza (SEPOG), o CEREST e FETRIECE e da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (COPOM/SEPOS/SESA), além da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE) e da Universidade de Fortaleza. A parceria com a iniciativa privada possibilitou a concessão de webcam com microfone para a execução do teleatendimento através de imagens e sons.

Na terceira etapa ocorreu a seleção e a capacitação dos psicólogos da rede municipal, supervisores e outros profissionais de áreas afins necessários ao desenvolvimento do teleatendimento. A capacitação, oferecida remotamente por meio da plataforma Rute da ESP-CE, envolveu o constructo dos Primeiros Cuidados Psicológicos²², valorizando a tríade: “observar, escutar e aproximar”. Um relato de intervenção psicológica sobre uma situação de emergência e desastre no Brasil foi descrito por Silva et al. (2013), que destacaram os primeiros socorros psicológicos como protocolos de intervenção a fim de padronizar o atendimento em reações agudas ao estresse e reduzir o estresse inicial causado pelos eventos potencialmente traumáticos e engajar os sujeitos em estratégias de enfrentamento funcionais de curto e longo prazo. Para a consecução desta etapa do *Projeto Sintonia*, a parceria entre as instituições de ensino e serviço foi fundamental para o êxito na abordagem teórica prática da intervenção.

A quarta etapa do processo de construção do Projeto ocorreu concomitante ao processo de capacitação dos profissionais envolvidos na intervenção. Essa fase constituiu na elaboração do *Manual de Atendimento Psicológico Online* que consta recomendações universais para a execução do teleatendimento aos profissionais de saúde, tais como:

1. Cadastramento do profissional psicólogo na plataforma “E-pis” do Conselho Federal de Psicologia;
2. Participação na Capacitação em Primeiros Cuidados Psicológicos;
3. Descrição do fluxo do agendamento e escala de atendimentos;
4. Descrição do atendimento virtual determinando a duração da sessão inicial e das subsequentes ou complementares e link de acesso para atendimento dos profissionais de saúde previamente agendados;

²² Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015).

5. Definição do fluxo ao serviço de psiquiatria de referência para atender a necessidade de interconsultas;
6. Acesso à plataforma digital pelos profissionais responsáveis pelo teleatendimento, por meio de *smarthphones* (ligação telefônica) ou por computadores com acesso a rede mundial de computadores (*internet*) e *webcam* quando da necessidade de chamadas de vídeos. Destaca-se que o Manual normatiza o uso de fones de ouvido e privacidade da imagem do usuário do serviço de teleatendimento, bem como do registro de cada sessão, devendo preservar os dados pessoais e clínicos dos usuários do serviço;
7. Definição do papel da supervisão no processo de trabalho do Projeto Sintonia e das equipes de apoio administrativo responsáveis pelo agendamento e garantia do efetivo acesso à plataforma digital.

Cabe salientar que o *Projeto Sintonia* iniciou em caráter piloto, no qual cerca de 60 (sessenta) teleatendimentos foram oferecidos aos profissionais de saúde da rede municipal.

Após esse período, a quinta etapa da implantação da intervenção foi possível após ajustes nos fluxos e aprimoramento do processo de trabalho a partir da avaliação interna desse.

Para concluir é importante ressaltar que a estratégia de ação planejada para oferecer escuta qualificada aos profissionais de saúde da rede municipal de Fortaleza promoveu a articulação de diferentes níveis da esfera governamental, sinalizando que a soma de esforços da área da gestão e técnica do serviço público alcançou êxito nas etapas de planejamento e execução da intervenção.

Cabe ressaltar a integração entre as políticas públicas das áreas da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental, sinalizando que a sintonia entre as políticas pode fortalecer o desenvolvimento de estratégias de ações mais sólidas e capazes de oferecer resposta rápida e efetiva no cotidiano do trabalho, principalmente em situações emergenciais.

É relevante enfatizar a necessidade de supervisão sistemática e avaliação de processo e resultado do *Projeto Sintonia* visando à possibilidade de inserção da iniciativa nas estratégias permanentes de ações voltadas à Saúde do Trabalhador em nível municipal.

REFERÊNCIAS

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BAS-TOS, A. V. B. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução do exercício profissional nº4, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID19, 2020. Disponível em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

FARO, A. et al **COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado**. 2020. DOI- 10.1590/SciELOPreprints.146. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4kbbHbc3bSAJ:https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/146/175/159+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 27 maio. 2020.

FIHO, JM; et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 45, e14, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio. 2020. Epub Apr 17, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Folha Informativa Covid-19. 2020**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 27 maio. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). **Primeiros Cuidados Psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. OMS: Genebra. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_

slug=prevencao-e-cont-doencas-e-desenv-sustentavel-071&alias=1517-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-campo-7&Itemid=965>. Acesso em: 27 maio 2020.

ORNELL, F.; et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2020, v.36, n.4 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.

SILVA, T. L. G.; MELLO, P. G.; SILVEIRA, K. A. L.; WOLFFENBUTTEL, L.; LOBO, B. O. M.; BICCA, C. H. M. et al. Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. **Rev. bras. psicoter.** v. 15, n.1, p.93-104, 2013.

SILVA, D. A. R.; PIMENTEL, R. F.; MERCÊS, M. C. Covid-19 e a pandemia do medo: reflexões sobre saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.54, 2020 Epub 20 de maio de 2020.

CUIDADO PSICOLÓGICO AOS TRABALHADORES DO SAMU: RELATO DA EXPERIÊNCIA NO CEARÁ

Juliana Brito Cavalcante Assêncio
Rogério Pinto Giesta
Germana Silva de Paiva
Jessica Brito Cavalcante

1 - INTRODUÇÃO

Historicamente o Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro foi precedido por outras políticas públicas, que em sua essência, não alcançaram a envergadura que a legislação propõe, sendo campo de discussões frequentes. Filas de espera por procedimentos e exames, são situações rotineiras observadas no contexto da saúde brasileira. Porém, devemos observar a que, teoricamente, nosso sistema de saúde se propõe, inclusive quanto a sua complexidade de serviços e atores sociais, que é subsidiar o cuidado a TODOS, seja para os usuários ou trabalhadores, que compõem a “rede viva” nos serviços.

O trabalho em equipe e de natureza multiprofissional é uma característica preconizada pelo SUS, segundo Brasil (1990), visto ser um dos pressupostos preponderantes para a reorganização do processo de trabalho no que tange a uma abordagem integral e resolutiva. As diretrizes do SUS especificam a necessidade de ampliar o objeto de intervenção, para além do âmbito individual e clínico. Para que isso ocorra, os diferentes profissionais precisam interagir e trocar informações, resignificando suas formas de atuação no trabalho. Ao mesmo tempo, a estrutura do sistema

deve permitir essas trocas, e para isso são necessárias mudanças na organização do serviço, de tal modo que o sistema passa a ter uma elevada complexidade de saberes e atuação conjunta de vários profissionais, constituindo uma rede de relações no trabalho.

No espaço de atuação do SUS, Brasil (2012) define que a Atenção Pré-Hospitalar é instituída pela Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, que se divide em quatro vertentes de atuação, dentre elas: Pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento- UPA, Salas de Estabilização e Hospitais) e o Pré-hospitalar Móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU). Dentre estas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, se configura como *locus* da discussão, bem como seus trabalhadores - “rede viva” em sua complexidade e interação.

No contexto de trabalho, observa-se que os trabalhadores das Urgências e Emergências lidam diariamente sob grande pressão, com a polaridade da vida ou da morte; sendo eles, atores principais diante dessas situações extremas, meio às condições de precarização do trabalho. Situações essas, que são inesperadas, encaminhadas de forma súbita, precisando ter como resposta a ação rápida e eficaz destas equipes, com ênfase no trabalho do Serviço de Atenção Móvel de Urgência.

No contexto da COVID-19, a curva de contágio está em elevação, onde a necessidade de intensificação do cuidado aos profissionais da linha de frente é iminente, devendo ser potencializada. Se não forem priorizados, além do possível colapso do sistema de saúde, os profissionais podem sofrer comorbidades em relação à saúde mental. Ornell (2020) destaca a necessidade de investimento nos recursos humanos através de estratégias de assistência à saúde psíquica dos profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam nas urgências e emergências.

Diante da exposição dos trabalhadores do SAMU Ceará, objetivamos relatar a experiência da assistência psicológica realizada pelo Serviço de Psicologia, com ênfase nos profissionais que realizaram testagem rápida para COVID-19.

Diante da crise advinda pela COVID-19, o serviço conta com 13 psicólogos, que trabalham na perspectiva da saúde do trabalhador, humanização e qualidade de vida no trabalho no contexto da crise. Em maio de 2020, foi destinado pelo Ministério da Saúde aos Estados os testes rápidos para detecção de Anticorpos para SARS-CoV-2, COVID-19, prioritariamente para testagem em profissionais da saúde e da segurança, assim como em seus contactantes.

Considerando a Nota Técnica, datada de 06 de maio de 2020, a qual orienta que o teste rápido de COVID-19 é capaz de detectar a presença de anticorpos (IgG e IgM), que são produzidos contra o SARS-CoV-2 após o contato com vírus, por meio da coleta de uma gota de sangue. O resultado do teste fica disponível no intervalo de 15 a 30 minutos após a realização (BRASIL, 2020).

2 - A experiência da Assistência Psicológica aos trabalhadores do SAMU Ceará, no cenário COVID-19

A equipe para assistência durante a testagem rápida aos trabalhadores do SAMU Ceará é multidisciplinar composta por dois médicos, dois enfermeiros e 13 psicólogos.

Os testes rápidos são realizados duas vezes por semana com agendamento prévio individual pelo trabalhador, por telefone com o serviço de enfermagem. A partir do sétimo dia de apresentação dos sintomas, o exame poderá ser agendado. A sala para a realização do teste rápido, encontra-se na base do Eusébio - Ceará, estando mais isolada dos demais setores. Para o atendimento médico e atendimento psicológico, as salas situam-se anexas aos demais setores, localizando-se de maneira minimamente isolada. Para a realização de todos os atendimentos, de maneira presencial, os colaboradores devem utilizar máscaras e manter o distanciamento mínimo de 2 metros.

A ação de acolhida aos colaboradores agendados é executada seguindo o fluxo do protocolo: 1) Ao adentrar para coleta

o colaborador/contactante responde a um questionário semi-estruturado simples, com dados sócio-demográficos, se apresenta sinais e sintomas (período), e se está afastado. 2) Coleta do sangue, com técnicas assépticas, promovendo segurança da equipe e do paciente. 3) Resultado informado ao colaborador/contactante. 4) Orientação para seguir ao consultório médico e o Serviço de Psicologia, caso exista a demanda.

Após a coleta dos dados, as informações são enviadas para a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Notificação para o sistema e – SUSVE, criado para notificações de casos suspeitos de Coronavírus.

A demanda para os atendimentos médicos está voltada para orientações e tratamento medicamentoso, visando minimizar a probabilidade e sintomas da infecção por COVID-19.

As atividades desenvolvidas estão voltadas, inicialmente, ao esclarecimento sobre a natureza do teste (psicoeducação), enfatizando a presença de anticorpos (em caso de resultado positivo) e ofertando espaço de escuta, durante a espera. Foram debatidas as crenças e preconceitos relacionados à COVID-19, bem como, atividades cotidianas para prevenir possíveis riscos de contaminação, uma vez que a maior preocupação relatada é o receio de levar a possível contaminação para a família. Ofertamos a possibilidade e perspectivas da manutenção da saúde mental, através de técnicas de relaxamento, respiração e controle da ansiedade. Assim, corroborando com a probabilidade da redução do estresse e estabelecimento de vínculo e acolhimento empático e não invasivo.

A assistência psicológica ao trabalhador é prestada individualmente e de maneira pontual com duração, em média de 50 minutos. A acolhida e espaço de escuta é realizado e havendo a demanda de posteriores atendimentos o colaborador conta com uma rede de psicólogos que atuam no serviço e atendem nas bases descentralizadas nos municípios do Ceará. Assim, o encaminhamento do trabalhador é realizado pela base central do Eusébio para as bases descentralizadas.

A Organização Mundial de Saúde (2020) alertou a respeito do impacto global da COVID-19 sobre a saúde mental da população, com ênfase nos profissionais da saúde que estão na linha de frente, atuando com os primeiros cuidados. Os sintomas apresentados podem combinar pânico, ansiedade, tristeza, entorpecimento, irritabilidade, insônia e pesadelos.

O momento da realização do teste rápido para COVID-19 pode ser vivenciado sob reações e estresse agudos, que pela dinamicidade e tensões constantes, características do trabalho destes profissionais, levam a grande sobrecarga. Daí a relevância do suporte e apoio psicológico neste momento, e se demandado, posteriori acompanhamento e encaminhamento para a rede socioassistencial.

A escuta qualificada e individual é disponibilizada para todos aqueles que realizaram os testes rápidos, com ênfase nos profissionais que testavam positivo, ofertando um espaço de acolhimento referenciados pelos Primeiros Socorros Psicológicos - PSP. Compreende a acolhida ao sofrimento psíquico do trabalhador em crise, reconhecendo as preocupações, discutindo estratégias de enfrentamento com ênfase no apoio social e suas necessidades singulares. Mitigando, assim, possível agravamento da situação que pode ser experienciada como extrema.

De maneira simplificada, os Primeiros Socorros Psicológicos descrevem uma resposta humana e de apoio às pessoas em situação de sofrimento e com necessidade de apoio. Os Primeiros Socorros Psicológicos incluem os seguintes temas: oferecer apoio e cuidados práticos não invasivos; avaliar necessidades e preocupações; ajudar as pessoas a suprir suas necessidades básicas (água, alimentação e informação); escutar as pessoas sem pressioná-las a falar; confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas; ajudar as pessoas na busca de informações e serviços e suportes sociais; proteger as pessoas de danos adicionais (OMS, 2020).

Os princípios da ação estão voltados para: 1) Observar: singularidade e reações de estresse psicológico; 2) Escutar: ativa-

mente com empatia sobre sentimentos e crenças, sem julgamentos; 3) Aproximar: conhecer a realidade social, com ênfase nas redes de apoio e estratégias de enfrentamento voltadas à crise, potencializando ações e saídas.

De um modo geral, diante do diagnóstico positivo, a perspectiva de crise relacionada ao novo, advinda da COVID-19, passa a ter proximidade e materialização. Assim, a intervenção muito próxima ao “evento traumático” reduz o estresse agudo a este associado. A escuta, no contexto da possibilidade de crise, facilita delinear estratégias de coping (capacidade de enfrentar) adaptativo e adequado, bem como uma boa transição para a normalidade no futuro. São sinalizados cinco princípios para promover a segurança: acalmar, estimular a autoeficácia ou eficácia do grupo/comunidade, estabelecer contactos e redes de suporte e dar esperança (ALLEN et al., 2010; HOBFOLL, 2012).

A Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2020) pela de prestação de apoio técnico ao Brasil, preconiza como boa prática o apoio psicológico aos profissionais de saúde no contexto da preparação e resposta ao surto de COVID-19. Essa atividade tem a potencialidade de mitigar o agravamento de doenças mentais moderadas e/ou graves.

Pereira et al. (2020) salienta a necessidade de atenção à saúde psíquica dos sujeitos diagnosticados com COVID-19, com ênfase aos profissionais que estão na linha de frente de cuidado com maior potencial de vulnerabilidade.

O cuidado psicológico, ofertado preventivamente e precocemente em situações de crise, assim como em possíveis situações potencializadoras, advindas das relações de trabalho, ofertou aos trabalhadores do SAMU Ceará ressignificarem suas vivências decorrentes da pandemia de COVID-19. A utilização dessa tecnologia leve, que oportuniza a fala e cuidado, assume o caráter de “descompressão” e ressignificação do caráter laboral, delineando a ferramenta como potencializadora e estratégica para a saúde mental desses trabalhadores.

As redes de relações construídas pelos profissionais e o

SAMU Ceará configuram-se base para o exercício, campo das subjetividades, em meio a protocolos rígidos, resgatando como instância fundamental a compreensão das variáveis do fazer no trabalho.

A oferta de espaços de fala, materializado pelo Serviço de Psicologia e Humanização, aos trabalhadores do SAMU Ceará, oferta espaços de criar, recriar, significar e ressignificar as vivências relacionadas ao trabalho e potencializadas pela pandemia de COVID-19.

REFERÊNCIAS

ALLEN, B. et al. Perceptions of psychological first aid among providers responding to hurricanes gustav and ike. **Journal of Traumatic Stress**, v.23, n.4, p.509-513, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social. Portaria nº 65, de 6 de maio de 2020. Aprova orientações e recomendações gerais aos gestores e trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social dos estados, municípios e Distrito Federal quanto ao atendimento nos serviços de acolhimento de pessoas idosas ou com deficiência no contexto de emergência em saúde pública decorrente do novo Coronavírus, COVID-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de maio de 2020. Edição: 86, seção: 1, p.167. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-65-de-6-de-maio-de-2020-255614645>>. Acesso em: 21 maio. 2020.

HOBFOLL, S. **Conservation of Resources Theory: It's Implication for Stress, Health, and Resilience**. The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Comunicação. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.** 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/mental-health-and-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha Informativa Covid-19.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ORNELL, F. et al. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.

PEREIRA, MD. et al. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Research, Society and Development**, v.9, n. 7, p.1-35, 2020.



SCAN ME

Use o QRcode e acesse o perfil da Liga Saúde Trabalho e Ambiente (LISTA) no Instagram e baixe nosso Manual de Paramentação e Desparamentação.

Os textos aqui organizados retratam um mosaico de diferentes disciplinas e experiências, congregados a partir da contribuição de 60 autores. É bem verdade que não se tratam de conhecimentos fechados, já que foram produzidos na experimentação do seu dever. Contudo, a crise desencadeada pela COVID-19 induziu a necessidade de sintetizar, a partir de diferentes visões, estratégias de cuidado, proteção e promoção da saúde do trabalhador, convergindo para uma síntese retratada em seu título: Trabalho em tempos de COVID-19: orientações para a saúde e segurança.

