

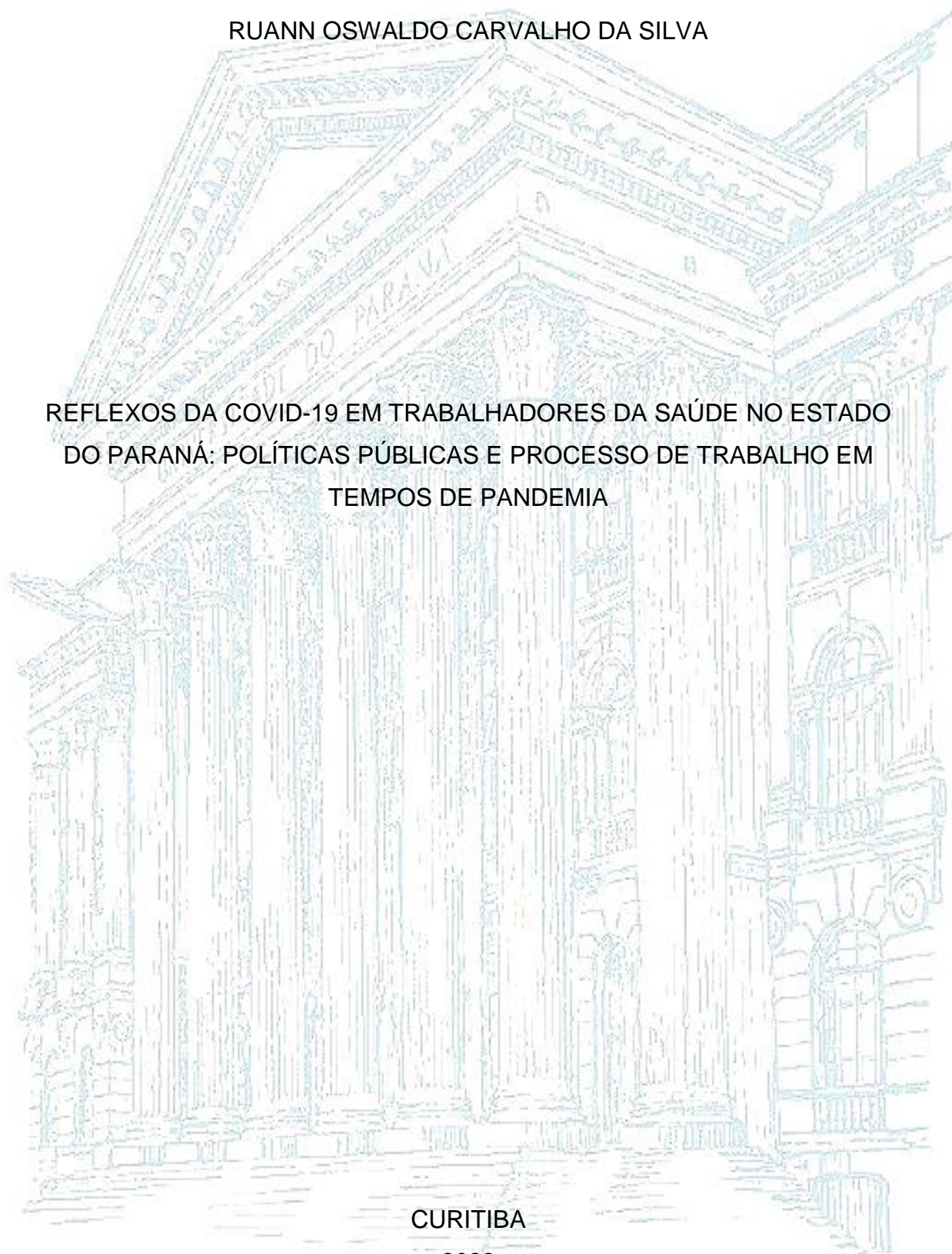
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA

REFLEXOS DA COVID-19 EM TRABALHADORES DA SAÚDE NO ESTADO
DO PARANÁ: POLÍTICAS PÚBLICAS E PROCESSO DE TRABALHO EM
TEMPOS DE PANDEMIA

CURITIBA

2023



RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA

REFLEXOS DA COVID-19 EM TRABALHADORES DA SAÚDE NO ESTADO
DO PARANÁ: POLÍTICAS PÚBLICAS E PROCESSO DE TRABALHO EM
TEMPOS DE PANDEMIA

Defesa de Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

CURITIBA

2023

Silva, Ruann Oswaldo Carvalho da

Reflexos da COVID-19 em trabalhadores de saúde no estado do Paraná [recurso eletrônico]: políticas públicas e processo de trabalho em tempos de pandemia / Ruann Oswaldo Carvalho da Silva – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

1. COVID-19. 2. Pessoal de saúde. 3. Política pública. 4. Saúde bucal. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.24144



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA intitulada: **Reflexos da COVID-19 em trabalhadores da saúde no estado do Paraná: políticas públicas e processo de trabalho em tempos de pandemia**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Abril de 2023.

Assinatura Eletrônica
28/04/2023 11:18:32.0
RAFAEL GOMES DITTERICH
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
28/04/2023 08:25:02.0
DEVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
27/04/2023 18:37:52.0
GIOVANA DANIELA PECHARKI VIANNA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
27/04/2023 17:36:42.0
ROBERTO EDUARDO BUENO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
02/05/2023 09:58:54.0
ELIANA REMOR TEIXEIRA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que possuem lutas internas diárias. Também àqueles que são rejeitados, àqueles que se superam todos os dias, àqueles que têm fome de mais, àqueles que caem e se levantam, àqueles que apanham, àqueles que tentaram apagar, àqueles que privaram de amar, àqueles que não dignos, àqueles que não se encaixam, àqueles que tacharam, àqueles que são julgados. Aos amargurados, aos largados, aos maltratados, aos negados, aos rechaçados, aos minados, aos que mataram, aos que morrem, aos que lutam, aos que sofrem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus** por todas as oportunidades que tive até aqui e por ter segurado a minha mão em todos os momentos. Sem a espiritualidade eu não estaria aqui.

Agradeço ao Programa de **Pós-graduação em Políticas Públicas da UFPR** e à **CAPES** que me financiou em todo esse tempo.

Ao meu Professor e Orientador, **Rafael Gomes Ditterich**, que além de me guiar nessa trajetória acadêmica, tornou-se um grande amigo que tenho total admiração. Por nunca hesitar em me ajudar, mesmo nos meus piores momentos, e por ter confiado no meu potencial. Você é um ponto de luz em meio a tanto caos, minha eterna admiração e gratidão.

À Professora **Giovana Daniela Pecharki Vianna**, um ser de luz que cruzou no meu caminho em 2012. Obrigado pelas palavras de conforto, apoio e pela mão estendida! Seu olhar traz conforto e afeto. Por jamais ter desistido de mim, gratidão!

À Professora **Thábata Cristy Zermiani**, minha fonte de inspiração e esperança! Poder ter você nesse processo me faz ter força! Obrigado por todas as dicas e por ser esse exemplo de delicadeza e acalento!

Aos Professores **Roberto Eduardo Bueno**, **Solena Ziemer Kusma Fidalski**, **Eliana Remor Teixeira** e **Deivisson Vianna Dantas dos Santos** por todo tempo e paciência com o meu trabalho. Sem vocês não haveria como!

Agradeço a todos os **professores** do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR, que me ensinaram muito, que me ajudaram muito e que, com toda certeza, tenho como exemplos de profissionais e seres humanos.

À **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná** por toda cooperação e oportunidades para que este trabalho pudesse ser realizado.

À minha mãe, **Mari Terezinha Carvalho**, que sempre moveu mundos e fundos para que este sonho se tornasse realidade. Essa conquista é nossa. Te amo!

Ao meu pai, **Roberto da Silva**, que mesmo diante do imenso desafio de me entender, o fez e faz vida. Que esse trabalho seja um pontinho de luz e esperança pra todos nós, não tenho dúvidas que está lutando por você e por mim bravamente.

Aos meus irmãos, **Ronald**, **Daniela** e **Dayana**, meus grandes exemplos de determinação. Amo vocês!

Agradeço à **sociedade** que, direta e indiretamente, me permitiu estar dentro de uma instituição pública fazendo aquilo que eu mais amo: aprendendo, ensinando e pesquisando.

Todas as vitórias ocultam uma abdicação.

Simone de Beauvoir

RESUMO

O presente trabalho é dividido em três artigos distintos. Cada um com sua particularidade e objeto de estudo diferente. Todos giram em torno do impacto da pandemia por COVID-19 na saúde do trabalhador. A primeira parte é um estudo exploratório sobre as políticas adotadas pelo estado do Paraná ao longo da pandemia. A realidade demonstrada pelos indicadores analisados é que o vírus sempre esteve em circulação e que o avanço da doença nunca esteve sob total controle. A segunda etapa é uma revisão sistemática de escopo focado na saúde de trabalhadores da Saúde Bucal, no qual o foco foi avaliar os impactos gerais no processo de trabalho, bem como em aspectos físicos, mentais e econômicos desses profissionais. Os resultados demonstraram reflexos da pandemia, com mais ênfase no setor privado, e mudanças no processo de trabalho e organização para o setor público. O terceiro e último capítulo é um estudo descritivo de corte transversal com dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná o qual forneceu informações sobre os reflexos da COVID-19 na vida dos trabalhadores de saúde ao longo da pandemia correlacionando indicadores de saúde. Justifica-se esse tipo de trabalho para que novas políticas e medidas sejam orientadas com base em evidência científica.

Palavras-chaves: COVID-19, Trabalhadores de Saúde, Políticas Públicas, Saúde Bucal.

ABSTRACT

This work is divided into three separate papers. Each with its particularity and different aim of study. All revolve around the impact of the COVID-19 pandemic on workers' health. The first paper is an exploratory study on the policies adopted by the state of Paraná during the pandemic. The reality demonstrated by the indicators analyzed by the study is that the virus has always been in circulation and that the progression of the disease has never been under total control. The second study is a systematic review focused on the health of Oral Health workers, where the focus was to assess the general impacts on the work process, as well as on the physical, mental and economic aspects of these professionals. The results showed reflections of the pandemic, with more emphasis on the private sector, and changes in the work process and organization for the public sector. The third and final article is a descriptive cross-sectional study with data from the State Department of Health of Paraná, which provided information on the effects of COVID-19 on the lives of health workers throughout the pandemic, correlating health indicators. This type of work is justified so that new policies and measures are guided based on scientific evidence.

Keywords: COVID-19, Health Workers, Public Policies, Oral Health.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. ESTUDOS INCLUÍDOS CONFORME AUTORES, TÍTULO, ANO DE PUBLICAÇÃO, OBJETIVOS, TIPO DE ESTUDO E PRINCIPAIS ACHADOS	60
TABELA 2. ÓBITOS ANTES E APÓS VACINA DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO PARANÁ	74
TABELA 3. DADOS DE ÁREAS DA SAÚDE CORRELACIONADOS AO GENÊRO, REGIONAL DE SAÚDE ÓBITOS E NOTIFICADOS	76

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. ATOS NORMATIVOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE	29
QUADRO 2. ANÁLISE DO DECRETO 4.230 DE 16/03/2020	34
QUADRO 3. ANÁLISE DA LEI 20.189 DE 28/04/2020	39
QUADRO 4. CASOS NOTIFICADOS E SUSPEITOS DE COVID-19 EM TRABALHADORES DE SAÚDE, 2023	63

LISTA DE SIGLAS

ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDEweb	- Base de Dados do Estado
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PSF	- Programa Saúde da Família
SEJUF	- Secretaria da Justiça, Família e Trabalho do Governo do Paraná.
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UMS	- Unidade Municipal de Saúde
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. A PANDEMIA DE COVID-19 E TRABALHADORES DA SAÚDE.....	13
2.1 TRABALHO, SAÚDE E VULNERABILIDADE.....	16
2.2 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO E MITIGAÇÃO DA PANDEMIA PARA TRABALHADORES.....	18
2.3 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	19
2.4 SEQUELAS DA COVID-19 NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	20
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	23
3.1 DESENHOS DOS ESTUDOS.....	23
3.1.1 Pesquisa documental.....	23
3.1.2 Revisão sistemática de escopo.....	25
3.1.3 Estudo descritivo sobre trabalhadores da saúde do Paraná.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.1 Pesquisa documental.....	33
4.2 Revisão sistemática.....	51
4.3 Estudo descritivo com trabalhadores de saúde do Paraná.....	63
4. CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS.....	86

1. INTRODUÇÃO

2

3 O recente coronavírus, também denominado de SARS-CoV-2, fator
4 etiológico da doença COVID-19, foi detectado em dezembro de 2019 em
5 Wuhan, na província de Hubei, China (LANA, 2020). Já nos primeiros dias de
6 janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a
7 circulação desse novo vírus. Em 16 de janeiro de 2020, foi notificada a primeira
8 importação em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos da
9 América (EUA) reportaram seu primeiro caso importado (LANA, 2020). Em 30
10 de janeiro, a OMS declarou a epidemia uma emergência internacional (WHO,
11 2020). Ao fim de janeiro, vários países já haviam confirmado importações de
12 casos, incluindo EUA, Canadá e Austrália. No Brasil, em 07 de fevereiro de
13 2020, havia 09 (nove) casos em investigação, mas sem registros de casos
14 confirmados (BRASIL, 2020; LANA et al., 2020).

15 As principais formas de contágio do SARS-CoV-2 incluem transmissão
16 direta por tosse, espirro e perdigotos, além de transmissão por contato com
17 mucosa oral, nasal e dos olhos. Apesar das manifestações clínicas não
18 contemplarem sintomas oculares, as análises das conjuntivas de casos
19 suspeitos e confirmados sugeriram que a transmissão não se limita apenas ao
20 trato respiratório (PENG et al., 2020; TUÑAS et al., 2020). Além disso, o vírus
21 pode ser transmitido entre as pessoas por meio de contato direto ou indireto,
22 de fluidos e saliva (PENG et al., 2020; TUÑAS et al., 2020; ZHANG et al.,
23 2020).

24 A pandemia de COVID-19 suscitou ações de mitigação que impactaram
25 fortemente a vida, a saúde e o trabalho (MOARES, 2020). Entre elas o
26 distanciamento físico, o fechamento de setores da economia, a adoção do
27 trabalho remoto e as medidas de higiene pessoal. Além das consequências
28 biomédicas, a pandemia trouxe consigo desemprego, precarização das
29 condições e vínculos de trabalho, aumento da jornada sem aumento dos
30 rendimentos, custos adicionais para os trabalhadores (ABILIO et al., 2020) e
31 problemas psicoemocionais (SOUZA, 2021).

1 Um dos grupos de maior risco de contrair a doença é aquele que está
2 em contato direto com pessoas infectadas e/ou profissionais de saúde que
3 cuidam diretamente dos pacientes com COVID-19. Proteger estes profissionais
4 de saúde é de suma importância para a OMS, tendo em vista que esse cenário,
5 inevitavelmente, coloca os profissionais de saúde em alto risco para contrair a
6 infecção (MORAES et al., 2020).

7 Considerando a saúde do trabalhador como um campo de atuação do
8 Sistema Único de Saúde (SUS), atenta-se que ele abarca as ações da
9 vigilância sanitária e epidemiológica, com interlocução proeminente relacionada
10 ao ambiente e condições de trabalho no qual os profissionais atuam (MORAES
11 et al., 2020; SANTOS et al. 2012).

12 A compreensão como a exposição dos profissionais de saúde ao vírus
13 da COVID-19 se traduz em risco de infecção é fundamental para informar a
14 prevenção e controle da infecção (OMS, 2020). Neste sentido, recomendações
15 de utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), assim como
16 políticas que mitiguem a exposição destes profissionais à infecção devem ser
17 preparadas. Cabe ressaltar a importância da elaboração e aplicação de
18 ferramentas que contribuam para identificação e avaliação de riscos para os
19 profissionais de saúde após a exposição (IBID, 2020; MORAES et al., 2020).

20 No que diz respeito aos EPIs, os profissionais de saúde devem receber
21 máscara N95, avental (capote), luvas, proteção ocular (óculos ou máscara
22 facial – *faceshield*) de uso individual que necessitam receber cuidados de
23 higienização, respeitando o tempo de uso, ou serem descartados. As medidas
24 de precauções devem ser seguidas com rigor, em função de sua transmissão
25 no ar durante a realização de procedimentos que gerem aerossóis, como
26 intubação, sucção e traqueostomia. Todos os contatos devem ser monitorados
27 quanto ao desenvolvimento de sintomas de COVID-19 (MORAES et al., 2020;
28 SINGHAL, 2020).

29 Particularmente, os profissionais da saúde, que estão rotineiramente
30 sujeitos aos riscos, necessitam desse monitoramento e da adoção de medidas
31 de biossegurança, em função dos fatores relacionados às atividades laborais
32 que desenvolvem, e abarcam a segurança no cenário onde se realiza o
33 trabalho, disponibilidade de tecnologias e as ações gerenciais e assistenciais

1 elaboradas, para se evitar as temeridades a que esses trabalhadores estão
2 expostos, seja de caráter físico, biológico, ergonômicos e psicossociais
3 (MORAES et al., 2020).

4 Barroso et al. (2020) fizeram um mapeamento mostrando o índice de
5 risco que os trabalhadores brasileiros têm de serem contaminados pela
6 COVID-19 durante suas atividades profissionais e os trabalhadores da saúde
7 apresentaram de 97 a 100% de risco de contágio desde técnicos de saúde
8 bucal a técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

9 Os profissionais de saúde lidam a todo o tempo com a morte e com
10 decisões difíceis que podem afetar o bem-estar físico e mental. Segundo a
11 OMS, “[...] a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual
12 cada indivíduo tem seu próprio potencial de lidar com o estresse normal da
13 vida, pode trabalhar de maneira produtiva e é capaz de contribuir com sua
14 comunidade” (WHO, 2014).

15 Devido a esse rápido crescimento do número de profissionais de saúde
16 infectados pela COVID-19 e todo o estresse e pressão que têm sofrido, a
17 saúde mental desses profissionais tem sido apontada como uma grande
18 preocupação (PRADO et al., 2020).

19 A justificativa para o presente trabalho encontra-se na condição de
20 emergência pública frente à COVID-19 e à escassez de estudos que retratem
21 as complicações e reflexo da pandemia nos(as) trabalhadores(as) em saúde
22 que atuaram durante os anos de 2020 e 2022. A partir disso, podem-se orientar
23 novas medidas que levem em consideração o impacto que essa pandemia por
24 COVID-19 causou na vida de trabalhadores da saúde.

25 Os atores políticos que hoje precisam formular e tomar decisões
26 importantes podem se sentir um pouco mais embasados com esse tipo de
27 trabalho, o que não faz esse trabalho ser unânime nem absoluto, porém traz
28 subsídios que possam direcionar decisões baseadas em evidências que a
29 literatura científica traz.

30 Dessa forma, esta pesquisa apresenta como objetivo geral: analisar as
31 complicações e reflexos da COVID-19 em trabalhadores de saúde. Apresenta
32 ainda, como objetivos específicos:

33

1 - Identificar mudanças no processo de trabalho dos profissionais da saúde
2 durante a pandemia da COVID-19;

3 - Correlacionar os impactos de políticas públicas frente às adversidades
4 encontradas por trabalhadores de saúde durante a pandemia de COVID-19;

5 - Analisar como a pandemia de COVID-19 afetou os profissionais de saúde
6 no estado do Paraná;

7 - Investigar como as políticas públicas foram alinhadas frente às
8 adversidades encontradas por profissionais da saúde bucal durante a
9 pandemia de COVID-19;

10

11 Esta tese encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro consiste em
12 uma revisão acerca dos conceitos de saúde do trabalhador, COVID-19 e
13 aspectos do processo de trabalho. O segundo é referente aos aspectos teórico-
14 metodológicos, no qual foram apresentados os conceitos, as técnicas, os
15 desenhos de pesquisa empregados e as fontes de dados. O terceiro consiste
16 no estudo exploratório quanto às políticas adotadas pelo estado do Paraná ao
17 longo da pandemia; uma revisão sistemática de escopo acerca dos reflexos da
18 COVID-19 em trabalhadores da saúde bucal; e, por fim, um estudo descritivo
19 sobre trabalhadores da saúde do Paraná. O quarto, e último, traz as
20 conclusões do presente trabalho.

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

2. A PANDEMIA DE COVID-19 E TRABALHADORES DA SAÚDE

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, formou uma crise humanitária pela sua alta transmissibilidade e impactos sociais e econômicos (BRASIL, 2020). 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. No entanto, outras atividades de trabalho podem ter um papel relevante na disseminação do vírus e, portanto, a análise de como se processam é determinante para a prevenção do adoecimento (BAKER et al., 2020; JACKSON FILHO et al., 2020). A pouca visibilidade desse aspecto implica sua pouca valorização nas políticas públicas. O campo do trabalho como um todo deve ser considerado na estratégia de enfrentamento da COVID-19 (JACKSON FILHO et al., 2020).

As pesquisas científicas avançaram na caracterização do vírus, infecção e casos, nas vias de transmissão e medidas de prevenção, contenção e controle da doença. Entretanto, ainda existem muitas lacunas em relação ao perfil epidemiológico – mais específicos, categorizados e regionalizados – dos casos e óbitos, bem como do contexto de desigualdades sociais que perpassam o nível de exposição e a capacidade de proteção ao vírus e mitigação dos efeitos sociais provocados pela pandemia (ARANTES, 2020; BRASIL, 2020; SANTOS et al., 2020).

O trabalho assume centralidade na análise de estratégias de controle da doença e retomada de desenvolvimento econômico no período pós-pandemia, viabilizando, ou não, a manutenção do distanciamento social e de condições dignas de sobrevivência (JACKSON FILHO et al., 2020). Essas condições poderiam ser alcançadas por meio da garantia de renda e direitos sociais, e a proteção à saúde de trabalhadoras(es) envolvidas(os) em atividades essenciais, como atenção à saúde, produção e distribuição de alimentos, limpeza urbana, dentre outras (ARANTES, 2020; SANTOS et al., 2020).

1 De acordo com o Decreto nº 10.282 (BRASIL, 2020), de 20 de março de
2 2020, do Governo Federal, no seu Art 3º § 1º:

3 “São serviços públicos e atividades essenciais aqueles
4 indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da
5 comunidade...”. Algumas categorias de trabalhadores, apesar de não
6 serem consideradas atividade essencial, permaneceram submetidas
7 ao trabalho presencial sob o risco aumentado de exposição à COVID-
8 19 (ARANTES, 2020; JACKSON FILHO et al., 2020).

9
10 Entre os primeiros casos registrados em dezembro de 2019 na cidade
11 chinesa de Wuhan, aproximadamente metade destes (49%) compartilhava
12 alguma forma de exposição a um mercado de peixes (Huanan Seafood
13 Wholesale Market), incluindo trabalhadores, consumidores e moradores do
14 entorno do mercado (YAN et al., 2020). Desde então, até abril de 2023, são
15 762.739.900 de casos e 6.896.778 óbitos em quase todos os países do mundo
16 (CDC, 2023; PAHO, 2023). A pandemia se apresenta em diferentes fases no
17 mundo e, em algumas regiões, a flexibilização das medidas de
18 contingenciamento passa a ser cogitada como forma de garantir a retomada
19 econômica.

20 No início do surto, na cidade de Wuhan na China, trabalhadores e
21 clientes de um mercado atacadista de frutos do mar, considerado como o
22 provável foco inicial da contaminação pelo manuseio de animais vivos,
23 estiveram entre os primeiros casos de pessoas infectadas (cerca de 55% dos
24 47 casos reportados até o dia 1º de janeiro de 2020) (LI et al., 2020; JACKSON
25 FILHO et al., 2020). Em Singapura, 68% dos 25 casos iniciais de contaminação
26 comunitária foram atribuídos ao exercício profissional. No Brasil, o segundo
27 óbito por coronavírus registrado foi o de uma empregada doméstica no Rio de
28 Janeiro, cuja doença foi contraída no exercício do trabalho (BBC, 2020;
29 JACKSON FILHO et al., 2020). Essas situações, a exemplo de outras, mostram
30 que tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de trabalho
31 são fontes potenciais de exposição ao vírus. Por sua vez, esse lócus – a
32 situação de trabalho – é território de disseminação da doença (BAKER et al.,
33 2020; JACKSON FILHO et al., 2020). É fundamental entender, portanto, de que
34 maneira as atividades e condições de trabalho podem contribuir para a

1 disseminação e, sobretudo, para o estabelecimento de estratégias para o
2 enfrentamento da pandemia.

3 Mesmo para os profissionais de saúde diretamente envolvidos com os
4 cuidados aos pacientes, pouco se discutiu sobre as condições e organização
5 do trabalho, prevalecendo protocolos com recomendação de medidas
6 individuais (higiene e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs)
7 (OMS, 2020; JACKSON FILHO et al., 2020), fundamentais, mas insuficientes
8 para o controle geral da disseminação e da exposição ao vírus. Todas as
9 medidas de proteção previstas no protocolo de manejo clínico do coronavírus,
10 no Brasil, dizem respeito à biossegurança (BRASIL, 2020; JACKSON FILHO et
11 al., 2020). Mas há relatos de profissionais e sindicatos denunciando condições
12 de trabalho precarizadas, higiene inadequada, jornadas extenuantes, falta de
13 treinamento e, inclusive, insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de
14 proteção, mesmo nos serviços de terapia intensiva (AMB, 2020; JACKSON
15 FILHO et al., 2020). Em estudos sobre a gripe influenza, observou-se a
16 interferência de vários fatores na adesão às práticas de biossegurança, entre
17 eles, sobrecarga de trabalho, precariedade das instalações e normas de
18 convívio social (MORRISON et al., 2008; JACKSON FILHO et al., 2020). No
19 continente africano, durante a epidemia do Ebola, as recomendações sanitárias
20 se mostraram contraditórias com as práticas de cuidado dos agentes
21 comunitários de saúde, que relataram constrangimento ao evitar aperto de
22 mãos, recusar água, café ou outro alimento, ou ainda, não aceitar o convite
23 para sentar durante as visitas de acompanhamento da quarentena
24 (DESCLAUX et al., 2015; JACKSON FILHO et al., 2020). Na China, houve a
25 criação de serviços remotos de acompanhamento da saúde mental e
26 aconselhamento psicológico aos profissionais de saúde por meio de redes
27 sociais ou aplicativos para *smartphones* (LIU et AL., 2020; JACKSON FILHO et
28 al., 2020) e a criação de um local para repouso dentro do hospital, evitando
29 contaminação de familiares ou de outros no trajeto trabalho-casa (OMS, 2020;
30 JACKSON FILHO et al., 2020).

31 A Organização Internacional do Trabalho (OIT) (OIT, 2020) manifesta
32 preocupação com esse momento de transição, e afirma que são necessários
33 controles específicos e medidas amplas de prevenção e vigilância para a

1 redução de risco de uma nova onda de contágio no local de trabalho. A OIT
2 reafirma o contexto de trabalho como foco estratégico de prevenção e controle
3 da doença, pela natureza relacional do trabalho *in loco*, no contexto familiar ou
4 no ambiente comunitário (OIT, 2020).

5 Nesta pandemia, de COVID-19, se a necessidade da proteção dos
6 profissionais dos estabelecimentos de saúde ganhou merecido destaque, o
7 mesmo não se verificou para outros grupos ocupacionais. No Brasil, gráficos
8 apresentando dados estratificados por sexo, faixa etária e região geográfica
9 foram elaborados com certa frequência como subsídios para orientar medidas
10 de controle e prevenção, assim como para o planejamento e alocação dos
11 recursos necessários para operar os sistemas de saúde. No entanto, na
12 publicação dessas estatísticas, os microindicadores de morbidade não foram
13 desagregados até o nível da ocupação, o que não permitiu avaliar se, onde e
14 em que circunstâncias os indivíduos testados positivos ou diagnosticados com
15 a doença estavam trabalhando. Tampouco possibilitou identificar focos de
16 disseminação relacionados com atividades de trabalho (JACKSON FILHO et
17 al., 2020).

18 O distanciamento social, estratégia principal de mitigação da pandemia,
19 seguida pelos países afetados em diferentes níveis, apesar de obrigatório para
20 a maioria das atividades econômicas e sociais, com exceção de atividades
21 essenciais, se apresenta restrito a grupos em situação mais estável, como os
22 servidores públicos ou trabalhadoras(es) formais, que possuem algum tipo de
23 proteção previdenciária ou trabalhista (REDE COVIDA, 2020). Assim, o
24 trabalho assume papel relevante na efetividade do distanciamento, seja pela
25 viabilidade de manutenção deste e das condições de vida permitidas pelo
26 vínculo de trabalho, seja pela impossibilidade de adoção das medidas de
27 proteção devido à precarização do trabalho, aos tipos de serviços a serem
28 prestados e aos desafios para a sobrevivência do trabalhador (REDE COVIDA,
29 2020).

30 Para o campo da Saúde do Trabalhador, a reforma trabalhista
31 estabeleceu o cenário favorável à emergência de mais doenças e acidentes
32 (DANTAS, 2021). É nessa conjuntura que chega à pandemia da COVID-19. Em
33 meio à maior crise sanitária dos últimos cem anos, uma parcela de

1 trabalhadoras(es) está em condições aviltantes de renda e moradia, entre
2 outras adversidades do seu cotidiano, que implicam flagrante obstáculo às
3 estratégias de contenção da pandemia e particularmente à opção do
4 distanciamento social. Nesse sentido, o objetivo desta revisão documental-
5 narrativa foi discutir as repercussões da pandemia de COVID-19 nas relações
6 trabalho e saúde, sob a perspectiva dos riscos e vulnerabilidades de
7 trabalhadores (DANTAS, 2021; SANTOS et al., 2020).

8 A alta transmissibilidade do vírus, a grande proporção de infectados
9 oligossintomáticos ou assintomáticos, estimada em mais de 30%¹², a
10 inexistência (até 2021) de vacina e de terapia medicamentosa comprovada, a
11 insuficiente cobertura de testes, a duração prolongada dos quadros clínicos e
12 as experiências de outros países explicam as decisões que provocaram as
13 medidas de isolamento social e que determinaram que só os serviços
14 essenciais fossem mantidos. Vale lembrar que, nesse contexto, para algumas
15 categorias, houve intensificação das tarefas (JACKSON FILHO et al., 2020).

16 A preservação da saúde desses grupos essenciais, e de outros que se
17 mantiveram trabalhando por circunstâncias socioeconômicas, foi fundamental
18 para controlar a disseminação da doença e para a manutenção das pessoas
19 em isolamento, confinamento ou quarentena, assim como para a atuação do
20 próprio serviço de saúde e das demais atividades essenciais. Medidas
21 preventivas foram necessárias para atividades com maior risco de
22 exposição¹³, como é o caso dos trabalhadores da farmácia, entregadores
23 (*delivery*), carteiros, trabalhadores do transporte de cargas e de passageiros e
24 pessoal de apoio, frentistas de postos de combustíveis, serviços de
25 abastecimento e vendas de alimentos e de produtos; serviços residenciais,
26 porteiros e zeladores, pessoal de limpeza, empregados(as) domésticos(as);
27 vigilantes, policiais, bombeiros; cuidadores de idosos e de pessoas
28 dependentes; de manutenção de serviços públicos e privados de telefonia,
29 eletricidade, água, gás, internet, segurança pública, serviços funerários e coleta
30 de lixo; e provavelmente outras atividades aqui não mencionadas (JACKSON
31 FILHO et al., 2020).

32 Toda atividade de trabalho e todo trabalhador tem de ser considerado, e
33 preparado, não apenas para a sua proteção, mas também para entender que

1 sua atividade pode ter um papel importante no combate à epidemia. A exemplo
2 de medidas adotadas por outros países (STAT, 2020), uma ação coordenada
3 com esse propósito poderia ser uma estratégia importante, como o devido
4 treinamento das equipes de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde que,
5 se ampliadas, ainda têm como vantagem adicional o combate ao desemprego
6 (WEF, 2020; JACKSON FILHO et al., 2020). Comissões internas de prevenção
7 de acidentes (CIPA) ou trabalhadores especialmente designados também
8 podem ser preparados para atuar na prevenção da exposição ao vírus dentro
9 das organizações.

10 Para assegurar condições laborais que propiciem redução na
11 transmissão do vírus, medidas organizacionais necessitam ser discutidas no
12 âmbito de cada atividade de trabalho e a práxis da Saúde do Trabalhador
13 (RENAST, 2020; JACKSON FILHO et al., 2020) tem de ser considerada no rol
14 das medidas e ações de saúde pública voltadas ao controle da pandemia.
15 Dispõe-se de arcabouço jurídico robusto que sustenta a ação pública, suas
16 políticas e regulamentações (BRASIL, 2011; 2012), assim como ampla
17 articulação e capilaridade no território nacional por meio dos programas e
18 serviços de Saúde da Família e de Saúde do Trabalhador. Em seu conjunto,
19 são ações articuladas nacionalmente e defendidas por organismos sindicais e
20 instâncias do aparelho de Estado.

21 O planejamento e a tomada de decisões por autoridades responsáveis,
22 com base em informações científicas, transparência e integração de ações, têm
23 a ganhar se incorporadas as dimensões do trabalho, fator estruturante da
24 nossa sociedade (JACKSON FILHO et al., 2020).

25

26 2.1 TRABALHO, SAÚDE E VULNERABILIDADE: POLÍTICAS PÚBLICAS

27

28 Para Dye (2013) política pública compreende as escolhas dos governos
29 de fazer ou não fazer. Os governos mediam conflitos na sociedade, distribuem
30 uma variedade de recompensas simbólicas e serviços materiais aos membros
31 da sociedade, impõe impostos para os cidadãos, entre outros. As políticas
32 públicas, assim, podem regular o comportamento, burocracias e distribuir
33 benefícios ou todas as coisas ao mesmo tempo (DYE, 2013).

1 A gestão pública não pode ser reduzida à gestão empresarial, aplicada à
2 administração pública. O trabalho público tem suas especificidades e exige
3 uma gestão pública diferenciada das empresas. Nesse sentido, as ciências
4 sociais podem acrescentar novos aportes à gestão pública que são
5 absolutamente decisivos (MENY; THOENIG, 1992). Quando se usa o termo
6 políticas públicas, está implícito no seu conceito às atividades administrativas e
7 legislativas com o propósito de resolver problemas reais (KNOEPFEL et al.,
8 2007).

9 As ciências políticas também se preocupam com o estudo das políticas
10 públicas, que compreendem a descrição e explanação das causas e
11 consequências das atividades governamentais. Estes estudos abrangem,
12 segundo DYE, 2013: a) a descrição do conteúdo das políticas públicas; b) a
13 análise do impacto social, econômico e influência política no conteúdo
14 das políticas; c) questiona os efeitos dos arranjos institucionais e os processos
15 políticos nas políticas públicas; d) avalia as consequências das políticas
16 públicas na sociedade, sejam estes efeitos almejados ou não (DYE, 2013).

17 As políticas públicas são extremamente abrangentes e sua formulação
18 depende das demandas da sociedade e dos problemas que são definidos e
19 incorporados na agenda pública. Podem-se observar políticas públicas em
20 diversas áreas de atuação, por isso se requer diferentes áreas do
21 conhecimento para subsidiar a formulação de propostas alternativas. Segundo
22 Knoepfel et al. (2007), todas as políticas públicas visam solucionar problemas
23 públicos que são identificados e incorporados na agenda governamental. A
24 noção de política pública refere-se ao jogo de poder em um específico contexto
25 institucional, no qual estão buscando solucionar um problema coletivo e pode
26 haver colaboração entre Estado e atores privados.

27 As políticas públicas são instrumentos essenciais para a promoção do
28 bem-estar social, a redução das desigualdades e a garantia dos direitos
29 fundamentais dos cidadãos. Elas representam o conjunto de ações, programas
30 e projetos desenvolvidos pelo Estado para atender às necessidades da
31 população, visando o equilíbrio econômico, social e ambiental da sociedade.
32 Neste contexto, diversos teóricos contribuíram para a construção de conceitos

1 e abordagens que fundamentam a formulação e implementação de políticas
2 públicas efetivas (KNOEPFEL et al., 2007).

3 A Teoria da Escolha Pública (do Inglês, *Public Choice Theory*),
4 desenvolvida por James M. Buchanan e Gordon Tullock (1958), explora como
5 as decisões políticas são tomadas por atores racionais que buscam maximizar
6 seus próprios interesses. De acordo com essa abordagem, políticos e
7 burocratas podem ser influenciados por incentivos pessoais, resultando em
8 políticas que favorecem grupos de interesse específicos em detrimento do
9 interesse público geral. Nesse sentido, a Teoria da Escolha Pública ressalta a
10 importância do controle e transparência das ações governamentais para evitar
11 a captura do Estado por interesses particulares (BUCHANAN; TULLOCK,
12 1962).

13 A Teoria da Eficiência Econômica (do Inglês, *Economic Efficiency*
14 *Theory*) enfatiza a alocação racional dos recursos escassos da sociedade para
15 maximizar o bem-estar coletivo. De acordo com essa perspectiva, as políticas
16 públicas devem ser cuidadosamente planejadas e avaliadas, levando em
17 consideração os custos e benefícios de cada medida. A ideia central é que as
18 intervenções do Estado devem buscar a eficiência econômica para evitar
19 desperdícios e garantir que os recursos sejam alocados da melhor maneira
20 possível para atender às necessidades da população (ATKINSON, 2015).

21 A Teoria do Estado de Bem-Estar Social (do Inglês, *Welfare State*
22 *Theory*), desenvolvida por pensadores como Esping-Andersen, Marshall e
23 Titmuss, ressalta a importância do Estado na promoção da igualdade e
24 proteção social (ESPING-ANDERSEN, 1990; TITMUSS, 1968; MARSHALL,
25 1967). Segundo essa teoria, o Estado deve assumir a responsabilidade de
26 prover serviços essenciais, como educação, saúde, habitação e assistência
27 social, para garantir a dignidade e o bem-estar de todos os cidadãos. A justiça
28 social e a redistribuição de renda são elementos-chave dessa abordagem
29 (ESPING-ANDERSEN, 1990; TITMUSS, 1968; MARSHALL, 1967).

30 Embora as teorias mencionadas forneçam fundamentos importantes
31 para a construção de políticas públicas, a sua implementação enfrenta diversos
32 desafios.

1 Burocracia e Corrupção: A máquina burocrática pode ser lenta e
2 ineficiente, dificultando a efetivação das políticas. Além disso, a corrupção
3 representa um obstáculo significativo, comprometendo a transparência e o
4 sucesso das iniciativas governamentais (ESPING-ANDERSEN, 1990;
5 TITMUSS, 1968; MARSHALL, 1967; ATKINSON, 2015; BUCHANAN;
6 TULLOCK, 1962).

7 Dificuldades Orçamentárias: A escassez de recursos muitas vezes limita
8 a amplitude e a qualidade das políticas públicas, dificultando a garantia de
9 serviços de qualidade para todos os cidadãos (ESPING-ANDERSEN, 1990;
10 TITMUSS, 1968; MARSHALL, 1967; ATKINSON, 2015; BUCHANAN;
11 TULLOCK, 1962).

12 Resistência a Mudanças: Algumas políticas enfrentam resistência por
13 parte de grupos de interesse que podem ser afetados negativamente pelas
14 mudanças propostas, tornando a implementação mais complexa (ESPING-
15 ANDERSEN, 1990; TITMUSS, 1968; MARSHALL, 1967; ATKINSON, 2015;
16 BUCHANAN; TULLOCK, 1962).

17 Avaliação e Monitoramento: A falta de avaliação rigorosa e
18 monitoramento constante dos programas pode dificultar a identificação de suas
19 efetividades e a necessidade de ajustes para melhor atender às demandas da
20 sociedade (ESPING-ANDERSEN, 1990; TITMUSS, 1968; MARSHALL, 1967;
21 ATKINSON, 2015; BUCHANAN; TULLOCK, 1962).

22 A sociologia do trabalho explora a fragilidade como consequência da
23 deterioração das condições de trabalho, considerando a importância central do
24 trabalho nos processos de interação social. A perspectiva de agravamento da
25 precariedade do trabalho durante e após a pandemia indica uma intensificação
26 do quadro de disparidades pré-existente (PIRES et al., 2020) e o surgimento de
27 novos segmentos sociais historicamente mais desamparados, em estado de
28 fragilidade. Além disso, a inadequação das políticas sociais e das medidas
29 relacionadas, como respostas às demandas existentes, pode resultar em
30 medidas contraproducentes derivadas de "avaliações incorretas" que reduzem
31 a capacidade de distribuição e ampliam as desigualdades. O conceito de
32 vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2003; 2009) reconhece as
33 susceptibilidades populacionais e a resposta social, recorrendo à análise do

1 risco, conceito clássico da epidemiologia, como indicador de problema ou
2 medida (necessidade de saúde), e a capacidade de resposta social de
3 diferentes grupos populacionais, da saúde pública e do Estado. Ao tratar dos
4 riscos e vulnerabilidades de trabalhadores no contexto da pandemia, este
5 estudo dialoga com aberturas produzidas por essa perspectiva, analisando não
6 apenas “as associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção
7 entre diferentes condições objetivas e mensuráveis”, mas considerando “a
8 variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz
9 de seus significados sociais concretos” (AYRES et al., 2009).

10 Assim, o texto se articula em torno do eixo da vulnerabilidade expressa
11 na distribuição do adoecimento e morte por COVID-19, quanto às variações por
12 gênero, idade, ocupação, escolaridade, mas também aos efeitos da
13 precarização do trabalho e da desproteção social do trabalho, com a
14 amplificação do trabalho informal e prejuízos ao trabalho artesanal, que
15 expressam a sobreposição dinâmica de determinantes sociais como etnia,
16 gênero e classe social (AYRES et al., 2009).

17 Um estudo conduzido pela Rede de Pesquisa Solidária (DIAS, 2020)
18 avaliou “o padrão de vulnerabilidade” durante a pandemia no Brasil, e
19 identificou que os impactos da COVID-19 no mundo do trabalho obedecem às
20 desigualdades estruturais da sociedade brasileira. A população preta apresenta
21 vínculos de trabalho que são mais frágeis e compõem a maior parte da
22 informalidade. Destaque para as mulheres, particularmente as pretas, que
23 também são muito vulneráveis por integrar setores econômicos historicamente
24 desregulamentados – como a prestação de serviços domésticos, atividade que,
25 em larga medida, foi reduzida, com demissão expressiva de trabalhadoras(es)
26 (ARANTES, 2020).

27 A relação gênero e pandemia também é outro aspecto que precisa ser
28 destacado. Embora se admita que homens apresentem maior gravidade e
29 mortalidade pela COVID-19 (SHARMA et al., 2020), pouco se sabe sobre como
30 a pandemia tem afetado diferentemente homens e mulheres (WENHAM et al.,
31 2020). Prevê-se que o distanciamento social tenha efeito relevante para as
32 mulheres, uma vez que estas são as mais engajadas no cuidado informal nas
33 famílias, o que pode limitar a capacidade de trabalho remunerado, implicando

1 diminuição de renda e autonomia destas (WENHAM et al., 2020), aumento de
2 sobrecarga física e mental e até aumento do risco de violências (UN WOMEN,
3 2020). Além disso, as mulheres representam 70% das trabalhadoras de saúde
4 na linha de frente na atenção à pandemia, enfrentando múltiplos riscos à sua
5 saúde, bem-estar e segurança (UN WOMEN, 2020). A resposta efetiva à
6 pandemia implica o reconhecimento das diferenças na vulnerabilidade de
7 gênero relacionada à exposição ao vírus, acesso à proteção e tratamento,
8 adoecimento e morte, bem como políticas de proteção social e segurança
9 (SANTOS et al., 2020).

10 Paralelo a esse cenário, ainda está sob-risco os trabalhadores que
11 compõem os serviços essenciais. Esses serviços são aqueles considerados
12 indispensáveis ao atendimento das necessidades da população (ARANTES,
13 2020). Além das(os) trabalhadoras(es) da saúde, pode-se mencionar os
14 serviços de proteção (policiais, agentes penitenciários, bombeiros), ocupações
15 de escritório e apoio administrativo (bancários, correios e mensageiros,
16 representantes de atendimento ao paciente), ocupações de serviços
17 comunitários e sociais (assistentes sociais, conselheiros) e até ocupações de
18 construção e extração (encanadores, instaladores de fossas sépticas, reparo
19 de elevadores) (BAKER et al., 2020). Essas ocupações devem ser
20 contempladas pelas intervenções em saúde pública, já que podem constituir
21 fontes potenciais de exposição ao vírus (ARANTES, 2020).

22 Além do risco de contaminação, é preciso destacar os efeitos imediatos
23 de ansiedade e de estresse entre trabalhadoras(es). Um estudo que avaliou
24 profissionais de saúde identificou que 39% apresentavam algum sofrimento
25 psíquico, especialmente aqueles que trabalhavam em Wuhan com sobrecarga
26 de trabalho (DAI et al., 2020). Esses profissionais também podem sentir medo
27 do contágio e da transmissão para suas famílias, amigos ou colegas (XIANG et
28 al., 2020), além de apresentarem sinais de esgotamento, como distúrbios do
29 sono (QI et al., 2020). Apesar das ocupações ditas como linha de frente
30 apresentarem alto risco para algum comprometimento na saúde mental, os
31 impactos psicológicos das medidas de distanciamento social também trazem
32 repercussões importantes para outras(os) trabalhadoras(es). Pessoas
33 fisicamente ativas, mas que deixaram de trabalhar em decorrência da

1 necessidade do distanciamento social, apresentaram piores condições de
2 saúde física e mental (ZHANG et al., 2020). Essas informações enfatizam a
3 importância de apoiar as(os) trabalhadoras(es) por meio de intervenções de
4 proteção à saúde mental em momentos de crise generalizada (XIANG et al.,
5 2020).

6

7 2.2 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO E MITIGAÇÃO DA PANDEMIA PARA 8 TRABALHADORES

9

10 A pandemia de COVID-19, que teve início em 2019, desencadeou uma
11 das maiores crises globais do século XXI, afetando profundamente todos os
12 aspectos da sociedade. No Brasil, o enfrentamento da pandemia exigiu a
13 implementação de políticas públicas para mitigar os impactos da doença na
14 saúde da população e na economia do país. Neste capítulo, abordar-se-ão
15 algumas das principais políticas brasileiras de mitigação durante esse período
16 desafiador.

17 Medidas de Restrição e Distanciamento Social: Desde os primeiros
18 casos de COVID-19 no Brasil, foram adotadas medidas de restrição e
19 distanciamento social para reduzir a disseminação do vírus. O isolamento
20 social, o fechamento de escolas, estabelecimentos comerciais e atividades não
21 essenciais foram algumas das estratégias utilizadas pelos governos estaduais
22 e municipais para conter a propagação do vírus e evitar o colapso do sistema
23 de saúde (SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020).

24 Ampliação do Sistema de Saúde: Diante da rápida disseminação do
25 vírus, houve uma necessidade urgente de ampliar a capacidade do sistema de
26 saúde para atender à crescente demanda por serviços médicos. Nesse sentido,
27 foram construídos hospitais de campanha, ampliados leitos de UTI, adquiridos
28 equipamentos e insumos médicos e contratados profissionais de saúde para
29 fortalecer a resposta do sistema de saúde à pandemia (SILVA et al., 2020).

30 Auxílio Emergencial: Para mitigar os impactos econômicos da pandemia
31 sobre a população mais vulnerável, o governo brasileiro implementou o Auxílio
32 Emergencial. Esse programa de transferência de renda proporcionou um
33 benefício financeiro mensal para trabalhadores informais, autônomos,

1 desempregados e outras famílias em situação de vulnerabilidade social,
2 visando garantir a subsistência durante o período de restrições econômicas
3 (SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020).

4 Campanhas de Conscientização: Conscientizar a população sobre a
5 gravidade da pandemia e a importância das medidas preventivas foi um
6 aspecto essencial da política de mitigação. Foram realizadas campanhas de
7 comunicação em diversos meios, incluindo TV, rádio, internet e redes sociais,
8 para disseminar informações sobre a COVID-19, os sintomas da doença e a
9 necessidade de adotar medidas como uso de máscaras, higienização das
10 mãos e distanciamento social (SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020).

11 Avanço da Vacinação: A vacinação contra a COVID-19 se mostrou uma
12 das principais estratégias para controlar a disseminação do vírus e reduzir o
13 número de casos graves e óbitos. O governo brasileiro implementou
14 campanhas de vacinação em massa, buscando acelerar a imunização da
15 população e atingir altas taxas de cobertura vacinal (SANTOS et al., 2020;
16 SILVA et al., 2020).

17 Apesar das políticas de mitigação implementadas, o enfrentamento da
18 pandemia no Brasil também enfrentou desafios e críticas. A falta de
19 coordenação entre os diferentes níveis de governo, a polarização política, a
20 desinformação e a dificuldade em garantir o cumprimento das medidas de
21 restrição foram algumas das questões que impactaram a eficácia das políticas
22 adotadas (SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020).

23 As desigualdades sociais perpassam dimensões fundamentais para
24 análise da evolução e mitigação da COVID-19 no contexto brasileiro.
25 Populações de baixa renda, distribuídas de forma heterogênea pelas regiões
26 do país, apresentam maior exposição ao novo coronavírus devido aos
27 aglomerados urbanos, restrição ao saneamento básico, dependência de
28 transporte público e nível de acesso aos serviços de saúde (BUCCHIANERI,
29 2010).

30 Nesse cenário, a desigualdade social e a elevada pobreza e miséria
31 existentes no Brasil constituem um sinal de alerta maior quando comparados
32 com outros países. A China, por exemplo, apresenta peculiaridades
33 sociopolíticas e culturais que a colocam em situação mais favorável, além de

1 dispor de recursos financeiros mais elevados do que o Brasil (DIAS, 2020). As
2 iniquidades existentes no país certamente serão intensificadas em decorrência
3 da redução dos fluxos econômicos.

4 A informalidade, que representa aproximadamente 41,4% do mercado
5 de trabalho brasileiro (IBGE, 2020), durante este período de crise sanitária e
6 econômica figurou como um dos principais problemas relacionados à perda de
7 renda, com ausência de dispositivos de proteção social e garantia de direitos
8 trabalhistas e de seguridade social. As políticas do governo federal adotadas
9 em meio à pandemia, que deveriam ampliar a proteção social de
10 trabalhadoras(es), não têm sido concebidas nesta perspectiva, segundo
11 estudiosos do trabalho e do direito do trabalho. Essas medidas de governo
12 explicitam a escolha de proteção do mercado e dos negócios em detrimento da
13 proteção de trabalhadoras(es) (SANTOS et al., 2020).

14

15 2.3 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

16

17 Ao reconhecer os fatores capazes de impactar a saúde mental dos
18 profissionais de saúde durante a pandemia, deve-se pensar que quanto mais
19 prolongada for, mais demandas referentes à Síndrome de Burnout (Síndrome
20 do Esgotamento Profissional) podem surgir, fenômeno psicossocial que
21 emerge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no
22 trabalho e se caracterizam por exaustão emocional, despersonalização e
23 reduzida realização pessoal no trabalho (ZANATTA, 2015).

24 Portanto, neste momento de crise, os gestores de instituições de saúde,
25 alinhados com os níveis governamentais, devem pensar atitudes que ao menos
26 minimizem o desgaste psicossocial dos profissionais de saúde. Podem-se
27 organizar plantões de atendimento psicológico nas instituições hospitalares,
28 disponibilização de material *on-line* (remoto) sobre redução de ansiedade,
29 medo e desespero em momentos de crise, treinamentos constantes para
30 intensificar a segurança na prestação da assistência, contratação emergencial
31 de mais profissionais para diminuição de sobrecarga laboral e garantia de
32 equipamentos de proteção individual (DANTAS, 2020).

33

2.4 SEQUELAS DA COVID-19 NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Ressalta-se a necessidade do conhecimento de como estes agravos podem influenciar nas condições de saúde e nas questões relacionadas ao trabalho (CAMPOS et al., 2020). No Brasil, faz-se necessário instituir políticas públicas de saúde e assistenciais que garantam a manutenção da saúde e do emprego dos trabalhadores sequelados pela COVID-19 e que apresentem alguma restrição às atividades de trabalho desempenhadas anteriormente.

Acredita-se que algumas sequelas são tratáveis, entretanto podem perdurar necessitando das empresas contratantes um retorno gradual às funções desempenhadas (DANTAS, 2020). Em outros casos, pode haver sequelas irreversíveis em que os trabalhadores necessitem de uma mudança de função ou readaptação funcional, nesses casos as empresas contratantes devem garantir as adequações para que os trabalhadores possam retornar as atividades laborais e assim possam continuar mantendo seu sustento (SAIDEL et al., 2020).

Pode-se observar que as complicações da COVID-19 são inúmeras e capazes de interferirem na saúde do trabalhador, seja por meio da dificuldade no exercício da função ocupacional, ou até por ocasionarem aposentadorias precoces. Este cenário é desafiador e requer resposta imediata de políticas públicas e serviços de saúde (SHIGEMURA et al., 2020). Ainda, é necessário destacar que a COVID-19, em muitos casos está relacionada ao trabalho e seu reconhecimento como uma doença ocupacional garante ao trabalhador benefícios previdenciários e trabalhistas que podem auxiliar no tratamento das sequelas ocasionadas pela COVID-19 (DANTAS, 2020).

O estudo apresentou como limitação o fato de ainda não haver publicações que possam prever, com certeza, a duração da COVID-19 longa e de todas as complicações que ela pode ocasionar aos trabalhadores. No entanto, essa reflexão contribui com o desenvolvimento prioritário de iniciativas que visem o restabelecimento da saúde dos inúmeros trabalhadores acometidos pela COVID-19. Assim como, subsidia o desenvolvimento de pesquisas futuras e reflexões relacionadas à saúde do trabalhador.

1 O conjunto de evidências aqui reunidas acerca da COVID-19 no mundo
2 do trabalho permite identificar as principais lacunas, desafios e possibilidades
3 para a atuação dos serviços de saúde, da sociedade civil organizada e das
4 universidades no difícil contexto da pandemia (DANTAS, 2020). As
5 informações reunidas neste texto podem contribuir para a construção da
6 agenda sobre pandemia e trabalho.

7 Nesse sentido, a preservação da saúde de trabalhadoras(es) deve ser o
8 eixo articulador das políticas públicas e das demais iniciativas. Assinala-se que
9 trabalhadoras(es) que se mantêm em atividade de trabalho durante a pandemia
10 – sem garantia do direito à saúde, pois este direito inclui a possibilidade de
11 adoção do distanciamento social, que não se viabiliza em circunstâncias de
12 iniquidades sociais e de saúde – devem ser prioritariamente alvo de atenção
13 para controlar a disseminação da doença e proteger a vida (SANTOS et al.,
14 2020).

15 A pandemia recoloca, na ordem de prioridades, a defesa do SUS e de
16 seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, assim como a dos
17 sistemas de garantia de direitos da classe trabalhadora brasileira, a saber:
18 direito ao acesso a serviços de saúde; à proteção social, nos casos de
19 impossibilidade de exercer suas atividades de trabalho; ao trabalho digno,
20 instrumentalizado e protegido aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde e
21 dos serviços essenciais públicos e privados; a uma renda básica, em caso de
22 desemprego ou de trabalho desregulamentado; e, mais do que nunca, o direito
23 fundamental à vida (SANTOS et al., 2020; WANG et al., 2020).

24 Ampliar as políticas e medidas de proteção é uma necessidade urgente
25 para outras atividades com risco de exposição, como é o caso de
26 trabalhadoras(es) de farmácia, entregadores (*delivery*), carteiros, de transporte
27 de cargas e de passageiros e pessoal de apoio, frentistas de postos de
28 combustíveis, serviços de abastecimento e vendas de alimentos e de produtos;
29 serviços residenciais, porteiros e zeladores, pessoal de limpeza,
30 empregados(as) domésticos(as); vigilantes, policiais, bombeiros; cuidadores de
31 idosos e de pessoas dependentes; trabalhadoras(es) de manutenção de
32 serviços públicos e privados de telefonia, eletricidade, água, gás, Internet,
33 segurança pública, serviços funerários, coleta de lixo, dentre outras.

1 A atual condição de crise humanitária provocada pela pandemia acelerou
2 uma série de iniciativas de proteção social que teve centralidade no campo de
3 trabalho. Vários governos implementaram ou estenderam programas de
4 proteção a grupos vulneráveis, com introdução de medidas e legislação sobre
5 assistência à saúde, mitigação do desemprego e assistência social, que
6 incluíram desde a transferência de renda até o apoio e manutenção de postos
7 de trabalho (OIT, 2020). Prospectivamente, essas medidas devem ser
8 incorporadas como mecanismos sustentáveis de proteção social, com
9 participação de trabalhadoras(es), suas representações, empregadores e
10 Estado, para a garantia da legislação trabalhista e previdenciária, com a
11 formulação de uma agenda sólida de consolidação do trabalho decente e
12 retomada do desenvolvimento pós-pandemia.

13 Pode-se afirmar que a agenda de ações de Saúde Mental continua sendo
14 urgente e vital na atualidade e deve ser um dos alicerces da resiliência em uma
15 sociedade que enfrentará inúmeros desafios como resultados dessa pandemia
16 por COVID-19 (VENTURA et al., 2020), que ainda não se sabe quando findará,
17 nem ao menos quais serão as sequelas definitivas na Saúde Mental dos
18 profissionais de saúde que estão trabalhando de maneira tão intensa.

19 Como se trata de um ensaio teórico e reflexivo escrito em meio a uma
20 pandemia, as situações emergenciais relacionadas às leis, às normas e às
21 orientações sobre a segurança no trabalho bem como às atuações
22 profissionais precisam ser constantemente revistas. A partir desta reflexão,
23 indica-se que devem ser realizadas discussões ampliadas sobre os limites e as
24 possibilidades de praticar a terapia ocupacional na área de Saúde,
25 especificamente no enfrentamento às pandemias, e sistematizar as
26 experiências que já vêm sendo feitas.

27 Nesse cenário pandêmico, aponta-se, também, a necessidade de estudos
28 sobre os impactos da COVID-19 no futuro (VENTURA et al., 2020), para que
29 em outros momentos históricos se tenha conhecimento científico ampliado
30 sobre os aspectos da Saúde Mental que circunscrevem as pandemias e outros
31 eventos críticos, para que surjam estratégias eficazes no campo da saúde
32 pública e coletiva para os devidos enfrentamentos de maneira mais assertiva e
33 em tempo hábil.

1 Faz-se necessário estabelecer políticas públicas de saúde, previdenciária
2 e trabalhista que garantam aos trabalhadores acometidos por sequelas da
3 COVID-19 tratamento de saúde adequado, estabilidade no emprego ao retorno
4 e benefício social em caso de necessidade de afastamento do trabalho.
5 Algumas instituições de saúde, já estão organizadas para o atendimento desta
6 população, com serviços de reabilitação e acompanhamento; no entanto,
7 espera-se que os serviços de saúde e as instituições empregadoras
8 reconheçam a COVID-19 relacionada ao trabalho para que os trabalhadores
9 possam ter seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos.

10

11

12

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado em três etapas: 1. Pesquisa bibliográfica e documental, a partir de documentos de domínio público no sítio institucional da Casa Civil do Governo do Paraná e publicações referentes ao processo de mitigação e impacto social do coronavírus; 2. Revisão sistemática de escopo da literatura acerca do impacto da COVID-19 em trabalhadores da saúde bucal; 3. Estudo descritivo com dados da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) sobre trabalhadores da saúde em geral. A seguir, discorrer-se-á acerca de cada uma destas etapas de forma detalhada.

3.1 DESENHOS DOS ESTUDOS

3.1.1 Pesquisa documental

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não possuem a obrigatoriedade de informar as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos (BERNARDO et al., 2004). Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois, permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo; porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. São considerados artigos de revisão narrativos e são qualitativos (BERNARDO et al., 2004; ROTHER, 2007).

A pesquisa documental, bem como outros tipos de pesquisa, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os

1 fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos
2 (KRIPKA et al., 2015; SÁ-SILVA et al., 2009). Ela pode ser utilizada no ensino
3 na perspectiva de que o investigador “mergulhe” no campo de estudo
4 procurando captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos
5 documentos, contribuindo com a área na qual ele se insere, seja na área da
6 educação, saúde, ciências exatas e biológicas ou humanas.

7 A pesquisa documental consiste num intenso e amplo exame de
8 diversos materiais que ainda não sofreram nenhum trabalho de análise, ou que
9 podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações
10 complementares, chamados de documentos (GUBA et al., 1981).

11 A construção começou com base numa revisão da literatura sobre a
12 interface saúde do trabalhador e COVID-19 nas bases PubMed, BIREME,
13 Cochrane Library, medRxiv e LitCovid, bem como materiais na literatura cinza,
14 incluindo trabalhos publicados entre dezembro de 2019 e dezembro de 2021.
15 Utilizou-se como estratégias de busca: Workers OR Health Personnel OR
16 Occupational Groups OR Community Health Workers AND COVID-19 OR
17 severe acute respiratory syndrome coronavirus, adequando-as a cada base
18 bibliográfica. Foram selecionadas 24 publicações científicas, além de relatórios
19 de agências internacionais, como o Centro de Controle e Prevenção de
20 Doenças dos Estados Unidos (CDC) – e em outras fontes, como entidades
21 sindicais e de representação de classes de profissionais de saúde.

22 O presente estudo se utilizou de uma abordagem qualitativa, com
23 objetivo exploratório e descritivo, e de procedimento documental (SILVEIRA;
24 CÓRDOVA, 2009). Os documentos analisados foram acessados por meio da
25 plataforma digital “Sistema Estadual de Legislação”, disponibilizada pela Casa
26 Civil do Governo do Paraná (PARANÁ, 2020). Trata-se de um banco de dados
27 de livre acesso, que concentra todos os atos normativos e administrativos
28 promulgados pelo poder público estadual. A partir do campo “acesso rápido” é
29 possível pesquisar por termos, por tipo de documento e por temas. Além disso,
30 ainda é possível filtrar os resultados por um intervalo de tempo.

31 Para essa pesquisa foi utilizada a opção de busca por termos e
32 selecionada a opção “texto completo”, que rastreia os conceitos-chave ao longo
33 de todo o conteúdo do documento. Os termos empregados na busca foram

1 sars-cov-2 OR coronavírus OR covid-19 e o intervalo de tempo envolveu de
2 dezembro de 2019 até abril de 2022. Ademais, para compor os resultados,
3 foram selecionados todos os tipos de documentos, tais como: lei, lei
4 complementar, constituição estadual, decreto, emenda constitucional,
5 resolução e portaria.

6 Foi encontrado um total de 297 atos normativos nessa pesquisa. Dentro
7 desse conjunto, estão incluídas diversas regulamentações abrangendo uma
8 ampla gama de assuntos. Pode-se mencionar, por exemplo, os decretos que
9 estabelecem diretrizes para a concessão de auxílio pecuniário emergencial,
10 medidas para adaptação do orçamento, definição de dias de ponto facultativo,
11 ajustes na estrutura administrativa do Estado, suspensão temporária da
12 cobrança de empréstimos consignados, orientações e recomendações
13 referentes ao calendário acadêmico, bem como aqueles que regulam o
14 funcionamento das atividades essenciais e não essenciais.

15 Além disso, existem atos normativos que determinam a adoção de
16 medidas restritivas e protetivas para toda a população, como o distanciamento
17 social e a obrigatoriedade do uso de máscaras. Essas medidas visam garantir
18 a segurança e o bem-estar da população, mitigando os impactos da pandemia
19 e promovendo a saúde pública.

20 Nesse universo de atos normativos, encontrou-se uma variedade de
21 diretrizes que abordam uma ampla gama de questões relevantes para o
22 funcionamento da sociedade em tempos desafiadores. Considerando que
23 muitos desses atos afetavam diretamente apenas alguns grupos específicos de
24 pessoas, tais como uma parcela reduzida da população que fazia jus à ajuda
25 financeira, ou, na maioria dos casos, categorias específicas de servidores do
26 Estado que precisavam se adequar às novas realidades e funcionamento das
27 suas repartições, optou-se por selecionar para análise apenas aqueles atos
28 que implicavam medidas para a sociedade de forma ampla e direta. Sendo
29 assim, os critérios adotados para seleção e inclusão dos atos normativos na
30 análise foram: 1) representar impacto social direto e imediato; 2) ter alcance
31 amplo e abrangente.

32

33

1 3.1.2 Revisão sistemática de escopo

2 Dadas as características do atendimento odontológico – que inclui
3 proximidade face a face entre pacientes, cirurgiões-dentistas (CD) e equipe
4 auxiliar – ocorre exposição frequente à saliva, ao sangue e a outros fluidos.
5 Também há produção de aerossóis, além de contato com instrumentos
6 cortantes manuais contaminados. As medidas de biossegurança são
7 fundamentais para evitar a transmissão de microrganismos (KUMBARGERE
8 NAGRAJ; EACHEMPATI; PAISI et al., 2020; CHECCHI; BELLINI;
9 BENCIVENNI et al., 2021; DEANA; SEIFFERT; ARAVENA-RIVAS et al., 2021;
10 GUGNANI e GUGNANI, 2021; MEETHIL; SARASWAT; CHAUDHARY et al.,
11 2021; SAMARANAYAKE; FAKHRUDDIN; BURANAWAT et al., 2021). Em
12 situações de surtos de determinadas doenças, os cuidados com a prática
13 clínica odontológica se tornam ainda mais necessários, a fim de que
14 profissionais e pacientes estejam mais seguros e protegidos.

15 Em decorrência desse panorama sanitário, a pandemia da COVID-19
16 impactou significativamente inúmeros setores da atividade humana, incluindo o
17 setor odontológico em todo o mundo. Não apenas as rotinas de atendimento
18 odontológico, mas mudanças mais gerais com repercussões econômicas
19 (rendimentos dos dentistas do setor privado e custos operacionais para
20 serviços públicos); preocupações generalizadas sobre riscos laborais;
21 adiamentos e perdas de seguimento de pacientes eletivos e pressão sobre
22 serviços de urgência e pronto-atendimento; sofrimento psíquico e outros
23 eventos decorrentes da pandemia (GUO; ZHOU; LIU et al., 2020; GOMES;
24 VIEIRA; DARUGE et al., 2021; MILAGROS NATALIA YÁÑEZ; FRANCO
25 FABRICIO SALAZAR e MILUSKA FRISANCHO, 2021; SOTO-GÁMEZ;
26 ANEYBA-LÓPEZ; PERALDI-SADA et al., 2021).

27 Contudo, ainda não se sabe de modo mais sistematizado como os
28 profissionais da Odontologia vivenciam essas novas condições de trabalho
29 embora sejam perceptíveis sentimentos como incerteza sobre a
30 sustentabilidade financeira, preocupação com o futuro da profissão, ansiedade
31 frente às demandas atuais e estresse associado com pressão psicológica.
32 Assim, como base na prévia problematização, justifica-se a realização de uma
33 revisão sobre os impactos da pandemia da COVID-19 para a prática dos

1 profissionais de odontologia, com ênfase em aspectos econômicos, emocionais
2 e estruturais referente ao processo de trabalho.

3 Revisões sistemáticas de literatura são abordagens científicas úteis
4 para conhecer o corpo de evidência existente, pertinente ao tema de interesse
5 de pesquisa – ou o que se convencionou chamar também de “estado da arte”
6 sobre um determinado tópico. Incluem materiais bibliográficos que sintetizam
7 informações científicas utilizando como fonte, principalmente, publicações
8 primárias de pesquisas originais, seguindo um esquema originalmente proposto
9 pela medicina baseada em evidência (FERRAZ; PEREIRA e PEREIRA, 2020).

10 Lacunas na literatura científica são frequentemente identificadas nas
11 revisões, seja no nível de evidência existente para determinado tópico de
12 interesse ou na força de recomendação para uso de algum procedimento ou
13 tecnologia em saúde, induzindo à realização de novas pesquisas. Além disso,
14 fomentam novas ideias com informações válidas, sobretudo para a teoria ou
15 metodologia empregada. Finalmente, quando a revisão está acoplada a um
16 projeto maior, que irá envolver coleta de dados e pesquisa empírica, possibilita
17 comparar/contrastar evidências, abrindo um diálogo entre a literatura existente
18 e os achados da pesquisa em curso.

19 A despeito de sua larga utilização na pesquisa científica mundial, as
20 definições de revisões sistemáticas tendem a serem vagas e ambíguas, muitas
21 vezes usando termos como necessidade de “método claro”, “explícito” e
22 “sistemático”, sem elaboração adicional (KRNIC MARTINIC; PIEPER; GLATT
23 et al., 2019). Ao longo da última década, surgiram vários tipos de revisões de
24 literatura, ou formatos que usam métodos sistemáticos (reproduzíveis) para
25 sintetizar evidências que auxiliam na tomada de decisões em saúde (FERRAZ;
26 PEREIRA e PEREIRA, 2020).

27 Portanto, há uma perspectiva de diversidade de abordagens,
28 superando a restritiva dicotomia anteriormente existente que previa apenas
29 dois tipos principais de revisões da literatura: (i) revisão narrativa (ou
30 tradicional, que não utiliza comumente métodos replicáveis, tendo em vista que
31 são selecionadas amostras bibliográficas por conveniência pessoal do autor da
32 revisão); e (ii) revisão sistemática, no senso estrito (frequentemente restrita à
33 produção de sumarizações de questões clínicas sobre efetividade de

1 intervenções biomédicas, priorizando ensaios clínicos e resumando
2 evidências com ou sem metanálises – sínteses quantitativas).

3 Atualmente, com o rápido desenvolvimento deste campo de
4 abordagem da literatura científica, podem ser identificados
5 protocolos/guidelines para planejar, conduzir e relatar análises e sínteses que
6 incluem revisão sistemática qualitativa isolada, ou em combinação com
7 revisões quantitativas e também aquelas que aplicam métodos mistos (PLUYE;
8 HONG; BUSH et al., 2016). Há uma profusão de publicações de revisões que
9 usam métodos sistemáticos com várias denominações e tipologias de questões
10 a serem respondidas: revisão de escopo, meta-revisão de escopo, revisão
11 integrativa com metassíntese ou metassumariação, revisão com métodos
12 mistos (ou estudos mistos), revisão de revisões, umbrela review, overview de
13 revisões, revisão rápida, e a lista avança para além de 10 tipos (GRANT e
14 BOOTH, 2009; MUNN; STERN; AROMATARIS et al., 2018).

15 Iguualmente, emergiu uma farta disponibilização de estruturas de
16 formulação de perguntas de pesquisa, sendo identificados mais de três
17 dezenas dessas estruturas (ou acrônimos) de formulação de perguntas e
18 estratégias de busca, para além da clássica estrutura PICO (Population,
19 Intervention, Comparison and Outcomes) – por exemplo, PICOT, PICOD,
20 PECO(S), PICO, SPICE, SPIDER, PVO, ECLIPSE, CITYPOMP, CoCoPop,
21 PEO, PCC (MUNN; STERN; AROMATARIS et al., 2018; BOOTH; NOYES;
22 FLEMMING et al., 2019).

23 Uma revisão bem conduzida e que utilize métodos sistemáticos, seja
24 em qual tipo se enquadre, deve atender padrões no que diz respeito à clareza
25 e replicação (HIGGINS; THOMAS; CHANDLER et al., 2019). Uma dificuldade
26 das revisões sistemáticas tradicionais (clínicas) é que elas são altamente
27 demandantes de recursos humanos e tecnológicos, muitas vezes exigindo
28 árduos meses de trabalho de equipes treinadas para serem conduzidas.
29 Dependendo da novidade ou complexidade identificada para um tema, pode
30 ser recomendável conduzir primeiro uma revisão de escopo, visando à
31 descoberta inicial do corpo de evidências ainda em formação, em uma
32 determinada área e/ou tema de interesse relativamente novo. Revisões de
33 escopo (também chamadas, algumas vezes, de revisões “panorâmicas”) têm

1 como objetivo identificar a natureza e o alcance das evidências existentes,
2 geralmente incluindo pesquisas em andamento.

3 Portanto, as revisões de escopo são mais indicadas quando um corpo
4 de literatura ainda não foi totalmente revisado ou exibe uma natureza muito
5 ampla, complexa ou heterogênea, não passível de uma revisão sistemática
6 padrão, constituída de perguntas mais focalizadas (TEMPLE UNIVERSITY
7 LIBRARIES, 2021). Os resultados de uma revisão de escopo geralmente se
8 concentram na gama de conteúdo identificada, e a avaliação quantitativa é
9 muitas vezes limitada a uma contagem do número de fontes que relatam um
10 determinado problema ou recomendação. Nesse sentido, têm natureza mais
11 exploratória e geralmente tratam de uma questão ampla. Tópicos de pesquisa
12 novos ou emergentes, atualizações de revisões anteriores, tópicos críticos,
13 podem ser abordados para avaliar o que já é conhecido sobre uma política,
14 serviço, intervenção ou prática clínica, usando métodos sistemáticos (MUNN;
15 AROMATARIS; TUFANARU et al., 2019).

16 O processo de revisão de escopo inclui:

17 Etapa 1 - definição de um tópico de revisão, objetivo e subquestões. O
18 acrônimo FINER neste momento é útil e mostra pontos importantes na
19 elaboração da pergunta: ou seja, se a pergunta é (F) factível, (I) interessante,
20 (N) nova, (E) ética e (R) relevante.

21 Etapa 2 - elaboração de um protocolo de revisão de escopo, com
22 predefinição dos objetivos, métodos e relatórios da revisão, permitindo a
23 transparência do processo. Atualmente, os protocolos de revisão de escopo
24 não podem ser registrados no PROSPERO (banco de dados internacional para
25 registro de revisões em andamento).

26 Etapa 3 - aplicação da estrutura PCC. Esta estrutura: População-
27 Participantes/Conceito/Contexto é recomendada para identificar os elementos
28 principais na pergunta de revisão. Para a População-Participantes, se aplicável,
29 é bom informar características dos mesmos. Para o Conceito, ele precisa ser
30 claramente articulado para orientar o escopo e a amplitude da investigação.
31 Isso pode incluir detalhes relativos às “intervencções e/ou fenômenos de
32 interesse”. Para o Contexto, contam fatores socioambientais ou culturais, como

1 localização geográfica ou detalhes sobre uma profissão, comunidade ou
2 instituição.

3 Etapa 4 - realização de pesquisas sistemáticas (incluindo literatura
4 cinzenta).

5 Etapa 5 - sistematização da triagem para estudos que atendam aos
6 critérios de elegibilidade.

7 Foi utilizada a seguinte pergunta orientadora: “O que nos revela a
8 literatura científica atual sobre os impactos da pandemia da COVID-19 para a
9 prática dos profissionais de odontologia, com ênfase em aspectos econômicos,
10 emocionais e relacionados à estrutura do trabalho? ”

11 Por meio desta pergunta-chave, as publicações elegíveis foram
12 recuperadas, verificadas quanto à pertinência a partir dos títulos e resumos,
13 filtradas e selecionadas. Em um primeiro momento foi realizada a busca na
14 base de dados Cochrane Library, para verificar a existência de alguma revisão
15 sistemática já publicada sobre este tema da pergunta.

16 Verificada a não existência, a busca prosseguiu para a base mais
17 abrangente, o Google Scholar, com respectiva verificação de possível
18 duplicidade nas bases Pubmed/Medline, Web of Science, Scopus, Lilacs e
19 Scielo. O Google Scholar foi priorizado para a revisão de escopo porque indexa
20 a produção mais relevante da “literatura cinzenta” (*grey literature*). A pesquisa
21 não teve restrição de idioma, desenho de estudo ou localização geográfica. A
22 busca foi restrita a títulos publicados de janeiro de 2020 até março de 2022 –
23 recorte temporal transpandêmico.

24 O material identificado como potencialmente relevante foi importando
25 para o gerenciador bibliográfico EndNote Web. Após a remoção das duplicatas,
26 dois revisores (AVSS, ROCS) examinaram os títulos e resumos de material
27 identificado na busca sistemática. Os critérios de inclusão foram títulos que
28 tratavam dos possíveis impactos da pandemia da COVID-10 em profissionais
29 da Odontologia. Os textos completos foram posteriormente selecionados face
30 aos critérios de inclusão, pelos mesmos revisores (o candidato, orientador e
31 membro de Programa de Iniciação Científica (IC)).

32 Doze artigos foram selecionados para inclusão na revisão, com leitura
33 completa. Quaisquer divergências ou incertezas foram resolvidas por meio de

1 discussão e deliberação com um terceiro revisor (SJM). De acordo com as
2 metodologias de revisão de escopo, avaliação crítica de qualidade não foi
3 realizada nos estudos incluídos, porque o objetivo é fornecer uma visão geral
4 da literatura existente sobre o tema de revisão. Foram extraídas e organizadas
5 em planilha Excel as seguintes informações: autores, título, ano de publicação,
6 país, objetivos do estudo, tipo de estudo.

7 8 3.1.3 Estudo descritivo sobre trabalhadores da saúde do Paraná

9 Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com coleta de
10 dados de período de janeiro de 2020 a abril de 2023 do sistema Kibana®,
11 utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Os dados coletados
12 foram digitados na planilha do Microsoft Excel para Windows-7 (Microsoft
13 Office 2007).

14 O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em
15 Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) (Anexo 1)
16 sob o número de parecer 4.087.832.

17 Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de
18 doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as
19 características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e
20 quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados
21 secundários (dados pré-existentes de mortalidade e hospitalizações, por
22 exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo)
23 (COSTA-LIMA; BARRETO, 2003).

24 A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou
25 a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à
26 saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade,
27 escolaridade e renda, entre outras. Quando a ocorrência da doença/condição
28 relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, o
29 epidemiologista é capaz não apenas de identificar grupos de alto risco para fins
30 de prevenção mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações
31 futuras (SZKLO et al., 2000; COSTA-LIMA; BARRETO, 2003).

32 Estudos descritivos observacionais de prevalência são estudos
33 observacionais cujo delineamento responde à pergunta de pesquisa a respeito

1 da existência de uma dada característica no momento em que é feita a
2 pesquisa ou a abordagem pontual dos participantes. Corresponde a estudos
3 seccionais ou de corte seccional, também conhecidos na literatura como
4 inquéritos ou *surveys*, que documentam eventos existentes em um
5 determinado momento, como casos de uma doença e fatores de risco ou
6 proteção. Estes estudos incluem os que determinam, na população, as
7 frequências de casos, tanto os já existentes como os novos, segundo
8 características das pessoas ou variáveis contextuais tradicionalmente
9 atribuídas aos indivíduos (idade, sexo, etnia, status socioeconômico, ocupação,
10 situação conjugal, orientação sexual, hábitos); dos locais de ocorrência (ruas,
11 bairros, regiões administrativas, setores censitários, áreas urbanas ou rurais,
12 municípios, estados, países); e das épocas de ocorrência (hora, dia, mês, ano)
13 (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL, 2021).

14 A pergunta de pesquisa refere-se à frequência pontual de uma doença,
15 de um fator de risco ou de uma característica específica dessa população ou
16 segmento comunitário. Assume-se que há um recorte momentâneo no tempo
17 (a chamada sincronia nas ciências sociais). O nome “estudo descritivo de
18 prevalência” descreve o que foi feito sem necessidade de outras explicações
19 (MERCHÁN-HAMANN; TAUIL, 2021).

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

1 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2 3 4 4.1 Pesquisa documental

5 A atuação estatal na promoção do bem-estar social demanda a
6 implementação de políticas públicas que atendam às aspirações da população.
7 Essas políticas consistem em um conjunto de medidas destinadas a enfrentar
8 desafios e maximizar oportunidades de interesse coletivo (CASTRO et al.,
9 2014; TUDE et al., 2010). Segundo Pedone (1986), os impactos na sociedade
10 dependem da distribuição de recursos e das dimensões abrangidas.

11 O desenvolvimento e o crescimento estão intrinsecamente ligados, mas
12 são conceitos distintos (PETRANSKI et al., 2021). Educação, saúde e
13 qualificação profissional representam simultaneamente condições para o
14 crescimento econômico e indicadores de desenvolvimento social (FEIJÓ,
15 2007). Além do crescimento, o desenvolvimento requer políticas públicas e
16 ações privadas que disseminem os benefícios do crescimento, alcançando um
17 número maior de pessoas (FEIJÓ, 2007).

18 No âmbito regional, também surgem desigualdades, e o
19 desenvolvimento não ocorre de maneira homogênea, exigindo esforços e
20 programas para mitigar e combater problemas e disparidades (MADUREIRA,
21 2015). Essas ações regionais devem considerar as particularidades locais,
22 permitindo que agentes e instituições governamentais identifiquem e participem
23 da implementação dessas iniciativas. Esse processo reafirma o papel do
24 Estado, por meio de políticas públicas, na promoção do bem-estar e na
25 proteção das classes sociais mais vulneráveis (IPEA, 2018; ROTTA et al.,
26 2007). Para fins de intervenção, considera-se um problema coletivo aquele que
27 requer resolução por meio de uma política pública (VIEIRA, 2021).

28 Essa explicação é fornecida por Knoepfel et al. (2007), os quais também
29 complementam que a tipologia do problema determinará os métodos de ação
30 governamental, que, por sua vez, influenciarão nas decisões e atividades dos
31 afetados. Uma política destinada a resolver um problema coletivo sempre terá
32 o potencial de impactar o processo e a evolução da mudança social
33 (KNOEPFEL et al., 2007; VIEIRA, 2021).

1

2 Com base nesses princípios, é possível compreender a dinâmica
3 resultante dos primeiros casos de infecção por COVID-19 no Brasil, ocorridos
4 entre o final de fevereiro e o início de março de 2020 (BRASIL, 2021), quando
5 os governantes de todo o país se apressaram em implementar medidas e
6 dispositivos legais para respaldar as ações de enfrentamento e contenção dos
7 índices de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 em suas jurisdições.

8 No Brasil, a pandemia atingiu uma progressão significativa, com graves
9 consequências sanitárias, políticas e econômicas. Houve problemas
10 principalmente na coordenação dos serviços públicos para combater a
11 propagação da doença e prestar assistência a milhões de pessoas
12 diagnosticadas e não diagnosticadas (OMS, 2020; BRASIL, 2020).

13 O combate à pandemia tem sido afetado por diversos fatores, incluindo a
14 interação entre atores políticos e o funcionamento institucional das políticas
15 públicas (ABRUCIO et al., 2020). Nesse contexto, um aspecto recorrente na
16 crise epidemiológica é a dimensão das políticas territoriais (BROSCHECK et
17 al., 2017), que afetam federações e países com estruturas federalizadas
18 (BALDI, 1999; SWENDEN, 2006).

19 A dimensão das políticas territoriais ocorre em diversos países, como
20 Estados Unidos, Itália, Espanha, Alemanha, Índia, México e Brasil. Nessas
21 nações, as relações de conflito e cooperação entre o governo central e os
22 governos subnacionais desempenharam um papel significativo nas políticas
23 públicas de saúde contra a COVID-19. Em algumas dessas experiências,
24 soluções federativas bem-sucedidas contribuíram para o êxito no combate à
25 pandemia, como no caso alemão (PLEITGEN, 2020). Já nos casos dos
26 Estados Unidos e do Brasil, houve dificuldades na luta contra a COVID-19,
27 especialmente devido a conflitos e falta de coordenação intergovernamental.

28 A análise do marco institucional baseia-se na relação entre atores,
29 instituições, políticas públicas e federalismo (PIERSON, 1995; BENZ,
30 BROSCHEK, 2013). Com base nesse referencial geral, a análise da
31 coordenação federativa no governo Bolsonaro revela um conflito entre dois
32 modelos federativos. Por um lado, temos as estruturas e ideais da Constituição
33 de 1988 (CF/88), que se baseiam em características cooperativas e forte

1 coordenação federal. Por outro lado, há a concepção bolsonarista de
2 federalismo, caracterizada por uma visão centralizadora e hierárquica em
3 questões de impacto nacional e dualista nas relações intergovernamentais, o
4 que reduz a participação da União na redução das disparidades territoriais e no
5 apoio aos governos subnacionais.

6 Quanto à legitimidade dos atos normativos, argumenta-se que qualquer
7 regulamentação só entra em vigor e se torna válida a partir de sua publicação
8 (SOARES, 2008). Nesse sentido, o princípio da publicidade na administração
9 pública é consagrado desde a Constituição Federal, em seu artigo 37 (BRASIL,
10 1988). Assim, graças à Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011), é possível
11 ter fácil acesso aos documentos e procedimentos adotados pelos três poderes
12 da União, bem como pelos Estados, Distrito Federal e municípios.

13 Considerando a emergência provocada pela pandemia de COVID-19 no
14 Brasil, inúmeros atos normativos e administrativos precisaram ser criados e
15 implementados pelos governadores brasileiros. No Estado do Paraná, por
16 exemplo, foi disponibilizada uma página especial em seu site governamental
17 para fornecer maior transparência sobre as ações adotadas durante esse
18 período, permitindo que os cidadãos conhecessem os principais instrumentos
19 normativos criados pelo poder público para enfrentar a epidemia no estado.

20 Este estudo concentrou-se nos instrumentos divulgados publicamente
21 entre dezembro de 2019 e abril de 2022. Foram selecionados para análise
22 aqueles que tiveram maior abrangência e impacto social direto e imediato.
23 Dessa forma, surgem três questões-chave: quais são as propostas e mudanças
24 efetivas do federalismo sob o governo Bolsonaro intensificadas pela pandemia?
25 Diante disso, quais são as continuidades federativas e novas estratégias
26 adotadas pelos governos subnacionais – especialmente os estados – que
27 fazem diferença no contexto federativo? Por fim, qual é o impacto dessas
28 relações intergovernamentais sobre as políticas públicas contra a COVID-19?

29 Seguindo os critérios de seleção, foram incluídos na análise os
30 instrumentos adotados pelo poder público que tiveram um impacto social direto
31 e imediato, visando beneficiar amplamente os paranaenses. Assim, de um total
32 de 297 atos identificados, apenas 15 atenderam aos critérios de seleção e
33 estão apresentados no Quadro 1.

1 Quadro 1. Atos Normativos selecionados para análise

ATO NORMATIVO	DATA	SÚMULA
Decreto 4.230	16/03/2020	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus - COVID-19.
Decreto 4.298	19/03/2020	Declara situação de emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE nº 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19.
Decreto 4.317	21/03/2020	Dispõe sobre as medidas para a iniciativa privada acerca do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância decorrente da COVID-19.
Decreto 4.319	23/03/2020	Declara o estado de calamidade pública, como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
Res. SEED 1.016 03/04/2020	03/04/2020	Estabelece em regime especial as atividades escolares na forma de aulas não presenciais, em decorrência da pandemia causada pelo COVID-19.
Res. SEJUF 131	07/04/2020	Delibera que os restaurantes, lanchonetes, pizzarias, e similares, com trabalhadores em atividade de atendimento e demais serviços nessas empresas, no Estado do Paraná, devem seguir as recomendações desta Resolução.
Lei 20.189	28/04/2020	Obriga, no Estado do Paraná, o uso de máscaras enquanto perdurar o estado de calamidade pública em decorrência da pandemia do coronavírus SARS-CoV-2, e adota outras providências.
Decreto 4.692	25/05/2020	Regulamenta a Lei Estadual nº 20.189, de 28 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso geral e obrigatório de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19 enquanto perdurar o estado de calamidade pública, e medidas correlatas.
Decreto 4.885	19/06/2020	Dispõe sobre novas medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, em decorrência da Infecção Humana pela COVID-19, para os municípios que integram a 2ª Regional da Saúde.
Decreto 4.886	19/06/2020	Dispõe sobre novas medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, em decorrência da Infecção Humana pela COVID-19, aos municípios do Estado do Paraná.
Decreto 4.942	30/06/2020	Dispõe sobre medidas restritivas regionalizadas para o enfrentamento da COVID-19.
Decreto 6.284	01/12/2020	Dispõe sobre proibição provisória de circulação em vias públicas, como medida de enfrentamento à pandemia da COVID-19.
Decreto 6.294	03/12/2020	Dispõe sobre novas medidas de distanciamento social para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.
Decreto 6.555	17/12/2020	Prorroga por 10 dias a vigência das medidas de distanciamento social para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, estabelecidas no Decreto nº 6.294, de 03 de dezembro de 2020.
Decreto 6.590	28/12/2020	Prorroga por mais dez dias a vigência das medidas de distanciamento social para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 dispostas no Decreto nº 6.294, de 3 de dezembro

2 Fonte: O autor, a partir de informações disponíveis no site: PARANÁ. Sistema Estadual de Legislação (2021)

1 No que tange à literatura, além de ser necessário que uma teoria da
2 mudança descreva os impactos e resultados esperados, deve-se identificar os
3 eventos ou condições que podem afetar o alcance desses resultados,
4 identificar as suposições que o programa está fazendo sobre causas e efeitos,
5 bem como levantar as premissas que uma avaliação precisa considerar
6 (MENY; THOENIG, 1992; KNOEPFEL et al., 2007; IMAS; RITS, 2009). Nesse
7 sentido, à luz desses pressupostos, os Quadros 2 e 3 oferecem uma alternativa
8 de análise mais estruturada para o decreto nº 4.230 de 16/03/2020 e para a Lei
9 20.189 de 28/04/2020.

10 O Decreto nº 4.230 (Quadro 2) e a Lei nº 20.189 (Quadro 3) estão entre
11 as primeiras e mais emblemáticas medidas adotadas pelo Governo do Paraná
12 para conter e enfrentar a epidemia do coronavírus no Estado. Ambas tiveram
13 impacto amplo e direto na rotina dos paranaenses. O Decreto nº 4.230 aparece
14 como primeiro ato normativo assinado pelo governador com vistas a orientar
15 medidas de enfrentamento à emergência de saúde e, embora a maior parte
16 dos seus artigos esteja voltada às entidades da administração pública direta,
17 autarquias e fundações, esse instrumento define diretrizes e estratégias de
18 enfrentamento e tratamento a serem seguidas pela população durante o
19 período pandêmico. Dentre suas principais implicações ao pleno da sociedade,
20 está a suspensão de eventos abertos ao público com aglomeração acima de
21 cinquenta pessoas e a interrupção das aulas presenciais em todas as escolas e
22 universidades públicas estaduais e particulares. O simples fato de suspender
23 as atividades acadêmicas em todo o Estado já poderia resultar em impacto
24 direto à maior parte dos paranaenses, todavia, além disso, o dispositivo
25 suspende o funcionamento de *shoppings centers* e academias, ampliando
26 ainda mais o alcance dos seus efeitos. A esse aspecto, uma observação digna
27 de ser destacada é que a redação desse decreto sugeria que as medidas de
28 suspensão de atividades em *shoppings centers* e centros de ginástica fossem
29 adotadas em regime de colaboração entre poder público e setor privado,
30 entretanto, essa sugestão passou a ser determinação com o Decreto 4.301, de
31 19/03/2020 e, no dia seguinte, retornou a ser orientação de colaboração a partir
32 do Decreto 4.311, de 20/03/2020.

1 Ainda que o Decreto nº 4.230 tenha sofrido diversas edições e
2 atualizações ao longo do período, foi responsável pela produção de inúmeros
3 outros atos normativos de ordem administrativa, haja vista que criou a
4 necessidade de toda estrutura do Estado se adequar às suas
5 regulamentações. A própria Resolução SEED nº 1.016 de 03/04/2020 é um
6 exemplo desses desdobramentos, já que, em consideração ao decreto,
7 estabelece, de forma excepcional, o regime de aulas não presenciais no âmbito
8 da Secretaria Estadual de Educação e do Esporte. O Decreto nº 4.317 de
9 21/03/2020 representa outro desdobramento. Além de definir quais serviços
10 seriam considerados essenciais, esse dispositivo determina que as medidas de
11 segurança e distanciamento impostas pelo Decreto nº 4.230, para os órgãos
12 públicos do executivo, também fossem seguidas pelos demais poderes do
13 Estado e, em regime de colaboração, pela iniciativa privada. Por conseguinte,
14 tem-se desde a adoção de trabalho remoto pelos demais poderes até a
15 Resolução SEJUF nº 131 de 04/04/2020, que obriga restaurantes, lanchonetes,
16 pizzarias e similares a adotar medidas de distanciamento e proteção em suas
17 dependências, a exemplo do aumento de distanciamento entre mesas e a
18 utilização de luvas, máscaras e álcool gel por clientes e funcionários. Nesse
19 sentido, dado seus desdobramentos, impactos e abrangência, é possível
20 indagar acerca do potencial que o Decreto nº 4.230, enquanto política pública,
21 assume como indutor de transformações no tecido social.

22 Conquanto buscasse a redução ou contenção dos índices de
23 transmissão a partir de medidas restritivas, o fato é que o Decreto nº 4.230
24 induziu as pessoas a uma maior permanência em suas casas. Se a relação
25 entre causa e efeito esperada (MENY; THOENIG, 1992, p. 96; KNOEPFEL et
26 al., 2007) era limitar a circulação das pessoas, as chances dessa hipótese
27 causal se realizar, supostamente, vê-se ampliada a partir do momento em que
28 o governo reduz os motivos para se sair de casa. Em acréscimo, outro
29 incentivo à permanência nos lares aparece com a campanha “fique em casa”,
30 promovida pelo próprio governo, que foi apoiada e incentivada por diversos
31 grupos e comunidades. Em termos de custos e benefícios (MENY; THOENIG,
32 1992), assim como numa referência ao contexto ex-post (IMAS; RITS, 2009,;
33 CAVALCANTI, 2007), verifica-se que essas medidas provocaram diversas

1 tensões políticas e sociais. Ainda que imediatamente às medidas o Estado
2 tenha presenciado um período com baixos índices de infecção pela doença, à
3 época a imprensa fazia transparecer o descontentamento de setores afetados
4 com as restrições de funcionamento. A Associação Comercial do Paraná, por
5 exemplo, embora tenha apoiado o fechamento do comércio em alguns
6 momentos, em diversas ocasiões manifestou sua insatisfação com as medidas
7 (BITTAR, 2020). Além disso, basta uma pesquisa rápida na Internet para
8 identificar uma diversidade de notícias envolvendo protestos e manifestações
9 de empresários e associações, afetados com as medidas de restrição à
10 abertura e funcionamento. Evidentemente, é válido mencionar que muitos
11 desses protestos eram dirigidos e sentidos pelos prefeitos em suas respectivas
12 cidades, já que eram estes os responsáveis pelas implementações das
13 medidas em seus municípios. Coincidência ou não, algum tempo depois, num
14 processo de flexibilização, muitas das atividades afetadas pelo Decreto nº
15 4.230 de 16/03/2020 foram liberadas para funcionar, a exemplo dos shoppings
16 e centros comerciais, os quais foram beneficiados pela Nota Orientativa nº
17 34/2020 da Secretaria Estadual de Saúde (PARANÁ, 2020). Essa nota foi
18 editada no dia 22/05/2020, quando a média de notificações diárias no Paraná
19 ainda estava em 129 casos, um número relativamente baixo, mas que passou
20 a crescer significativamente a partir do mês de junho. No dia 30 de junho, por
21 exemplo, a média móvel de casos foi de 1.550 (BRASIL, 2021).

22 Outro ponto que merece registro é que a despeito de muitos
23 trabalhadores terem sido demitidos de seus empregos, novas modalidades de
24 consumo e atividades ganharam força, como as vendas online e os serviços de
25 delivery (SEBRAE, 2020), um efeito possivelmente não esperado, mas
26 certamente provocado pelo estímulo à maior permanência das pessoas em
27 suas casas. Com relação aos Decretos nº 4.298 e nº 4.319, de 19/03/2020 e
28 23/03/2020, respectivamente, utilizados para declaração de situação de
29 emergência e estado de calamidade pública no Paraná, embora sejam
30 meramente formais e simbólicos, foram selecionados devido atingirem,
31 indiretamente, a todos os paranaenses, uma vez que são esses instrumentos
32 que criam sustentação jurídica para que o governo tome providências
33 excepcionais no sentido de enfrentar a emergência sanitária.

1 Quadro 2. Análise do Decreto nº 4.230 de 16/03/2020

Decreto 4.230 de 16 de março de 2020	Diretrizes aplicadas
<p>Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus - COVID-19. O decreto define como objetivos estratégicos no Estado: limitar a transmissão do vírus, incluindo infecções secundárias, a partir da prevenção de eventos que possam amplificar a transmissão; Identificar, Cuidar, Oferecer Assistência aos infectados; comunicar e informar sobre a pandemia. Dentre outros pontos, define quais medidas poderão ser aplicadas ao tratamento; estabelece diretrizes para a organização administrativa e de pessoal nas instituições de saúde; determina suspensão de eventos abertos ao público e que gerem aglomeração; suspende aulas presenciais em escolas e universidades estaduais, públicas e privadas; suspende visitas na Ilha do Mel e suspende o funcionamento de <i>shoppings centers</i> e academias.</p>	1. Qual objetivo/que resultados se espera da política proposta?
	<p>1) Preparar o sistema de saúde do Estado para o enfrentamento da pandemia. 2) Limitar a circulação das pessoas, prevenir a transmissão do vírus, evitar o colapso do sistema de saúde estadual.</p>
	2. Qual estratégia de intervenção e que tipo de política se trata?
	<p>Política de regulação, que adota a prevenção como principal medida de enfrentamento.</p>
	3. Quais sujeitos afetados pela medida?
	<p>Diretamente, qualquer pessoa que se encontre em território paranaense. No entanto, de forma especial, profissionais de saúde, empresários e trabalhadores das áreas abrangidas com restrições de funcionamento.</p>
4. Em termos de relação causal, quais os resultados imediatos e intermediários, que se alcançando, possibilitarão o alcance dos resultados esperados a longo prazo?	
<p>Imediatamente, espera-se limitar a circulação de pessoas, para então se alcançar uma contenção ou estabilização dos índices de transmissão.</p>	
5. Quais os pressupostos centrais subjacentes?	
<p>Que todos os indivíduos compreendam a importância das medidas. Que empresários e comerciantes se ajustem à proposta; que a estrutura de saúde esteja apta à situação de emergência; que haja fiscalização eficiente.</p>	
6. Quais elementos do contexto podem facilitar ou dificultar o sucesso da medida?	
<p>Podem contribuir: o entendimento da urgência pela população e sujeitos afetados; recursos e incentivos federais para compensar os serviços e atividades suspensas. Podem dificultar: o movimento social e político de negação à pandemia; falta de fiscalização; pressão política por parte dos municípios e empresários para reabertura dos espaços suspensos.</p>	

2 Fonte: Adaptado de Meny e Thoenig (1992) e Imas e Rist (2009)

1 Conforme identificado e discutido, mesmo sofrendo diversas edições e
2 adequações, o Decreto nº 4.230 de 16/03/2020 tornou-se, indiscutivelmente,
3 um dos dispositivos de maior importância e repercussão no Estado do Paraná.
4 Da mesma forma, a Lei nº 20.189 de 28/04/2020, regulamentada pelo Decreto
5 nº 4.692 de 25/05/2020, ao determinar a obrigatoriedade do uso de máscaras e
6 exigir a disponibilização de álcool gel 70% em todos os estabelecimentos,
7 consequentemente, terminaria por representar uma das medidas de maior
8 amplitude e impacto na rotina dos paranaenses.

9 Tendo em conta que a edição da Lei nº 20.189 ocorre em consonância
10 com as medidas tomadas por outros países e demais Estados do Brasil,
11 verifica-se, num primeiro momento, tratar-se de um dispositivo coerente com o
12 contexto pandêmico universal (IMAS; RIST, 2009, p. 148) e que, desse modo,
13 pode demonstrar um entendimento de concordância por parte do governo
14 estadual, com as medidas adotadas por outros Estados e países, com a
15 finalidade de evitar uma proliferação descontrolada do vírus no Estado. Nesse
16 sentido, exige a adoção de álcool gel 70% pelos estabelecimentos e obriga a
17 utilização de máscara por qualquer pessoa que se encontre em espaço público.
18 Em complemento, atendendo à Nota Informativa nº 3/2020 do Ministério da
19 Saúde, sugere que as máscaras sejam, de preferência, aquelas
20 confeccionadas artesanalmente.

21 Essa medida viria provocar uma importante mudança no comportamento
22 social dos paranaenses, pois tornaria comum o uso da máscara por todos e
23 ainda embutiria um novo hábito de higienização para as mãos. Enquanto que o
24 “antigo normal” era o rosto livre, desde então passou a ser normal as pessoas
25 circularem com a boca e nariz cobertos por uma máscara. Do mesmo modo, a
26 adesão ao álcool gel parece ter sido amplamente alcançada, tanto que além de
27 estar presente na entrada dos estabelecimentos, passou a ser utilizado pelas
28 pessoas em suas casas e ser levado em bolsas e bolsos, denotando não
29 apenas a adesão à medida, mas, o grau de confiança no poder esterilizador e
30 preventivo desse produto. Em consequência, uma reportagem do portal de
31 notícias do curso de jornalismo da PUC-PR (MACHADO, 2020) revela o
32 aumento na demanda por esses produtos e ainda denuncia o aumento
33 extraordinário nos seus preços.

1 Pelo exposto, parece ter sido alcançada a relação direta entre causa e
2 efeito, esperada pelos dispositivos que fundamentaram a ação governamental
3 (MENY; THOENIG, 1992; KNOEPFEL et al., 2007). Em complemento, outra
4 questão pertinente de ser mencionada tem a ver com os custos e benefícios
5 dessa política (MENY; THOENIG, 1992). Se por um lado a população precisou
6 se adaptar à obrigatoriedade de utilização da máscara, por outro, muitas
7 costureiras e artesãos alcançaram uma oportunidade de negócio por meio
8 dessa medida. Um exemplo desse fenômeno é encontrado no anúncio da
9 Prefeitura de Guarapuava (GUARAPUAVA, 2020) sobre contratos com
10 costureiras para fabricação de máscaras reutilizáveis.

11

12

1 Quadro 3. Análise da Lei nº 20.189 de 28/04/2020

Lei nº 20.189 de abril de 2020	Diretrizes aplicadas
<p>Obriga, no Estado do Paraná, enquanto perdurar a pandemia do coronavírus, o uso de máscara por todas as pessoas que se encontrarem fora de suas residências, bem como obriga as repartições públicas, comerciais, bancárias e de transporte a fornecerem esse equipamento aos seus funcionários/servidores e disponibilizarem local para higiene das mãos e álcool gel 70%. Além disso, estipula multa para quem descumprir a determinação.</p>	<p>1. Qual objetivo/que resultados se espera da política proposta? Explicitamente, que nenhum indivíduo saia de casa sem o uso de máscara. Implicitamente, reduzir o índice de contágios no âmbito do Paraná, bem como a sobrecarga do sistema de saúde.</p>
	<p>2. Qual estratégia de intervenção e que tipo de política se trata? Política regulamentária e aplicação de multa àqueles que descumprirem.</p>
	<p>3. Quais sujeitos afetados pela medida? Diretamente, qualquer pessoa que se encontre em território paranaense. No entanto, indiretamente, a determinação atinge de forma especial a indústria de máscara e álcool gel.</p>
	<p>4. Em termos de relação causal, quais os resultados imediatos e intermediários, que se alcançando, possibilitarão o alcance dos resultados esperados a longo prazo? Imediatamente, espera-se que as pessoas tenham o mínimo possível de proteção e que a doença seja evitada com prevenção. A partir disso, se espera a redução dos índices de contágio e o não colapso dos aparelhos de saúde no Estado.</p>
	<p>5. Quais os pressupostos centrais subjacentes? Que todos os indivíduos possam adquirir máscaras; que haja máscaras disponíveis e álcool gel suficiente para toda a população; que todos atendam a determinação; que haja fiscalização eficiente; que os estabelecimentos cumpram e colaborem com a determinação.</p>
	<p>6. Quais elementos do contexto podem facilitar ou dificultar o sucesso da medida? Podem contribuir: o entendimento da urgência pela população, o engajamento de empresas e pessoas na confecção de máscaras. Podem dificultar: o movimento político e social de negação à pandemia; a falta de fiscalização suficiente; a falta de insumos para produção de álcool e máscaras; e o aumento exagerado nos preços desses produtos.</p>

2 Fonte: Adaptado de Meny e Thoenig (1992) e Imas e Rist (2009).

1 Chegando ao mês de junho, um retorno às medidas restritivas e de
2 limites à circulação social é verificado com o Decreto nº 4.885 de 19/06/2020,
3 que implanta, por quatorze dias, restrição de funcionamento a atividades
4 comerciais em geral e *shoppings centers*. Essa medida foi dirigida a 29
5 municípios da chamada 2ª Regional de Saúde do Paraná, os quais, em regime
6 de colaboração coordenada, deveriam restringir o horário de funcionamento do
7 comércio e dos shoppings. Enquanto o comércio em geral deveria funcionar
8 entre 10h e 16h, os shoppings podiam abrir apenas de segunda a sexta-feira,
9 das 12h às 20h. Ainda nesse mesmo dia, num contexto de expansão dos
10 índices de contaminação pelo coronavírus no Estado, o governo edita o
11 Decreto 4.886 de 19 de junho de 2020, com vistas a restringir, pelo prazo de 14
12 dias, em todo o Paraná, a comercialização e o consumo de bebidas alcoólicas
13 em vias públicas entre 22h e 06h.

14 Embora tais políticas tenham reforçado medidas anteriores que já tinham
15 por objetivo reduzir a circulação de pessoas pelas vias públicas, esses últimos
16 decretos não deixam de transparecer a dificuldade encontrada pelo governo
17 para sustentar a relação entre causa e efeito das primeiras medidas, a exemplo
18 do Decreto nº 4.230 de 16/03/2020, que suspendendo aulas, eventos e
19 incentivando atividades não presenciais, desde cedo procurou induzir uma
20 maior permanência das pessoas em suas residências, a fim de evitar uma
21 propagação descontrolada do vírus.

22 Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), a partir do mês
23 de junho as médias diárias de novos casos se aproximaram e ultrapassaram o
24 número de mil notificações no Estado. Nesse contexto, no dia 30 de junho de
25 2020, por meio do Decreto nº 4.942, o governo suspende o funcionamento das
26 atividades econômicas consideradas não essenciais pelo período de quatorze
27 dias. Além disso, também reduz o horário e período de funcionamento de
28 supermercados, fecha parques e praças, e, numa tentativa de preservar o
29 estoque de insumos e materiais, suspende a realização de procedimentos
30 ambulatoriais e cirúrgicos eletivos no Paraná. Novamente, a ênfase segue na
31 redução da circulação social. Nesse sentido, ainda que, incontestavelmente, se
32 verifique a complexidade envolvida no controle de uma emergência sanitária,
33 também é possível avaliar que tais medidas vêm denunciar a exaustão dos

1 efeitos ou até a ineficiência e insuficiência dos atos anteriores, que desde o
2 início buscaram a diminuição da circulação social e baixos índices de
3 transmissão.

4 Meny e Thoenig (1992) orientam que uma política é considerada melhor
5 pelos afetados quando essa lhe confere custos ou benefícios de forma
6 individual, direta e imediata. Além disso, indicam que quando os efeitos da
7 ação são sentidos de forma coletiva ou a longo prazo, que os afetados tendem
8 a ser menos sensíveis e reativos a essas determinações. Esse ponto pode
9 explicar a dificuldade de se sustentar um efeito amplo e duradouro com as
10 principais medidas que visavam o distanciamento social, especialmente num
11 contexto importante de negacionismo e pressão socioeconômica.

12 Após vivenciar um salto no número de infecções no mês de agosto de
13 2020, o Paraná entrou numa curva decrescente entre setembro e outubro
14 (BRASIL, 2021). Inclusive, essa redução do número de casos motivou diversos
15 novos atos normativos, que já orientavam retorno das atividades presenciais
16 em alguns órgãos do governo, a exemplo da portaria ADAPAR 222, de
17 22/09/2020. Contudo, os índices de infecção voltaram a crescer a partir do
18 início de novembro (BRASIL, 2021). Diante desse avanço, o governo publica o
19 Decreto nº 6.284 de 01/12/2020, revogado e aprimorado pelo Decreto nº 6.294
20 de 03/12/2020, instituindo proibição provisória de circulação em espaços e vias
21 públicas, no período das 23h às 5h. Conhecido como toque de recolher, esse
22 ato também proibiu confraternizações e eventos que produzissem
23 aglomerações, bem como proibiu o consumo e a comercialização de bebidas
24 alcoólicas em qualquer estabelecimento comercial entre 23h e 5h. Por sua vez,
25 o Decreto nº 6.555 de 17/12/2020 prorrogou por mais dez dias essas medidas
26 e, o último Decreto do ano 2020, o de número 6.590, de 28/12/2020, estendeu
27 esses efeitos por mais dez dias. Evidentemente, esse último dispositivo
28 dispensou o cumprimento dessas medidas na noite do dia 31 de dezembro.

29 No estudo das políticas públicas no federalismo, a coordenação
30 intergovernamental é fundamental, pois não é fácil compatibilizar a convivência
31 entre autonomia e interdependência, que marca as federações e seu processo
32 decisório (PIERSON, 1995). Aqui, há dois tipos ideais em confronto: os
33 modelos dual e cooperativo (ABRUCIO et al., 2020).

1 No federalismo dual, supõe-se que cada ente possua autonomia
2 constitucional estrita sobre diferentes áreas para impedir a centralização do
3 poder (LOUGHLINET et al., 2013; ABRUCIO et al., 2020). Seu pressuposto é
4 que governos locais gastam mais eficientemente, são mais *accountable* para
5 suas populações e políticas públicas, respondem melhor a particularidades
6 locais. A coordenação federativa seria contingente, circunstancial e, no limite,
7 desnecessária, por ser prejudicial à eficiência decisória e à alocação de
8 recursos.

9 Em termos de expectativa de mudança social essa medida adquire
10 especial importância, pois como causalidade, a fim de controlar os índices de
11 transmissão, esperava-se que as pessoas permanecessem reclusas em suas
12 casas após às 23h. No entanto, em referência ao contexto político e, por se
13 tratar de um período especial de final de ano e de verão paranaense, resta
14 possível avaliar o quão difícil seria atingir plenamente a hipótese causal dessa
15 medida. Uma amostra dessa dificuldade é encontrada na reportagem do jornal
16 Bem Paraná (2020), do dia 29/12/2020, que relata praias cheias, aglomerações
17 e pessoas sem máscaras no litoral do Estado.

18 Conforme explicam Secchi, Coelho e Pires (2019), um problema público
19 é compreendido pela distância entre o *status quo* - situação atual, e a melhor
20 situação possível ou ideal para uma realidade pública. Dessa forma, toda ação
21 governamental com vistas a resolver ou fazer oposição a esse problema é
22 considerada uma política pública. Além disso, os autores lembram que toda
23 implementação de política pública obedece a algumas fases específicas, as
24 quais têm sido descritas como “ciclo de políticas públicas” e estão relacionadas
25 às fases de formação de agenda, formulação de políticas, tomada de decisões,
26 implementação e avaliação. Por essa via, compreende-se que todas as ações
27 implementadas pelo governo do Estado, com o objetivo de enfrentar a
28 pandemia do coronavírus no Paraná, tenham sido produto de ampla discussão
29 entre diversos atores sociais e agentes públicos. Evidentemente, muitos
30 desses elementos escaparam ou não estão contemplados neste trabalho, uma
31 vez que a análise se deu a partir das informações disponíveis no corpo dos
32 atos normativos, os quais possibilitaram apenas uma suposição quanto ao
33 contexto e aos atores envolvidos nos processos.

1 No entanto, a despeito dessa limitação, que não desvela diálogos,
2 negociações e articulações em torno das implementações que foram tomadas,
3 a julgar pelos preâmbulos dos atos normativos, é possível verificar que o
4 governo levou em consideração recomendações da Organização Mundial da
5 Saúde, resoluções do Governo Federal e Ministério da Saúde, além de
6 indicadores dos órgãos estaduais de saúde. Além disso, ainda que não seja
7 possível aferir o grau de influência, ficou evidente a ocorrência de pressões
8 socioeconômicas por parte de empresários e associações que se sentiam
9 prejudicados com as medidas. O próprio Presidente da República condenava
10 as medidas restritivas e ameaçava os governadores com retaliações, o que é
11 demonstrado por uma reportagem da Folha de São Paulo (CHAIB; TEIXEIRA,
12 2020), do dia 14/04/2020, sobre o Supremo Tribunal Federal garantir que
13 Estados e municípios tivessem autonomia para impor medidas de
14 enfrentamento à doença.

15 Contudo, ainda que não seja possível mensurar, adequadamente, o grau
16 de influência dos contextos social, econômico e político, sobre esse vai e vem
17 de decretos que se sucederam no Estado do Paraná, o certo é que essa
18 dinâmica legislativa evidencia a dificuldade encontrada pelo poder público para
19 sustentar a causalidade esperada por suas medidas. No início da pandemia
20 buscou-se reduzir a circulação generalizada de pessoas pelas ruas, impondo,
21 com vistas à contenção do vírus, desde o uso de máscaras até restrição de
22 frequência e espaço, de fato essa sucessão de atos normativos pode apenas
23 denunciar o quanto essas medidas iniciais foram insuficientes ou ineficientes.

24 As razões para esse fenômeno podem ser inúmeras, tais como:
25 pressões socioeconômicas, ideias negacionistas ouvidas e propagadas,
26 inadequação ou insuficiência das implementações, falta de consciência da
27 população, esgotamento social frente ao prolongamento da pandemia,
28 fiscalização ineficiente por parte do poder público, etc. Contudo,
29 definitivamente, a realidade demonstrada pelos indicadores, nesse período, é
30 que o vírus sempre esteve em circulação e que o avanço da doença nunca
31 esteve sob total controle.

32

1 Bolsonaro foi eleito presidente com um discurso contra o sistema político e
2 a “velha política”. Como parlamentar colocou-se contra a redemocratização do
3 país ao constantemente defender o regime militar, mesmo após eleito
4 (Campos, 2019). Seu governo tem como principal adversário os ideais da
5 CF/88, principalmente a expansão da atividade governamental gerada pelo
6 crescimento dos direitos de cidadania e os checks and balances reforçados
7 pelo novo arcabouço constitucional. Seu projeto neopopulista defende uma
8 democracia sem mediações ou fiscalização institucional das relações entre
9 governante e povo (URBINATI, 2019; ABRUCIO et al., 2020).

10 O federalismo cooperativo, central na CF-88, também foi atingido pela
11 visão bolsonarista com o slogan “Mais Brasil, Menos Brasília”. Aparentemente
12 vinculado à transferência de poder a quem o deve ter de direito, esse bordão
13 alicerça uma visão de Estado que combina ultraliberalismo econômico com
14 antiliberalismo político. O primeiro propõe redução drástica da intervenção
15 governamental, secundarizando até mesmo a desigualdade; o segundo busca
16 debilitar controles institucionais em nome de um presidencialismo imperial,
17 aliado a uma postura schmittiana da política, que considera opositores inimigos
18 a serem destruídos (SCHMITT, 1992; ABRUCIO et al., 2020).

19 Baseado nesses fundamentos, Bolsonaro atuou segundo a lógica de um
20 tripé federativo. O primeiro suporte diz respeito à divisão rígida de funções
21 entre níveis de governo. Responsabilidades deveriam ser repassadas a
22 estados e municípios concomitantemente à diminuição drástica de participação
23 da União no financiamento e apoio à redução das desigualdades territoriais. O
24 pressuposto é de que estados e municípios são mais eficientes nas decisões
25 de alocação de recursos, assim a União deveria intervir minimamente. O
26 resultado seria aumentar a desigualdade entre governos subnacionais na
27 provisão de serviços (ABRUCIO et al., 2020).

28 O segundo pilar reforça o dualismo pelo lado da concentração autocrática
29 nas mãos da União em decisões que afetam entes subnacionais. Há
30 pouquíssimo espaço para diálogo, negociação ou participação subnacional em
31 programas federais. Os exemplos são vários, mas o pior ocorre em relação à
32 região amazônica: o conselho criado para cuidar desta questão excluiu
33 governadores da região da estrutura de governança. A concepção de

1 federalismo bolsonarista também contempla, como último pilar, o confronto
2 intergovernamental e a luta constante contra adversários reais ou imaginados.
3 Mobiliza a lógica de guerra para atizar seu eleitorado e marcar posição
4 antissistema. Os maiores inimigos são as instituições e suas lideranças, pois
5 sua visão do presidencialismo repudia a negociação institucional e os *checks*
6 *and balances* do Estado brasileiro, entre os quais está o federalismo
7 (ABRUCIO et al., 2020).

8 Seguindo essa lógica política, Bolsonaro confrontou a Federação por dois
9 motivos. Primeiro, a recusa dos entes subnacionais a políticas do
10 bolsonarismo. Como estados e municípios são os principais responsáveis pela
11 implementação na área social, podem mudar o rumo das decisões tomadas em
12 Brasília. Soma-se a isso a disputa da Presidência com prefeitos e, sobretudo,
13 governadores, vistos como atores que podem mobilizar a opinião pública, o
14 Congresso Nacional e o Supremo Tribunal Federal (STF) em disputas
15 federativas, além de poderem se tornar competidores ou aliados dos maiores
16 adversários eleitorais do presidente. Ao longo da pandemia, esse confronto
17 federativo disseminou-se e os governos subnacionais produziram cartas de
18 repúdio a decisões do governo federal.

19 A combinação de lógica federativa compartimentalizada, autocrática e
20 confrontadora evidenciou-se com a pandemia. Porém eventos críticos
21 anteriores já realçavam essa lógica do federalismo bolsonarista em quatro
22 importantes agendas. A primeira delas ocorre no campo das políticas públicas,
23 nas quais se tentou dismantelar a dinâmica cooperativa formal e informal. Um
24 exemplo contundente foi na educação, visto que o MEC desconsiderou
25 posições dos entes subnacionais em temas como expansão das escolas cívico-
26 militares, alfabetização ou ações em relação à COVID-19. Como resposta,
27 prefeitos e governadores tomaram decisões desprezando propostas do
28 governo federal (ABRUCIO et al., 2020).

29 Esse tipo de conflito federativo também ocorreu em outros setores. Na
30 política ambiental da Amazônia, os governadores foram rechaçados. Na
31 segurança pública, o Ministério da Justiça abandonou o Sistema Único de
32 Segurança Pública (Susp), reduzindo a cooperação com estados (LIMA;
33 BUENO, 2020). Na experiência mais dramática, o combate à pandemia da

1 COVID-19, chocaram-se o modelo bolsonarista e o SUS. O segundo evento
2 crítico concerne à agenda legislativa, particularmente à “PEC do pacto
3 federativo” (PEC 188, 2019). Ela se orienta pela tríade “desobrigar, desindexar
4 e desvincular”, e busca flexibilizar o orçamento devolvendo ao Congresso
5 Nacional o protagonismo sobre decisões alocativas dos entes federativos. No
6 entanto, a concepção de “Mais Brasil, Menos Brasília” reduz a importância da
7 coordenação federativa e tende a ampliar a desigualdade regional. Trata-se de
8 uma nova agenda, em que a junção entre federalismo e nação perde propósito
9 (ABRUCIO et al., 2020).

10 Um terceiro evento crítico consistiu na mudança no posicionamento do STF
11 ao julgar conflitos de competência entre União e governos subnacionais.
12 Historicamente, a tendência é decidir em favor da União (HALBERSTAM,
13 2008). Canello (2017) aponta que, da CF/88 até 2015, de 920 processos sobre
14 conflitos intergovernamentais, 81% foram favoráveis à União e 13% favoráveis
15 aos estados. Com Bolsonaro, entretanto, o STF tem decidido claramente em
16 favor dos entes subnacionais. Na mais importante dessas decisões, o Supremo
17 decidiu que União, estados e municípios têm competência concorrente para
18 atuar em questões sanitárias e podem estabelecer medidas restritivas para
19 combater a pandemia sem aval do governo federal (ABRUCIO et al., 2020).

20 Por fim, como elemento marcante de reação ao federalismo bolsonarista, o
21 Fórum de Governadores e o Consórcio do Nordeste fortaleceram a cooperação
22 horizontal e supriram lacunas deixadas pela União. A crise gerada pela
23 pandemia da COVID-19 evidenciou a necessidade de maior colaboração e
24 transformou essas arenas em contrapontos às iniciativas presidenciais,
25 sobretudo porque os governadores foram mais aderentes ao isolamento social,
26 em contraposição à omissão presidencial (ABRUCIO et al., 2020).

27 No combate à COVID-19, a lógica federativa bolsonarista ganhou feição
28 mais dramática, pois a pandemia é um *complex intergovernmental problem*,
29 exige ainda mais coordenação intergovernamental que políticas corriqueiras.
30 Em vez de mudar de rota, o presidente Bolsonaro radicalizou sua proposta
31 federativa (ABRUCIO et al., 2020). O modelo compartimentalizado, autocrático
32 e de confronto se robusteceu, enquanto governos subnacionais, especialmente
33 governadores, reagiram reafirmando a cooperação e a ativação do SUS como

1 paradigma de governança sanitária. Contudo imperou a lógica de reduzir a
2 coordenação federal.

3 Houve resiliência institucional, pois arranjos federativos ainda pesam,
4 embora atualmente funcionem de maneira menos pactuada. O presidente do
5 Conselho Estadual dos Secretários de Saúde (CONASS) tem sido apartado
6 das decisões do Ministério da Saúde. O protagonismo de Mandetta e o
7 isolamento de seu sucessor, Nelson Teich, foram absolutos em um sistema
8 baseado na pactuação intergovernamental. No início da pandemia,
9 governadores e prefeitos afirmaram que recursos não chegavam, algo anormal
10 para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento da transferência
11 fundo a fundo (BERTONI, 2020). A desarticulação federativa piorou com a
12 chegada do ministro Teich. O representante do CONASS, principal estrutura do
13 SUS de diálogo e negociação federativa, sequer foi convidado a participar de
14 sua posse (ABRUCIO et al., 2020; CONASS, 2020).

15 A descoordenação intergovernamental no enfrentamento da COVID-19
16 aumentou com o conflito entre presidente e governadores, o que ficou explícito
17 na decisão sobre o estabelecimento do isolamento social. Nesta questão, três
18 fatores confluíram: 1) opção do projeto federativo bolsonarista pelos *devolution*
19 *powers*; 2) arcabouço de regras da CF/88 e seu *blend* de cooperação e
20 autonomia; 3) legado prévio de políticas públicas. Numa federação como a
21 brasileira, com seu sistema político altamente consensual, tal discussão
22 chegou ao STF (ABRUCIO et al., 2020).

23 Quanto à opção pelos *devolution powers*, Bolsonaro se desobrigou da ação
24 de combate à COVID-19 e demorou a se pronunciar sobre o vírus. Desde o
25 início preocupado com a economia, minimizou a gravidade da situação ao ver
26 superdimensionado o poder destruidor do vírus (VASCONCELOS, 2020). No
27 caso de federações, essa omissão pode gerar preempção de políticas públicas:
28 ação subnacional pioneira em determinada área que provocaria dificuldades de
29 posterior ação federal em virtude da institucionalização da política no tempo
30 (PIERSON, 1995). Foi exatamente o que ocorreu na determinação do
31 isolamento social, que acabou liderada pelos governadores (ABRUCIO et al.,
32 2020).

1 A ação dos estados aumentou o tom de confronto no discurso do
2 presidente, que disse “tem certos governadores que estão tomando medidas
3 extremas, que não competem a eles, como fechar aeroportos, rodovias,
4 shoppings e feiras”. E segue provocativamente numa entrevista coletiva: “Tem
5 um governo de Estado que só faltou declarar independência”. Como reação, os
6 governadores criticaram fortemente a postura centralizadora e sem diálogo do
7 governo federal em documentos assinados quase unanimemente (ABRUCIO et
8 al., 2020; SOARES, 2020).

9 Optando pelo confronto, Bolsonaro ameaçou flexibilizar as medidas de
10 isolamento adotadas pelos governadores, mas foi desautorizado pelo STF em
11 medida cautelar proposta pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). A
12 decisão baseou-se nas competências compartilhadas em Saúde (artigo 23 da
13 CF/88), presentes no federalismo cooperativo subjacente à Constituição.
14 Quanto ao legado da política pública, a pandemia contrapôs dois modelos de
15 federalismo. A Saúde é a área que melhor representa o arranjo institucional
16 desejado pela CF/88 na articulação entre política pública e federalismo:
17 cooperação, transferência de recursos fundo a fundo, universalização da
18 atenção e gratuidade. Este legado é posto à prova pelo projeto bolsonarista de
19 federalismo (ABRUCIO et al., 2020; SOARES, 2020).

20 O Comitê de Crise da COVID-19, sem representação estadual e municipal,
21 ilustra essa concepção de um federalismo dualista radicalizado com comando
22 centralizado. Ao mesmo tempo, a reação dos governadores para sustentar
23 suas iniciativas e defender o SUS é positiva para o federalismo. A pandemia
24 acelerou e desnudou um jogo federativo que já estava em curso, cuja disputa
25 organiza-se em torno dos modelos dualista e cooperativo. O exemplo que
26 melhor ilustra essa situação é a edição da LC n. 173 (2020), que “estabelece o
27 Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus”. O principal ponto da
28 lei é flexibilizar alguns limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF),
29 acrescidos àqueles já flexibilizados pelo próprio art. 65 da LRF para
30 calamidade pública, e estabelecer critérios de distribuição de R\$ 60 bilhões em
31 transferências federais para estados e municípios (40% por taxa de incidência
32 da doença e 60% por população). Dois pontos chamam atenção: a lei é de 27
33 de maio e apresenta um dispositivo que menciona impedimento ao auxílio pelo

1 município ou estado que não renunciar à ação ajuizada contra a União
2 solicitando auxílio financeiro relacionado ao coronavírus (ABRUCIO et al.,
3 2020; SOARES, 2020).

4 As Comissões Intergestores, desde a década de 1990, decidem sobre a
5 distribuição de recursos por meio das normas operacionais básicas, emitidas
6 pelo Ministério da Saúde. A aprovação por lei mostra o protagonismo do
7 Congresso Nacional, uma vez que estados e municípios têm conseguido
8 melhor comunicação no cenário atual. Outro ponto sobre as ações judiciais é
9 que este fato revela não apenas a forma hierárquica com que a União enxerga
10 as relações intergovernamentais, mas também evidencia como os repasses
11 fundo a fundo do SUS realmente não estavam funcionando na lógica
12 bolsonarista de *devolution powers*. A redução conjuntural do papel da União
13 aumentou a descoordenação intergovernamental e a desigualdade entre
14 estados e municípios. O conflito intergovernamental dificultou a tomada de
15 decisões nacionais, como normas sobre isolamento social, distribuição de
16 recursos e equipamentos médicos. Nessa situação, o Consórcio do Nordeste e
17 estados como São Paulo e Maranhão tomaram decisões que geram
18 competição horizontal e vertical por escassos insumos para o combate à
19 COVID-19. Mesmo no que se refere a outras políticas, como a econômica e a
20 educacional, não ocorreram articulações federativas para atuar contra a
21 pandemia (ABRUCIO et al., 2020; SOARES, 2020).

22 O federalismo brasileiro mudou substancialmente nas últimas décadas. O
23 final do Regime Militar e a CF/88 permitiram assentar as bases de uma
24 federação democrática, descentralizada, participativa e mais cooperativa, que
25 alteraram o padrão anterior autoritário e centralizado. Porém, o caminho aberto
26 pela lógica federativa bolsonarista desequilibrou os pilares da engenharia
27 institucional que emergiram após 1988, com sua aposta num modelo dualista,
28 autocrático e de confronto intergovernamental. As disputas entre o presidente e
29 os governadores relacionadas à autoridade para determinar o isolamento
30 social, por exemplo, evidenciam essa questão (ABRUCIO et al., 2020;
31 SOARES, 2020).

32 Como decorrência do projeto federalista bolsonarista, os efeitos negativos
33 no combate à COVID-19 revelaram-se significativos. O ápice desse processo

1 ocorreu quando o Ministério da Saúde acusou os estados de mentirem sobre o
2 número de mortos pela pandemia, deixando de informar com a periodicidade
3 anterior o número de vítimas e infectados, colocando sob suspeição todo o
4 modelo cooperativo do SUS (ABRUCIO et al., 2020).

5 O confronto e a descoordenação intergovernamentais, provocados pela
6 falta de liderança da União, geraram desperdício de recursos, sobreposição de
7 ações, redução dos ganhos de escala oriundos da coordenação federativa e
8 prejuízos à garantia dos direitos sociais construída ao longo dos anos. O fato é
9 que esse desarranjo federativo foi uma das principais causas para os péssimos
10 resultados alcançados em relação ao número de doentes e de mortos. São
11 dados que colocam o país numa posição desconfortável no cenário
12 internacional.

13 Entretanto, um cenário diferente pode emergir da crise sanitária: o
14 aprendizado sobre a importância do federalismo cooperativo no país, não só no
15 funcionamento cotidiano das políticas públicas, mas, sobretudo, nos momentos
16 em que predominam situações de *complex intergovernmental problem*. O
17 período pós-pandemia deve gerar situações muito complexas em termos de
18 crise social e econômica, tendendo a reforçar ainda mais a importância da
19 cooperação intergovernamental na Saúde, além de outras áreas, como
20 Educação e Assistência Social, mobilizando-as na reconstrução da sociedade
21 brasileira.

22 Se o país realmente aprenderá que preservar um federalismo cooperativo é
23 essencial para evitar novos fracassos, ainda é uma questão em aberto. Mas o
24 exemplo da descoordenação intergovernamental no enfrentamento da COVID-
25 19 ficará registrado como uma triste página da história.

26

4.2 Revisão sistemática

Após aplicação da metodologia proposta, 12 artigos foram selecionados. A tabela 1 sistematiza e resume os materiais da literatura incluídos na presente revisão de escopo.

TABELA 1. Sistematização dos estudos incluídos nesta revisão de escopo. 2022

AUTORES (Vancouver)	TÍTULO	ANO	PAÍS	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO
Dávila-Torres GA, Pacheco-Ludeña JE, Dávila-Torres RF	Impacto dela COVID-19 en la salud mental de los profesionales en odontología, como personal de alto riesgo de contagio	2020	Equador	Avaliar aspectos psicológicos e de preparo de cirurgiões-dentistas frente à COVID-19.	Pesquisa exploratória
Areias JMB, Oliveira HAG, Cavalcanti UDNT	O Impacto da COVID-19 na Prática Odontológica	2020	Brasil	Avaliar a prática odontológica durante a pandemia, as normas de biossegurança recomendadas para o atendimento odontológico e como reagir a manejos clínicos criados durante este período.	Revisão integrativa
Nunes LMN, Ongaratto AMA, Dionísio DSM, Gonçalves EMC, Barbosa WCS	Os Desafios da Prática Odontológica em Tempos de Pandemia	2020	Brasil	Discutir os principais riscos e mudanças que esses tempos de pandemia podem trazer ao contexto odontológico	Texto de opinião
Castro CCLP, Chaves ATD, Nogueira DGM, Trajano RKN, Gomes ACA	Adaptação dos Cirurgiões-Dentistas Frente À Ameaça da COVID-19	2020	Brasil	Abordar os protocolos para o atendimento odontológico até então sugeridos e elucidar as alternativas para reduzir a contaminação pelos cirurgiões-dentistas.	Revisão integrativa
Rocha JR, Myllena Neves J, HG, Moreira JMM, Marques DMC, Feitosa MAL, Gonçalves LM, Carvalho TQA	Odontologia no contexto da pandemia por COVID-19: uma visão crítica	2020	Brasil	Realizar uma análise crítica sobre a prática odontológica no cenário da pandemia por COVID-19	Revisão qualitativa
Lopes S, Moreira M, Maria Cangussu M	Exercício da prática odontológica na atenção primária à saúde durante o enfrentamento à COVID-19: revisão	2020	Brasil	Análise retrospectiva de estudos/normativas com enfoque em vulnerabilidades e cuidados atinentes ao exercício da prática odontológica na Atenção	Revisão narrativa

	narrativa de literatura			Primária de Saúde, frente à COVID-19	
Sigua-Rodríguez EA, Bernal-Pérez JL, Lanata-Flores AG, Sánchez-Romero C, Rodríguez-Chessa J, Haidar ZS, Olate S, Iwaki-Filho L	COVID-19 y la Odontología: una Revisión de las Recomendaciones y Perspectivas para Latinoamérica	2020	Chile Peru Uruguai Colômbia Brasil Equador	Fornecer uma atualização e uma série de recomendações de cuidados específicos que existem até hoje, mas lembrando que essas informações podem sofrer alterações associadas a atualizações e regulamentações, com possíveis novas informações científicas e alterações legislativas	Revisão integrativa
Bhanushali P, Katge F, Deshpande S, Chimata VK, Shetty S, Pradhan D	COVID-19: Changing Trends and Its Impact on Future of Dentistry	2020	Índia	Apontar as principais mudanças e futuras alterações do âmbito odontológico	Revisão narrativa
Kshirsagar MM, Dodamani AS, Deokar RN, Garg Y, Khobragade VR, Garg K	Impact of COVID-19 on Dentistry	2021	Índia	Divulgar os principais impactos sofridos por profissionais da Odontologia nos tempos de pandemia pela COVID-19.	Revisão narrativa
Gomes P, Vieira W, Daruge R, Recchioni C, Pugliese C, Villafort R, Cirilo W, Barel KZ	The impact of coronavirus (COVID-19) on dental activities: economic and mental challenges	2021	Brasil	Identificar as angústias e problemas enfrentados por profissionais da Odontologia durante a pandemia de COVID-19.	Pesquisa exploratória
Santos LPS, Lima AMFS, Santana SF, Chaves SCL, Vilela DMOC, Vieira LCL, Oliveira Neto J, Santos CTB	Pandemia do novo Coronavírus e o funcionamento dos serviços odontológicos no Brasil: um seguimento de quatro meses	2021	Brasil	Analisar o fechamento e abertura dos serviços odontológicos eletivos e de rotina, considerando a média móvel e a tendência da curva epidêmica de cinco estados brasileiros, no período de fevereiro a junho de 2020	Estudo de casos
Camacho YTC, Benavides VK, Kassandra Rivadeneira K, Huanca-Cárdenas KR, López-Ramírez WG, Edar Barturen-Heredia W, José David Damián-Guevara JD, Ladera-Castañeda MI	COVID-19 y su impacto en la odontología	2021	Peru	Fornecer conselhos atualizados sobre cuidados e medidas preventivas para lidar com esta nova doença, especialmente na área odontológica	Revisão narrativa

Fonte: o autor (2022)

1 Constatou-se, em geral, uma grande variedade de situações em várias
2 regiões do mundo, de acordo com o período da pandemia. Os principais
3 achados das pesquisas mostram que houve impactos estruturais, econômicos
4 e na saúde mental em profissionais da odontologia frente à COVID-19.

5 Destaca-se que os impactos econômicos foram muito mais intensos no
6 setor privado que no setor público, visto que devido aos protocolos emanados
7 pelas autoridades sanitárias de muitos países sobre os atendimentos
8 odontológicos isso causou a insolvência de muitos profissionais autônomos.
9 Por outro lado, profissionais da área pública, em geral, mantiveram seus
10 salários (LOPES et al., 2020; BARBOSA-AREIAS et al., 2020). Convém
11 lembrar, contudo, que alguns trabalhadores da saúde bucal no setor público
12 também sofreram impactos com redução na carga horária e, em algumas
13 situações, reduções de salários (GOMES et al., 2021; BARBOSA-AREIAS et
14 al., 2020).

15 Em 50% dos artigos que fizeram parte do presente estudo, mencionou-
16 se as mudanças no protocolo de atendimento, com impacto econômico-
17 estrutural, devido às normas impostas por instituições das autoridades
18 sanitárias globais e nacionais. Em nove dos 12 artigos, a preocupação maior
19 com a biossegurança é registrada (CAMACHO et al., 2021; SIGUA-
20 RODRIGUEZ et al., 2020; CASTRO et al., 2020; SANTOS et al., 2021; ROCHA
21 et al., 2020; BHANUSHALI et al., 2020; KSHIRSAGAR et al., 2021; BARBOSA-
22 AREIAS et al., 2020; NUNES et al., 2020).

23 Trabalhadores do setor público ou privado alegam o medo de contrair e
24 espalhar o vírus, sendo que alguns cirurgiões-dentistas do setor públicos foram
25 designados para ajudar na chamada “linha de frente” no combate à pandemia
26 (LOPES et al., 2020). Em fase já com disponibilidade de vacinas, alguns
27 desses profissionais participaram com vacinadores. Com isso se constatou a
28 situação de profissionais sofrendo de ansiedade, pânico e depressão ao longo
29 da pandemia (LOPES et al., 2020; DAVILA-TORRES et al., 2020).

30 Ainda quanto ao aspecto psicossocial, no Equador foi conduzida
31 pesquisa online com base na versão validada em espanhol da *The Hamilton*
32 *Anxiety Rating Scale* (HAM-A/HARS) (DÁVILA-TORRES et al., 2020). Os
33 critérios de classificação foram: assintomáticos de 0 a 7; ansiedade mínima de

1 8 a 13; ansiedade moderada de 14 a 21; ansiedade óbvia de 22 a 29;
2 ansiedade severa maior que 29. Dos 254 questionários preenchidos, 188
3 declararam-se mulheres (74%) e 66 homens (26%), com idades entre 22 e 66
4 anos. Do total de participantes, 189 (74,4%) estavam em consultório particular
5 e 65 (25,6%) em consultório público. Foi constatado que 92 (36%) receberam
6 ajuda psicológica e 162 (64%) não. O maior valor foi de ansiedade moderada
7 com um total de 77 cirurgiões-dentistas (30%), seguido de ansiedade mínima
8 com 64 (25%); assintomáticos, 51 (20%); ansiedade óbvia, 48 (19%) e
9 ansiedade grave, 14 (6%).

10 No início da pandemia, vários serviços odontológicos nos países
11 afetados foram completamente fechados ou ofereciam apenas tratamento
12 mínimo para casos de urgência, desmarcando atendimentos para
13 procedimentos eletivos (KSHIRSAGAR et al., 2021). No entanto, em alguns
14 países, ainda se oferecia tratamento odontológico regular – ou eletivo. Essa
15 discrepância pode ser devido à falta de conscientização ou conhecimento
16 sobre riscos, especialmente na primeira onda pandêmica, ou ainda inexistência
17 de coordenação nacional para emergência de saúde pública, de protocolo ou
18 diretrizes adequadas para profissionais de saúde, seja do setor público ou
19 privado (KSHIRSAGAR et al., 2021). O fato é preocupante e há advertências
20 de que não somente cirurgiões-dentistas, mas também higienistas dentais,
21 assistentes dentais e recepcionistas precisam atualizar seus conhecimentos e
22 habilidades em relação ao controle de infecções e seguir os protocolos
23 recomendados pelas autoridades competentes para proteger a si e seus
24 pacientes contra infecções (BHANUSHALI et al., 2020).

25 Um estudo de casos analisou o fechamento e abertura dos serviços
26 odontológicos eletivos em resposta à COVID-19 e média móvel da curva
27 epidêmica de quatro estados brasileiros: Amazonas, Ceará, São Paulo, Santa
28 Catarina e Distrito Federal. A suspensão dos serviços ocorreu na segunda
29 quinzena de março de 2020 em todos os quatro estados. A reabertura não
30 obedeceu a nenhum critério de tendência da curva epidemiológica, do número
31 de casos e óbitos, e da taxa de ocupação de leitos de UTI, tendo variado nos
32 estados estudados entre abril e junho de 2020 (DE SOUZA et al., 2021).

1 Notícias conflitantes da mídia social e científica foram disseminadas, ora
2 alertando que os cirurgiões-dentistas eram considerados importante grupo de
3 risco para a COVID-19, podendo atuar como vetor de transmissão direta e
4 indireta em sua rotina de atendimento odontológico, ora afirmando que esses
5 profissionais já tomavam todas as medidas de proteção necessárias desde o
6 advento da AIDS/HIV. Novas regras de conduta clínica e hábitos rotineiros
7 foram apoiados pela OMS, alertando sobre atendimento odontológico em caso
8 de extrema necessidade. De um total de 246 cirurgiões-dentistas entrevistados
9 (GOMES et al., 2021), a grande maioria dos profissionais teve diminuição de
10 renda no período, seja pelo cancelamento de consultas ou pela diminuição do
11 número de consultas. Eles fizeram investimentos em novos conhecimentos
12 científicos e adquiriram mais equipamentos de proteção individual, gerando
13 maiores gastos no período de pandemia.

14 Não obstante, em uma revisão integrativa, com 28 artigos, concluiu-se
15 que o cirurgião-dentista, ainda que incorrendo em maiores gastos, tem a
16 obrigação ética e profissional de seguir as recomendações sanitárias mais
17 recentes e estar atento as novas normas de atendimentos, para oferecer
18 segurança e diminuir o risco de contágio no consultório odontológico (AREIAS,
19 OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2020). Isso foi recomendado em outro estudo
20 (NUNES et al., 2020), concluindo-se que o cirurgião-dentista deve seguir um
21 protocolo rígido de biossegurança, evitando o uso de equipamentos que
22 produzam aerossóis, durante a pandemia. Esses autores constatam que houve
23 impacto negativo no setor público odontológico com repercussão na saúde
24 bucal da população usuária de serviços. Isso porque houve redução
25 considerável dos atendimentos e nos indicadores de acesso e resolutividade do
26 Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para um aumento na demanda
27 reprimida.

28 Ainda, no Brasil, o setor saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde
29 (APS), sofreu adequações. Mudanças foram sugeridas ao exercício da prática
30 odontológica frente à pandemia, inclusive com cirurgiões-dentistas sendo
31 deslocados para a linha de frente da vacinação, quando esta começou a ser
32 disponibilizada para a população (LOPES et al., 2020).

1 Igualmente, no setor privado a implementação de protocolos mais
2 rígidos de biossegurança gerou um aumento de consumo de EPI somado à
3 escassez global desses materiais, elevando seus valores a patamares jamais
4 vistos (NUNES et al., 2020). Enquanto no período pré-pandemia era necessário
5 desembolsar com EPI em média R\$ 0,86, para atender cada paciente, esse
6 valor salta para impressionantes R\$ 16,01, para que seja feito o mesmo
7 atendimento. Algumas agências de classificação de crédito alteraram a
8 classificação das empresas odontológicas para “negativa” em abril de 2020,
9 projetando uma grande redução no volume de pacientes para o ano fiscal de
10 2021. Se essas especulações se concretizarem em horizonte maior, a maioria
11 dos consultórios odontológicos sofrerá uma redução de 66% em seus ganhos
12 ou, mesmo, deixarão de ter ganhos sustentáveis (CURAY CAMACHO et al.,
13 2021)

14 Outro aspecto que implica em custo se refere aos novos métodos de
15 desinfecção do ambiente odontológico, sobretudo com a introdução, em alguns
16 ambientes, dos biombos e divisórias de vidro, assim como filtros de ar
17 particulado de alta eficiência (HEPA). Portanto, as instituições odontológicas
18 devem responder às mudanças criadas pela COVID-19, embora já existam
19 métodos de paramentação e desinfecção que garantem a segurança dos
20 cirurgiões-dentistas (DE CASTRO et al., 2020).

21 Uma revisão qualitativa, com inclusão de 20 artigos, realizou uma
22 análise crítica sobre a prática odontológica nesses novos cenários
23 desafiadores. Dentre outras conclusões, destaca-se a importância crescente de
24 mudança gradual na estrutura do trabalho clínico, com inclusão de novas
25 tecnologias, tais como teleodontologia. Esta é citada como um importante meio
26 de interação entre profissional e paciente, reduzindo contato entre eles e
27 colaborando com as recomendações da OMS, embora essa ferramenta
28 apresente algumas limitações na Odontologia, área em que, na maioria das
29 situações, necessita-se de contato e visualização direta do paciente (ROCHA
30 et al., 2020; BHANUSHALI et al., 2020; CURAY CAMACHO et al., 2021).

31 Uma revisão com painel de especialistas de seis países sul-americanos
32 (Chile, Peru, Uruguai, Colômbia, Brasil, Equador) estimou que, com base no
33 aumento das exigências de barreiras de proteção, controle de saúde, aumento

1 do tempo de atendimento de cada paciente, restrição de salas de espera e
2 outras variáveis, os custos do atendimento odontológico podem aumentar
3 significativamente e sem retorno aos padrões anteriores (SIGUA-RODRÍGUEZ
4 et al., 2020). Nesse cenário, e diante da crise econômica que o mundo
5 enfrentará, prevê-se que o atendimento nos sistemas públicos seja de
6 demanda crescente na ausência de sistemas privados capazes de absorver a
7 demanda, devido ao aumento dos custos para o usuário final também. Essa
8 alteração nos custos do tratamento pode levar a um aumento dos tratamentos
9 “mutiladores”, como as extrações e o uso de próteses removíveis como
10 alternativas terapêuticas, em detrimento dos tratamentos conservadores que
11 vinham aumentando antes da pandemia (CURAY CAMACHO et al., 2021).

12 Em outro aspecto estrutural também importante, chamou-se a atenção
13 para a crise no ensino em geral e, com maior ênfase, no ensino superior
14 universitário com um impacto global de mais de 87%, obviamente também
15 impactando os custos do ensino odontológico, bem como o acesso da
16 população aos serviços universitários das clínicas, bem como a saúde mental
17 da comunidade acadêmica (CURAY CAMACHO et al., 2021). Foi autorizado o
18 aumento das atividades nas universidades via online, incentivando os alunos a
19 dar ênfase a projetos e estudos de investigação voltados para a COVID-19,
20 porém atividades de ensino, pesquisa e extensão foram duramente afetadas.
21 Os autores enfatizam as áreas potenciais para futuras pesquisas odontológicas
22 relevantes, que podem incluir: questões de saúde pública odontológica,
23 impacto da pandemia na odontologia e no setor odontológico, controle de
24 infecções cruzadas, papel dos profissionais de odontologia, inovações em
25 consulta remota e pesquisa em biologia oral. Fica claro que a reinvenção do
26 processo educativo na formação de novos profissionais talvez seja um dos
27 maiores desafios. Uma característica importante é a nova educação assistida
28 que vem se modificando, bem como a necessidade de novas formas de olhar
29 para o atendimento clínico odontológico.

30 Com a volta do atendimento odontológico rotineiro e atendimento de
31 urgências que já estavam sendo mantidos, os profissionais continuaram com
32 medo por conta da exposição ao vírus mesmo com o uso de EPIs, pois o
33 cirurgião-dentista e a equipe odontológica estão sujeitos à alta exposição em

1 seu trabalho, pelo contato mais invasivo com o paciente. Dadas a essas
2 características do atendimento muitos trabalhadores passaram a tratar
3 problemas de condição psicológica e/ou psiquiátrica (BARBOSA-AREIAS et al.,
4 2020; LOPES et al., 2020; CAMACHO et al.2021; SIGUA-RODRIGUEZ et al.,
5 2020; GOMES et al.2021; DAVILA-TORRES et al., 2020).

6 Concluiu-se que a COVID-19 gerou grandes mudanças na prática
7 odontológica, tanto em aspectos econômicos, estruturais e emocionais dos
8 trabalhadores. Compreender as mudanças causadas pela pandemia frente ao
9 atendimento odontológico é relevante, principalmente para os profissionais da
10 saúde que possuem contato diretamente com o usuário/paciente que pode ser
11 portador do vírus da COVID-19. Nesse caso, o uso de EPI é indispensável para
12 um atendimento mais seguro para o cirurgião-dentista frente aos riscos de
13 contrair o vírus, além de apoio substancial que deve ser oferecido para aqueles
14 profissionais que ficaram com sequelas perante aos impactos dessa pandemia.

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

4.3 Estudo descritivo com trabalhadores de saúde do Paraná

O Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESA-PR), divulga semanalmente o Informe Epidemiológico com vários dados que trazem a situação, em números e porcentagens, da infecção por COVID-19 (SESA-PR, 2023).

De acordo com o Tabela 2, é possível ser observado os dados sobre casos notificados e suspeitos de COVID-19 em trabalhadores de saúde do estado do Paraná com os números atualizados de abril de 2023.

TABELA 2 - CASOS NOTIFICADOS E SUSPEITOS DE COVID-19 EM TRABALHADORES DE SAÚDE, 2023

Área	Teste PCR	Teste rápido/ Outros	Confirmados	Óbitos	Recuperados	Ativos	Notificados
Não Informado	10.275	3.936	14.211	73	14.110	27	41.806
Enfermagem	6.042	2.359	8.401	268	7.690	443	36.124
Outros Trabalhadores	1.449	699	2.148	135	1.954	59	7.070
Médico	1.096	699	1.795	109	1.620	66	7.473
Serviços	1.028	740	1.768	282	1.425	61	6.154
Cuidador de Idosos	1.028	561	1.589	115	1.414	60	9.734
Área Farmacêutica	531	485	1.016	56	883	77	3.629
Odontologia	529	402	931	59	830	42	3.912
Agente Comunitário de Saúde	538	192	730	05	725	00	2.641
Área Laboratorial/ Diagnóstico	401	276	677	32	593	52	2.291
Administrativo	430	184	614	2	611	01	1.713
Fisioterapia	356	212	568	15	526	27	2.636
Psicologia	301	188	489	26	439	24	2.269
Transporte	294	141	435	32	402	01	1.200
Veterinários	171	164	335	19	285	31	1.051
Alimentação	197	85	282	03	260	19	1.410
Serviço Social	67	22	89	01	86	02	281
Fonoaudiologia	51	36	87	00	79	08	384
Veterinária	26	13	39	00	39	00	122
Socorrista	17	03	20	00	20	00	50
Total Geral	24.827	11.397	36.224	1.232	33.991	1.000	131.950

Fonte: O autor. Adaptado de Notifica COVID-19/SIM/Planilha de monitoramento diário de casos do CVIE/DAV/SESA. Dados do dia 03/04/2023 e atualizado em 07/04/2023.

1 Apontando para as limitações do presente estudo, antes de adentrar em
 2 maiores resultados, ressalta-se a questão da SESA-PR interromper a
 3 alimentação dos dados que compuseram o presente estudo em março de
 4 2022, ou seja, os números aqui trabalhados são menores – ou se traduzem em
 5 menor a escala – do que a realidade. Outra questão é o preenchimento
 6 inadequado de alguns dados que podem comprometer, em algum nível, a
 7 validade do presente estudo. Entretanto, os resultados apresentados podem
 8 servir como ponto norteador para atores e instituições públicas para tomadas
 9 de decisão.

10

11 TABELA 2 – ÓBITOS ANTES E APÓS VACINA DE TRABALHADORES DE
 12 SAÚDE NO PARANÁ

ÁREA	ÓBITOS ANTES DA VACINAÇÃO	ÓBITOS APÓS A VACINAÇÃO
Não Informado	50	23
Enfermagem	202	66
Outros Trabalhadores	99	36
Médico	61	48
Serviços	213	69
Cuidador de Idosos	112	3
Área Farmacêutica	48	8
Odontologia	48	9
Agente Comunitário de Saúde	5	0
Laboratorial/Diagnóstico	32	0
Administrativo	2	0
Fisioterapia	15	0
Psicologia	26	0
Transporte	32	0
Veterinários	19	3
Alimentação	03	0
Serviço Social	01	0
Fonoaudiologia	0	0
Veterinária	0	0
Socorrista	00	0
Total Geral	968	264

13 Fonte: O autor. Adaptado de Notifica COVID-19/SIM/Planilha de monitoramento
 14 diário de casos do CVIE/DAV/SESA. Dados do dia 03/04/2023 e atualizado em
 15 07/04/2023.

16

17 Em 2021, Fonseca et al. publicaram um trabalho em relação ao que viria
 18 com a vacina “São muitos os desafios a serem superados. Ainda não sabemos
 19 se haverá de fato uma vacina bem-sucedida contra o SARS-CoV-2, mas
 20 podemos ter certeza de que os esforços envolvendo a sua formulação e

1 produção são sem precedentes”. O que se pode atestar, com toda certeza e
 2 corroborando aos achados deste estudo, é que a vacina diminuiu os óbitos de
 3 forma drástica.

4 A comunicação adequada com a população, informando os reais
 5 benefícios de uma vacina, suas limitações e a importância da proteção
 6 individual e coletiva e foi e continua sendo um grande desafio a ser enfrentado,
 7 em função de questões geopolíticas envolvidas. A confiança nas vacinas
 8 precisa ser mantida a qualquer custo, sob pena de se colocar em risco todas as
 9 conquistas obtidas no controle e eliminação e doenças em todo o mundo
 10 (FONSECA et al., 2021).

11

12 TABELA 3 – DADOS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE
 13 CORRELACIONADOS AO GÊNERO, CASOS REGISTRADOS NA 2ª
 14 REGIONAL DE SAÚDE, ÓBITOS E NOTIFICADOS

ÁREA	HOMENS	MULHERES	2ª RS	ÓBITOS	NOTIFICADOS
Não Informado	15.750	26.056	14.105	73	41.806
Enfermagem	15.000	21.124	8.401	268	36.124
Outros Trabalhadores	3.038	4.032	2.148	135	7.070
Médico	5.200	2.273	1.795	109	7.473
Serviços	2.122	4.032	1.768	282	6.154
Cuidador de Idosos	1.934	7.800	1.589	115	9.734
Área Farmacêutica	825	2.804	1.016	56	3.629
Odontologia	785	3.127	931	59	3.912
Agente Comunitário de Saúde	401	2.240	730	5	2.641
Área Laboratorial/Diagnóstico	771	1.520	677	32	2.291
Administrativo	775	938	614	2	1.713
Fisioterapia	1.136	1.500	568	15	2.636
Psicologia	554	1.715	489	26	2.269
Transporte	846	354	435	32	1.200
Veterinários	544	507	335	19	1.051
Alimentação	193	1.217	282	03	1.410
Serviço Social	33	248	89	01	281
Fonoaudiologia	186	198	87	00	384
Veterinária	53	69	39	00	122
Socorrista	14	36	20	00	50
Total Geral	50.160	81.790	36.118	1.232	131.950

1 Fonte: O autor. Adaptado de Notifica COVID-19/SIM/Planilha de monitoramento
2 diário de casos do CVIE/DAV/SESA. Dados do dia 03/04/2023 e atualizado em
3 07/04/2023.
4

5 Mulheres trabalhadoras da área da saúde foram mais infectadas pelo
6 SARS-CoV-2 do que homens. A 2ª Regional de Saúde do Paraná (2ª RS) foi a
7 regional com mais notificados. Profissionais da enfermagem morreram mais,
8 bem como se infectaram mais com o vírus (Tabela 3). Dentre os profissionais
9 que estiveram na linha de frente do cuidado ao paciente com COVID-19, o
10 maior contingente foi o de enfermagem, uma vez que a maior parte de seu
11 trabalho envolve contato direto com pacientes, tornando esses profissionais
12 mais vulneráveis à doença (DUPRAT; MELO, 2020; RENAST, 2020). Falta de
13 equipamentos de proteção individual adequados, aumento da jornada de
14 trabalho, cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência
15 com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais
16 são alguns dos fatores que aumentaram (e aumentam) esse risco (COFEN,
17 2020; DUPRAT; MELO, 2020; RENAST, 2020).

18 Apesar do grande número de óbitos de profissionais e da realidade da
19 exposição dos mesmos no enfrentamento da COVID-19, pouco se discutiu
20 sobre a organização do processo de trabalho em saúde frente à pandemia. Ao
21 invés disso, foram feitos apenas protocolos de proteção individuais, que apesar
22 de serem de extrema importância, não foram suficientes para conter a
23 disseminação coletiva da doença nesse meio (LOPES et al., 2020).

24 A humanidade foi surpreendida pela pandemia do novo coronavírus e
25 suas repercussões na rotina de indivíduos e coletividades causaram mudanças
26 de hábitos e desencadearam profundas reflexões acerca da forma de como
27 viver a vida (BANSAL, 2021). Isso disse respeito desde aos relacionamentos
28 interpessoais, quando o contato físico assumiu risco iminente de contágio e o
29 distanciamento fez-se necessário, a até mesmo aos hábitos de consumo, dos
30 quais pequenas decisões, quando relacionadas a um montante coletivo,
31 repercutem em grandes impactos socioambientais (SALEH et al., 2012; FAN et
32 al., 2021; ROSA, 2021).

33 As equipes de saúde, em especial as de atenção primária em saúde
34 (APS), devem estar preparadas para essas repercussões visando a correta

1 gestão do cuidado de seus usuários, assim como estarem atentas ao seu papel
2 de protagonistas diante das mudanças globais em prol de uma saúde
3 planetária (FAN et al., 2021; FLOSS et al., 2019).

4 O termo 'sindemia', o qual remete às interações de agentes infecciosos
5 aliadas a condições socioambientais que potencializam sua morbidade foi
6 trazido para explicar a magnitude da mortalidade pelo SARS-CoV-2 ao redor do
7 mundo (HORTON, 2020). Sua epistemologia é carregada de todo o
8 conhecimento adquirido na epidemiologia social, eivada de evidências das
9 consequências de todas as iniquidades sociais em saúde e condições sociais
10 adversas, sejam elas fome, pobreza, violência, intolerância, regimes políticos
11 adversos ou sistemas de saúde incipientes (LORES, 2021; ROSA, 2021).

12 A globalização se junta às possíveis causas facilitadoras dessa
13 pandemia, tanto em sua acepção econômica quanto social, uma vez em que
14 insumos de saúde escassearam mundialmente, valores de serviços e produtos
15 tornaram-se maiores, ao mesmo tempo em que a mobilidade de pessoas e
16 mercadorias auxiliaram na disseminação do vírus, bem como na massiva
17 comunicação de *fakenews* mundo afora (VENTURA, 2009; DE BOLLE et al.,
18 2021; ROSA, 2021).

19 De acordo com os dados apresentados pelo *website* Worldometers
20 (2021), seis meses após sua descoberta este novo vírus já havia se espalhado
21 por todo o globo, assumiu proporções pandêmicas, contaminou mais de 120
22 milhões de pessoas em todo o mundo e resultou em mais de 2,7 milhões de
23 mortes até março do ano de 2021. Em março de 2022 mais de 6 milhões de
24 óbitos foram registrados em todo o mundo (CDC, 2022).

25 Segundo o Centro de Medicina Baseada em Evidências da Universidade
26 de Oxford, os profissionais de saúde apresentam maior risco de exposição e
27 podem ser vetores da transmissão do vírus. Países que já passaram pela
28 pandemia, como a China, relatam a contaminação de mais de 3.300
29 profissionais de saúde, o que corresponde a 4% das infecções relatadas
30 (ADAMS et al., 2020). Anelli et al. (2020) relatam que na Itália, até o mês de
31 março, de 2020, foi detectado 4.824 profissionais de saúde infectados com
32 COVID-19 (9% do total de casos), e ainda com 24 mortes de profissionais
33 médicos, mostrando-se mais agravante do que as observadas na China (3.300

1 profissionais de saúde infectados), fazendo com que os italianos fechassem as
2 portas dos hospitais por um período por causa da infecção que circulava entre
3 médicos e enfermeiras. Já um estudo divulgado sobre a triagem por PCR de
4 profissionais de saúde assintomáticos no hospital de Londres, que realizou
5 testagem em profissionais durante uma semana, observou que as taxas de
6 infecção assintomáticas entre os profissionais de saúde acompanharam a
7 curva de infecção da população geral de Londres, atingindo um pico de 7,1% e
8 do total de casos da COVID-19 dos 44 profissionais de saúde que testaram
9 reagente para SARS-CoV-2, 12 (27%) não apresentaram sintomas na semana
10 anterior ou posterior à positividade (TREIBEL et al., 2020).

11 Os profissionais de saúde, independente da categoria profissional, não
12 apenas correm maior risco de infecção, como também podem ampliar os surtos
13 nos serviços de saúde se ficarem doentes. Identificar e gerenciar profissionais
14 de saúde que foram expostos a um paciente com COVID-19 é de grande
15 importância na prevenção da transmissão de serviços de saúde e na proteção
16 de funcionários e pacientes vulneráveis em ambientes de saúde. Aqui você tem
17 que colocar de alguma forma o primeiro caso no Brasil e no Paraná, bem
18 como, o registro do primeiro caso em profissionais de saúde no Brasil e no
19 Paraná.

20 De forma bastante esquemática e simplista, a resposta à pandemia da
21 COVID-19 poderia ser subdivida em quatro fases: contenção, mitigação,
22 supressão e recuperação. A primeira fase, de contenção, inicia antes do
23 registro de casos em um país ou região. Envolve, principalmente, o
24 rastreamento ativo dos passageiros vindos do exterior e seus contatos mais
25 próximos, visando a evitar ou postergar a transmissão comunitária. Na atual
26 pandemia considera-se que uma fase de contenção exemplar foi essencial
27 para que o impacto inicial da pandemia fosse menor em Taiwan, Singapura e
28 Hong Kong, mesmo estando próximos da China. A experiência prévia com a
29 primeira grande epidemia de síndrome respiratória aguda grave (SRAG)
30 causada por coronavírus deste século (2003) pode, pelo menos parcialmente,
31 explicar a bem-sucedida fase de contenção nesses locais.

32 A segunda fase, de mitigação, inicia quando a transmissão sustentada
33 da infecção já está instalada no país. O objetivo desta etapa foi diminuir os

1 níveis de transmissão da doença para os grupos com maior risco de
2 apresentarem quadros clínicos graves, além, claro, do isolamento dos casos
3 positivos identificados. Essas medidas, denominadas de “isolamento vertical”,
4 são em geral acompanhadas de algum grau de redução do contato social. Em
5 geral começa com o cancelamento de grandes eventos, seguido
6 paulatinamente por ações como a suspensão das atividades escolares,
7 proibição de eventos menores, fechamento de teatros, cinemas e shoppings,
8 recomendações para a redução da circulação de pessoas. É o que se
9 convencionou chamar de “achatar a curva” da epidemia (WERNECK et al.,
10 2020).

11 Uma fase de supressão pode ser necessária quando as medidas
12 anteriores não conseguem ser efetivas, seja porque sua implementação não
13 pode ser concretizada de forma adequada e imediata (p.ex.: insuficiência de
14 testes diagnósticos necessários para identificar indivíduos infectantes logo no
15 início da epidemia) ou porque a redução alcançada na transmissão é
16 insuficiente para impedir o colapso na atenção à saúde. Na fase de supressão
17 são implantadas medidas mais radicais de distanciamento social, de toda a
18 população. Aqui o objetivo é adiar ao máximo a explosão do número de casos,
19 por tempo suficiente até que a situação se estabilize no campo da assistência à
20 saúde, procedimentos de testagem possam ser ampliados e, eventualmente,
21 alguma nova ferramenta terapêutica ou preventiva eficaz (ex.: vacina) esteja
22 disponível. Há controvérsias (IOANNIDIS, 2020) em relação a essas medidas
23 de “isolamento horizontal”, particularmente no que concerne às suas
24 repercussões econômicas, sociais e psicológicas em âmbito populacional
25 (KISSLER et al., 2020).

26 Por fim, e não menos importante, é a fase de recuperação, quando há
27 sinal consistente de involução da epidemia e o número de casos se torna
28 residual. Essa última fase requer uma organização da sociedade para a
29 reestruturação social e econômica do país. E, certamente, intervenção do
30 Estado.

31 Até o dia 17 de abril de 2022, segundo o boletim da Secretaria de
32 Estado da Saúde do Paraná, o Brasil contava com 30.250.077 casos
33 confirmados por algum tipo de teste diagnóstico, sendo 2.423.772 no Paraná.

1 Em relação aos óbitos, o Brasil contava com 661.938, enquanto o Paraná,
2 desse total, englobava 42.802 óbitos (PARANÁ, 2022).

3 Dez meses após a confirmação dos primeiros casos de COVID-19 no
4 Paraná, o dia 18 de janeiro de 2021 ficou marcado na história do Estado com o
5 início da campanha de vacinação. Dia 18 de janeiro de 2023 fez dois anos que
6 o primeiro avião com imunizantes pousou em Curitiba e a enfermeira Lucimar
7 Josiane de Oliveira, do Complexo Hospitalar do Trabalhador, recebeu a
8 primeira dose do Instituto Butantan, dando início à maior mobilização vacinal
9 dos últimos tempos, com 28,5 milhões de doses aplicadas no Estado (SESA-
10 PR, 2023).

11 O Programa Nacional de Imunizações (PNI) disponibilizou as primeiras
12 doses para estados e municípios. Naquela época, a indicação era imunizar
13 idosos e profissionais de saúde, caracterizados como grupos de maior risco e,
14 com o passar do tempo e a produção e chegada de mais doses, outros grupos
15 profissionais foram incluídos na lista prioritária, até que a vacinação alcançasse
16 todas as faixas etárias e o nível de disponibilidade atual, com oferta em todos
17 os 399 municípios (SESA-PR, 2023).

18 O Paraná alcançou o status de referência nacional na realização de
19 testes do tipo RT-PCR ao longo do primeiro ano de pandemia da COVID-19 –
20 os seis primeiros casos no Estado foram confirmados no dia 12 de março de
21 2020. Até a março de 2021 haviam sido processados aproximadamente 2,1
22 milhões de exames dentro das unidades paranaenses, média diária de 5.750
23 procedimentos – o modelo de testagem é considerado padrão ouro pela OMS)
24 para detecção do vírus SARS-CoV-2. A formatação de uma parceria com a
25 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Rio de Janeiro, logo nos primeiros
26 meses da crise sanitária, permitiu ao Paraná ampliar a capacidade de 120
27 testes/dia para os atuais 10.600/dia, um incremento de 8.730% (SESA-PR,
28 2021).

29 Outra medida apontada pela SESA-PR como fundamental no controle da
30 COVID-19 foi o rastreamento de contatos de casos confirmados. O processo
31 permitiu a identificação e o isolamento das pessoas que pudessem ter sido
32 expostas a um caso confirmado ou suspeito (SESA-PR, 2021).

1 O rastreamento de contatos permite a identificação precoce de casos
2 entre indivíduos que foram expostos ao vírus SARS-CoV-2, bem como ajuda
3 no controle da transmissão (MONTEIRO et al., 2020). Tem sido amplamente
4 usado como uma ferramenta de controle de doenças. Está diretamente
5 relacionado à localização e à investigação de casos (SINGHAL, 2020).

6 Além disso, contribui para a interrupção da transmissão por meio de
7 isolamento imediato. Identifica novas áreas com alto risco de infecção e ajuda
8 na implantação de medidas preventivas (ZHU et al., 2020). Adicionalmente,
9 oferta diagnóstico, orientação e tratamento aos contatos que desenvolverem
10 sintomas.

11 A SESA-PR apresentou preocupação com o rastreamento e
12 identificação de novos casos de COVID-19 e tomou várias medidas ao longo
13 da pandemia. Em 02 de julho de 2020 publicou o primeiro documento sob Nota
14 Orientativa 40/2020, que foi atualizado em 11 de setembro de 2020 (volume 1),
15 20 de maio de 2021 (volume 3), 16 de junho de 2021 (volume 4), 20 de janeiro
16 de 2022 (volume 5) e, finalmente, em 16 de fevereiro de 2022 (volume 6).
17 Intitulado “RASTREAMENTO LABORATORIAL DA COVID-19 E CONDUTAS
18 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO” (Anexo 2), o documento ilustra as
19 condições e orientações para diagnóstico da doença, bem como afastamento
20 das atividades laborais.

21 Como forma estratégica e aliando academia ao serviço, a Fundação
22 Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do
23 Paraná (FA), juntamente com a Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia
24 e Ensino Superior (Seti) lançou editais emergenciais para profissionais de
25 saúde atuarem em diversas frentes para a mitigação de riscos e contágio.

26 Tal ação, uma política pública emergencial, permitiu a produção de um
27 manual de rastreio e contágio da doença. Baseado em evidência científica e
28 com o apoio da OPAS, o manual foi uma ação que mostrou a preocupação de
29 instituições públicas com a disseminação do vírus em território paranaense. O
30 Anexo 3 traz o manual de rastreamento na íntegra.

1 Após a identificação de um caso suspeito de COVID-19, uma
2 investigação epidemiológica deve ser iniciada, esta pode ser definida como um
3 trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados clinicamente ou
4 suspeitos e seus contatos (SCAZUFCA et al., 2002), que tem por principais
5 objetivos a identificação da fonte de infecção e o modo de transmissão; os
6 grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como confirmar o
7 diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas
8 (SCOLLA, 1996).

9 A recomendação era que houve a padronização da investigação de
10 acordo com uma ficha que a própria SESA-PR disponibilizava. Disponível em
11 sitio eletrônico específico (https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/).
12 Tal acesso é do sistema de notificação da COVID-19 do estado do Paraná, o
13 Notifica COVID.

14 Para indivíduos com quadro de SG (Síndrome Gripal), com confirmação
15 por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem
16 ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomendava-se o isolamento,
17 suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas
18 de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos
19 sintomas respiratórios (BRASIL, 2020).

20 Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave
21 (SRAG), com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-
22 epidemiológico, clínico-imagem ou clínico laboratorial) para COVID-19,
23 recomendava-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos
24 sintomas ou após 10 dias com resultado RT-qPCR negativo, desde que
25 passasse 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos
26 antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica
27 (BRASIL, 2020).

28 Para indivíduos com quadro de SG, para os quais não foi possível a
29 confirmação pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem,
30 que apresentem resultado de exame laboratorial não detectável pelo método
31 RT-qPCR, o isolamento poderia ser suspenso, desde que passasse 24 horas

1 de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos
2 sintomas respiratórios (BRASIL, 2020).

3 Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para
4 COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR para SARS-CoV-2),
5 devia-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da
6 amostra (BRASIL, 2020).

7 Os casos encaminhados para isolamento deveriam continuar usando
8 máscara e mantendo a etiqueta respiratória, sempre que fosse manter contato
9 com outros moradores da residência, mesmo adotando o distanciamento social
10 recomendado de pelo menos um metro. É importante orientar o caso em
11 isolamento sobre a limpeza e desinfecção das superfícies, conforme as
12 recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020).

13 Rastreamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19 são
14 medidas de saúde pública que visam diminuir a propagação de doenças
15 infectocontagiosas a partir da identificação de novas infecções resultantes da
16 exposição a um caso conhecido (SCAZUFCA et al., 2002). Dessa forma, é
17 possível isolar novos casos, seus contatos e prevenir o surgimento de uma
18 próxima geração de infecções a partir de um caso fonte (SCOLLA, 1996).

19 Quando eficientemente executadas, permitem identificar e monitorar os
20 contatos próximos de casos confirmados de COVID-19, identificar possíveis
21 casos em indivíduos assintomáticos, e interromper as cadeias de transmissão,
22 de forma a diminuir o surgimento de casos novos de COVID-19 (SCAZUFCA et
23 al., 2002; SCOLLA, 1996).

24 O volume fez do Paraná a unidade da Federação que mais testou no
25 período – primeiros seis meses da pandemia. Cerca 11,5 milhões de habitantes
26 do estado passaram pelo exame.

27

28

29

30

1 **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

2

3 As políticas públicas desempenham um papel central na construção de
4 uma sociedade mais justa, igualitária e sustentável. As teorias mencionadas
5 oferecem uma base conceitual importante para orientar o desenvolvimento de
6 ações governamentais mais efetivas. No entanto, os desafios na
7 implementação são inúmeros, e é necessário um esforço contínuo de todos os
8 atores sociais para superá-los e garantir que as políticas públicas atendam
9 efetivamente às necessidades da população. A transparência, a participação
10 cidadã e a avaliação constante são elementos-chave para o sucesso dessas
11 iniciativas, visando a construção de um Estado mais eficiente e uma sociedade
12 mais justa.

13 Tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de
14 trabalho são fontes potenciais de exposição ao vírus. Por sua vez, esse locus –
15 a situação de trabalho – é território de disseminação da doença. É fundamental
16 entender, portanto, de que maneira as atividades e condições de trabalho
17 podem contribuir para a disseminação e, sobretudo, para o estabelecimento de
18 estratégias para o enfrentamento da pandemia.

19 Toda atividade de trabalho e todo trabalhador tem de ser considerado, e
20 preparado, não apenas para a sua proteção, mas também para entender que
21 sua atividade pode ter um papel importante no combate à epidemia. O exemplo
22 de medidas adotadas por outros países, uma ação coordenada com esse
23 propósito poderia ser uma estratégia importante, como o devido treinamento
24 das equipes de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde que, se
25 ampliadas, ainda têm como vantagem adicional o combate ao desemprego.
26 Comissões internas de prevenção de acidentes ou trabalhadores
27 especialmente designados também podem ser preparados para atuar na
28 prevenção da exposição ao vírus dentro das organizações.

29 Para assegurar condições laborais que propiciem redução na
30 transmissão do vírus, medidas organizacionais necessitam ser discutidas no
31 âmbito de cada atividade de trabalho e a práxis da Saúde do Trabalhador tem

1 de ser considerada no rol das medidas e ações de saúde pública voltadas ao
2 controle da pandemia. Dispõe-se de arcabouço jurídico robusto que sustenta a
3 ação pública, suas políticas e regulamentações, assim como ampla articulação
4 e capilaridade no território nacional por meio dos programas e serviços de
5 Saúde da Família e de Saúde do Trabalhador. Em seu conjunto, são ações
6 articuladas nacionalmente e defendidas por organismos sindicais e instâncias
7 do aparelho de Estado.

8 O planejamento e a tomada de decisões por autoridades responsáveis,
9 com base em informações científicas, transparência e integração de ações, têm
10 a ganhar se incorporadas as dimensões do trabalho, fator estruturante da
11 nossa sociedade.

12 A pandemia de COVID-19 impôs enormes desafios ao Brasil e exigiu
13 uma resposta rápida e eficiente por meio de políticas de mitigação. Embora
14 tenham sido adotadas medidas importantes para conter a disseminação do
15 vírus e proteger a saúde e o bem-estar da população, a jornada continua, com
16 a necessidade de aprendizado contínuo e adaptação para enfrentar futuros
17 desafios de saúde pública. O engajamento da sociedade, a coordenação entre
18 os diferentes atores e a base científica sólida são fundamentais para fortalecer
19 a resiliência do país diante de crises sanitárias.

20 A complexidade das ações na pandemia da COVID-19 requer atenção
21 às características organizacionais e individuais. Os resultados apontam para a
22 necessidade de uma cultura organizacional de resiliência que apoie os
23 profissionais de saúde continuamente no enfrentamento das diversas facetas
24 que se apresentam, pautada na construção e manutenção de relações
25 interprofissionais com a colaboração de toda a organização. Experiências como
26 as vividas no contexto da pandemia da COVID-19 podem também preparar
27 melhor os serviços de saúde e seus profissionais para desafios futuros.

28 Ao que tudo indica, a COVID-19 fará parte do cotidiano das pessoas
29 pelos próximos anos, mudando de forma importante o estilo de vida e de
30 trabalho. Investigar o impacto psicológico, econômico e de processo de
31 trabalho relacionados a lidar com uma doença infecciosa de longa duração e

1 do porte da COVID-19 pode corroborar o planejamento de ações de prevenção
2 de doenças físicas e mentais entre os trabalhadores de saúde. Este trabalho
3 teve o objetivo de contribuir com essas ações ao apontar as questões político-
4 sanitárias de profissionais da saúde, em especial os trabalhadores da saúde
5 bucal, bem como discutir as tomadas de decisão do Paraná no período
6 analisado.

7 A pandemia de COVID-19 trouxe consigo uma série de desafios para o
8 trabalho, a saúde e a vulnerabilidade dos trabalhadores. É crucial que sejam
9 implementadas políticas e práticas que promovam a segurança e o bem-estar
10 dos trabalhadores, levando em consideração as diferentes formas de trabalho e
11 as desigualdades existentes na sociedade. Além disso, é fundamental garantir
12 o acesso igualitário a recursos de saúde e proteção social, especialmente para
13 os grupos mais vulneráveis. Somente por meio de esforços coletivos será
14 possível enfrentar os desafios impostos pela pandemia e construir um futuro
15 mais saudável e resiliente para os trabalhadores.

16 Novas pesquisas são necessárias para atualizar as informações, trazer
17 novas ideias e dar mais clareza às tomadas de decisão. Não são tempos fáceis
18 para a ciência, mas é preciso acreditar e investir num mais são e humano.

19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

1 REFERÊNCIAS

2

3 ABILIO, L. C.; ALMEIDA, P. F.; AMORIM, H.; CARDOSO, A.C.M.; FONSECA,
4 V. P.; KALIL, R.B.; et al. Condições de trabalho de entregadores via plataforma
5 digital durante a COVID-19. **Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento**
6 **Humano 2020**; v. 3, p.1-21, 2021.

7

8 ABRUCIO, F. L. A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período
9 FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, 24, 41-
10 67, 2005.

11

12 ABRUCIO, F. L.; GRIN, E. J.; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I.; COUTO, C. G.
13 Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de
14 descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, 54
15 (4): 663-677, 2020.

16

17 ADAMS, G. J.; WALLS, M. R. Apoiando a força de trabalho da área da saúde
18 durante a pandemia global de COVID-19. **JAMA**, v. 323, p. 1439-1440, 2020.

19

20 AMB. Associação Médica Brasileira [Internet]. São Paulo; 2020 [citado em 5
21 mai 2023]. **Faltam EPIs em todo o país; [aproximadamente 2 telas]**.
22 Disponível em: <https://amb.org.br/epi/>

23

24 ANELLI, F.; LEONI, G.; MONACO, R.; NUME, C.; ROSSI, C. R.; MARINONI,
25 G.; SPATA, G.; PISCITELLI, P. Italian doctors call for protecting healthcare
26 workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. **BMJ**,
27 v. 26, 2020.

28

29 ARANTES, J. T. Estudo avalia a vulnerabilidade de trabalhadores na crise
30 causada pela pandemia de COVID-19. **Agência FAPESP 2020**; 30 abr.
31 [https://agencia.fapesp.br/estudo-avalia-a-vulnerabilidade-de-trabalhadores-na-
32 crise-causada-pela-pandemia-de-covid-19/33065/](https://agencia.fapesp.br/estudo-avalia-a-vulnerabilidade-de-trabalhadores-na-
32 crise-causada-pela-pandemia-de-covid-19/33065/), 2020.

33

- 1 ATKINSON, A. A. et al. Contabilidade Gerencial. 4. ed. Tradução de Ailton
2 Bomfim Brandão. **São Paulo: Atlas**, 2015.
- 3
- 4 AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-
5 JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da
6 saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND
7 JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.; rganizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**.
8 São Paulo: Hucitec Editora/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 375-417, 2009.
- 9
- 10 AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO,
11 H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas
12 e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.; organizadores. **Promoção da**
13 **saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.
14 117-39, 2003.
- 15
- 16 BAKER, M. G.; PECKHAM, T. K.; SEIXAS, N. S. Estimating the burden of
17 United States workers exposed to infection or disease: a key factor in
18 containing risk of COVID-19 infection. **medRxiv**, 2020.
- 19
- 20 BALDI, B. Beyond the Federal Unitary Dichotomy (Working Paper 99-7).
21 Berkeley, CA: **University of California**, Berkeley, 1999. Recuperado de
22 <https://escholarship.org/uc/item/05b607ng>
- 23
- 24 BANAKAR, M.; BAGHERI LANKARANI, K.; JAFARPOUR, D.; et al. COVID-19
25 transmission risk and protective protocols in dentistry: a systematic review.
26 **BMC Oral Health**, v.20, n.1, p. 275. 2020.
- 27
- 28 BANSAL, P. The Ravaged Psyche: Impact of the COVID-19 Pandemic on the
29 Human Mind. **Human Arenas**, 2021.
- 30
- 31 BARROSO, B. I. L.; et al. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19:
32 reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos**
33 **Brasileiros de Terapia Ocupacional**, João Pessoa, Preprint, 14p, 2020.

- 1
- 2 BBC News Brasil [Internet]. São Paulo: Vinícius Lemos; 2020 [citado em 5 mai
3 2023]. **Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ**
4 **após patroa ter coronavírus**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em:
5 <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>
6
- 7 BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica
8 baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de
9 informação. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 1, p.1-9, 2004.
- 10
- 11 BERTONI, E. Os erros e acertos de Mandetta, em duas análises. **Nexo Jornal**,
12 2020. Recuperado de [https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/04/15/Os-](https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/04/15/Os-erros-e-acertos-deMandetta-na-Saúde-em-duas-análises)
13 [erros-e-acertos-deMandetta-na-Saúde-em-duas-análises](https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/04/15/Os-erros-e-acertos-deMandetta-na-Saúde-em-duas-análises)
14
- 15 BITTAR, W. Coronavírus: após notificação do MPPR, ACP volta a pedir a
16 reabertura do comércio de rua de Curitiba. **CBN Curitiba**, 2020.
- 17
- 18 BOOTH, A.; NOYES, J.; FLEMMING, K.; et al. Formulating questions to
19 explore complex interventions within qualitative evidence synthesis. **BMJ**
20 **global health: BMJ Specialist Journals**, v. 4, 2019.
- 21
- 22 BRASIL. Coronavírus COVID 19: Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus
23 (COVID-19 na Atenção Primária à Saúde). Brasil, **Ministério da Saúde**, 2020.
24
- 25 BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:
26 **Presidência da República**, 1988.
- 27
- 28 BRASIL. **Nota Informativa nº 3**. Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, DF:
29 Ministério da Saúde, 2020.
- 30
- 31 BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a
32 informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e
33 no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de

1 dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e
2 dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.
3 **Diário Oficial da União**, Presidência da República, Brasília, edição extra,
4 2011.

5

6 BRASIL. COVID no Brasil. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em:
7 https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

8 Acesso em: 20 mar. 2022.

9

10 BRASIL. Boletim Epidemiológico n. 07, **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível
11 em: <[https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06--
12 -BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf](https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06--BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf)>.

13 Acesso em: 13 mar. 2022.

14

15 BRASIL. Decreto no 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei no
16 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as
17 atividades essenciais. **Diário Oficial da União**, 2020.

18

19 BRITTO, I. A. G. S.; MARCON, R. M. Estudos descritivos e experimentais em
20 contextos aplicados: dados científicos e impacto prático. **Estud. psicol.** (Natal),
21 Natal, v. 24, n. 2, p. 204-214, jun. 2019 . Disponível em
22 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-
23 294X2019000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 abr. 2023.
24 <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190022>.

25

26 BROSCHEK, J.; PETERSON, B.; TOUBEAU, S. Territorial Politics and
27 Institutional Change: A Comparative-Historical Analysis. Publius: **The Journal**
28 **of Federalism**, 48(1), 1-25, 2017. <https://doi.org/10.1093/publius/pjx059>

29

30 BUCCHIANERI, G. W. Is SARS a poor man's disease? Socioeconomic status
31 and risk factors for SARS transmission. **Forum Health Econ Policy**, v. 13, n.1,
32 2010.

33

- 1 BUCHANAN, J. M; TULLOCK, G. The Calculus of Consent. Ann Arbor, Mich.
2 **University of Michigan Press**, 1962.
3
- 4 CANELLO, J. Judicializando a federação? O Supremo Tribunal Federal e os
5 atos normativos estaduais (Tese de Doutorado). Instituto de Estudos Sociais e
6 Políticos, **Universidade do Rio de Janeiro**, RJ, 2017.
7
- 8 CASTRO, J. A.; OLIVEIRA, M. G. Políticas públicas e desenvolvimento. In:
9 MADEIRA, L. M. Avaliação de Políticas Públicas. **UFRGS/CEGOV**, Porto
10 Alegre, 2014.
11
- 12 CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de**
13 **avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área**
14 **educacional**. 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual
15 de Campinas. Faculdade de Educação, Campinas, SP, 2007.
16
- 17 CHAIB, J.; TEIXEIRA, M. Ameaças de Bolsonaro a governadores e prefeitos
18 mobilizam Supremo e Congresso. **Folha de São Paulo**, 14 abr. 2020.
19
- 20 CHECCHI, V.; BELLINI, P.; BENCIVENNI, D.; et al. COVID-19 Dentistry-
21 Related Aspects: A Literature Overview. **Int Dent J**, v. 71, n. 1, p. 21-26. 2021.
22
- 23 COFEN. Em 3 meses, quase triplica número de mortes de enfermeiros no
24 Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2020
25 [citado em 6 set 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/em-3-meses-](http://www.cofen.gov.br/em-3-meses-quase-triplica-numero-de-mortesde-enfermeiros-no-brasil_81708.html)
26 [quase-triplica-numero-de-mortesde-enfermeiros-no-brasil_81708.html](http://www.cofen.gov.br/em-3-meses-quase-triplica-numero-de-mortesde-enfermeiros-no-brasil_81708.html)
27
- 28 LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos:
29 conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e**
30 **Serviços de Saúde**, v. 12, p. 189-201, 2003.
31

- 1 COVID, CDC; TEAM, R; JORDEN, MA; et al. Evidence for limited early spread
2 of COVID-19 within the United States, January–February 2020. **Morbidity and**
3 **Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 22, p. 680, 2020.
- 4
- 5 DAGENS, A.; SIGFRID, L.; CAI, E.; et al. Scope, quality, and inclusivity of
6 clinical guidelines produced early in the covid-19 pandemic: rapid review. **BMJ**,
7 v. 369, 2020.
- 8
- 9 DAÍ, Y.; HU, G.; XIONG, H.; QIU, H.; YUAN, X. Psychological impact of the
10 coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in
11 China. **medRxiv**, 2020.
- 12
- 13 DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no
14 contexto da pandemia por Covid-19. **Interface (Botucatu)**, v. 25, n. 1, 2021.
- 15
- 16 DE BOLLE, M.; OBSTFELD, M.; POSEN, A. S. Economic Policy for a
17 Pandemic Age. **Peterson Institute for International Economics**. PIIIE
18 BRIEFING, p. 21-22, 2021.
- 19
- 20 DEANA, N. F.; SEIFFERT, A.; ARAVENA-RIVAS, Y.; et al. Recommendations
21 for Safe Dental Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines in the
22 First Year of the COVID-19 Pandemic. **Int J Environ Res Public Health**, v.18,
23 n.19, 2021.
- 24
- 25 DESCLAUX, A.; SOW, K. Humaniser: les soins dans l'épidémie d'Ebola ? Les
26 tensions dans la gestion du care et de La biosécurité dans le suivi des sujets
27 contacts au Sénégal. **Anthropologie et Sante**. 2015 [citado em 7 abr 2023];11.
28 Disponível em:
29 <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1751#quotation>
- 30
- 31 DIAS, B. C. Pandemia da COVID-19 e um Brasil de desigualdades: populações
32 vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade.
33 <https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pa>

- 1 ndemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdades-populacoes-vulneraveis-e-o-
2 risco-de-umgenocidio-relacionado-a-idade/ (acessado em 14/Mar/2022).
3
- 4 DUPRAT, I. P.; MELO, G. C. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em
5 profissionais de enfermagem no Brasil. **Rev Bras Saude Ocup**; v. 45, n. 30.
6 2020.
7
- 8 ESPING-ANDERSEN. As três economias políticas do Welfare State. **Lua**
9 **Nova**, n. 24, set. 1991.
10
- 11 FAN, S.; HEADEY, D.; RUE, C.; THOMAS, T. Food systems for human and
12 planetary health: Economic perspectives and challenges. **Ann Rev Res Econ**,
13 2021.
14
- 15 FEIJÓ, R. Desenvolvimento econômico: modelos, evidências, opções políticas
16 e o caso brasileiro. **Atlas**, São Paulo, 2007.
17
- 18 FERRAZ, L.; PEREIRA, R. P. G.; PEREIRA, A. M. R. D. C. Tradução do
19 conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão
20 de escopo. **Saúde em Debate: SciELO Brasil**, v. 43, p. 200-216, 2020.
21
- 22 FLOSS, M.; BARROS, E. F. Saúde planetária: conclamação para a ação dos
23 médicos de família de todo o mundo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14,
24 n. 41, 1992.
25
- 26 LIMA, E. J. F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. Á. Vaccines for COVID-19 - state
27 of the art. **Rev Bras Saude Mater Infant** [Internet]. 2021Feb;21:13–9. Available
28 from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100002>
29
- 30 GOMES, P.; VIEIRA, W.; DARUGE, R.; et al. The impact of coronavirus
31 (COVID-19) on dental activities: economic and mental challenges. **Research,**
32 **Society and Development**, v.10, n.1, 2021.
33

- 1 GRANT, M.J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types
2 and associated methodologies. **Health Information & Libraries Journal: John**
3 **Wiley & Sons, Ltd**, v, 26, p. 91-108, 2009.
- 4
- 5 GUARAPUAVA. Costureiras assinam contrato para confecção de máscaras
6 reutilizáveis. **Informativo Prefeitura de Guarapuava**, Notícias, 30 abr. 2020.
- 7
- 8 GUGNANI, N.; GUGNANI, S. Do aspirating systems have a role in preventing
9 COVID-19 transmission among dental healthcare workers? **Evid Based Dent**,
10 v.22, n.2, p.50-51, 2021.
- 11
- 12 GUO, H.; ZHOU, Y.; LIU, X.; et al. The impact of the COVID-19 epidemic on
13 the utilization of emergency dental services. **J Dent Sci**, v. 15, n. 4, p. 564-567,
14 2020.
- 15
- 16 GUO, Z. D.; WANG, Z. Y.; ZHANG, S. F.; et al. Aerosol and surface distribution
17 of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan,
18 China, 2020. **Emerging infectious diseases**, v. 26, n. 7, p. 1586, 2020.
- 19
- 20 HALBERSTAM, D. Comparative federalism and the role of the Judiciary. In: G.
21 A. Caldeira, R. Daniel Kelemen, & K. E. Whittington. (Eds.), *The Oxford*
22 *handbook of law and politics* (pp. 142-164). Nova York, NY: **Oxford University**
23 **Press**, 2008.
- 24
- 25 HIGGINS, J. P. T.; THOMAS, J.; CHANDLER, J.; et al. *Cochrane handbook for*
26 *systematic reviews of interventions*. **New Jersey: John Wiley & Sons**, 2019.
- 27
- 28 HORTON, R. Offline: Covid-19 is not a pandemic. **Lancet**, v. 396, n. 26, 2020.
- 29
- 30 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por
31 Amostra de Domicílios Contínua. **Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de**
32 **Geografia e Estatística**; 2020.
- 33

- 1 IMAS, L. G. M.; RIST, R. C. **The road to results**: designing and conducting
2 effective development evaluations. The World Bank. Cap. 4 – Understanding
3 the evaluation context and the program theory of change, Washington (D. C.),
4 2009.
- 5
- 6 IOANNIDIS, J. P. A. Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated
7 information and non-evidence-based measures. **Eur J Clin Invest**, v. 50, 2020.
- 8
- 9 IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de políticas
10 públicas: guia prático de análise ex ante. **Ipea**, Brasília, v. 1, 2018.
- 11
- 12 IVO, A. B. L. A reconversão do social: dilemas da redistribuição no tratamento
13 focalizado. **São Paulo Perspect**, v. 18, p. 57-67, 2004.
- 14
- 15 JACKSON FIHO, J. M.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ALGRANTI, E., GARCIA, E. G.;
16 SAITO, C. A.; MAENO, M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da
17 COVID-19. **Rev Bras Saúde Ocup**, v. 45, n. 14, 2020.
- 18
- 19 KISSLER, S. M.; TEDIJANTO, C.; LIPSITCH, M.; GRAD, Y. Social distancing
20 strategies for curbing the COVID-19 epidemic. **medRxiv**, 2020.
- 21
- 22 KNOEPFEL, P.; LARRUE, C.; VARONE, F.; HILL, M. Public policy analysis.
23 **Bristol (United Kingdom): The Policy Press**, p. 56-61, 2007.
- 24
- 25 KRNIC MARTINIC, M.; PIEPER, D.; GLATT, A.; et al. Definition of a systematic
26 review used in overviews of systematic reviews, meta-epidemiological studies
27 and textbooks. **BMC Med Res Methodol**, v. 19, 2019.
- 28
- 29 KUMBARGERE NAGRAJ, S.; EACHEMPATI, P.; PAISI, M.; et al. Interventions
30 to reduce contaminated aerosols produced during dental procedures for
31 preventing infectious diseases. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 10, 2020.
- 32

- 1 KUNIYA, T. Prediction of the epidemic peak of coronavirus disease in Japan,
2 2020. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 3, p. 789, 2020.
- 3
- 4 LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. D, C.; et al. The novel
5 coronavirus (SARS-CoV-2) emergency and the role of timely and effective
6 national health surveillance. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.
- 7
- 8 LI, G.; CHANG, B.; LI, H.; et al. Precautions in dentistry against the outbreak of
9 corona virus disease 2019. **J Infect Public Health**, v. 13, n. 12, p. 1805-1810.
10 2020.
- 11
- 12 LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China,
13 of novel coronavirus–infected pneumonia. **N Engl J Med**, v. 382, p. 1199-1207,
14 2020.
- 15
- 16 LIMA, R. S.; BUENO, S. **Homicídios pelo sétimo mês consecutivo no país**,
17 2020. Recuperado de
18 [https://facesdaviolencia.blogfolha.uol.com.br/2020/04/29/homicidios-crescem-](https://facesdaviolencia.blogfolha.uol.com.br/2020/04/29/homicidios-crescem-pelo-setimo-mes-consecutivo-no-pais/)
19 [pelosetimo-mes-consecutivo-no-pais/](https://facesdaviolencia.blogfolha.uol.com.br/2020/04/29/homicidios-crescem-pelo-setimo-mes-consecutivo-no-pais/)
- 20
- 21 LOPES, W.; ICHIOKA, L.; AMARAL, V.; MORCELI, G.; CARVALHO, M. Busca
22 por modelos de organização do trabalho nos atendimentos primários de saúde
23 do Brasil e de países internacionais no enfrentamento da Covid-19. **Revista de**
24 **Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 2, p. 134-145, 9 abr. 2021.
- 25
- 26 LORES, A. M. Epidemiología, Ciencias Sociales y Sindemia. **Espacio Abierto**,
27 v. 30, n. 2, p. 10-23, 2021.
- 28
- 29 LOUGHLIN, J.; KINCAID, J.; SWEDEN, W. Handbook of Regionalism &
30 Federalism. London, UK; New York, NY: **Routledge Taylor; Francis Group**,
31 2013.
- 32

- 1 MACHADO, M. E. Preço de álcool gel e máscaras faciais tem aumento de até
2 513% em Curitiba. **Comunicare. Portal de notícias do curso de jornalismo**
3 **da PUC/PR**, 25 maio 2020.
- 4
- 5 MADUREIRA, E. M. P. Desenvolvimento Regional: Principais Teorias. **Revista**
6 **Thêma et Scientia**. v. 5, n. 2, p. 8-23, 2015.
- 7
- 8 MARSHALL, T. H. "Cidadania, classe social e status". **Rio de Janeiro: Zahar**,
9 1967.
- 10
- 11 MEETHIL, A. P.; SARASWAT, S.; CHAUDHARY, P. P.; et al. Sources of
12 SARS-CoV-2 and Other Microorganisms in Dental Aerosols. **J Dent Res**, v.
13 100, n. 8, p. 817-823, 2021.
- 14
- 15 MENG, L. F.; HUA, F.; BIAN, Z. "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19):
16 Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine." **Journal of**
17 **Dental Research**, v. 99, n. 5, p. 481–87, 2020.
- 18
- 19 MENY, I.; THOENIG, J. C. **Las Políticas Públicas**. Translated by Francisco
20 Morata. Barcelona (España): Ariel Ciencia Política. 1992. Cap. III, sección 3, El
21 cambio social.
- 22
- 23 MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUILL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes
24 tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de**
25 **Saúde** [online]. v. 30, n. 1 [Acessado 18 Abril 2023] , e2018126. Disponível em:
26 <<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>>. ISSN 2237-9622.
27 <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>.
- 28
- 29 MILAGROS, N. Y. H.; FRANCO, F. S. R.; MILUSKA, C. F. El impacto
30 económico de la COVID 19 en la calidad del servicio odontológico. **Revista**
31 **Científica Salud Andina**, v.1, n.3, p. 53-59, 2021.
- 32

- 1 MOARES, M. M. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e
2 após a pandemia de COVID-19. **Porto Alegre: Artmed**; 2020. 77 p. (Coleção
3 O Trabalho e as Medidas de Contenção da COVID-19: Contribuições da
4 Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2).
- 5
- 6 MORAES, E. B.; SANCHEZ, M. C. O.; VALENTE, G. S. C.; SOUZA, D. F.;
7 NASSAR, P. R. B. Safety of health professionals in COVID-19 times: a
8 reflection. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020.
- 9
- 10 MORRISON, L. G.; YARDLEY, L. What infection control measures will people
11 carry out to reduce transmission of pandemic influenza? A focus group study.
12 **BMC Public Health**. 2009 [citado em 7 abr 2023];9:258. Disponível em:
13 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-258>
- 14
- 15 MUNN, Z.; STERN, C.; AROMATARIS, E.; et al. What kind of systematic
16 review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic
17 reviewers in the medical and health sciences. **BMC medical research**
18 **methodology: BioMed Central**, v. 18, p. 1-9, 2018.
- 19
- 20 OIT. International Labour Organization. COVID-19 crisis and the informal
21 economy. **Immediate responses and policy challenges**, 2020.
- 22
- 23 OIT. Organização Internacional do Trabalho. OIT: é necessário garantir a
24 proteção dos trabalhadores agora e após o fim do confinamento. **OIT Notícias**
25 2020.
- 26
- 27 OMS. Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**
28 **Situation Report – 72.** 2020. Disponível em:
29 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020-eng.pdf)
30 [-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020-eng.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- 31
- 32 PACHECO, E. C. et al. Adequação dos serviços odontológicos do Paraná no
33 enfrentamento da COVID-19: um estudo transversal. **Saúde em Debate**

1 **[online]**. v. 46, n. 135 [Acessado 11 Abril 2023] , pp. 1045-1062. Disponível
2 em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213507>>. Acesso em: 11 ABR.
3 2023.

4

5 PARANÁ. Decreto n. 4.301, de 19 de março de 2020. Altera dispositivo do
6 Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para
7 enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional
8 decorrente do Coronavírus - COVID-19. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v.
9 107, n. 10.649, 19 mar. 2020, p. 7.

10

11 PARANÁ. Transparência da Legislação de Enfrentamento ao Coronavírus.
12 **Governo do Estado do Paraná**, 2020. Disponível em:
13 [http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/TRANSPARENCIA-](http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/TRANSPARENCIA-Enfrentamento-ao-Coronavirus-Legislacao)
14 [Enfrentamento-ao-Coronavirus-Legislacao](http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/TRANSPARENCIA-Enfrentamento-ao-Coronavirus-Legislacao). Acesso em: 14 fev. 2022.

15

16 PARANÁ. **Campanha Fique em Casa**. Governo do Estado do Paraná, 2020.
17 Disponível em: [http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Fique-em-](http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Fique-em-casa)
18 [-casa](http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Fique-em-casa). Acesso em: 25 mar. 2022.

19

20 PARANÁ. Decreto 4.230, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas
21 para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância
22 internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19. **Diário Oficial do**
23 **Estado**, Curitiba, 16 mar. 2020.

24

25 PARANÁ. Decreto n. 4.301, de 19 de março de 2020. Altera dispositivo do
26 Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para
27 enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional
28 decorrente do Coronavírus - COVID-19. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v.
29 107, n. 10.649, 19 mar. 2020, p. 7.

30

31 PARANÁ. Decreto n. 4.298, de 19 de março de 2020. Declara situação de
32 emergência em todo o território paranaense, nos termos do COBRADE nº
33 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento

1 à COVID-19. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10.649, 19 mar.
2 2020, p. 3.

3
4 PARANÁ. Decreto n. 4.311, de 20 de março de 2020. Altera o Decreto nº
5 4.230, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para
6 enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional
7 decorrente do Coronavírus - COVID-19. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v.
8 107, n. 10.650, 20 mar. 2020, p. 6.

9
10 PARANÁ. Decreto n. 4.317, de 21 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas
11 para a iniciativa privada acerca do enfrentamento da emergência de saúde
12 pública de importância decorrente da COVID-19. **Diário Oficial do Estado**,
13 Curitiba, v. 107, n. 10.651, 21 mar. 2020, p. 4.

14
15 PARANÁ. Decreto n. 4.319, de 23 de março de 2020. Declara o estado de
16 calamidade pública, como medida para enfrentamento da emergência de saúde
17 pública de importância internacional decorrente do Coronavírus - COVID-19.
18 **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10.653, 23 mar. 2020, p. 3.

19
20 PARANÁ. Decreto 4.692 de 25 de maio de 2020. Regulamenta a Lei Estadual
21 nº 20.198, de 28 de abril de 2020, que dispões sobre o uso geral e obrigatório
22 de máscaras de proteção facial no contexto da pandemia da COVID-19
23 enquanto perdurar o estado de calamidade pública, e medidas correlatas.
24 **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 25 de maio de 2020.

25
26 PARANÁ. Decreto n. 4.885, de 19 de junho de 2020. Dispõe sobre novas
27 medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, em decorrência
28 da Infecção Humana pela COVID-19, aos municípios que integram a 2ª
29 Regional da Saúde. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10.710, 19
30 jun. 2020, p. 3.

31
32 PARANÁ. Decreto n. 4.886, de 19 de junho de 2020. Dispõe sobre novas
33 medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, em decorrência

1 da Infecção Humana pela COVID-19, aos municípios do Estado do Paraná.
2 **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10.710, 19 jun. 2020, p. 3.

3
4 PARANÁ. Decreto n. 4.942, de 30 de junho de 2020. Dispõe sobre medidas
5 restritivas regionalizadas para o enfrentamento da COVID-19. **Diário Oficial do**
6 **Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10717, 30 jun. 2020, p. 3.

7
8 PARANÁ. Decreto n. 6.284, de 1º de dezembro de 2020. Dispõe sobre
9 proibição provisória de circulação em vias públicas, comercialização e consumo
10 de bebidas alcoólicas. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10822, 1º
11 dez. 2020, p. 3.

12
13 PARANÁ. Decreto n. 6.294, de 3 de dezembro de 2020. Dispõe sobre novas
14 medidas de distanciamento social para o enfrentamento da pandemia da
15 COVID-19. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10824, 3 dez. 2020, p.
16 3.

17
18 PARANÁ. Decreto n. 6.555, de 17 de dezembro de 2020. Prorroga por 10 dias
19 a vigência das medidas de distanciamento social para o enfrentamento da
20 pandemia da COVID-19, estabelecidas no Decreto nº 6.294, de 03 de
21 dezembro de 2020. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10834, 17
22 dez. 2020, p. 5.

23
24 PARANÁ. Decreto n. 6.590, de 28 de dezembro de 2020. Prorroga por mais
25 dez dias a vigência das medidas de distanciamento social para o
26 enfrentamento da pandemia da COVID-19 dispostas no Decreto nº 6.294, de 3
27 de dezembro de 2020, prorrogada pelo Decreto nº 6.555, de 17 de dezembro
28 de 2020, e adota outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v.
29 107, n. 10840, 28 dez. 2020, p. 3.

30
31 PARANÁ. Lei n. 20.189, de 28 de abril de 2020. Obriga, no Estado do Paraná,
32 o uso de máscaras enquanto perdurar o estado de calamidade pública em
33 decorrência da pandemia do coronavírus SARS-CoV-2, e adota outras

- 1 providências. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, v. 107, n. 10.675, 28 abr.
2 2020, p. 3.
3
- 4 PARANÁ. Nota Orientativa 34 de 22 de maio de 2020. **Saúde PR Informa**,
5 Curitiba, 2020.
6
- 7 PARANÁ. Portaria ADAPAR 222 de 22 de setembro. Súmula: Estabelecer a
8 todos os servidores o retorno às atividades normais no âmbito da Adapar a
9 partir de 28 de setembro de 2020, observado o disposto na Resolução SESA nº
10 1129, de 21 de setembro de 2020. **Diário Oficial**, n. 10777, 24 set. 2020.
11
- 12 PARANÁ. **Resolução SEJUF de 07 de abril**. Curitiba: Secretaria da Justiça,
13 Família e Trabalho, 2020.
14
- 15 PARANÁ. **Sistema Estadual de Legislação**. Casa Civil do Governo do
16 Estado. Curitiba, 2021.
17
- 18 PARANÁ. **Transparência da Legislação de Enfrentamento ao Coronavírus**.
19 Governo do Estado do Paraná, 2020.
20
- 21 PEDONE, L. Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.
22 Brasília: **Fundação Centro de Formação do Servidor Público (FUNCEP)**,
23 1986.
24
- 25 PEREIRA, S. A.; SHITSUKA, M. D.; PARREIRA, J. F.; SHITSUKA, R.
26 **Metodologia da pesquisa científica**, 2018.
27
- 28 PENG, X.; XU, X.; LI, Y.; CHENG, L.; ZHOU, X.; REN, B. Transmission routes
29 of n2019-nCoV and controls in dental practice. **Int J Oral Sci**, v. 12, n. 1, 2020.
30
- 31 PETRANSKI, J.; TERNOSKI, S. Agenda Política. **Revista de Discentes de**
32 **Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos**, v. 9, n. 1, p. 307-
33 337, 2021.

- 1
2 PIERSON, P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the
3 Development of Social Policies. **Governance: An International Journal of**
4 **Policy and Administration**, 8(4), 449-78, 1995.
5
6 PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade no
7 Brasil. **Cebes**, 2020.
8
9 Pleitgen, F. **What Trump could learn from Angela Merkel about dealing with**
10 **coronavirus**, 2020. Recuperado de
11 [https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/merkel-trump-germanyfederalism-](https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/merkel-trump-germanyfederalism-analysis-intl/index.html)
12 [analysis-intl/index.html](https://edition.cnn.com/2020/04/16/europe/merkel-trump-germanyfederalism-analysis-intl/index.html)
13
14 PLUYE, P.; HONG, Q. N.; BUSH, P. L.; et al. Opening-up the definition of
15 systematic literature review: the plurality of worldviews, methodologies and
16 methods for reviews and syntheses. **J Clin Epidemiol**, v. 73, p. 2-5, 2016.
17
18 PRADO, A. D.; PEIXOTO, B. C.; DA SILVA, A. M. B.; SCALIA, L. A. M. A saúde
19 mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma
20 revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128, 2020.
21
22 QI, J.; XU, J.; LI, B.; HUANG, J.; YANG, Y.; ZHANG, Z.; et al. The evaluation of
23 sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of
24 COVID-19. **medRxiv**, 2020.
25
26 REDE COVIDA. Saúde do trabalhador: riscos e vulnerabilidades. **Boletim**
27 **CoVida**, v. 6, 2020.
28
29 REIS, V. P.; MAIA, A. B. P.; BEZERRA, A. R.; et al. O novo normal da
30 Odontologia: revisão das recomendações para retomada da assistência
31 odontológica durante a pandemia da COVID-19 / The New Normal of Dentistry:
32 Review of Recommendations for the Resumption of Dental Care during the
33 COVID-19 Pandemic. **Rev bras odontol**, v. 77, n. 1, p. 1-9. 2020.

- 1
2 RENAST. **Boletim CoVida**: pandemia de Covid-19: a saúde dos trabalhadores
3 de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19 [Internet]. Salvador;
4 2020 [citado em 9 set 2020]. Disponível em:
5 [http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf)
6 [default/files/arquivos/recursos/boletim-](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf)
7 [covida-5- trabalhadores-da-saude.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf)
- 8 ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de**
9 **Enfermagem** [online]. 2007, v. 20, n. 2 [Acessado 30 Março 2022], pp. v-vi.
10 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Epub
11 17 Jul 2007. ISSN 1982-0194. [https://doi.org/10.1590/S0103-](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)
12 [21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001).
- 13
14 ROTTA, E.; REIS, C. N. Desenvolvimento e políticas sociais: uma relação
15 necessária. **Revista Textos & Contextos**, v. 6, n. 2, p. 314-334, 2007.
- 16
17 SAIDEL, M. G. B.; LIMA, M. H. M.; CAMPOS, C. J. G.; LOYOLA, C. M. D.;
18 ESPERIDIÃO, E.; SANTOS, J. R. COVID-19: saúde mental dos profissionais
19 de saúde. **Rev Enferm UERJ**, v. 28, 2020.
- 20
21 SALEH, A. M.; SALEH, P. B. O. Consumo responsável: um passo além do
22 aspecto ambiental. **Educ Ver**, v. 44, p. 167-1679, 2012.
- 23
24 SANTOS, M. R.; RIBEIRO, R. P.; MARTINS, M. B.; NASCIMENTO, L. A.;
25 MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Avaliação da implantação da norma
26 regulamentadora 32 em um hospital universitário. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 3,
27 p. 524-30, 2012.
- 28
29 SANTOS, K. O. B.; et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de
30 COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 12
31 [Acessado 30 Março 2022], e00178320. Disponível em:
32 <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>>. Epub 16 Dez 2020. ISSN 1678-
33 4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>.

- 1
2 SAMARANAYAKE, L. P.; FAKHRUDDIN, K. S.; BURANAWAT, B.; et al. The
3 efficacy of bio-aerosol reducing procedures used in dentistry: a systematic
4 review. **Acta Odontol Scand**, v.79, n.1, Jan, p.69-80. 2021.
5
6 SCHMITT, C. O Conceito do Político. Rio de Janeiro, RJ: **Editora Vozes**, 1992.
7
8 SECCHI, L.; COELHO, F. de S.; PIRES, V. **Políticas Públicas**: conceitos,
9 casos práticos, questões de concursos. São Paulo: Cengage, 2019.
10
11 SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. Os múltiplos papéis dos governos estaduais
12 na política educacional brasileira: os casos do Ceará, Mato Grosso do Sul, São
13 Paulo e Pará. **Revista de Administração Pública**, 52(6), 1179-1193, 2018.
14
15 SHARMA, G.; VOLGMAN, A. S.; MICHOS, E. D. Sex differences in mortality
16 from COVID-19 pandemic: are men vulnerable and women protected? **JACC**
17 **Case Rep**, v. 2, p. 1407-1410, 2020.
18
19 SHIGEMURA, J.; URSANO, R. J.; MORGANSTEIN, J. C.; KUROSAWA, M.;
20 BENEDEK, D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV)
21 in Japan: mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin**
22 **Neurosci**, v. 74, n. 4, p. 281-282, 2020.
23
24 SINGHAL, T. Uma revisão da doença de Coronavírus-2019 (COVID-19).
25 **IndianJ Pediat**, v. 87, p. 281-286, 2020.
26
27 STAT [Internet]. Boston: James O'Donovan; 2020 [citado em 5 abr 2023].
28 **Community health workers will be the main defense in rural Uganda**
29 **against coronavirus**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em:
30 [https://www.statnews.com/2020/03/28/community-health-workers-lead-covid-](https://www.statnews.com/2020/03/28/community-health-workers-lead-covid-19-fight-uganda/)
31 [19-fight-uganda/](https://www.statnews.com/2020/03/28/community-health-workers-lead-covid-19-fight-uganda/)
32

- 1 SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. Basic study designs in analytical epidemiology.
2 In: SZKLO, M.; JAVIER NIETO, F. *Epidemiology: beyond the basics*.
3 Gaithersburg: **Aspen Publishers Inc**; p. 3-51, 2000.
4
- 5 SOARES, R. C.; ROCHA, J. S.; DA ROSA, S. V.; et al. Quality of biosafety
6 guidelines for dental clinical practice in world in early COVID-19 pandemic: A
7 systematic review. **Epidemiol Health**, p. e2021089, 2021.
8
- 9 SOARES, E. A publicação dos atos administrativos e das leis municipais na
10 imprensa oficial à luz do princípio constitucional da publicidade. **Artigos**
11 **Jus.com**, 2008.
12
- 13 SOARES, I. Bolsonaro critica governadores: 'Medidas extremas que não
14 competem a eles'. **Correio Braziliense**, 2020. Recuperado de
15 [https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/20/interna_po](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/20/interna_politica,835548/bolsonaro-critica-governadores-medidas-extremasque-nao-competem-eles.shtml)
16 [litica,835548/bolsonaro-critica-governadores-medidas-extremasque-nao-](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/20/interna_politica,835548/bolsonaro-critica-governadores-medidas-extremasque-nao-competem-eles.shtml)
17 [competem-eles.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/03/20/interna_politica,835548/bolsonaro-critica-governadores-medidas-extremasque-nao-competem-eles.shtml)
18
- 19 SOTO-GÁMEZ, D. E.; ANEYBA-LÓPEZ, L. D.; PERALDI-SADA, M. G.; et al.
20 Impacto económico en el medio odontológico durante la pandemia del COVID-
21 19: revisión integradora. **Revista de la Asociación Dental Mexicana**, v. 78,
22 n.1, p.42-47, 2021.
23
- 24 SOUZA, D. O. As dimensões da precarização do trabalho em face da
25 pandemia de Covid-19. **Trab Educ Saúde**, 2021.
26
- 27 TEMPLE UNIVERSITY LIBRARIES. Systematic Reviews & Other Review
28 Types. <https://guides.temple.edu/c.php?g=78618&p=4156608>
29
- 30 TITMUSS, R. M., *Commitment to Welfare*, George Allen and Unwin Ltd.,
31 **London**, 1968, 272 pp., 30s.
32

- 1 TREIBEL, T. A.; MANISTY, C.; BURTON, M.; MCKNIGHT, A.; LAMBOURNE,
2 J.; AUGUSTO, B. J.; COUTO-PARADA, X.; MOON, C. J. COVID-19: PCR
3 screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. **Lancet**, v.
4 395, p. 1608-1610,2020.
- 5
- 6 TUDE, J. M.; FERRO, D.; SANTANA, F. P. Gestão de Políticas Públicas.
7 **Curitiba: IESDE BRASIL**, 2015.
- 8
- 9 TUÑAS, I. T. C.; SILVA, E. T.; SANTIAGO, S. B. S.; MAIA, K. D.; SILVA-
10 JÚNIOR, G. O. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma Abordagem
11 Preventiva para Odontologia. **Rev. Bras. Odontol**, v. 77, 2020.
- 12
- 13 UN WOMEN. COVID-19 and ending violence against women, 2020.
- 14
- 15 URBINATI, N. Me the People: How Populism Transforms Democracy.
16 Cambridge, Massachusetts: **Harvard University Press**, 2020.
- 17
- 18 VASCONCELOS, R. **Coronavirus: lembre o que Bolsonaro já falou sobre**
19 **a pandemia**, 2020. Recuperado de
20 [https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,coronavirus-o-que-bolsonaro-](https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,coronavirus-o-que-bolsonaro-jafalou-ate-agora-sobre-a-pandemia,70003234776)
21 [jafalou-ate-agora-sobre-a-pandemia,70003234776](https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,coronavirus-o-que-bolsonaro-jafalou-ate-agora-sobre-a-pandemia,70003234776)
- 22
- 23 VENTURA, D. Pandemias e estado de exceção. In: Catoni M, Machado F.
24 (Org.). Constituição e processo: a resposta do constitucionalismo à banalização
25 do terror. Belo Horizonte, MG: **Del Rey/IHJ**, p. 159-181, 2009.
- 26
- 27 VENTURA, D. F. L.; RIBEIRO, H.; GIULIO, G. M.; JAIME, P. C.; NUNES, J.;
28 BÓGUS, C. M. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira
29 de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cad Saude Publica**, v. 36, p.
30 1-5, 2020.
- 31
- 32 VIEIRA, L. A. Iniciação Científica **CESUMAR**, v. 23, n. 2, p. 149-163, 2021.
- 33

- 1 WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; et al. Immediate
2 psychological responses and associated factors during the initial stage of the
3 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population
4 in china. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 5, p.17-29, 2020.
5
- 6 WEF. World Economic Forum [Internet]. Genebra; 2020 [citado em 5 abr 2023].
7 **The job description for a COVID-19 community health worker - and how**
8 **this could fight US unemployment**; [aproximadamente 2 telas]. Disponível
9 em: [https://www.weforum.org/agenda/2020/03/retraining-unemployed-fight-](https://www.weforum.org/agenda/2020/03/retraining-unemployed-fight-covid-19/)
10 [covid-19/](https://www.weforum.org/agenda/2020/03/retraining-unemployed-fight-covid-19/)
11
- 12 WENHAM, C.; SMITH, J.; MORGAN, R. COVID-19: the gendered impacts of
13 the outbreak. **Lancet**, v. 395, p. 846-848, 2020.
14
- 15 WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil:
16 crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad Saud Pub**, v. 36, n. 5, 2020.
17
- 18 WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). **Weekly**
19 **epidemiological update**. [https://www.who.int/docs/default-](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4)
20 [source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4)
21 [3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200831-weekly-epi-update-3.pdf?sfvrsn=d7032a2a_4) (acessado em 26/Mar/2022).
22
- 23 WHO. World Health Organization. 2020. **IHR** procedures concerning public
24 health emergencies of international concern (PHEIC).
25 <http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/> (acessado em 26/Mar/2022) 2020.
26
- 27 WHO. World Health Organization. 2014. In: **Mental health: a state of well-**
28 **being**.
29
- 30 WHO. COVID-19 weekly epidemiological update - Numbers at a glance (Last
31 update: 27 December 2021). Geneva: **World Health Organization**, 2021.
32

1 WHO. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at
2 the media briefing on COVID-19-11 March 2020: Geneva, Switzerland 2020.

3
4 WORLDOMETERS. Coronavirus **Cases**. 2021. Disponível em:
5 <https://www.worldometers.info/coronavirus/>. Acesso em: 19 mar 2022.

6
7 XIANG, Y. T.; YANG, Y.; LI, W.; ZHANG, L.; ZHANG, Q.; CHEUNG, T.; et al.
8 Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently
9 needed. **Lancet Psychiatry** 2020; 7:228-9.

10
11 YAN, Y.; SHIN, W. I.; PANG, Y. X.; MENG, Y.; LAI, J.; YOU, C.; et al. The first
12 75 days of novel coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak: recent advances,
13 prevention, and treatment. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, p. 2323,
14 2020.

15
16 ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de burnout em
17 profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Rev Esc**
18 **Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 253-60, 2015.

19
20 ZHANG, S. X.; WANG, Y.; RAUCH, A.; WEI, F. Unprecedented disruption of
21 lives and work: health, distress and life satisfaction of working adults in China
22 one month into the COVID-19 outbreak. **Psychiatry Res**, v. 288, 2020.

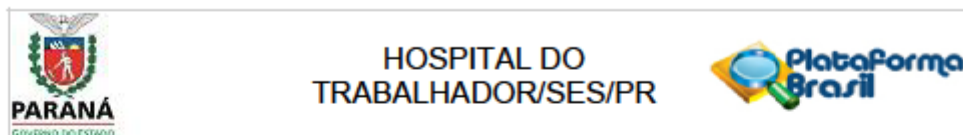
23
24 ZHANG, W.; JIANG, X. Measures and suggestions for the prevention and
25 control of the novel Coronavírus in dental institutions. **Front Oral Maxillofac**
26 **Med**, v. 2, n. 4, 2020.

27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

- 1 **ANEXOS**
 2 ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPR
 3



HOSPITAL DO
 TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COVID-19: PERFIL DOS ATENDIMENTOS VIA PLATAFORMA VICTÓRIA e PARANÁ E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NAS DIFERENTES REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: CARLA LUIZA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32121120.3.3003.5225

Instituição Proponente: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.087.832

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda a projeto já avaliado e aprovado por este CEP (parecer 4.085.474). A emenda tem como objetivo o acréscimo de um termo de confidencialidade e sigilo exigido por um CEP de outra coparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o perfil epidemiológico de sujeitos atendidos na plataforma Victoria e nos diferentes cenários das Regionais de Saúde do Estado acerca da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já realizados.

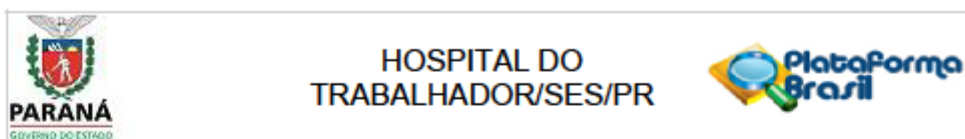
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e válidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas significativas.

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepti@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.087.832

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos os autores que devem ser encaminhados como NOTIFICAÇÃO os seguintes assuntos:

- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído (publicação, anais de congresso, etc)
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Alterações no projeto (inclusive em relação à equipe de pesquisa) devem ser submetidos como EMENDA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

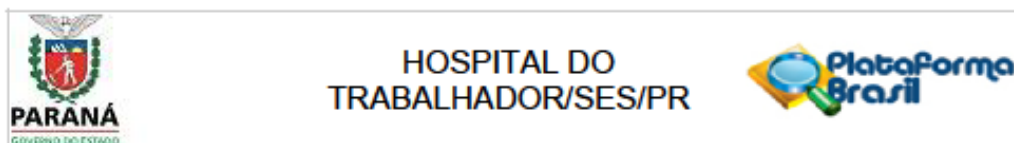
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	GILSELENA_Termo.pdf	01/06/2020 19:57:08	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/05/2020 21:24:25	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	SESA.pdf	20/05/2020 21:22:59	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	UEL.pdf	20/05/2020 21:21:57	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_covid.doc	20/05/2020 21:21:32	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	lattes.pdf	15/05/2020 20:33:02	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	anexos_projeto_plataforma.docx	15/05/2020 20:30:25	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	seti.pdf	15/05/2020 20:26:24	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito
Outros	unioeste.pdf	15/05/2020 20:25:32	CARLA LUIZA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
 Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 4.087.832

Não

CURITIBA, 15 de Junho de 2020

Assinado por:
FABIO TERABE
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br

1 ANEXO 2 – NOTA ORIENTATIVA - RASTREAMENTO LABORATORIAL DA
2 COVID-19 E CONDUTAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



CORONAVÍRUS (COVID-19)



RASTREAMENTO LABORATORIAL DA COVID-19 E CONDUTAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

NOTA ORIENTATIVA
40/2020
Atualizada 16/02/2022

A COVID-19 é a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Os sintomas mais comuns incluem: tosse, falta de ar, dor de cabeça (cefaleia), febre, calafrios, dor de garganta, coriza, diarreia ou outros sintomas gastrointestinais, perda parcial ou total do olfato (hiposmia/anosmia) diminuição ou perda total do paladar (hipogeusia/ageusia), dores musculares, dores no corpo (mialgia) e cansaço ou fadiga. O SARS-CoV-2 é transmitido principalmente por meio da exposição a gotículas respiratórias, contendo vírus, expelidas por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, ou por meio do contato direto com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, nariz ou boca), ou com objetos e superfícies contaminados (fômites).

Mais informações:

<http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha#>

<http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Essa Nota Orientativa se destina aos Rastreamento Laboratorial da COVID-19 e Condutas de Afastamento do Trabalho, está pautada na Portaria Interministerial MTP/MS nº 14, de 20 de janeiro de 2022, em caráter complementar.
- A vacinação é a principal estratégia de prevenção de saúde pública para acabar com a pandemia da COVID-19 e contribui para retornar com segurança ao trabalho. É vital que todos os trabalhadores recebam as vacinas recomendadas para a faixa etária e as carteiras de vacinação sejam atualizadas se estiverem atrasadas devido à pandemia, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) para cada faixa etária. O calendário vacinal está disponível na página da SESA-PR: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Vacinas>.
- As vacinas da COVID-19 reduzem o risco da pessoa ficar gravemente doente se pegar COVID-19. Mas mesmo que a pessoa esteja vacinada contra a COVID-19, ainda poderá pegá-la e transmiti-la a outras pessoas, mesmo que não tenha nenhum sintoma. Por isso, as medidas de prevenção contra a doença devem continuar a ser adotadas por todos.
- Considerando que a vigilância dos vírus respiratórios de relevância em saúde pública possui uma característica dinâmica, devido ao potencial de alguns destes vírus sofrerem mutações genéticas, bem como causarem epidemias e/ou pandemias, motivo pelo qual se justificam as constantes atualizações em normas e orientações nacionais e internacionais, as medidas descritas neste documento foram baseadas em informações divulgadas até a data da publicação deste material.
- Vários fatores podem influenciar o risco de infecção por COVID-19, incluindo tipo, proximidade e duração da exposição; fatores ambientais (por exemplo, ventilação); estado de vacinação; infecção anterior por COVID-19; e uso de máscara.
- O período de transmissibilidade ocorre entre 2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias depois, mesmo que tenham sintomas leves ou nenhum sintoma devendo-se considerar os ambientes domiciliares e laborais.

DEFINIÇÕES:

- **SÍNDROME GRIPAL (SG):** indivíduo que apresente quadro respiratório agudo com um ou mais dos sinais ou sintomas de febre (mesmo que referida), tosse e falta de ar. Outros sintomas não específicos ou atípicos podem incluir: dor de garganta, dor de cabeça, coriza, espirros, calafrios, dor abdominal, diarreia, anosmia (incapacidade de sentir odores) ou hiposmia (diminuição do olfato), hipogeusia (diminuição da capacidade para sentir o sabor da comida), ageusia (perda da capacidade para sentir sabor), mialgia (dores musculares, dores no corpo), cansaço ou fadiga. Em crianças, além dos sintomas anteriores, na ausência de outro diagnóstico específico, considera-se também a obstrução nasal.
- **SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE:** indivíduo com SG que apresente dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95%, em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) nos lábios ou rosto. Crianças podem apresentar sinais de desidratação, inapetência, cianose (coloração azulada da pele e dos lábios e nas extremidades dos dedos), assim como esforço respiratório caracterizado por batimentos de asa de nariz e tiragem intercostal, o que pode indicar gravidade crescente.
- **CASO SUSPEITO:** indivíduo com sinais ou sintomas sugestivos de Síndrome Gripal. Pode ter confirmação diagnóstica da COVID-19 por:
 - **CRITÉRIO CLÍNICO:** Caso de SG ou SRAG associado a anosmia (disfunção olfativa) OU a ageusia (disfunção gustatória) aguda sem outra causa pregressa.
 - **CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO:** Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e dos sintomas com caso confirmado para COVID-19.
 - **CRITÉRIO CLÍNICO-IMAGEM:** Caso de SG ou SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: opacidade em vidro fosco ou sinal de halo reverso.
 - **CRITÉRIO LABORATORIAL:** exames de RT-PCR com resultado DETECTÁVEL ou Teste Rápido de Antígeno com resultado REAGENTE.
- **CONTATO PRÓXIMO:** Qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso confirmado da COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 48 horas antes até 10 dias após a data de início dos sinais e/ou dos sintomas (caso confirmado sintomático), ou após a data da coleta do exame (caso confirmado assintomáticos), nas seguintes condições:
 - Esteve a menos de 1 metro (um metro) de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso confirmado, ambos sem máscara facial ou utilizando-a de forma incorreta.
 - Teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos, abraço, beijo) com um caso confirmado.
 - Seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, entre outros) de um caso confirmado.
- **QUARENTENA:** a quarentena é o período em que o indivíduo que entrou em contato com alguém apresentando sintomas da COVID-19 precisa se resguardar e ser observado para que se tenha

certeza se foi ou não infectado pelo SARS-CoV-2. São medidas adotadas para os casos suspeitos, e para aqueles que foram expostos ao vírus que causa a COVID-19 (SARS-CoV-2), ou seja, os contatos próximos dos casos confirmados da COVID-19.

- A quarentena é recomendada quando ocorre o contato próximo desprotegido com casos suspeitos ou confirmados da COVID-19. O período indicado para a quarentena é de 7 dias após a data da última exposição ao caso suspeito ou confirmado na impossibilidade de testagem (Quadro 1). Segundo orientações do CDC, a quarentena pode ser reduzida para 5 dias se o indivíduo for testado a partir do 5º dia do último contato E tiver resultado negativo E não apresentar sintomas no período. Cabe ressaltar que nesta situação o monitoramento dos sinais e sintomas deve ser continuado até o 10º dia e as medidas gerais de prevenção e controle devem ser reforçadas. Caso haja aparecimento de sintomas antes do 5º dia, fazer a testagem, seguir para isolamento e seguir as orientações do quadro 2.
- Quando em quarentena, a pessoa deve manter os cuidados dentro da própria residência, a fim de evitar a possível contaminação de outros contatos.
 - **Calculando a Quarentena**
 - A data da sua exposição é considerada o dia 0. O dia 1 é o primeiro dia completo, ou seja, 24 horas, após o último contato com uma pessoa que teve COVID-19 e assim sucessivamente. Fique em casa e longe de outras pessoas por pelo menos 5 dias.
 - **Quem não precisa de quarentena?**
- Se você teve contato próximo com alguém com COVID-19 e está em um dos grupos a seguir, não precisa ficar em quarentena, mesmo pessoas que atualmente moram na mesma casa que alguém com sintomas da COVID-19 ou com alguém que testou positivo para a COVID-19 por Teste Rápido de Antígeno ou RT-PCR (contato domiciliar), devendo manter as demais medidas de proteção.
 - Você está em dia com suas vacinas para COVID-19 (a comprovação de esquema vacinal da COVID-19 deve ser realizada por meio de comprovante de vacinação plena oficial, ou seja, para as vacinas de duas doses: ter sido imunizado com as duas doses e para a vacina de 1 dose: ter sido imunizado com 1 dose, dose adicional para imunocomprometidos, e dose de reforço quando indicado para a faixa etária, respeitando o calendário de vacinação estadual para a população. O comprovante de vacinação pode ser obtido no aplicativo conecte SUS ou por outro meio comprobatório, como caderneta ou cartão de vacinação emitido pela Secretaria Estadual da Saúde (SES) ou outro órgão governamental. A Carteira de Vacinação Digital pode ser validada no: Valida QRCode no aplicativo ConecteSUS ou no site validacertidao.saude.gov.br.).
 - Você confirmou para COVID-19 nos últimos 90 dias.
- Você deve usar uma máscara bem ajustada perto de outras pessoas, inclusive dentro de casa, por 10 dias a partir da data do seu último contato próximo com alguém com COVID-19 (a data do último contato próximo é considerada o dia 0), evite viajar e evite estar perto de pessoas que estão em alto risco.

- Não vá a lugares onde não possa usar máscara, como restaurantes e refeitórios, e evite comer perto de outras pessoas em casa e no trabalho até 10 dias após seu último contato próximo com alguém com COVID-19.
- **ISOLAMENTO:** o isolamento é o ato de afastar do convívio social aquele indivíduo que está doente a fim de que ele não propague a doença. Dura, normalmente, até que a infectividade do sujeito seja extinta. Os casos confirmados de infecção, mesmo que assintomáticos, devem permanecer em casa, mantendo isolamento das demais pessoas, inclusive no domicílio.
 - **Calculando o isolamento**
 - O dia 0 é o primeiro dia dos sintomas ou da coleta do teste. O dia 1 é o primeiro dia completo, ou seja, 24 horas após o desenvolvimento dos sintomas ou da coleta da amostra de teste e assim sucessivamente. Se você tiver COVID-19 confirmado por teste de RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno ou apresentar sintomas sugestivos da COVID-19, está indicado o isolamento por 7 dias desde que você esteja afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, do contrário, se tiver sintoma no 7º dia estender isolamento até o 10º dia. Pacientes internados ou imunossuprimidos o isolamento poderá ser por até 20 dias.

MEDIDAS DE ISOLAMENTO E QUARENTENA

- As pessoas sintomáticas para Síndrome Gripal não devem permanecer no trabalho. Caso haja a necessidade desta permanência a mesma deve ocorrer de forma breve, até o encaminhamento para a residência ou serviço de saúde, por exemplo. Nestas condições, a pessoa sintomática deve permanecer com máscara cirúrgica, em uma sala ou ambiente reservado onde haja condições para ventilação e distanciamento físico de outras pessoas. Orientar a importância de uma avaliação médica para confirmação diagnóstica e importância da realização do Teste de RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno para confirmar ou afastar a possibilidade de infecção pelo SARS-CoV-2.
- O isolamento de PESSOAS SINTOMÁTICAS (*com sintomas de Síndrome Gripal ou Síndrome Respiratória Aguda Grave*), com exame de RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno positivo, e dos CONTATOS PRÓXIMOS deve seguir a orientação dos Quadros 1 e 2 abaixo. O isolamento é importante para impedir a propagação do vírus e proteger os colegas de trabalho, os familiares e a comunidade.

RASTREAMENTO LABORATORIAL DA COVID-19

- Os trabalhadores devem informar a ocorrência de sintomas gripais ou a existência de pessoas sintomáticas respiratórias ou positivas para COVID-19 na família.
- Os testes são recomendados a todos os trabalhadores sintomáticos e assintomáticos que tiveram contato próximo com casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 independente do estado vacinal anterior.
- Indivíduos sintomáticos para COVID-19 devem coletar o exame de RT-PCR ou Teste Rápido para Antígeno (nasal ou nasofaringe), a partir do 1º dia do início dos sintomas, para confirmação

diagnóstica. Ressalta-se a importância desta coleta ser realizada com a maior brevidade possível, em tempo oportuno para o diagnóstico. Caso o exame seja negativo e tiver persistência dos sintomas o exame deverá ser repetido entre 24 e 48h.

- Pessoas que se recuperaram da COVID-19 podem continuar a testar positivo por até três meses após a infecção e não se recomenda que façam novo teste nos três meses após o teste RT-PCR positivo inicial, caso estejam assintomáticas, pois alguns indivíduos apresentam resultados positivos persistentes devido a material genético do SARS-CoV-2 residual, mas é improvável que sejam capazes de transmitir o vírus para outras pessoas.
- Testes sorológicos (teste rápido, Elisa, Eclia, Clia) para COVID-19 não devem ser utilizados, de forma isolada, para estabelecer a presença ou ausência da infecção pelo SARS-CoV-2, nem como critério para isolamento ou sua suspensão, independentemente do tipo de imunoglobulina (IgA, IgM ou IgG) identificada.
- Tendo em vista a resposta vacinal esperada, com produção de anticorpos, os testes imunológicos não são recomendados para diagnóstico de COVID-19 em indivíduos vacinados.
- Não existe até o momento definição da quantidade mínima de anticorpos neutralizantes, dessa forma, produtos para diagnóstico in vitro de anticorpos neutralizantes não devem ser utilizados para determinar proteção vacinal.
- Os trabalhadores afastados por motivo de suspeita ou confirmação da COVID-19 deverão assinar documento de ciência sobre o cumprimento do isolamento domiciliar (Anexo).
- Todo o processo de testagem deve somar-se à avaliação clínica-epidemiológica.
- Os testes diagnósticos para COVID-19 devem possuir registro na ANVISA. A consulta dos produtos regularizados pode ser realizada no Portal da Agência no endereço eletrônico: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/saude/q?nomeTecnico=coronav%C3%A9rus>.
- Testes de RT-PCR devem ser realizados em laboratórios habilitados pelo LACEN Paraná, conforme link: <http://www.lacen.saude.pr.gov.br/Noticia/COVID-19-Laboratorios-Habilitados>.

NOTIFICAÇÃO

- A COVID-19 é uma doença de notificação compulsória imediata, segundo a Portaria nº 1.061 de 18 de maio de 2020. Portanto, casos classificados como positivos ou negativos devem ser notificados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas, para o provimento de informações essenciais para o monitoramento da epidemia.
- Devem ser notificados:
 - Casos que atendam a definição de caso: de SG, de SRAG hospitalizado (de qualquer etiologia), óbito por SRAG, independente de hospitalização.
 - Indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular, teste de antígeno ou exame imunológico que evidenciam infecção recente por COVID-19.
- A notificação deve ser realizada por:
 - Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente. Todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes-diagnóstico para detecção da COVID-19 (Portaria GM/MS n.º 1.792 de 21/7/2020 e Portaria GM/MS n.º 1.046 de 24/5/2021).

- Devem ser notificados dentro do prazo de 24 horas a partir da suspeita inicial do caso ou óbito. A notificação dos laboratórios deve ser realizada no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas contado da data do resultado do teste, mediante registro e transmissão de informações da Rede Nacional de Dados em Saúde (Portaria GM/MS n.º 1.792 de 21/7/2020 e Portaria GM/MS n.º 1.046 de 24/5/2021).
- Unidades públicas e privadas (unidades de atenção primária, consultórios, clínicas, centros de atendimento, pronto atendimento, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT): casos de SG devem ser notificados por meio do sistema NOTIFICA COVID-19: https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/.
- Unidades de Vigilância Sentinela de síndrome gripal: casos de SG devem seguir os fluxos já estabelecidos para a Vigilância da influenza e outros vírus respiratórios, devendo ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/> e no sistema NOTIFICA COVID-19 https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/.
- Todos os hospitais públicos ou privados: casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/> e no sistema NOTIFICA COVID-19 https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/.
- As empresas com Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) possuem corresponsabilidade em relação ao registro dos testes realizados.

CONDUTAS

Quadro 1: Orientação para contatos de casos confirmados com COVID-19.

SITUAÇÃO	TEMPO DE QUARENTENA
Contato Próximo	<p>a) 5 DIAS: a partir do último dia de contato com o caso confirmado (dia 0), e testar ao 5º dia:</p> <p>a. Se resultado negativo: sair da quarentena.</p> <p>b. Se resultado positivo: permanecer em isolamento seguindo as recomendações do quadro abaixo.</p> <p>b) 7 DIAS: a partir do último dia de contato com o caso confirmado (dia 0), na impossibilidade de testar</p> <p>Caso haja aparecimento de sintomas antes do 5º dia, fazer a testagem, seguir para isolamento e adotar as orientações do Quadro 2.</p>

Quadro 2: Prazos de isolamento para pessoas confirmadas com COVID-19.

SITUAÇÃO	TEMPO DE ISOLAMENTO
Casos assintomáticos confirmados por exame de RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno.	07 DIAS: a partir da data da coleta de exame (dia 0), podendo sair do isolamento após este prazo se permanecer assintomático, mantendo cuidados adicionais* até o 10º dia
Casos leves, ou seja, que não necessitam de internação hospitalar.	<p>a) 07 DIAS: a partir do início dos sintomas (dia 0), podendo sair do isolamento após este prazo desde que o indivíduo esteja afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas E com remissão dos sintomas respiratórios, mantendo cuidados adicionais* até o 10º dia.</p> <p>b) 10 DIAS: se estiver com febre ou com sintomas respiratórios. Manter o isolamento até o 10º dia completo do início dos sintomas.</p>
Casos moderados a graves que necessitam de hospitalização.	20 DIAS: a contar da data de início dos sintomas, desde que afebril, sem uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas, e com remissão dos sintomas respiratórios.

*Cuidados adicionais a serem adotados até completar o 10º dia:

- Manter o uso da máscara bem ajustada ao rosto, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou com fatores de risco para agravamento da COVID-19.
- Evitar qualquer tipo de aglomeração.
- Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares, e evitar se alimentar próximo a outras pessoas, tanto em casa como no trabalho.
- Não viajar durante o período de isolamento. No caso de interromper o isolamento antes do 10º dia, orienta-se fazer o teste RT-PCR ou o teste rápido de antígeno (TR-Ag) e só viajar se o resultado for não detectado/reagente e que esteja sem sintomas antes da viagem. Caso não seja possível realizar o teste, orienta-se adiar a viagem por pelo menos 10 dias a contar do início dos sintomas.

ATENÇÃO

- Caso o indivíduo não consiga usar máscara quando estiver próximo a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas.
- Se continuar com febre ou sem melhora dos outros sintomas respiratórios, o indivíduo deve retornar ao serviço de saúde para reavaliação e esperar para suspender o isolamento no 10º dia, se estiver afebril sem uso de medicamentos antitérmicos e com redução dos sintomas respiratórios por no mínimo 24 horas.

Obs. Os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 devem utilizar máscara cirúrgica para controle da fonte de infecção.

ATESTADO MÉDICO, DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO E COMUNICADO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

- Tanto para o isolamento de indivíduos suspeitos e confirmados quanto para a quarentena dos seus contatos, é necessário que os indivíduos procurem uma unidade de saúde ou médico, que emitirá um atestado médico ou atestado médico eletrônico regulamentado pelo Ministério da Saúde para afastamento laboral durante o período recomendado conforme Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949, Art. 6 acrescido pelo Art. 7, § 5º Lei 14.128, de 26 de março de 2021 e Portaria nº467 de 20 de março de 2020.
- A Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19), pelo Art. 3º § 1º a medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica. Segundo o § 5º a medida de isolamento por recomendação do agente de vigilância epidemiológica ocorrerá no curso da investigação epidemiológica e abrangerá somente os casos de contactantes próximos a pessoas sintomáticas ou portadoras assintomáticas, e deverá ocorrer em domicílio. Esta normativa é válida até o encerramento da aplicação das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência da infecção humana pelo coronavírus (COVID-19), e fica condicionada à situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, declarada por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020.
- Recomendamos aos municípios a emissão de Decreto para regulamentar o Comunicado de Isolamento Domiciliar por laboratórios clínicos, farmácias e drogarias, para fins de controle da circulação e propagação da infecção causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) e INFLUENZA. O Comunicado de Isolamento Domiciliar deverá ser realizado pelos profissionais de laboratórios clínicos, ou profissionais farmacêuticos de farmácias e drogarias, e/ou responsável técnico dos estabelecimentos responsáveis pela emissão de laudos laboratoriais de Biologia Molecular (RT_PCR/RT-LAMP) ou Teste Rápido de Antígeno com resultados detectáveis/reagentes para COVID-19 e/ou INFLUENZA, em caráter de excepcionalidade, enquanto perdurar a à situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, declarada por meio da Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020. O Comunicado de Isolamento Domiciliar deverá ser emitido em duas vias, uma para o usuário e a outra para o estabelecimento, mantendo essa arquivada pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. As empresas e demais pessoas jurídicas de qualquer natureza deverão manter afastados os trabalhadores com o Comunicado de Isolamento Domiciliar.

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

- A adoção de medidas ou intervenções não farmacológicas para a prevenção da COVID-19 é muito importante. Essas medidas têm alcance individual, ambiental e comunitário.
- As estratégias de prevenção da COVID-19 devem ser usadas de forma conjunta e consistente para proteger as pessoas. Os estabelecimentos públicos e privados devem monitorar a implementação e eficácia dessas medidas, estar atentas para a ocorrência de surtos e trabalhar de forma integrada com as autoridades de saúde pública.

NOTA 1: A triagem de sintomas e temperatura não detecta pessoas com infecção assintomática e aqueles que são pré-sintomáticos, e também desvia a atenção de medidas de prevenção em saúde combinadas, como melhor higiene das mãos, máscaras, renovação de ar, rastreamento de contatos, testagem de sintomáticos e contatos próximos, estratégias de isolamento e distanciamento social. Dado que a triagem pela mensuração de temperatura de forma isolada tem uma baixa sensibilidade para identificar pessoas com infecção pelo SARS-CoV-2, pode fornecer uma falsa sensação de segurança, e é considerada amplamente ineficaz para o controle da disseminação da COVID-19, fica suspensa a triagem por meio da aferição da temperatura corporal para afastar suspeita da COVID-19 nos locais de uso público e coletivo, de natureza jurídica pública ou privada, que estejam autorizados a funcionar em concordância com Decretos estaduais e municipais vigentes.

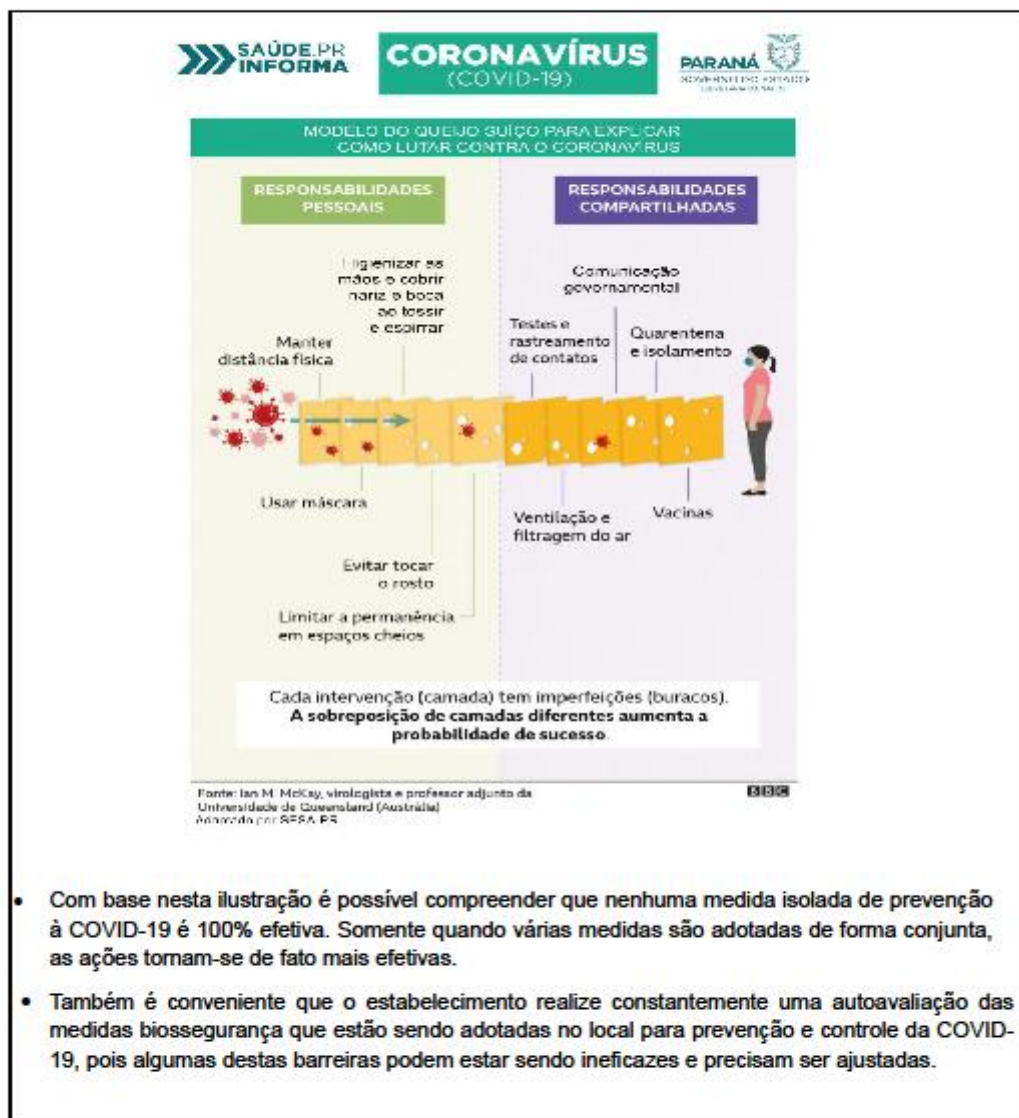
- **As estratégias devem ser associadas à recomendação de:**
 - Uso obrigatório de máscaras faciais por todos os indivíduos de forma consistente e adequada cobrindo o nariz, a boca e o queixo. Especial atenção deve ser dada aos cuidados com a máscara: que deve ser trocada se estiver úmida, suja, se houver dificuldade para respirar ou no mínimo a cada quatro horas (Obs. informações quanto ao correto uso de máscaras faciais estão disponíveis na Nota Orientativa n.º 22/2020, disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>);
 - Permanência em casa quando doente com sintomas de doenças infecciosas, incluindo COVID-19 (Obs. Informações quanto aos cuidados em domicílio estão disponíveis na Nota Orientativa n.º 16/2020 disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>);
 - Adoção do distanciamento físico entre pessoas quando possível;
 - Evitar aglomerações;
 - Lavar as mãos com água e sabonete líquido (por 40 segundos) ou usar álcool 70% (por 20 segundos). As mãos devem ser higienizadas com frequência, principalmente após tossir, espirrar e assoar o nariz; e antes de comer ou manusear alimentos;
 - Evitar tocar boca, nariz, olhos e rosto com as mãos não higienizadas;
 - Higiene/ Etiqueta respiratória ao tossir e espirrar.
 - Ao se alimentar e estiver sem máscara e começar a tossir, cobrir o nariz e a boca com um lenço descartável ou usar a dobra do braço;
 - Se estiver de máscara ao tossir/espirrar, a máscara deve ser trocada logo após;
 - Usar lenços descartáveis e jogar fora após usar;
 - Fazer a higiene das mãos após entrar em contato com secreções respiratórias.
 - Não compartilhar objetos e utensílios pessoais;
 - Limpar e desinfetar o ambiente e superfícies, especialmente em áreas frequentemente tocadas como maçanetas, controles remotos, e áreas compartilhadas, como cozinhas e banheiros;
 - Manutenção das janelas externas abertas e os ambientes bem ventilados, preferencialmente de forma natural. Equipamentos de ar-condicionado podem ser

utilizados desde que garantida a renovação do ar de forma natural ou mecânica. Os sistemas de climatização devem ser mantidos com seus componentes internos limpos e com a manutenção preventiva e corretiva atualizada, sob responsabilidade de um profissional habilitado, adotando estratégias que garantam maior renovação do ar e maior frequência na limpeza de seus componentes. Como referência para os ambientes que não são da área da saúde, adotar a NBR 16401.

- o Adoção de estratégias para o controle de lotação, de forma a evitar aglomeração;
- o Organização do fluxo de entrada e saída;
- o Restrição de acesso e adoção das medidas de quarentena e isolamento na presença de sinais e sintomas respiratórios e demais medidas previstas;
- o As frotas dos transportes coletivos de funcionários, se possível, devem ser expandidas a fim de diminuir o número de passageiros transportados simultaneamente, garantindo a adoção das medidas de prevenção preconizadas, com manutenção do uso de máscaras em todo o trajeto, transportes ventilados (de preferência de forma natural quando possível), limpeza e desinfecção das superfícies, e disponibilização de álcool 70% para higiene de mãos.
- o A organização e uso dos refeitórios deve seguir o disposto na Nota Orientativa n.º 28/2020, disponível em <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

NOTA 2: Esta Nota Orientativa traz apenas um recorte das principais medidas de prevenção e controle contra COVID-19. As informações completas se encontram na Resolução Sesa n.º 632/2020, ou outra que vier a substituí-la.

- Inicialmente, a detecção de casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 em estabelecimentos públicos e privados sinaliza para necessidade de que as medidas de biossegurança instituídas no local sejam revistas e, se necessário, ajustadas;
- Neste sentido, comparar a pandemia da COVID-19 ao modelo do "queijo suíço" é a analogia perfeita para ajudar as pessoas a compreenderem a importância da adoção da soma das medidas (camadas) de prevenção, conforme figura abaixo:



- Com base nesta ilustração é possível compreender que nenhuma medida isolada de prevenção à COVID-19 é 100% efetiva. Somente quando várias medidas são adotadas de forma conjunta, as ações tornam-se de fato mais efetivas.
- Também é conveniente que o estabelecimento realize constantemente uma autoavaliação das medidas biossegurança que estão sendo adotadas no local para prevenção e controle da COVID-19, pois algumas destas barreiras podem estar sendo ineficazes e precisam ser ajustadas.

ORIENTAÇÕES PARA O MANEJO DE SURTOS

- Os surtos são caracterizados ocorrência de pelo menos 03 (três) casos da doença (diagnosticados como positivos por exame de RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno), em um grupo específico de pessoas que, nos últimos 14 dias, além do vínculo temporal, manteve algum tipo de contato próximo entre si, indicando que a transmissão ocorreu no local de trabalho.
- Casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 não devem comparecer aos estabelecimentos públicos e privados, portanto, esta informação deve ser repassada previamente à equipe de funcionários definidos como pontos focais, por meio de contato telefônico ou outro canal de comunicação definido.
- Uma equipe fixa de funcionários deve realizar a vigilância dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19 ocorridos nos estabelecimentos públicos e privados, bem como das pessoas que mantiveram algum contato próximo com os mesmos, a fim de organizar e monitorar a evolução de cada caso, incluindo data do início dos sintomas, data do início e fim do período de quarentena/isolamento e comunicação destas informações às autoridades de saúde.
- A busca ativa de sintomáticos é uma estratégia importante que também deve ser adotada em complemento às demais medidas:

Busca ativa de profissionais sintomáticos: deve ser realizada a busca ativa de casos no início do turno de trabalho, e caso identificado algum trabalhador com sinais e sintomas compatíveis com Síndrome Gripal, esse deve ser imediatamente afastado e investigado laboratorialmente (RT-PCR ou Teste Rápido de Antígeno).

- A Vigilância Municipal deve ser imediatamente avisada e será desencadeada investigação para auxiliar na identificação dos processos de trabalho que estão favorecendo a contaminação dos indivíduos.

CONTATOS:

Telefone: 0800-644 4414 | WhatsApp: 41 3330 4414

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 302, de 13 de outubro de 2005, dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Brasília: Diário Oficial da União nº 198, 14 out. 2005, Seção 1, p.33.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020-Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde (complementar à Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020). Publicado em 08/05/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/Documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+GVIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/487f508-1eb-a-451f-bced-08b8f1b0fed6>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 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 25/02/21. Disponível em: <file:///C:/Users/uchimurkat/Downloads/NOTA%20TECNICA%20GVIMS%20GGTES%20ANVISA%2004%2020%20-%2025.02.pdf>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº30/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/DIRES/ANVISA. Avaliação do controle de temperatura como método de triagem de casos suspeitos da COVID-19 em pontos de entrada. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/Anvisa/ANVIS_NT_30.pdf. Acesso em: 04. Nov. 2021

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica Emergência de saúde pública de importância nacional pela Doença pelo

coronavírus 2019 – covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. Gabinete. Nota Informativa nº 1/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS. **Ministério da Saúde reduz o tempo de isolamento de pacientes com Covid-19 sem sintoma e com teste negativo.** Brasília 18/01/2022.

Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência/Gabinete do Ministro. **PORTARIA INTERMINISTERIAL MTP/MS Nº 14, DE 20 DE JANEIRO DE 2022.** Diário Oficial da União. Publicado em: 25/01/2021 | Edição: 17 | Seção: 1 | Página: 158.

Cardwell, K., Jordan, K., Byrne, P., Smith, S.M., Harrington, P., Ryan, M. and O'Neill, M. (2020), **The effectiveness of non-contact thermal screening as a means of identifying cases of Covid-19: a rapid review of the evidence.** *Rev Med Virol* e2192. <https://doi.org/10.1002/rmv.2192>. *Reviews in Medical Virology*. 31. 10.1002/rmv.2192.

CDC. Center of Diseases Control and Prevention. **Quarantine and Isolation.** Updated January 09, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/quarantine-isolation.html>.

CDC. **Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing. Interim Guidelines for COVID-19 Antibody Testing in Clinical and Public Health Settings** <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>. Updated Jan. 24, 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antibody-tests-guidelines.html>.

Mitra B, Luckhoff C, Mitchell RD, O'Reilly GM, Smit V, Cameron PA. **Temperature screening has negligible value for control of COVID-19.** *Emerg Med Australas.* 2020 Oct;32(5):867-869. doi: 10.1111/1742-6723.13578. Epub 2020 Aug 17. PMID: 32578926; PMCID: PMC7361729.

Nuertey BD, Ekremet K, Haidallah AR, Mumuni K, Addai J, Attibu RIE, Damah MC, Duorinaa E, Seidu AS, Adongo VC, Adasi RK, Suri HC, Komei AA, Abubakari BB, Weyori E, Allegye-Cudjoe E, Sylverken A, Owusu M, Phillips RO. **Performance of COVID-19 associated symptoms and temperature checking as a screening tool for SARS-CoV-2 infection.** *PLoS One.* 2021 Sep 17;16(9):e0257450. doi: 10.1371/journal.pone.0257450. PMID: 34534249; PMCID: PMC8448301.

Panã BC, Lopes H, Furtunescu F, Franco D, Rapoea A, Stanca M, Tânase A, Coliã A. **Real-World Evidence: The Low Validity of Temperature Screening for COVID-19 Triage.** *Front Public Health.* 2021 Jun 30;9:672698. doi: 10.3389/fpubh.2021.672698. PMID: 34277541; PMCID: PMC8277959.

SBI. **Atualizações e Recomendações sobre a COVID-19.** Elaborado em 09/12/2020. <https://infecologia.org.br/wp-content/uploads/2020/12/atualizacoes-e-recomendacoes-covid-19.pdf>

Stave GM, Smith SE, Hymel PA, Heron R.J.L. **Worksite Temperature Screening for COVID-19.** *J Occup Environ Med.* 2021 Aug 1;63(8):638-641. doi: 10.1097/JOM.0000000000002245. PMID: 33908386; PMCID: PMC8327760.

United Kingdom Health Security Agency. **Guidance for contacts of people with confirmed coronavirus (COVID-19) infection who do not live with the person.** Updated 11 January 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-for-contacts-of-people-with-possible-or-confirmed-coronavirus-covid-19-infection-who-do-not-live-with-the-person>. United Kingdom Health Security Agency. **Guidance Stay at home: guidance for households with possible or confirmed coronavirus (COVID-19) infection.** Updated 17 January 2022. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-households-with-possible-coronavirus-covid-19-infection>.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Orientativa n.º 22/2020. **Orientações para confecção e uso de máscaras de tecido para população em geral.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Acesso em 14/02/2022.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Orientativa n.º 28/2020. **Medidas de prevenção de COVID-19 para refeitórios destinados à alimentação de funcionários e colaboradores, localizados em estabelecimentos comerciais, industriais, cooperativas e afins.** Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Acesso em 14/02/2022.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução Sesa n.º 632, de 05 de maio de 2020. **Dispõe sobre medidas complementares de controle sanitário a serem adotadas para o enfrentamento da COVID-19.** Disponível em https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/632_20.pdf.

Editada em 02/07/2020.
Atualizada em 11/09/2020 (V2).
Atualizada em 20/05/2021 (V3).
Atualizada em 16/06/2021 (V4).
Atualizada em 20/01/2022 (V5).
Atualizada em 16/02/2022 (V6).

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO (Casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 e seus contatos)

Eu, _____ (nome do trabalhador), RG nº _____ e
 CPF nº _____, residente no endereço
 _____, município _____, telefone
 _____, declaro que fui devidamente informado sobre a necessidade de realizar
 isolamento ou quarentena domiciliar.

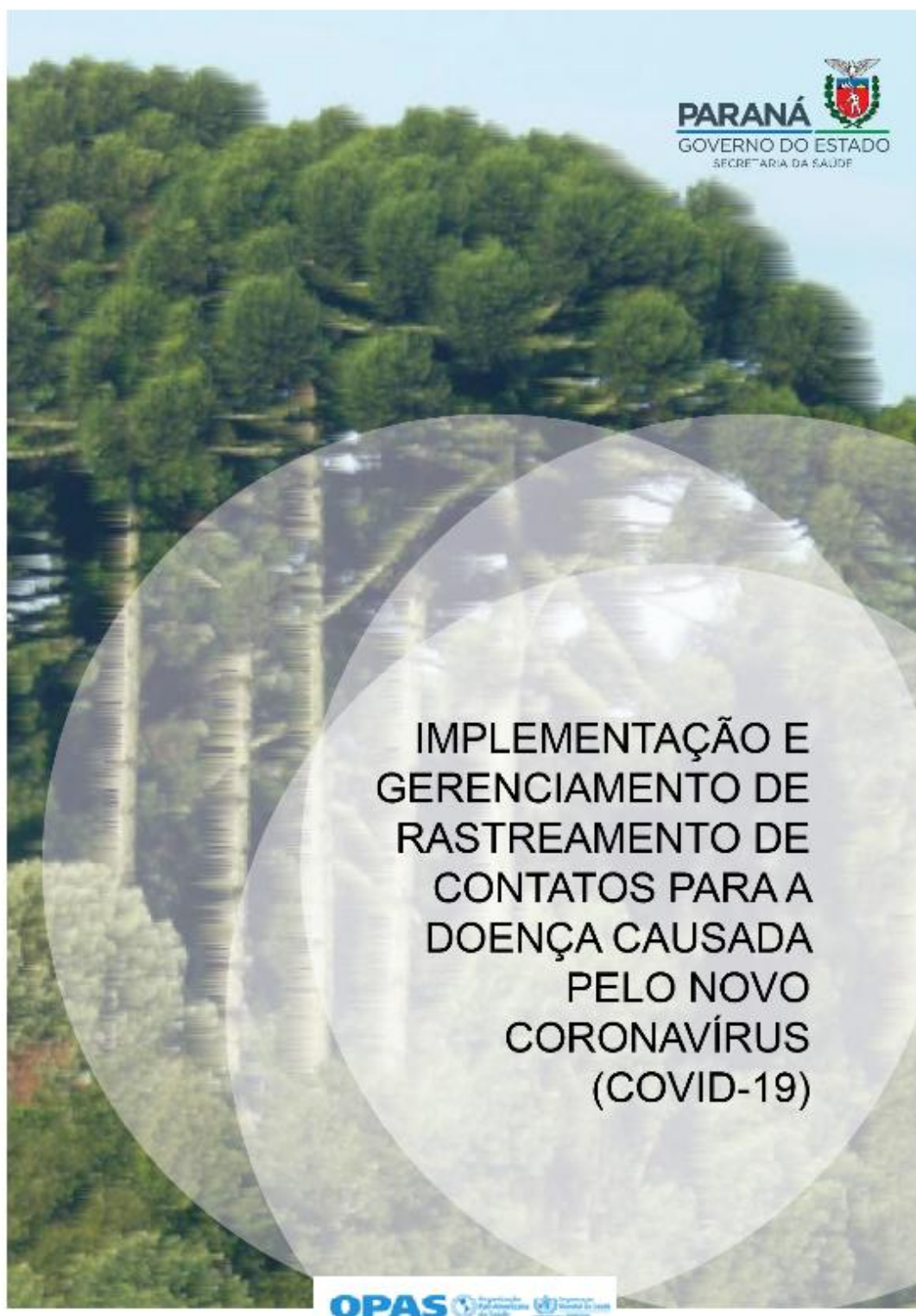
Declaro que estou ciente da Lei Federal 13.979/2020, que preconiza o isolamento domiciliar, como
 medida para evitar a transmissão do vírus, de pessoa suspeita ou confirmada com COVID-19 ou
 de contato próximo desta pessoa.

Comprometo-me a seguir as orientações repassadas pela empresa
 _____ e assumo as consequências e responsabilidades da não
 realização, inclusive as penalidades legais. O isolamento domiciliar inicia na data de
 _____ e termina em _____ no endereço
 _____.

Nome e assinatura _____

Data da ciência _____

1 ANEXO 3 – IMPLEMENTAÇÃO E GERENCIAMENTO DE RASTREAMENTO
2 DE CONTATOS PARA A DOENÇA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS
3 (COVID-19)



GOVERNADOR DO ESTADO
CARLOS MASSA RATINHO JUNIOR

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
CARLOS ALBERTO GEBRIM PRETO (BETO PRETO)

DIRETOR GERAL - SESA
NESTOR WERNER JUNIOR

DIRETORA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SESA
MARIA GORETTI DAVID LOPES

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - SESA
ACÁCIA MARIA LOURENÇO FRANCISCO NASR

AUTORES

MARIA GORETTI DAVID LOPES

DIRETORA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SESA

ACÁCIA MARIA LOURENÇO FRANCISCO NASR

MÉDICA COORDENADORA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

JOÃO LUIS GALLEGO CRIVELLARO

ENFERMEIRO DO CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CEST

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

WILSE GORGES DE ALMEIDA

TÉCNICA DE ENFERMAGEM DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS - DVVTR

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

KÁTIA YUMI UCHIMURA

CONSULTORA NACIONAL PARA EMERGÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

RAFAEL GOMES FRANÇA

CONSULTOR NACIONAL PARA EMERGÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

SIDNEYA MARQUES SVIERDSOVSKI

GERENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

ALEXANDRE MÁRIO BELLIZZI

ENFERMEIRO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA – DVIEP

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

ROSANA APARECIDA PILER

ENFERMEIRA DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – DVVTR

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

RUANN OSWALDO CARVALHO DA SILVA

CIRURGIÃO-DENTISTA BOLSISTA DA FUNDAÇÃO ARAUCÁRIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

VANESSA CRISTINE RIBEIRO FREDRICH

MÉDICA DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS – DVIEP
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

LUCIANA CHAMPION

MÉDICA DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA E INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA – DVIEP
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

RONIEVERSON PEDROZO LOPES

TÉCNICO ADMINISTRATIVO DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DO PROGRAMA ESTADUAL DE
IMUNIZAÇÃO – DVVPEI
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

NATHALIE KLAPOWSKA DE VARGAS

ENFERMEIRA BOLSISTA DA FUNDAÇÃO ARAUCÁRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram da construção deste manual de orientação para implementação do rastreamento de contato no Paraná, realizado em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde. Este manual é resultado de um trabalho em equipe, eficaz, e que permitirá o apoio aos profissionais para identificação dos contatos de casos suspeitos ou confirmados pelo novo coronavírus (COVID-19) e o manejo adequado.

Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)
Secretário Estadual de Saúde

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COVID-19	Doença do Coronavírus do Ano de 2019
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SESA-PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SG	Síndrome Gripal
SMS	Serviço de Mensagens Curtas (<i>Short Message Service</i>)
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS DO RASTREAMENTO	10
3 INVESTIGAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE COVID-19	10
3.1 INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE COVID-19	10
3.2 ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO	11
3.3 RASTREAMENTO E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE CASOS DE COVID-19	12
3.4 DEFINIÇÃO DE CONTATO	12
3.5 IDENTIFICAÇÃO DE CONTATOS	13
3.6 RASTREAMENTO DE CONTATOS	13
3.7 MONITORAMENTO DE CONTATOS	13
4 METODOLOGIA DO TRABALHO DE CAMPO	14
4.1 IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DO CONTATO	14
4.2 MONITORAMENTO DO CONTATO	16
4.3 ENCAMINHAMENTOS E DESFECHOS DO MONITORAMENTO DO CONTATO	19
5 INDICADORES	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1 – TERMO DE RECOMENDAÇÃO DE AFASTAMENTO	25
ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ISOLAMENTO DOMICILIAR	26
ANEXO 3 - FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CASOS SUSPEITOS	30
ANEXO 4 – PASSO A PASSO/RASTREAMENTO DE CONTATOS	31
ANEXO 5 – EXEMPLOS DE DESFECHO DE MONITORAMENTO	32

1 INTRODUÇÃO

Desde os primeiros casos confirmados do novo Coronavírus (COVID-19) em território brasileiro, o Paraná elaborou o Plano de Contingência para a resposta no enfrentamento da pandemia (PARANÁ, 2020a). Nesse documento foram definidas as responsabilidades do Estado e municípios, em parceria com o Ministério da Saúde, estabelecendo uma organização de modo a atender as situações de emergência relacionadas à circulação do vírus (BRASIL, 2020; PARANÁ, 2020a).

O Brasil teve o primeiro caso confirmado de COVID-19 no dia 25 de fevereiro de 2020 (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020), e o Paraná teve sua primeira comprovação no dia 12 de março de 2020 (SESA, 2020a) um dia após a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificar o surto como uma pandemia (ZHU et al., 2020). Dentre as medidas para controle da disseminação e diminuição do impacto da COVID-19, estão o distanciamento social, a quarentena, o isolamento de casos confirmados e o rastreamento de contatos de indivíduos que foram expostos a um caso confirmado ou provável (BRASIL, 2020; SINGHAL, 2020).

Algumas pessoas infectadas apresentam apenas sintomas muito leves. A maioria das pessoas, cerca de 80%, se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020). Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve algum comprometimento do aparelho respiratório (BITTENCOURT, 2020). Idosos e pessoas com comorbidades, tais como hipertensão, problemas cardíacos e pulmonares, diabetes e câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes (SILVA et al., 2020). No entanto, qualquer pessoa pode se infectar e desenvolver as formas mais graves da doença (MONTEIRO et al., 2020). Pessoas de todas as idades com Síndrome Gripal (SG) ou que apresentem febre, tosse, dificuldade de respirar, falta de ar, dor ou pressão no peito, perda da fala de forma associada ou não entre si devem procurar atendimento médico (PASCARELLA et al., 2020).

Como parte da resposta à pandemia de COVID-19, as autoridades sanitárias devem realizar o rastreamento de contato de forma rigorosa e agir sem demora com base nos dados obtidos a partir disso (OPAS, 2020a). Os dados gerados a partir desse rastreamento devem ser gerenciados com muito cuidado e disponibilizados à

população de forma adequada (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020; SILVA et al., 2020; ZHU et al., 2020).

O objetivo deste documento é fornecer orientações e recomendações operacionais de rastreamento de contato da COVID-19 nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná.

2 OBJETIVOS DO RASTREAMENTO

O rastreamento de contatos permite a identificação precoce de casos entre indivíduos que foram expostos ao vírus SARS-CoV-2, bem como ajuda no controle da transmissão (MONTEIRO et al., 2020). Tem sido amplamente usado como uma ferramenta de controle de doenças. Está diretamente relacionado à localização e à investigação de casos (SINGHAL, 2020).

Além disso, contribui para a interrupção da transmissão por meio de isolamento imediato. Identifica novas áreas com alto risco de infecção e ajuda na implantação de medidas preventivas (ZHU et al., 2020). Adicionalmente, oferta diagnóstico, orientação e tratamento aos contatos que desenvolverem sintomas.

3 INVESTIGAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CONTATOS DE COVID-19

3.1 Investigação de casos de COVID-19

Após a identificação de um caso suspeito de COVID-19, uma investigação epidemiológica deve ser iniciada, esta pode ser definida como um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados clinicamente ou suspeitos e seus contatos (SCAZUFCA et al., 2002), que tem por principais objetivos a identificação da fonte de infecção e o modo de transmissão; os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas (SCOLLA, 1996).

É recomendado que a investigação de casos ocorra utilizando as fichas de notificação/investigação disponíveis em: https://covid19.appsesa.pr.gov.br/login_de_acesso/

Os indivíduos com sintomas compatíveis de COVID-19 devem ser orientados a procurar um serviço de saúde para atendimento, utilizando máscara, praticando etiqueta respiratória, mantendo distanciamento social e seguindo as orientações de isolamento.

3.2 Orientações para isolamento

Para indivíduos com quadro de SG, com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 10 dias do início dos sintomas, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios (BRASIL, 2020).

Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico laboratorial) para COVID-19, recomenda-se o isolamento, suspendendo-o após 20 dias do início dos sintomas ou após 10 dias com resultado RT-qPCR negativo, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica (BRASIL, 2020).

Para indivíduos com quadro de SG, para os quais não foi possível a confirmação pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico ou clínico-imagem, que apresentem resultado de exame laboratorial não detectável pelo método RT-qPCR, o isolamento poderá ser suspenso, desde que passe 24 horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios (BRASIL, 2020).

Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra (BRASIL, 2020).

Os casos encaminhados para isolamento deverão continuar usando máscara e mantendo a etiqueta respiratória, sempre que for manter contato com outros moradores da residência, mesmo adotando o distanciamento social recomendado de pelo menos um metro. É importante orientar o caso em isolamento sobre a limpeza e desinfecção das

superfícies, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2020).

3.3 Rastreamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19

São medidas de saúde pública que visam diminuir a propagação de doenças infectocontagiosas a partir da identificação de novas infecções resultantes da exposição a um caso conhecido (SCAZUFCA et al., 2002). Dessa forma, é possível isolar novos casos, seus contatos e prevenir o surgimento de uma próxima geração de infecções a partir de um caso fonte (SCOLLA, 1996).

Quando eficientemente executadas, permitem identificar e monitorar os contatos próximos de casos confirmados de COVID-19, identificar possíveis casos em indivíduos assintomáticos, e interromper as cadeias de transmissão, de forma a diminuir o surgimento de casos novos de COVID-19 (SCAZUFCA et al., 2002; SCOLLA, 1996).

3.4 Definição de contato

É qualquer pessoa que esteve em contato próximo a um caso suspeito ou confirmado de COVID-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 02 dias antes e 10 dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso (BRASIL, 2020).

Para fins de vigilância, deve-se considerar contato próximo a pessoa que esteve a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos, com um caso suspeito ou confirmado; teve um contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso suspeito ou confirmado; é profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), conforme preconizado; ou com EPIs danificados; ou seja contato domiciliar ou residente na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros) de um caso suspeito ou confirmado (BRASIL, 2020).

Considera-se caso confirmado de COVID-19, o caso de SG ou SRAG que atenda um dos critérios de confirmação descrito nas classificações operacionais. Para efeito de avaliação de contato próximo, devem ser considerados também os ambientes laborais. O rastreamento de contatos, no Estado do Paraná, será utilizado para todos os

casos suspeitos ou confirmados. Essa estratégia se torna mais efetiva quanto menor for o número de casos no território, isto porque em lugares com elevada incidência, os esforços das equipes de saúde estarão voltados, principalmente, para impedir o esgotamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

3.5 Identificação de contatos

Para o rastreamento dos contatos é importante que seja realizada uma investigação detalhada dos casos de COVID-19 captados pelo sistema de informação (Notifica-COVID-19), com o objetivo de identificar as pessoas que estiveram em contato com um caso suspeito ou confirmado no período de transmissibilidade da doença, ou seja, até 48 horas antes do início dos sintomas (para os casos sintomáticos) ou até 48 horas antes da data da coleta do exame (para os casos assintomáticos). A partir desta ação, será possível identificar os contatos e definir um meio de comunicação mais adequado para o monitoramento (telefone, celular, e-mail, entre outros) (BRASIL, 2020).

Para ser efetivo, o rastreamento de contatos deve ser precedido de ações de comunicação que visem aumentar o engajamento das pessoas no enfrentamento da COVID-19. A população deve estar informada sobre o que é o rastreamento de contatos, seus objetivos e importância de sua participação para ajudar a diminuir a propagação da COVID-19. A equipe de monitoramento deve orientar o indivíduo quanto aos sinais de alerta da doença para procurar um serviço de saúde, e quanto a importância das ações de prevenção como etiqueta respiratória, distanciamento físico, uso de máscaras e o isolamento pelo período adequado (BRASIL, 2020).

3.6 Rastreamento de contatos

A equipe de investigação deverá acionar os contatos identificados, preferencialmente nas primeiras 48 horas após a notificação do caso, por telefone ou pessoalmente, para confirmar se eles atendem às definições propostas e, portanto, serem incluídos na estratégia de monitoramento.

3.7 Monitoramento de contatos

Estratégia que deve ser conduzida para todos os contatos próximos identificados de casos suspeitos ou confirmados por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19.

Uma vez identificados, os contatos devem ser monitorados diariamente quanto ao aparecimento de sinais e sintomas compatíveis à COVID-19 por um período de até 14 dias após a data do último contato com o caso suspeito ou confirmado para COVID-19, permanecendo em isolamento durante todo o período.

4 METODOLOGIA DO TRABALHO DE CAMPO

4.1 Identificação e cadastro do contato

4.1.1 Os contatos deverão ser informados pelo caso índice/fonte no momento do atendimento pelo serviço de saúde, na ocasião em que se define o caso como suspeito.

4.1.2 Nessa oportunidade, o serviço deverá registrar, na ficha de notificação do caso fonte/índice do Sistema Notifica-COVID-19, obrigatoriamente o 'nome' e 'telefone' de cada contato, conforme caracterização anteriormente descrita.

Figura 1 - Ficha de notificação do caso fonte/índice

CONTATO

Identificação

Data de registro: 13/03/2020

CPF:

Contato

Nome:

Telefone:

Fonte: Sistema Notifica-COVID-19 (2020)

4.1.3 É fortemente recomendado que informe também o 'nível de relacionamento' e 'data do último contato' com o caso índice/fonte.

Figura 2 - Ficha de notificação do caso fonte/índice

The screenshot shows a form titled 'Ficha de notificação do caso fonte/índice'. It contains several input fields: 'Identificação', 'Nível de relacionamento' (with a dropdown menu), 'Data do último contato' (with a date picker), 'Ocupação' (with a dropdown menu), and 'Local de trabalho' (with a text input field).

Fonte: Sistema Notifica-COVID-19 (2020)

4.1.4 Não é comum acontecer, mas, se o caso índice/fonte dispôr de informações adicionais sobre um ou mais contatos, os demais campos da tela de cadastramento de contato no sistema podem já ser preenchidos.

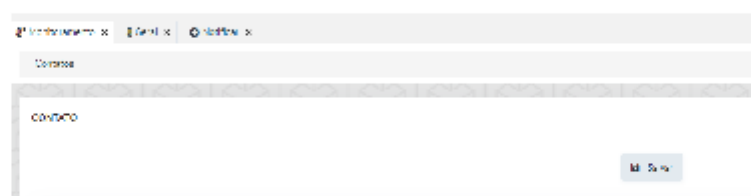
Figura 3 - Ficha de notificação do caso fonte/índice

The screenshot shows a more detailed notification form. At the top, there are 'Salvar' and 'Cancelar' buttons. The form is divided into sections: 'Dados pessoais' (Name, Date of birth, Sex, Address, City, State, UF, CPF) and 'Dados de contato' (Phone, Email, Observations).

Fonte: Sistema Notifica-COVID-19 (2020)

4.1.5 Ao clicar em 'salvar', na parte superior da mesma tela, o contato será inserido no sistema. A fase de inserção do contato estará concluída.

Figura 4 - Ficha de notificação do caso fonte/índice



Fonte: Sistema Notifica-COVID-19 (2020)

4.2 Monitoramento do contato

4.2.1 A primeira informação sobre o contato vai ser obtida e registrada pela equipe responsável pelo atendimento do caso índice/fonte.

4.2.2 A equipe de Vigilância Epidemiológica do Município deve visualizar os casos novos com as informações dos contatos, diariamente, para acompanhar o monitoramento dos contatos a ser realizado pelas Equipes de Atenção Primária ou outra estratégia. Caso um dos contatos resida em outro município deverá ser informado a Regional de Saúde, e esta informar o município de residência do mesmo para o monitoramento.

Figura 5 - Tela com novos contatos a serem monitorados



Identificação do contato							Monitoramento							
Cidade	Categoria	Denunciado	DT	Nome	Sexo	Data de nasc.	Cidade	Distrito	Contato	Den. em	Coloção	Contato em	Categoria	
U.E.	Índice	AVANÇADA		XXXXXXXXXX			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
U.E.	Índice	AVANÇADA		XXXXXXXXXX			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
U.E.	Índice	AVANÇADA		XXXXXXXXXX			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
U.E.	Índice	AVANÇADA		XXXXXXXXXX			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Fonte: Sistema Notifica-COVID-19 (2020)

4.2.3 Recomenda-se que a primeira abordagem seja realizada por meio de ligação telefônica para o acolhimento e estabelecimento de agenda para próximas ligações.

Observação: O sistema não permite iniciar o monitoramento em data anterior àquela em que foi realizado o cadastro do contato.

4.2.4 Na primeira abordagem, o profissional deve estabelecer um horário para comunicação com esse contato e um meio para receber as informações do seu estado de saúde, que pode ser via ligação telefônica, SMS (link enviado pelo sistema Notifica Covid-19) ou aplicativo de celular.

Cada indivíduo identificado como contato deve receber informações sobre:

- ✓ Objetivo da estratégia de rastreamento e monitoramento de contatos;
- ✓ Orientações sobre a doença e as manifestações clínicas que deverão ser observadas durante o período de monitoramento. Isso inclui o aparecimento de qualquer sintoma de síndrome gripal, especialmente febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza ou congestão nasal, distúrbios olfativos (perda de olfato) ou gustativos (perda de paladar) sem causa anterior, falta de ar ou dificuldade em respirar;
- ✓ O que fazer se apresentar algum sintoma, incluindo:
 - a quem se reportar;
 - como se isolar e quais precauções adicionais deve tomar (observar sinais de gravidade) e;
 - quais são os serviços de referência para tratamento e diagnóstico.
- ✓ Orientações sobre o monitoramento dos sintomas durante o período de isolamento;
- ✓ Orientações sobre como e onde deve ser realizado o isolamento:
 - ficar em casa pelo período recomendado após a data da última exposição;
 - manter distanciamento físico de pelo menos um metro dos demais moradores da residência;
 - verificar a temperatura preferencialmente duas vezes ao dia;
 - estar atento para a manifestação de sinais e sintomas;
 - evitar contato com pessoas de grupos com maior risco.
- ✓ Canais oficiais de comunicação sobre a COVID-19 (site do Ministério da Saúde e governo local, telefones de contato, serviços de saúde de referência, entre outros);

- ✓ Sigilo e confidencialidade das informações coletadas (como poderão ser usados, como serão armazenados, processados e divulgados – informes, boletins, artigos etc.);
- ✓ Forma acordada de acompanhamento durante o período de monitoramento (pessoalmente, por telefone, e-mail, entre outros), incluindo a periodicidade e os horários disponíveis.

Observações:

- a) Para proteger a privacidade do caso, deve-se informar ao contato que este pode ter sido exposto a um paciente com diagnóstico de COVID-19, **preservando o sigilo e confidencialidade da provável fonte de infecção.**
- b) Para efeitos de afastamento das atividades laborais de contatos de casos suspeitos/confirmados, será emitido, via sistema, o "Termo de Recomendação de Afastamento", amparado pela Portaria Conjunta nº20 de 18 de junho de 2020, que estabelece as medidas a serem observadas visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho.

4.2.5 Caso o número do telefone do contato esteja errado, tentar nova abordagem com o caso índice (caso fonte) para verificar o número telefônico da pessoa a ser monitorada.

4.2.6 Após 3 (três) tentativas em períodos diferentes, caso o contato não tenha atendido, enviar mensagens via aplicativo (WhatsApp®) e/ou SMS.

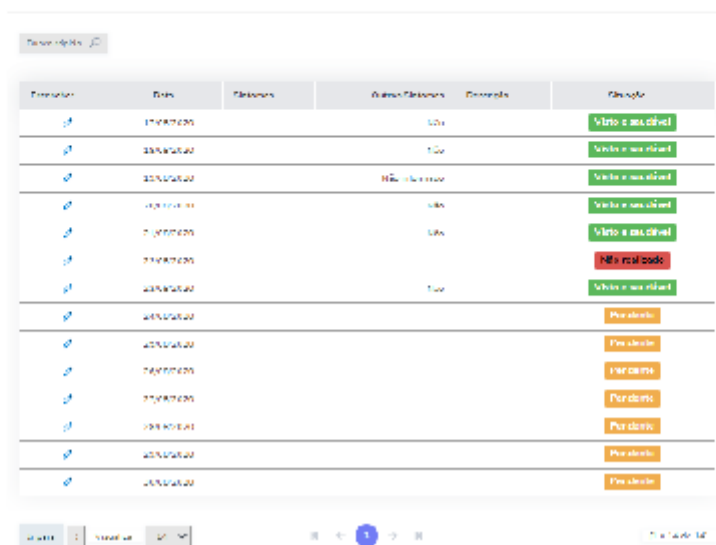
4.2.7 Caso não consiga executar as tarefas mencionadas acima, realizar visita domiciliar. Em casos de visitas domiciliares sem sucesso, caberá ao supervisor do município avaliar a perda de seguimento.

4.2.8 O envio diário de informações sobre o estado de saúde por meio de link SMS ou de aplicativo caracteriza o automonitoramento. As informações enviadas pelo contato alimentam automaticamente o Sistema Notifica COVID-19. Sugere-se que as pessoas que dominam o uso dessas ferramentas tecnológicas, bem como os profissionais de saúde, educação e segurança, façam adesão ao automonitoramento.

Importante:

- As etapas anteriores devem ser concluídas em até 48 horas.

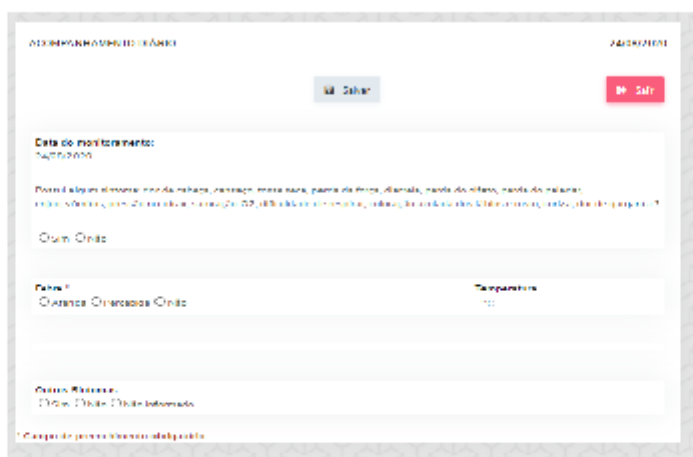
Figura 6 - Tela de status de monitoramento de cada contato



Contato	Data	Status	Status Anterior	Evento	Ação
✓	23/04/2020			OK	Visto e avaliado
✓	23/04/2020			OK	Visto e avaliado
✓	23/04/2020		Não avaliado		Visto e avaliado
✓	23/04/2020			OK	Visto e avaliado
✓	23/04/2020			OK	Visto e avaliado
✓	23/04/2020			OK	Não avaliado
✓	23/04/2020			OK	Visto e avaliado
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido
✓	23/04/2020				Perdido

Fonte: Sistema Notifica Covid-19 (2020)

Figura 7 - Tela de acompanhamento diário de cada contato



ADICIONAR MONITORAMENTO DIÁRIO

24/04/2020

OK Salvar

OK Salvar

Data de monitoramento:
24/04/2020

Por favor, digite o nome do paciente, endereço, número, bairro, cidade, estado do paciente, nome do referido, nome do paciente, nome do contato, nome do profissional responsável, endereço completo do estabelecimento, cidade, estado do paciente.

Cidade Contato

Cidade *

Quantidade Contatos Contato

Temperatura

Outros Sintomas:
Contato Contato Contato informado

* Campos de preenchimento obrigatório

Fonte: Sistema Notifica Covid-19 (2020)

4.3 Encaminhamentos e desfechos do monitoramento do contato

4.3.1 O sistema reconhece, a partir das informações registradas durante o monitoramento (ou da falta delas), as seguintes “classificações”:

- Monitoramento finalizado;
- Encerrado por suspeita;
- Caso fonte descartado;
- Perda de seguimento.

4.3.2 Os contatos que desenvolverem sinais ou sintomas sugestivos de COVID-19 (sintomáticos) durante o período de monitoramento, serão considerados como casos suspeitos de COVID-19, sendo orientados a procurar um serviço de saúde mais próximo, para avaliação clínica e realização de testagem. Deverão ser seguidas as orientações para isolamento descritas no item “Orientações para isolamento de casos”.

4.3.3 O sistema Notifica COVID-19 identificará o indivíduo com 1 ou mais sintomas como ‘caso suspeito’. Encerra-se automaticamente o monitoramento do CONTATO ao ser notificado como caso, e passará a ser acompanhado como tal.

4.3.4 Caso o contato permaneça assintomático durante todo o período de monitoramento, ao final de 14 dias este será considerado ‘finalizado’.

4.3.5 Se o caso fonte apresentar resultado não detectável pelo método RT-qPCR, encerra-se o monitoramento por ‘caso fonte descartado’.

4.3.6 Caso o registro de informações diárias de um contato não ocorra por três ou mais dias consecutivos (“Não realizada” ou “Ausente”), ao final de 14 dias o sistema apontará a perda de seguimento nesse monitoramento. No entanto, essa condição não impede a continuidade de registros, mesmo após a ausência de três ou mais dias, ao longo do período de vigência do monitoramento.

4.3.7 Se, durante o monitoramento, o indivíduo apresentar sinais de agravamento, como dispneia ou dor torácica, deverá ser orientado a procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo, conforme fluxo estabelecido no sistema de saúde local/regional.

4.3.8 Para contatos assintomáticos, com resultado não detectável pelo método RT-qPCR, o isolamento pode ser suspenso, mantendo o automonitoramento de possíveis sinais e sintomas pelo período de 14 dias do último contato.

5 INDICADORES

Os Indicadores para monitoramento do trabalho de rastreamento deverão ser avaliados pela equipe técnica responsável pela sua execução com periodicidade diária. O cálculo dos indicadores será realizado de forma automática pelo sistema Notifica COVID-19.

Quadro 1. Indicadores para monitoramento do rastreamento de contatos (calculados pelo sistema)

Indicador	Fórmula de Cálculo	Responsável
Número de contatos agendados para seguimento hoje	Número total de contatos que o membro da equipe deve contatar e monitorar em um determinado dia.	Regional de Saúde – SESA
Número de contatos não contatados hoje	Número de contatos que não forneceram as informações necessárias ao membro da equipe em um determinado dia.	Regional de Saúde – SESA
Número de contatos perdidos ao seguimento	Número de contatos que não forneceram as informações necessárias ao membro da equipe durante três ou mais dias consecutivos.	Regional de Saúde – SESA

Fonte: Notifica Covid-19 (2020)

Quadro 2. Indicadores para avaliar os esforços de rastreamento de contatos (Periodicidade: ciclos de notificação)

Indicador	Fórmula de Cálculo	Responsável
Percentual de casos confirmados de COVID-19 que se originaram na lista de contatos	Número de novos casos de COVID-19 que eram contatos conhecidos dividido pelo número de novos casos de COVID-19 em um determinado período.	SESA e SMS
Percentual de casos confirmados de COVID-19 com contatos rastreados	Número de casos de COVID-19 com contatos rastreados dividido pelo número total de casos em um determinado período.	SESA e SMS
Percentual de contatos monitorados do total de contatos rastreados	Número de contatos entrevistados entre todos os contatos rastreados em um determinado período.	SESA e SMS
Percentual de contatos rastreados que entraram em quarentena dentro de 24 horas após a confirmação de sua exposição	Número de contatos que tiveram exposição confirmada e que entraram em quarentena dentro de 24 horas dividido pelo número total de contatos com exposição confirmada	SESA e SMS

Fonte: Notifica Covid-19 (2020)

Quadro 3. Indicadores da história natural da doença

Indicador	Fórmula de Cálculo	Responsável
Percentual de contatos que se tornaram casos confirmados	Número de contatos rastreados que foram confirmados como casos de contatos dividido pelo número total de contatos rastreados.	SESA e SMS
Percentual de contatos que desenvolveram sintomas clínicos compatíveis com COVID-19	Número de contatos que desenvolveu sintomas que sugerem COVID-19 dividido por todos os contatos.	SESA e SMS
Tempo de exposição ao início dos sintomas	Número de dias entre a exposição de contato ao caso e a apresentação de um ou mais sintomas de contato.	SESA e SMS
Tempo de início dos sintomas do caso até o início dos sintomas do contato	Número de dias entre a apresentação de sintomas em um caso de COVID-19 confirmado e a apresentação de sintomas em um contato conhecido do caso.	SESA e SMS
Número médio de contatos por caso confirmado de COVID-19	Número médio de contatos originados de cada caso confirmado de COVID-19.	SESA e SMS

Fonte: Notifica Covid-19 (2020)

Quadro 4. Outros indicadores analíticos

Indicador	Fórmula de Cálculo	Responsável
Mapeamento e análise de Rede	Distribuição espacial e gráfica das cadeias de transmissão na comunidade.	SESA e SMS
Número de contatos que desenvolveram sintomas	Número de contatos que desenvolveram um ou mais sintomas durante o período de monitoramento de 10 dias.	SESA e SMS
Número de contatos de casos confirmados de COVID-19 internados	Número de contatos de casos confirmados de COVID-19 internados	SESA e SMS

Fonte: Notifica Covid-19 (2020)

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020. Acesso em 12 set 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/5923491/nt+472020+-gHcoS/2a2e1688-76f2-4de4-a4c8-c050d780b9d7>

BITTENCOURT RJ. Testagem de rastreio e busca ativa de infectados assintomáticos pelo SARS-COV-2: a visão do planejamento em saúde pública. *Comun. ciênc. saúde*. [Internet]. 2020 [acesso em 2020 set 11];31Suppl.1:08–16. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/649/288>

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Brasília, 2020.

MONTEIRO RR, ANGELOTTI R, LAUTERT LF DE C, ANGELIN PE, PORTES J. Covid-19 Distribution Maps in Southern Brazil: Indications of contamination by highways. *Confin - Rev Fr Geogr* [Internet]. 2020;(45):1–13. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/28246>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (A). Considerações para a implementação e gerenciamento de rastreamento de contatos para a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) na Região das Américas. Junho de 2020. Acesso em 11 set 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52278/OPASBRAIMSPHECOVID19200032_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Monitoramento e Rastreio de Contato. Brasília, 2020.

PARANÁ (A). Plano de contingência do Paraná. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3_atualizado.pdf

PASCARELLA G, STRUMIA A, PILIEGO C, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med*. 2020;288(2):192-206. doi:10.1111/joim.13091

RODRIGUEZ-MORALES AJ, CARDONA-OSPINA JA, GUTIÉRREZ-OCAMPO E, VILLAMIZAR-PEÑA R, HOLGUIN-RIVERA Y, ESCALERA-ANTEZANA JP, et al. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* [Internet]. 2020;34(March):101623. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>

SCAZUFCA, M et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 36, n. 6, p. 773-778, Dec. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700018&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700018>.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 12, n. 2, p. 207-216, June 1996. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000200009>.

SESA (A). Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (A). Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19)- 12/03/2020 [Internet]. 2020. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>

SESA (B). Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (B). Nota Orientativa 38/2020. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/NO_38_PREVENCAO_E_CONTROLE_DA_TRANSMISSAO_HORIZONTAL_DE_INFECCAO_%20POR_COVID_19_EM_SERVICOS_DE_SAUDE.pdf

SILVA RJ, SILVA KB, MATTOS JB. Spatial analysis on the dispersion of covid-19 in the state of Bahia. *Scielo Prepr* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/39>

SINGHAL T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr*. 2020;87(4):281–6.

ZHU N, ZHANG D, WANG W, LI X, YANG B, SONG J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33

ANEXO 1 – TERMO DE RECOMENDAÇÃO DE AFASTAMENTO

Diante da atual situação mundial da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), considerada uma emergência em saúde pública de importância internacional, é imprescindível a adoção de medidas para reduzir sua transmissão. A pessoa infectada com a COVID-19 pode transmiti-la⁵ e, por isso, deve permanecer em isolamento domiciliar, visando a proteção da coletividade, conforme estabelecido na Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Economia nº 20, de 18 de junho de 2020⁶.

Declaramos, para os devidos fins, que
 _____, de
 CPF _____, de telefone _____
 residente e domiciliada/o na Rua _____
 Bairro _____, CEP _____, na cidade de
 _____, Estado _____, foi devidamente orientada(o) pela
 autoridade sanitária local, sobre a importância e necessidade de permanecer em
 isolamento, por ____ dias (até 14 dias, conforme NOTAS ORIENTATIVAS SESA-PR
 N.º 40 e 43/2020), pois manteve contato próximo com caso suspeito ou confirmado,
 segundo critérios estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

AUTORIDADE SANITÁRIA

NOME: _____ RG: _____

CARGO: _____

LOCAL _____, _____ DE _____ DE 20__

ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ISOLAMENTO DOMICILIAR

O isolamento domiciliar é uma medida preventiva para evitar a disseminação do novo Coronavírus⁵. Deve ser realizado por aquelas pessoas que testaram positivo e por pessoas que tiveram contato com uma pessoa positiva ou suspeita de estar infectada pelo vírus SARS-CoV-2^{2,3,4,5}, a Figura 1 mostra como é o processo e os caminhos possíveis.

Se você estiver em uma dessas situações, leia com atenção:

- Permanecer isolado em quarto individual com boa ventilação, mantendo janelas abertas e porta fechada³;
- Evitar entrar em contato com objetos de uso coletivo. Manter higiene frequente dos móveis e ambientes (maçaneta, torneiras, telefones e outros objetos de uso coletivo), utilizando água e sabão ou detergentes e, após a limpeza, passar álcool a 70%³;
- Roupas, toalhas, lençóis, bem como utensílios (copos, talheres, pratos, etc) não devem ser compartilhados. Estes itens devem ser limpos com água e sabão após o uso e podem ser reutilizados³;
- A pessoa em isolamento deve manter uma distância de pelo menos 1 metro dos membros da família³;
- Todas as pessoas da casa devem lavar as mãos frequentemente, com água e sabão³;
- Dar preferência a toalha de papel para enxugar as mãos. Se não for possível, enxugar com toalha de pano limpa, exclusiva para a pessoa em isolamento; e substituí-la quando estiver molhada³;
- Evitar ao máximo o compartilhamento de outros espaços da casa (cozinha, sala, banheiro etc)³;
- Definir somente uma pessoa para exercer a função de cuidador. Essa pessoa deve estar em boas condições de saúde, sem doenças crônicas (pressão alta, diabetes etc) associadas ou com imunidade baixa³;
- Durante o período de isolamento domiciliar, as visitas são proibidas³;

- A pessoa em isolamento domiciliar deve usar máscara, se possível cirúrgica, caso precise compartilhar outras áreas da casa ou se deslocar para atendimento médico³;
- O cuidador familiar também deve utilizar máscara (de preferência cirúrgica) bem ajustada, que cubra adequadamente a boca e nariz, quando estiver no mesmo quarto que a pessoa em isolamento domiciliar³.
- As máscaras não podem ser tocadas e/ou manuseadas durante o uso, e orientar a troca da máscara, quando esta estiver úmida ou suja³;
- Descartar todos os materiais usados para a higiene respiratória em lixo exclusivo, dentro do próprio quarto e lavar as mãos após contato com secreção (catarro, etc)³;
- Luvas, máscaras e outros resíduos gerados durante o cuidado com a pessoa em isolamento domiciliar devem ser descartados em sacos plásticos (duas unidades) e, posteriormente desprezados em lixo comum³;
- O cuidador deve evitar o contato direto com secreções orais, respiratórias (catarro, coriza, etc), urina, fezes e resíduos. Usar luvas descartáveis sempre que entrar em contato com esses fluidos e higiene das mãos antes e depois de remover as luvas e a máscara³;

Colocar a roupa contaminada em saco plástico separada das roupas dos outros integrantes da casa, não agitar a roupa suja e evitar contato da pele e da roupa com os materiais contaminados³.

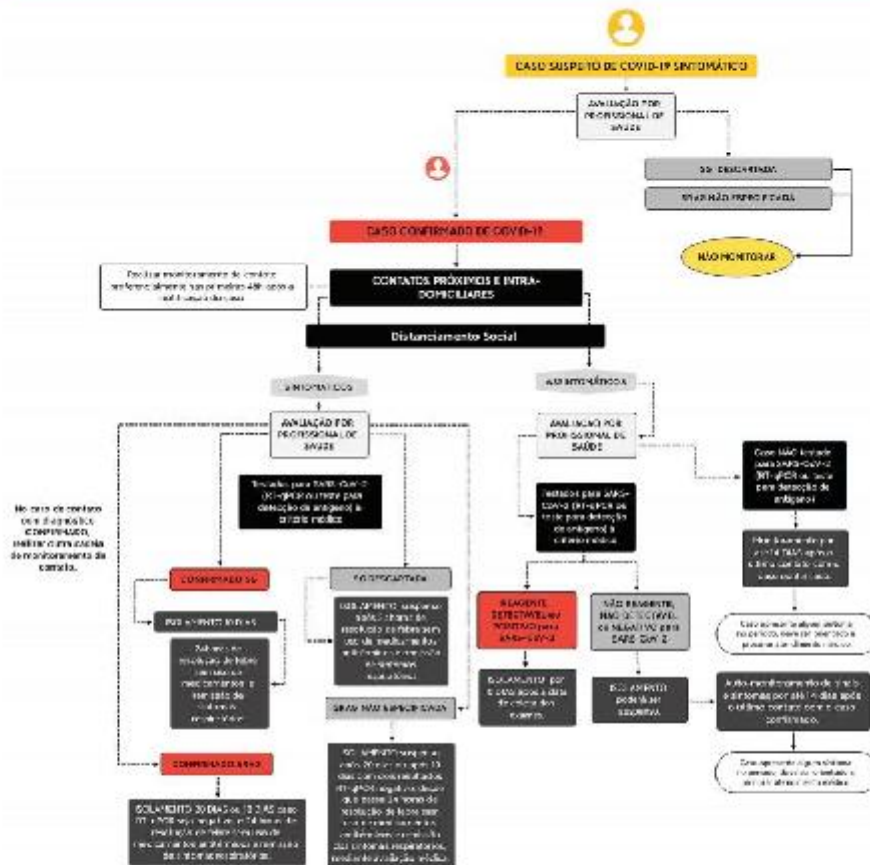
REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2013/prt1139_10_06_2013.html
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE (A). Boletim epidemiológico 5. Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2020/marco/24/03-ERRATA-Boletim-Epidemiologico-05.pdf>
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (B). Boletim epidemiológico 8. Objetivos da resposta do sus. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
<https://portalarquivos.saude.gov.br/imagens/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final-2.pdf>
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (C). Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela doença pelo Coronavírus 2019. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
https://portalarquivos.saude.gov.br/imagens/af_qvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf
5. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. NOTA ORIENTATIVA 40/2020. Rastreamento laboratorial da COVID-19 e condutas de afastamento do trabalho. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/NO_40_RASTREAMENTO_LABORATORIAL_DA_COVID_19_E_CONDU_TAS_DE_AFASTAMENTO_DO_TRABALHO_V1.pdf
6. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. NOTA ORIENTATIVA 43/2020. Orientações de afastamento do trabalho para profissionais de saúde suspeitos ou confirmados para COVID-19. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/NO_43_ORIENTACOES_DE_AFASTAMENTO_DO_TRABALHO_PARA_PROFISSIONAIS_D%20E_SAUDE_SUSPEITOS_OU_CONFIRMADOS_PARA_COVID_19_V1.pdf
7. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Resolução SESA N° 482/2020. Regulamenta, em caráter excepcional e temporário, a

operacionalização de prescrição médica por meio eletrônico, no contexto da pandemia de COVID-19. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/482_20.pdf

8. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Resolução SESA N° 743/2020. Prorroga os prazos estabelecidos na Resolução SESA n.º 338/2020 enquanto subsistirem as medidas de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da COVID-19, estabelecidas pelo Decreto Estadual n.º 4.230, 16 de março de 2020. Acesso em 28 ago 2020. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/743_20.pdf



ANEXO 3 - FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DE CASOS E MONITORAMENTO DE CASOS SUSPEITOS



Fonte: Ministério da Saúde (2020)


- 1
- 2
- 3
- 4

ANEXO 4 – PASSO A PASSO/RASTREAMENTO DE CONTATOS


RASTREAMENTO DE CONTATOS


PASSO A PASSO


Passo 1



Identificar os contatos de casos de COVID-19

Em contato com o caso se identificam os contatos diretos em seu modo particularizado, isto é, identificando o local, o tempo, o espaço, o tempo de duração, o nome e endereço dos contatos e localizando telefonicamente os mesmos (Anexo 3).


Passo 2



Verificação dos contatos e seu monitoramento

É realizado a verificação presencial, porém em alguns casos indiretos, no momento de retorno, de acordo com o perfil de risco, a ser realizado, de acordo com os procedimentos, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco.


Passo 3



Monitoramento remoto

Os telefones, sempre com o consentimento do paciente, são usados para a realização de ligações telefônicas de acompanhamento, de acordo com o perfil de risco, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco.


Passo 4



Monitoramento via

As mensagens de texto e o envio de áudio de contato se dá de acordo com o perfil de risco, de acordo com o perfil de risco, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco.


Passo 5



Aparência de sinais e sintomas

Apresentando sinais de início de sintomas, de acordo com o perfil de risco, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco.

Passo 6



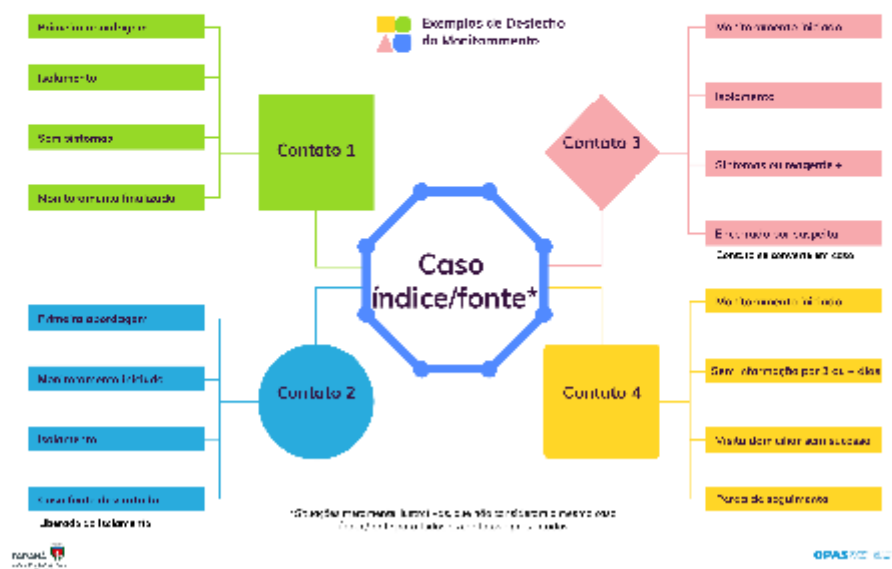
Monitoramento dos indicadores

Os indicadores de processo de rastreamento são avaliados em um período de tempo, de acordo com o perfil de risco, e a ser realizado de acordo com o perfil de risco.

Dúvidas e questões?
Fale conosco no rastreamento.covid@sesa.pr.gov.br

Fonte: Os autores (2020)

ANEXO 5 – EXEMPLOS DE DESFECHO DE MONITORAMENTO



Fonte: Os autores (2020)