



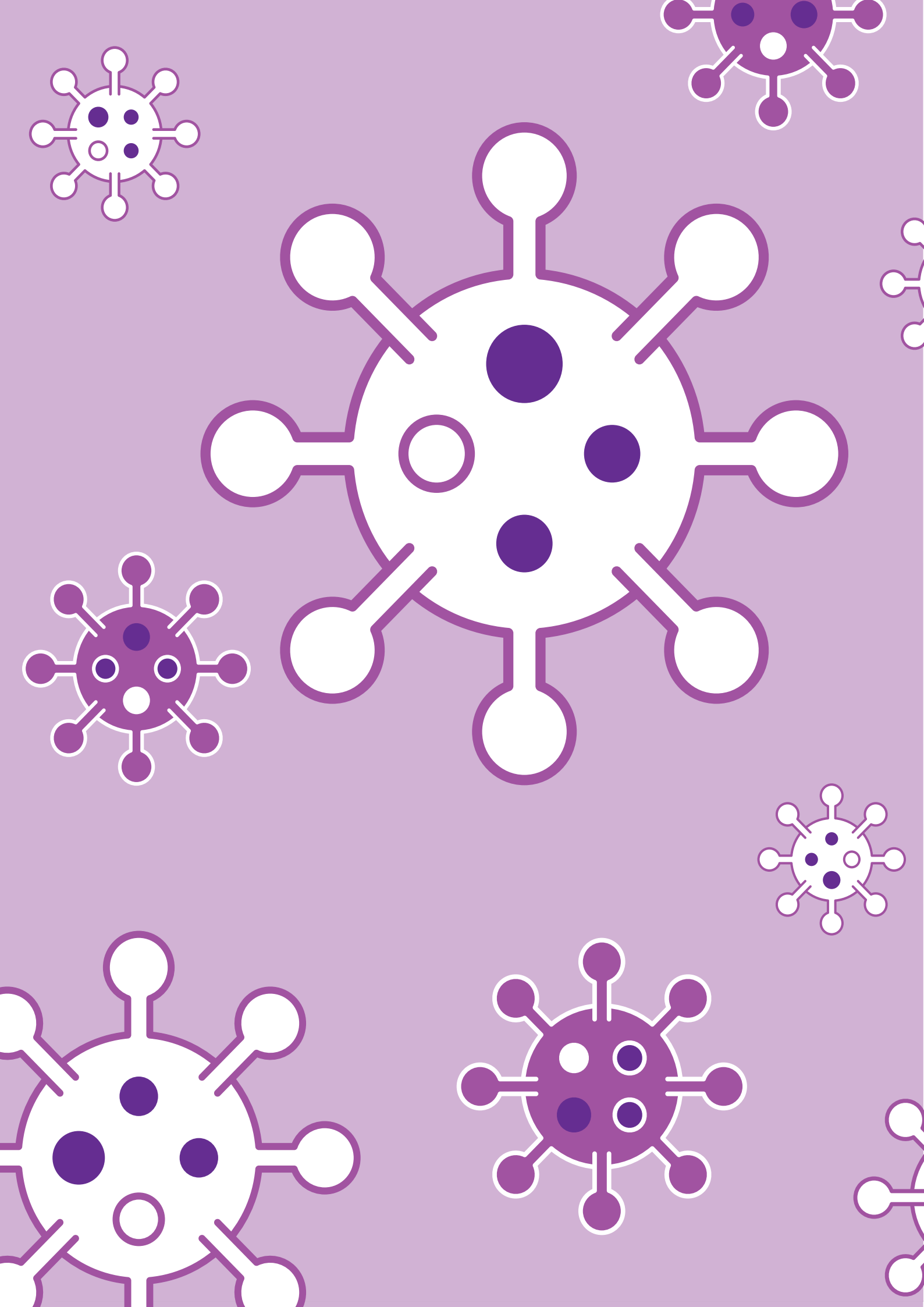
Orientações Técnicas para Avaliação de Saúde para Retorno ao Trabalho de Trabalhadores e Trabalhadoras Expostos(as) ao SARS-CoV-2

SUS/BAHIA



SECRETARIA
DA SAÚDE





Orientações
Técnicas para
Avaliação de
Saúde para Retorno
ao Trabalho de
Trabalhadores e
Trabalhadoras
Expostos(as) ao
SARS-CoV-2

SUS/BAHIA

Salvador, Bahia
2020

Governador da Bahia

Rui Costa dos Santos

Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Fábio Vilas-Boas Pinto

Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde

Rívia Mary de Barros

Diretora de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador

Letícia Coelho da Costa Nobre

Coordenadora de Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador

Jesuína do Socorro Mendes Castro

Coordenador de Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho

Celso Joélio Amorim Teodoro

Coordenadora de Gestão da Rede Estadual de Saúde do Trabalhador

Milene Baqueiro Wasconcellos

Coordenadora de Planejamento

Rosanita Ferreira e Baptista

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Rita de Cássia Lopes Gomes

Coordenadora de Suporte Operacional

Karla Luzia Silva Pinto

Coordenação/Organização

Andréa Garboggini Melo Andrade

Suerda Fortaleza de Souza

Equipe Técnica de Elaboração

Andréa Garboggini Melo Andrade

Jesuína do Socorro Mendes Castro

Maria Cecília Paes Pinho

Suerda Fortaleza de Souza

Revisão Geral

Letícia Coelho da Costa Nobre

Jacira Azevedo Cancio

Projeto Gráfico, diagramação, ilustrações e editoração

Comunicação Suvisa



**GOVERNO
DO ESTADO**

SECRETARIA
DA SAÚDE

Ficha catalográfica

B151 BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador.

Orientações Técnicas para avaliação de saúde para retorno ao trabalho de trabalhadores e trabalhadoras expostos(as) ao SARS-CoV-2. SUS/BAHIA. Organizado por Andréa Garboggini Melo Andrade e Suerda Fortaleza de Souza. Sesab/Suvisa/Divast/Cesat.Salvador: Cesat/Divast, 2020

72 p.

ISBN – 978-65-87815-01-5

1. Covid-19. 2. Pandemia. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador. 5. Retorno ao trabalho. I. Autor. II. Título.

CDU 331.4

Cesat/Divast/Suvisa/Sesab
Rua Pedro Lessa, 123, Canela
40.110-050, Salvador, Bahia, Brasil
Tel. (55) (71) 3103-2200
sesab.divast@saude.ba.gov.br
<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/divast/>

Sumário

Apresentação.....	9
1. Introdução	11
2. Público Alvo.....	13
3. Objetivos	13
4. Aspectos do adoecimento por Covid-19 relevantes para o retorno ao trabalho	14
4.1 Aspectos clínicos da Covid-19	16
4.2 Diagnóstico da Covid-19	18
4.3 Definição de caso de Covid-19	22
4.4 Aspectos epidemiológicos	23
4.5 Aspectos psicossociais relacionados ao adoecimento por Covid-19	25
5. Recomendações institucionais relevantes para o retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2.....	30
6. Orientações para avaliação de saúde para retorno ao trabalho de trabalhadores(as) expostos(as) ao SARS-CoV-2	32
6.1 Avaliação para Retorno ao Trabalho	33
6.1.1 Dimensão indivíduo	33
6.1.2 Dimensão ambiente de trabalho	34
6.1.3 Dimensão atores sociais	36
Referências.....	43
Apêndices.....	55
1. Modelo de Formulário para Avaliação de Saúde para Retorno ao Trabalho dos Trabalhadores(as) Expostos(as) ao SARS Cov-2.....	56
2. Roteiro de Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador nos Ambientes de Trabalho para prevenção à Covid-19.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE2	Angiotensin-converting enzyme 2
Anamt	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cesat	Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COES	Comitê Estadual de Emergências em Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Covid-19	Doença Coronavírus 2019
Datasus	Departamento de Informática do SUS
Divast	Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador
EPI	Equipamento de Proteção Individual
e-SUS VE	e-SUS Vigilância Epidemiológica
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
ILO	International Labour Organization
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Lacen-BA	Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Polymerase Chain Reaction
Renast-BA	Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
R0	Taxa de Reprodutividade (reproduction number)
RNA	Ácido Ribonucleico
RT-PCR	Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction
SARS-CoV-2	Novo Coronavírus
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SG	Síndrome Gripal
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
Sivep-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
Suvisa	Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - História natural da Covid-19 a partir de conhecimentos disponíveis até abril

de 2020.....23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características da Covid-19 segundo grau de severidade.....17

Quadro 2 - Possíveis interpretações dos resultados obtidos em testes moleculares

e sorológicos para Covid-19.....20

Quadro 3 - Definição de caso e critérios de confirmação de Covid-19.....22

Quadro 4 - Representação de sensações e reações comportamentais frequentes, esperadas

e que podem representar risco de transtorno psíquico em contexto de pandemia.....28

Quadro 5 - Manifestações de transtornos psíquicos em contexto de pandemia.....29

Quadro 6 - Quadro síntese orientador no processo de avaliação de saúde para retorno ao

trabalho de trabalhadores(as) expostos(as) ao SARS-CoV-2.....39

APRESENTAÇÃO

A Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (Divast) tem somado esforços junto ao Comitê Estadual de Emergências em Saúde (COES) no sentido de contribuir para a redução e o controle da exposição da população ao SARS-CoV-2, por meio de ações diversas, dentre elas, a elaboração de nota técnica direcionada a trabalhadores(as) formais e informais, gestores e empregadores dos setores público e privado (BAHIA, 2020a). Mais especificamente, tem sido referência e suporte para as equipes das instâncias municipais, regionais e estadual da Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast-BA) no processo de apoio matricial e institucional e na realização direta ou complementar da investigação epidemiológica de casos de Covid-19 para fins de identificação e notificação da relação dessa doença com o trabalho (BAHIA, 2020b).

O reconhecimento da relação causal entre a exposição ao vírus e o adoecimento justifica-se não somente pela necessidade de dar visibilidade às categorias ocupacionais mais expostas, mas, sobretudo, para subsidiar o planejamento e adoção de medidas eficazes de controle e prevenção da doença, além de orientar trabalhadores(as) atingidos(as) (e seus familiares) quanto ao acesso a benefícios previdenciários e ações trabalhistas, quando necessário.

Apesar do reconhecimento da relação da Covid-19 com o trabalho estar regulamentado técnica e legalmente no Estado e no país, os sistemas de informação não foram readequados no sentido de possibilitar o registro da ocupação e atividade econômica dos casos suspeitos/confirmados, com exceção dos profissionais da saúde e da segurança. Conforme o Boletim Epidemiológico nº 92, até a primeira semana de junho já era possível verificar um total de 6.911 profissionais de saúde diagnosticados com a doença, dos quais 33,23% são técnicos de enfermagem, 19,12% enfermeiros e 10,15% são médicos (BAHIA, 2020c).

Os dados referentes a grupos de trabalhadores(as) com suspeita ou caso confirmado de Covid-19 ainda são insuficientes e subestimados. A subnotificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho é um desafio a ser superado, o que compromete o real conhecimento da distribuição da Covid-19 nos diferentes ramos de atividade econômica; o acompanhamento das repercussões da pandemia por ocupação; o planejamento de ações eficazes de prevenção, promoção da saúde e de controle, bem como a tomada de decisões quanto ao retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2.

Apesar de incipientes, estudos têm contribuído com orientações a respeito de procedimentos para o afastamento de trabalhadores(as) considerando: se foram expostos direta ou indiretamente ao novo coronavírus; se apresentaram sintomas de Síndrome Gripal (SG) ou de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); e/ou se testaram positivo

para Covid-19. A partir de tais contribuições, tem sido possível orientar decisões quanto ao tempo em que os(as) trabalhadores(as) deverão permanecer afastados do trabalho.

A decisão sobre o tempo de afastamento do trabalho pautada apenas em critérios clínicos (existência ou não de sintomas; tempo de início do contato, dos sintomas e/ou da confirmação laboratorial) tende a ser restritiva e insuficiente frente à complexidade do processo de adoecimento por Covid-19. Neste sentido, a equipe técnica da Divast, fundamentada à luz da ciência, da legalidade e da ética, apresenta, neste documento, elementos necessários para uma avaliação criteriosa das condições de saúde, como pré-requisito para nortear a tomada de decisão sobre o retorno ao trabalho de trabalhadores(as) expostos(as) ao SARS-CoV-2.

Sendo assim, este documento reúne informações atualizadas no intuito de subsidiar a compreensão e atuação de trabalhadores(as) e profissionais de saúde, dos setores de gestão de pessoas, bem como gestores e empregadores relacionados à problemática do retorno ao trabalho após adoecimento por Covid-19, no intuito de orientar a tomada de decisão, o planejamento e a adoção de medidas eficazes de proteção à saúde nos ambientes de trabalho.

Recomendações sobre medidas de prevenção e controle da Covid-19, ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e sobre investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho constam de outros documentos, como a Nota Técnica COES nº 53 (BAHIA, 2020a), que dispõe sobre as responsabilidades e medidas a serem adotadas por gestores e empregadores de empresas e estabelecimentos, públicos e privados, bem como as Orientações Técnicas para Investigação e Notificação de Casos de Covid-19 Relacionados ao Trabalho (BAHIA, 2020b).

1. INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia de Covid-19, a comunidade científica tem se dedicado a produzir conhecimento detalhado sobre a doença e encontrar meios eficazes para a sua prevenção, controle da disseminação, tratamento e cura. Apesar de ainda existirem muitas incertezas, estudos publicados têm contribuído para o entendimento acerca de sinais e sintomas, diagnóstico, prevenção e controle do adoecimento, orientando a elaboração de notas técnicas, portarias, planos de contingência e de mitigação de riscos, já com orientações sistematizadas relacionadas a planos de retomada de atividades econômicas e cotidianas, tendo em vista a flexibilização do isolamento social. No entanto, verifica-se fragilidades importantes quanto às orientações disponíveis sobre o retorno ao trabalho de trabalhadores(as) que foram expostos ao SARS-CoV-2.

De acordo com a Johns Hopkins University & Medicine (2020), a pandemia de Covid-19 alcançou todos os continentes do mundo, num total de 188 países; em sua publicação, verifica-se que os casos registrados pelos países até 2 de agosto de 2020 ultrapassaram a casa dos 18 milhões (18.185.015) com 691.303 óbitos. Até esta data, o Brasil já apresentava 2.733.677 casos confirmados de Covid-19 e 94.104 óbitos relacionados à doença. Segundo o Boletim Epidemiológico da Sesab, publicado em 3 de agosto, a Bahia apresentava um total de 171.391 casos confirmados e 3.624 óbitos (BAHIA, 2020d).

O aumento gradativo do número de casos e óbitos registrados, apesar das medidas de contingenciamento adotadas no estado e, notadamente, na sua capital, tem chamado a atenção do poder público para o problema da rápida disseminação do vírus SARS-CoV-2. No entanto, para o campo da Saúde do Trabalhador, uma outra questão merece ser evidenciada: o lugar da categoria TRABALHO na propagação e determinação do processo de adoecimento por esse vírus.

Algumas razões podem justificar o subdimensionamento da Covid-19 relacionada ao trabalho, a exemplo do alto índice de não preenchimento do campo ocupação no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe) e, também, o fato de a ferramenta de registro de notificação de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 no sistema e-SUS VE, gerenciado pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), definir como de preenchimento obrigatório o código da ocupação (segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO) somente para profissionais de saúde (SANTOS, K. *et al.*, 2020). Ressalta-se que neste mesmo sistema foi incorporada, posteriormente, a orientação de marcar a opção de ocupação também para trabalhadores de segurança, porém, sem abrir o campo específico para inserir o código da CBO correspondente.

A evidência para os profissionais de saúde decorre do fato de pertencerem aos grupos de trabalhadores considerados essenciais e classificados como de muito alto e alto risco de exposição ao SARS-CoV-2. Porém, trabalhadores(as) dos diferentes ramos de atividade econômica que se encontram trabalhando durante a pandemia, fora de seu

domicílio, também estão expostos e sob risco de se contaminarem com o SARS-CoV-2, em diferentes proporções e graus, tanto no exercício de suas próprias atividades de trabalho, quanto no deslocamento de casa para o trabalho e vice-versa (BAHIA, 2020b).

Esforços nacionais e internacionais estão sendo desenvolvidos para o controle da pandemia da Covid-19 com o objetivo de diminuir a taxa de transmissão para níveis abaixo de um e reduzir a morbimortalidade pela doença, de forma a possibilitar a retomada das atividades econômicas (LI, Q. *et al.*, 2020; KISSLER *et al.*, 2020).

Até o momento, evidências científicas disponíveis sobre a patogenicidade do vírus SARS-CoV-2, sua capacidade de transmissão e potencial de virulência ainda estão sendo estudados, com muitos aspectos marcados por incertezas, especialmente quanto aos efeitos de longo prazo. A alta capacidade de transmissibilidade (média de quatro novos indivíduos infectados para cada caso - R_0 de 4,08), estimada no estudo de Cao e colaboradores (2020), mostra o quanto são necessários esforços para redução da sua transmissão e controle. No entanto, o tempo em que um indivíduo infectado permanece com capacidade de transmitir o vírus é variável e ainda não bem estabelecido (ANDERSON *et al.*, 2020; HUFF; SINGH, 2020).

A redução do potencial de transmissibilidade da doença requer medidas que limitem o contato social, destacando-se, dentre elas, o isolamento domiciliar e o afastamento do trabalho (BRASIL, 2020a). Tais medidas fundamentam-se nas circunstâncias do adoecimento e da exposição (sintomático ou não, com contato direto ou indireto com caso positivo de Covid-19), além de no tempo de início e de cessação dos sintomas, para determinar a quantidade de dias de afastamento do trabalho.

De modo geral, visando conter a rápida disseminação do SARS-CoV-2, o isolamento domiciliar por 14 dias é recomendado para a população quando diagnosticada Síndrome Gripal (SG) (BRASIL, 2020b). No que diz respeito ao afastamento do trabalho para profissionais de saúde, o Ministério da Saúde atribui distintas orientações quanto ao tempo de afastamento. Uma vez que são trabalhadores(as) essenciais altamente requeridos, os critérios atribuídos para o retorno ao trabalho enfatizam o tempo decorrido do início dos sintomas e da cessação dos mesmos, em detrimento do (re)teste laboratorial para detecção da atividade viral (carga viral e/ou RT-PCR) em trabalhadores(as) assintomáticos(as) e da avaliação multiprofissional geral e especializada para a condição de saúde atual e prognóstico de incapacidade temporária e/ou sequelas dos convalescentes.

Recomenda-se a realização de exames de controle para aquelas pessoas que, após a fase sintomática, necessitam retomar as atividades rotineiras, além de manter as orientações de órgãos sanitários: uso de máscara e intensificação dos cuidados de higiene das mãos, distanciamento, etiqueta respiratória (BAHIA, 2020c; INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, 2020). Como exemplo, os(as) trabalhadores(as) que precisam retornar ao trabalho, em ambientes propícios à propagação da doença, favorecendo a contaminação

de outros(as) trabalhadores(as). Nesses termos, a decisão quanto ao retorno ao trabalho após infecção pelo SARS-CoV-2 deve estar fundamentada numa avaliação clínica criteriosa e, sempre que possível, na realização de exames complementares que possam evidenciar a remissão dos sintomas e avaliar possíveis danos provocados pela doença.

Destaca-se que o exame de retorno ao trabalho deve considerar a possibilidade da Covid-19 se tratar de uma doença relacionada ao trabalho, o que demandará, além da adoção de medidas preventivas e de controle da sua disseminação nos ambientes de trabalho, orientações quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários previstos na Constituição Federal, incluindo a notificação do caso nos demais sistemas e instrumentos de registro de agravos relacionados ao trabalho (BAHIA, 2020b).

Considerando a complexidade da Covid-19, é possível afirmar que o retorno ao trabalho, após afastamento com ou sem adoecimento, deve adotar diferentes medidas que contemplem o acolhimento do(a) trabalhador(a) afastado(a), a avaliação da sua saúde (recuperação) e da capacidade para o trabalho, bem como adequações nos ambientes e processos de trabalho, tendo em vista a redução e eliminação dos riscos de exposição, contaminação e agravamento da situação de saúde, individual e coletiva.

Desse modo, para tratar do retorno ao trabalho de trabalhadores(as) após exposição ao SARS-CoV-2, foi necessário sistematizar parte do conhecimento produzido acerca do processo de adoecimento, mais especificamente, as características clínicas e epidemiológicas da Covid-19, critérios para diagnóstico e afastamento do trabalho, aspectos psicossociais e condições dos ambientes e processos de trabalho e, então, apresentar recomendações acerca do retorno ao trabalho propriamente dito.

2. PÚBLICO ALVO

Estas orientações técnicas destinam-se a empregadores(as), gestores, trabalhadores(as) e profissionais de saúde: de serviços médicos de saúde ocupacional e setores de gestão de pessoas/recursos humanos de instituições e empresas públicas e privadas.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Este documento tem por objetivo subsidiar tecnicamente a adoção de medidas necessárias para o retorno ao trabalho de trabalhadores(as) após diagnóstico de Covid-19.

Objetivos Específicos

- Apresentar evidências técnicas e científicas quanto à epidemiologia da doença, a avaliação clínica dos casos, os exames e procedimentos necessários para avaliação e orientação quanto ao retorno ao trabalho.
- Orientar quanto a normas e condutas dos serviços médicos, de saúde ocupacional e de gestão de pessoas, necessárias para garantir o retorno ao trabalho com segurança.
- Orientar quanto à necessidade de exames clínicos complementares na realização do exame médico e avaliação de saúde dos(as) trabalhadores(as) no retorno ao trabalho, após afastamento por Covid-19.
- Possibilitar a adequação de normas e procedimentos para o acolhimento e monitoramento de trabalhadores(as) no retorno ao trabalho.
- Contribuir com os órgãos previdenciários quanto à avaliação de incapacidade e critérios para afastamento do trabalho.

4. ASPECTOS DO ADOECIMENTO POR COVID-19 RELEVANTES PARA O RETORNO AO TRABALHO

A Covid-19 tem sido descrita como uma doença infectocontagiosa, pandêmica, de evolução rápida e agressiva, potencialmente fatal para uma significativa parcela da população; ainda sem tratamento específico e/ou vacina. Presume-se que o SARS-CoV-2 conseguiu fazer sua transição de animais para seres humanos via frutos do mar, no mercado em Wuhan, na China. No entanto, a rota exata de transmissão ainda não foi esclarecida, não tendo sido até então identificados os potenciais hospedeiros intermediários (VELAVAN; MEYER, 2020).

Desde a identificação do vírus, o sequenciamento do genoma foi realizado rapidamente, permitindo o avanço da compreensão da doença, o desenvolvimento e avaliação de testes diagnósticos, o rastreamento dos surtos em andamento, bem como o desenvolvimento de medidas de intervenção (GLOBAL INITIATIVE ON SHARING ALL INFLUENZA DATA, 2020; LU *et al.*, 2020). O genoma sequenciado mostrou que este vírus é 75% a 80% idêntico ao SARS-CoV-1 e ainda mais intimamente relacionado ao coronavírus de morcegos (TAN *et al.*, 2020).

O novo coronavírus pertence à linhagem B dos beta-coronavírus. Estruturalmente, os coronavírus têm superfície com projeções compostas por quatro proteínas estruturais embutidas em uma membrana lipídica que se origina da célula infectada, sendo elas: proteína S (Spike), M (Membrane), E (Envelope) e N (Nucleoproteins). Os ensaios imunológicos utilizam-se dessas proteínas para obter seus resultados, sendo principalmente direcionados para a proteína S, embora a proteína N também possa ser utilizada para este fim (LOEFFELHOLZ; TANG, 2020). O vírus tem um rápido poder de mutação, sempre no sentido de melhorar a sua replicação nas células humanas. Essa

adaptação acontece porque os coronavírus têm RNA polimerases dependentes de RNA com tendência a erros, tornando frequentes as mutações e os eventos de recombinação (CHEN, Y.; LIU; GUO, 2020; CRUZ *et al.*, 2020; PERLMAN, 2020).

O mecanismo de replicação do SARS-CoV-2 consiste no sequestro de receptores da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), amplamente presentes na mucosa nasal, brônquios, pulmões, coração, esôfago, rins, estômago, bexiga e íleo, tornando esses órgãos susceptíveis à ação viral, podendo evoluir para uma síndrome inflamatória grave e provocar lesões em órgãos alvos (BAIG; SANDERS, 2020; LA SCOLA *et al.*, 2020; LOTFI; REZAEI, 2020; MESZAROS *et al.*, 2020; ZHOU *et al.*, 2020).

Os receptores ACE2 são de grande importância por regularem o sistema renina-angiotensina, responsável pela homeostase da pressão arterial e balanço hidroeletrólítico, bem como homeostase dos órgãos alvo. Esse receptor é um potente regulador negativo do sistema renina-angiotensina, degradando a angiotensina II, que é vasoconstritora, pró inflamatória e pró fibrótica, em angiotensina que é vasodilatadora, antiproliferativa e apoptótica (morte celular). Também, regulam o transporte e a absorção de aminoácidos nos rins e intestinos (LI, Y. *et al.*, 2020). Além do dano tecidual causado pela infecção viral em si, a resposta do paciente à presença do vírus leva a um quadro inflamatório onde a coagulação tem papel predominante na determinação da gravidade da doença (KOWALIK *et al.*, 2020).

Em função de suas características, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade, podendo causar quadros graves da Covid-19. A pneumonia desenvolvida pelos doentes foi o sinal clínico que levou à descoberta da doença. Posteriormente, outros sinais e sintomas passaram a ser descritos, elevando a doença de um quadro pulmonar para um conjunto de alterações de ordem sistêmica, atingindo vários órgãos, o que justifica a sintomatologia diversificada que tem sido descrita na literatura científica.

As evidências atuais apontam que a transmissão não é apenas possível, mas, provavelmente, mais alta durante as fases pré-sintomáticas e assintomáticas; sugerem que as cargas virais são semelhantes e que os pacientes assintomáticos podem apresentar resultados com testes positivos para o SARS-CoV-2, por tempo igual; e, de modo geral, que a transmissibilidade vai diminuindo após início dos sintomas, variando entre três e 20 dias (BYRNE *et al.*, 2020; HUFF; SINGH, 2020).

Sendo assim, destaca-se aspectos relacionados ao adoecimento por Covid-19 que merecem ser considerados no processo de organização, planejamento e monitoramento do retorno ao trabalho de trabalhadores(as) que se mantiveram afastados(as) do trabalho em decorrência do diagnóstico (ou suspeita) de Covid-19.

4.1 Aspectos clínicos da Covid-19

A definição da situação clínica dos indivíduos em relação à doença Covid-19 é necessária, uma vez que subsidiará as medidas a serem instituídas diante da realidade apresentada por cada trabalhador(a) infectado(a) pelo SARS-CoV-2. Em relação à infecção pelo novo Coronavírus, os indivíduos têm se apresentado como: sadios, aqueles que não se infectaram pelo vírus; casos suspeitos, aqueles que tiveram contato com o vírus, através de pessoas infectadas ou de fômites; doentes assintomáticos, aqueles que estão doentes, mas não apresentam sintomas e os doentes sintomáticos que estão doentes e apresentam sintomas leves a graves (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

Embora o comprometimento pulmonar tenha sido, inicialmente, a principal alteração diagnóstica na Covid-19, o vírus SARS-CoV-2 pode atacar o organismo de várias maneiras, simultaneamente, levando a uma extensa variedade de sinais e sintomas. Como um ataque multifacetado, aproveita-se da fragilidade de cada sistema, tornando-se potencialmente grave, principalmente, no trato gastrointestinal, nos rins, coração, glândulas suprarrenais, cérebro e testículos. Sendo assim, os sinais e sintomas da Covid-19 podem abranger: um quadro de infecções do trato respiratório superior, com manifestação de tosse, congestão nasal, dificuldade para respirar e pneumonia; transtornos gastrointestinais (diarreia, náuseas e vômitos), febre, dor de cabeça, dor de garganta, fadiga, anosmia (falta de olfato), ageusia (falta de paladar), dentre outros (CHAN *et al.*, 2020; GUAN *et al.*, 2020; LI, R. *et al.*, 2020; ZHANG, J. *et al.*, 2020).

Os quadros sintomáticos se manifestam geralmente em cerca de uma semana após a exposição. A maioria dos indivíduos apresenta casos leves, como febre e tosse, com prognóstico favorável, sem tratamento específico. No entanto, uma parcela significativa apresenta o quadro mais grave da doença, cursando com sintomas torácicos, dispneia e hipóxia, que evolui de forma rápida uma semana após o início da doença, podendo chegar a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) com insuficiência respiratória aguda, choque séptico, acidose metabólica e coagulopatia (CHAN *et al.*, 2020; CHEN, N. *et al.*, 2020; CHOI *et al.*, 2020; DENG; PENG, 2020; GUAN *et al.*, 2020; ZHANG, J. *et al.*, 2020).

Os sinais e sintomas neurológicos relatados no curso da Covid-19 têm sido identificados no início da doença, tendo maior prevalência em situações de infecção grave. Estes incluem: dor de cabeça, tontura, confusão, doença cerebrovascular aguda, epilepsia, ataxia, anosmia, ageusia e dor muscular por encefalomielite desmielinizante. A anosmia e ageusia são manifestações do envolvimento do sistema nervoso periférico, podendo passar despercebido nos casos classificados como assintomáticos, sendo que alguns destes podem posteriormente desenvolver sintomas respiratórios (AZHIDEH, 2020; BAI *et al.*, 2020; JIANG *et al.*, 2020; VILLALBA *et al.*, 2020). Portanto, esses são sintomas importantes na suspeita diagnóstica da Covid-19.

Manifestações cutâneas secundárias às alterações da coagulação também têm sido descritas (BOSCH-AMATE *et al.*, 2020). O envolvimento inicial de múltiplos órgãos pode apresentar sinais e sintomas vagos, representando um sinal de alerta para o diagnóstico da doença (BAIG; SANDERS, 2020).

A condição clínica dos indivíduos que adoecem por Covid-19, de acordo com a gravidade da infecção, pode se apresentar por mais tempo com: redução da capacidade pulmonar, fraqueza muscular, sintomas de estresse pós-traumático e dificuldade de concentração e memorização (COCKBURN, 2020), além de outras possíveis alterações nos sistemas do organismo, ainda não bem definidas, o que requer uma atenção especial nas avaliações pós adoecimento.

Muitos indivíduos que estão infectados pelo SARS-CoV-2 não apresentam sintomas em qualquer período da infecção. Byrne e colaboradores (2020) destacam a alta prevalência de portadores assintomáticos em várias subpopulações testadas universalmente, ou melhor, mais de 50% dos indivíduos positivos estavam assintomáticos no momento do teste. Neste sentido, os assintomáticos precisam ser considerados nas medidas de controle e contenção da pandemia, na perspectiva da detecção precoce do vírus nesses indivíduos (BEECHING; FLETCHER; BEADSWORTH, 2020).

Diante da diversidade de quadros clínicos apresentados pelos pacientes de Covid-19, a Organização Mundial da Saúde - OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b) classificou a doença, segundo grau de severidade (leve, moderada, severa e doença crítica), conforme sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Características da Covid-19 segundo grau de severidade

GRAU DE SEVERIDADE	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Quadros leves	Preenchem os critérios de definição de caso da OMS, sem evidências de pneumonia viral ou hipóxia.
Quadros moderados	Quando há associação de pneumonia viral (febre, tosse, dispneia e encurtamento da respiração), porém, sem sinais de hipóxia com $SpO_2 \geq 90\%$ em ar ambiente. A frequência respiratória, definida como o número de incursões respiratórias em um minuto, varia por faixa etária, sendo considerada aumentada, no adulto quando ≥ 30 ipm, nas crianças entre 1-5 anos ≥ 40 ipm, nos lactentes de 2 a 11 meses ≥ 50 ipm e naqueles menores de 2 meses quando ≥ 60 ipm.
Quadros severos	Além dos sinais de pneumonia existem sinais de estresse respiratório com aumento da frequência respiratória, como descrito nos quadros moderados, ou $SpO_2 \leq 90\%$ em ar ambiente. Em crianças, podem ser observados outros sinais como cianose central, estresse respiratório severo com presença de tiragem subesternal, letargia, inconsciência, convulsões e incapacidade em beber água ou amamentar.
Quadros críticos	Quando evolui com acometimento de maior área pulmonar cujo infiltrado não pode ser explicado por falência cardíaca ou disfunção na dinâmica dos fluidos, levando ao comprometimento da oxigenação e consequente suplementação com oxigênio por máscara facial ou tubo orotraqueal. Esse quadro poderá evoluir para sepsis quando há disfunção de múltiplos órgãos e para choque séptico quando há hipotensão que não responde a reposição volêmica necessitando de drogas vasoativas.

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b

4.2 Diagnóstico da Covid-19

Diferentes métodos foram desenvolvidos para o diagnóstico da Covid-19. O RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) foi adotado como o teste padrão aplicado mundialmente, sendo considerado padrão-ouro no diagnóstico precoce de pacientes infectados, na detecção do material genético do RNA do SARS-CoV-2, em secreções do trato respiratório superior (naso-orofaringe) (BEECHING; FLETCHER; BEADSWORTH, 2020; BYRNE *et al.*, 2020; GUO *et al.*, 2020; KANG, H. *et al.*, 2020; SUO *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

O RT-PCR tem demonstrado alta especificidade e positividade variável, dependendo das técnicas de coleta (LING *et al.*, 2020; TAHAMTAN; ARDEBILI, 2020; TO *et al.*, 2020). Para os autores, ainda que o material genético do vírus se mostre decrescente à medida que a infecção progride, é possível ser detectado até no 37º dia da doença. No entanto, Loeffelholz e Tang (2020) reforçam que mesmo com a alta acurácia do teste, o diagnóstico de uma pneumonia viral, como a causada pelo SARS-CoV-2, depende da coleta de amostra correta do paciente, no momento certo.

As pneumonias virais, tipicamente, não produzem escarro. Segundo Loeffelholz e Tang (2020), os sítios de coleta de amostras menos invasivos e que possibilitam mais de uma coleta são a nasofaringe e orofaringe, com maior positividade para a nasofaringe. Já as coletas por lavado brônquico são consideradas muito invasivas e, portanto, irreprodutíveis para testagem em massa, assim como as coletas de urina e fezes que também não se prestam à testagem populacional.

A suspeita de SG e SRAG pode ser confirmada por critério clínico epidemiológico, na impossibilidade de confirmação laboratorial, em pessoas com história de contato próximo de portadores do SARS-CoV-2, confirmados laboratorialmente, nos últimos sete dias, antes do aparecimento dos sintomas. O COES, por meio da Nota Técnica Nº 54 (BAHIA, 2020f), orienta a utilização do exame RT-PCR em tempo real (diagnóstico molecular) para casos suspeitos de SG ou SRAG (fase virêmica aguda). A amostra clínica deve ser coletada, preferencialmente, até o sétimo dia após o início dos sintomas, processada e analisada em laboratório. Os casos suspeitos serão descartados quando o resultado laboratorial for negativo para o coronavírus, não detectado pelo método RT-PCR (BRASIL, 2020b).

Os testes imunológicos (rápido ou sorologia clássica) podem informar sobre a exposição prévia ao vírus (presença de IgG) ou evidenciar uma infecção aguda (IgM). A resposta imune específica é detectável, em média, entre 5 a 10 dias após a exposição ao SARS-CoV-2. A identificação de pessoas com imunidade adquirida é da maior importância para definir medidas de suspensão progressiva do distanciamento social e retorno às atividades econômicas e sociais, especialmente de populações com elevada imunidade de grupo, devido à intensa exposição ao patógeno (CASTRO-DE-ARAÚJO *et al.*, 2020).

A disponibilidade de alternativas de diagnóstico específico, rápido e confiável, para ser amplamente aplicável nas unidades de atendimento dos pacientes é importante para auxiliar na tomada de decisão das condutas e dos procedimentos clínicos indicados, de forma mais rápida e mais efetiva (CASTRO-DE-ARAÚJO *et al.*, 2020). Uma alternativa para o emprego de testes rápidos seria o desenvolvimento de anticorpos específicos (anticorpos monoclonais) para uma única região do antígeno (SARS-CoV-2).

Os testes rápidos apresentam boa acurácia diagnóstica em paciente com tempo de evolução da doença superior a oito dias; quando aplicado em fases mais precoces, ocorre diminuição da sensibilidade (BRASIL, 2020b). Embora ainda seja precoce afirmar a confiança dos testes rápidos para detectar a resposta imunológica presente ou ausente (KRAMMER; SIMON, 2020; CONTRERAS *et al.*, 2020), esses testes são de crucial importância para traçar o perfil imunológico da população, bem como a prevalência da doença na população, e permitir o afrouxamento seguro das medidas de contenção da epidemia (BEECHING; FLETCHER; BEADSWORTH, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b).

O diagnóstico imunológico por teste rápido (TR), imunofluorescência, Elisa ou quimioluminescência é indicado para ser feito a partir do sétimo dia de doença (fase virêmica pós aguda). Destaca-se que o teste rápido sorológico deve atender aos critérios de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ainda, deve-se considerar que, isoladamente, o teste rápido não confirma nem exclui completamente o diagnóstico para Covid-19, em função das limitações quanto a sua especificidade e sensibilidade e pela possibilidade de resultados falsos negativos no estágio inicial da infecção, devendo ser usado como um teste diagnóstico auxiliar, cujo resultado precisa ser interpretado à luz das evidências clínicas e de outros exames laboratoriais (BAHIA, 2020g; BRASIL, 2020a).

O resultado dos testes moleculares (RT-PCR) e sorológicos (IgM e IgG) são complementares na avaliação das fases e formas clínicas da Covid-19 e na imunidade dos indivíduos, ainda que permaneçam lacunas no conhecimento sobre esses aspectos. A escolha de cada teste deve ser de acordo com o curso da doença, sendo necessário conhecer o tempo de infecção/doença, o tempo em que ocorre a resposta imunológica e o local do organismo onde o vírus mais se concentra (SANTOS, C. *et al.*, 2020), além da atenção na coleta e transporte do material. Portanto, o diagnóstico da doença é feito a partir dos resultados dos testes e de critérios clínicos e epidemiológicos. O Quadro 2 apresenta elementos explicativos para as possíveis interpretações dos resultados dos testes moleculares e sorológicos para a Covid-19.

Quadro 2 - Possíveis interpretações dos resultados obtidos em testes moleculares e sorológicos para Covid-19

RESULTADOS DOS TESTES			INTERPRETAÇÃO	PROVÁVEL SITUAÇÃO DOS SINTOMAS
MOLECULAR	SOROLOGIA			
RT-PCR	IgM (recente)	IgG (tardia)		
+	-	-	Fase inicial da infecção e ainda sem formação de anticorpos (janela imunológica)	Assintomático ou pré-sintomático ou sintomático inicial
+	+	-	Fase inicial da infecção; (IgM + entre 7 e 14 dias)	Assintomático ou sintomático inicial
+	+	+	Fase ativa da infecção (já com formação de anticorpos IgG)	Assintomático ou sintomático
+	-	+	Fase tardia ou recorrente da infecção ou RT-PCR falso positivo	Assintomático ou sintomático
-	+	-	Pode ser a fase inicial da infecção e o resultado do RT-PCR pode ter sido falso negativo Ou ainda a sorologia pode ter sido falso positiva	Assintomático ou pré sintomático ou sintomático inicial (essas duas últimas situações confirmam o RT-PCR falso-negativo)
-	+	+	Pode ser a fase de recuperação da infecção ou o resultado do RT-PCR foi falso negativo Ou ainda a sorologia pode ter sido falso positiva	Assintomático ou sintomático
-	-	+	Sugere uma infecção passada Ou ainda a sorologia pode ter sido falso positiva	Assintomático ou sintomático (sintomas de sequelas) se sorologia for positiva

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020c; RICARDI; FRIEDRICH; SABINO, 2020

O Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica DESF/SAPS/MS nº 11/2020 (BRASIL, 2020d), ressalta que não há consenso global sobre a melhor estratégia para aplicação de testes de rastreamento populacional para a Covid-19, bem como medidas de testagem. Neste sentido, é importante definir a população específica a ser testada. Os testes rápidos disponibilizados nos meses iniciais da pandemia detectavam anticorpos IgM/IgG contra SARS-CoV-2, sem separar os resultados para cada uma delas. Atualmente, existem muitos tipos e fabricantes diferentes, sendo que alguns deles permitem obter resultados separados para cada imunoglobulina. Além da autorização da Anvisa, é importante que os testes rápidos sejam analisados e obtenham parecer satisfatório pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fiocruz. Para a testagem rápida são utilizadas amostras de sangue capilar ou venoso. Desse modo, para fins de avaliação de saúde, é importante identificar, sempre que possível, que tipo de teste foi realizado, qual o fabricante, seus indicadores de qualidade (sensibilidade e especificidade), se estava autorizado pela Anvisa e se foi avaliado ou não pelo INCQS.

A tomografia computadorizada de tórax (TC de tórax) tem sido usada para diagnóstico da Covid-19. É feita a análise de imagens transversais do pulmão para identificar a pneumonia viral, que aparece com opacidade em vidro fosco, consolidação, reticulação/espessamento, septos ou nódulos interlobulares. A TC do tórax mostrou uma alta sensibilidade; porém, podem ocorrer falsos positivos devido às semelhanças de imagens com outros tipos de pneumonia virais. Trata-se de um exame confiável, prático e rápido para o diagnóstico de Covid-19, podendo evidenciar anormalidades nas imagens tomográficas

computadorizadas do tórax, até mesmo em pacientes assintomáticos (CONTRERAS *et al.*, 2020; HESHUI *et al.*, 2020; SHI *et al.*, 2020; TAO *et al.*, 2020).

Considerando as evidências disponíveis, a exclusão do diagnóstico de Covid-19 não deve ser feita apenas por avaliação isolada de resultados dos exames laboratoriais, como os testes sorológicos, pois, no estágio inicial da infecção, falsos negativos são esperados, em razão da ausência ou de baixos níveis dos anticorpos e dos antígenos de SARS-CoV-2 na amostra. Essa possibilidade justifica a testagem sequencial em pacientes com quadro clínico compatível. A presença de resultados positivos no teste RT-PCR é altamente sugestiva de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, considerando que a especificidade deste teste é alta e que não há evidências de reatividade cruzada nos estudos publicados (BRASIL, 2020e).

Para o controle de cura tem-se orientado a realização de pelo menos dois testes de RT-PCR consecutivos, com intervalo mínimo de 24 horas, os quais devem dar negativo (BEECHING; FLETCHER; BEADSWORTH *et al.*, 2020; BYRNE *et al.*, 2020; GUO *et al.*, 2020; KANG, H. *et al.*, 2020; SUO *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020c). Na China, resultados positivos de ácido nucleico de SARS-CoV-2 foram relatados em pacientes que receberam alta, levantando a questão da confiabilidade dos critérios de alta (WANG *et al.*, 2020). Uma rigorosa quarentena com reexame clínico, por um período, é uma recomendação para os pacientes que receberam alta do internamento.

Em relação ao critério de negatividade do RT-PCR para controle de cura, Su e colaboradores (2020) discutem a situação de inconsistência entre os testes RT-PCR e os achados clínicos e radiológicos dos pacientes. Uma das explicações para esses resultados discrepantes seria a amostragem inadequada do Swab, em função da diminuição da carga viral. O grupo concluiu que não se pode excluir o risco infeccioso dos pacientes que tiveram alta hospitalar com base nos resultados negativos do RT-PCR feitos a partir da coleta de secreções do trato respiratório superior. A avaliação clínica e a imagem pulmonar são imprescindíveis para interpretar a progressão da doença, sendo ainda mantido o uso de máscaras e intensificação da higiene das mãos nesses pacientes, para fins de controle de infecção.

Evidências recentes (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020a; WÖLFEL *et al.*, 2020; ARONS *et al.*, 2020; BULLARD *et al.*, 2020; LU J. *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2020; KOREA CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020) indicam que casos mais leves de Covid-19 permanecem com capacidade de transmitir a doença não mais do que 10 dias após o início dos sintomas. Por outro lado, a transmissão do SARS-CoV-2 por indivíduos com doença mais grave ou imunocomprometidos graves pode ocorrer em até 20 dias. As pessoas recuperadas podem continuar a expelir pelas vias aéreas superiores RNA SARS-CoV-2 detectável em amostras respiratórias por até três meses após o início da doença, embora em concentrações consideravelmente menores do que durante a doença, sendo que o vírus competente para replicação em hospedeiro

suscetível não foi recuperado de forma confiável e, por conseguinte, a infecciosidade seria improvável. A origem deste RNA SARS-CoV-2 persistentemente detectável ainda não foi determinada. Estudos não encontraram evidências de que pessoas clinicamente recuperadas com persistência de RNA viral tenham transmitido SARS-CoV-2 para outras.

Pessoas infectadas com betacoronavírus humano endêmico parecem tornar-se suscetíveis novamente em cerca de 90 dias após o início da infecção. No entanto, a reinfeção com SARS-CoV-2 ainda não foi confirmada definitivamente em nenhuma pessoa recuperada até o momento. Tem sido observado RT-PCR positivo durante os 90 dias após o início da doença em pessoas recuperadas da infecção pelo SARS-CoV-2, o que provavelmente representaria a persistência da eliminação do RNA viral, mais do que a reinfeção (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020b).

4.3 Definição de caso de Covid-19

O Quadro 3 apresenta a definição atualizada de caso de Covid-19, que incorpora outros critérios de confirmação de casos, além daqueles que já estavam definidos anteriormente.

Quadro 3: Definição de caso e critérios de confirmação de Covid-19

CASO SUSPEITO	
Indivíduos com Síndrome Gripal (SG), caracterizada por, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: febre (mesmo que referida), calafrio, dor de garganta, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos). Na suspeita de Covid-19, a febre pode não estar presente. Sintomas gastrointestinais (diarréia) podem estar presentes.	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): indivíduos com SG que apresente dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O ₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Para efeito de notificação, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou óbitos por SRAG, independente de hospitalização.
CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO DE CASO	
1. Laboratorial	Caso de SG ou SRAG com teste de: - BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real. - IMUNOLÓGICO: resultado REAGENTE para IgM e/ou IgG realizado pelos métodos: Ensaio Imunoenzimático (ELISA); Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos; Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA). O resultado IgG reagente deve ser considerado como critério laboratorial confirmatório somente em indivíduos sem diagnóstico laboratorial anterior para Covid-19. - PESQUISA DE ANTÍGENO: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.
2. Clínico-epidemiológico	Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 14 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para Covid-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.
3. Clínico-imagem	Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial E que apresente alterações tomográficas: - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU - OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU

	- SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença).
4. Clínico	Caso de SG ou SRAG associado a anosmia OU disgeusia agudas, sem outra causa pregressa, e que não foi possível encerrar por outro critério de confirmação.
5. Laboratorial em indivíduo assintomático	Indivíduo assintomático com teste de: - BIOLOGIA MOLECULAR: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real, OU - IMUNOLÓGICO com resultado reagente para IgM E/OU IgG realizado pelos seguintes métodos: Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou por quimioluminescência; Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos.

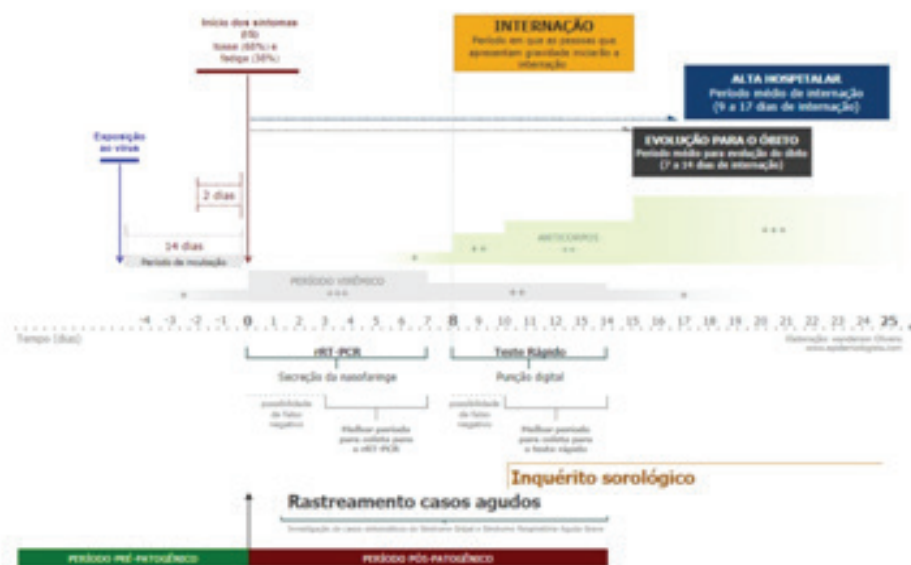
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020e e BAHIA, 2020f.

4.4 Aspectos epidemiológicos

O principal modo de transmissão da Covid-19 é de pessoa-a-pessoa, por gotículas de saliva contendo o SARS-CoV-2; pelo contato com secreções e excreções respiratórias veiculadas por espirro, tosse, contato pessoal direto ou próximo a pessoas infectadas, e com objetos contaminados (fômites) quando levados à boca, nariz e olhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020d).

Tem-se observado que o período de incubação do novo coronavírus varia de quatro a 14 dias, e os primeiros sintomas devem surgir de quatro a cinco dias após a exposição. Estudo de modelagem matemática (que tenta prever a progressão da doença), incluindo 181 casos chineses confirmados, estimou que os sintomas se desenvolveriam em 2,5% dos indivíduos infectados após 2,2 dias e em 97,5% destes em 11 dias (CASTRO-DE-ARAÚJO *et al.*, 2020). A Figura 1 demonstra a história natural da doença Covid-19, para melhor entendimento da sua dinâmica de transmissão e evolução.

Figura 1: História natural da Covid-19 a partir de conhecimentos disponíveis até abril de 2020



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico nº 14, 2020. (BRASIL, 2020c)

Ainda segundo a mesma revisão da Rede CoVida (2020), o período médio de incubação observado foi de 5,1 dias. Como documentado na maioria das infecções virais, foram descritos casos de portadores assintomáticos do vírus, cuja frequência precisa ser estabelecida. Os dados preliminares de um navio de cruzeiro, onde todos a bordo foram testados para Covid-19, revelaram que 17% (619) apresentaram resultado positivo e que cerca de metade desses eram assintomáticos. Esta é uma informação relevante “na medida em que hospedeiros assintomáticos podem se constituir em fontes de infecção, influenciando o curso e a magnitude da epidemia” (CASTRO-DE-ARAUJO *et al.*, 2020; p.5).

A idade média dos hospitalizados pela Covid-19 na China variou de 49 a 56 anos, de acordo com os estudos de Bajema e colaboradores (2020); Huang e colaboradores (2020); Chen H. e colaboradores (2020) (apud CASTRO-DE-ARAUJO *et al.*, 2020, p.4). Em relatório do centro de prevenção de doenças daquele país, 87% dos pacientes tinham entre 30 e 79 anos. Apenas 2% das infecções ocorreram em pessoas com menos de 20 anos de idade. De modo semelhante, na Coreia do Sul, 6,3% das infecções ocorreram entre menores de 20 anos. Ainda assim, a infecção entre crianças e adolescentes precisa ser estudada. Quanto mais idoso, maior a mortalidade, sendo estimadas taxas de letalidade entre as pessoas de 70 a 80 anos de 8% a 15%, variando de 5,8% em Wuhan a 0,7% no restante da China. Os casos fatais ocorreram em sua maioria entre idosos e/ou pessoas portadoras de comorbidades, tais como doença cardiovascular, diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, hipertensão e câncer (CASTRO-DE-ARAUJO *et al.*, 2020).

Revisando a proporção de infecções graves ou fatais também se observaram diferenças entre países. Na Itália, 12% de todos os casos detectados de Covid-19 e 16% de todos os pacientes hospitalizados necessitaram de UTI, com taxa de letalidade de 5,8% em meados de março. No mesmo período, na Coreia do Sul, que assumiu precocemente uma política de testagem massiva dos indivíduos não se restringindo àqueles internados, foi de 0,9%. Destaca-se que na Itália a idade média dos indivíduos acometidos pela doença foi de 64 anos, enquanto na Coreia foi de 40 anos (CASTRO-DE-ARAUJO *et al.*, 2020).

O coeficiente de incidência de Covid-19 no mundo até 20/06/2020 foi de 1.128,4 casos para cada 1 milhão de habitantes (BRASIL, 2020e). O Brasil apareceu na 16ª posição com um coeficiente de 5.080 casos/1 milhão de habitantes. Já em relação ao coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de habitantes), o mundo apresentou até a mesma data, uma taxa de 59,2 óbitos/1 milhão. Em relação à recuperação da doença, 50,6% (4.365.932/8.634.087) das pessoas com Covid-19 no mundo tinham se recuperado, sendo o Brasil o segundo país com o maior número de recuperados (520.734 ou 11,9% do total mundial) (BRASIL, 2020e).

Na Bahia, dos 265.739 casos confirmados desde o início da pandemia até 03/09/2020, 250.309 foram considerados curados, 9.881 encontravam-se ativos e 5.549 tiveram óbito confirmado (BAHIA, 2020d). O coeficiente de incidência por 100.000 habitantes foi

de 1.786,71, sendo maior na faixa etária de 40 a 49 anos (3.018,73/100.000 habitantes), indicando que o risco de adoecer foi maior nesta faixa etária, seguida da faixa de 30 a 39 (2.868,55/100.000 habitantes). Do total de casos confirmados para o Estado, 125.699 (47,30%) foram confirmados laboratorialmente, 3.777 (1,42%) pelo critério clínico-epidemiológico, 132.509 (49,86%) por teste rápido, 144 (0,05%) pelo critério clínico imagem e, 3.610 casos (1,35%) ainda estavam sendo acompanhados pelos municípios para validação da condição clínica. A faixa etária mais acometida foi a de 30 a 39 anos, representando 24,76% do total de casos registrados.

4.5 Aspectos psicossociais relacionados ao adoecimento por Covid-19

No curso da pandemia, a brusca ruptura ocasionada nas atividades cotidianas dos indivíduos está sendo acompanhada por uma série de vivências traumáticas, respeitadas as singularidades de vida de cada sujeito. Assim como as repercussões clínicas do adoecimento por Covid-19, os aspectos psicossociais relacionados à doença merecem destaque, pela sua diversidade e potenciais riscos, podendo variar desde reações de estresse agudo por conta das adaptações à nova rotina, até um sofrimento psíquico mais profundo (BRASIL, 2020g).

A população passou a experimentar sentimentos como: solidão frente ao isolamento/distanciamento social; estado de alerta constante sobre os seus hábitos e comportamentos; ameaças ou privações financeiras; medo da desassistência, da hospitalização e da própria morte ou de um ente querido; preocupações com a manutenção da saúde e da vida. O estudo de Li, Y. e colaboradores (2020) apresenta teorias explicativas quanto ao impacto psicológico de emergências de saúde pública, como a pandemia de Covid-19, nas emoções e cognição das pessoas. De acordo com os autores, foi possível verificar uma tendência aumentada para manifestação de emoções negativas (ansiedade, depressão e indignação) e sensibilidade quanto ao comportamento social, em oposição à redução de manifestação de emoções positivas (Oxford Happiness Questionnaire) e de satisfação com a vida.

Importante alertar para o fato de reações agudas ao diagnóstico, discussões sobre prognóstico, espera por resultado de testes e, mesmo, a própria evolução da Covid-19, poderem potencializar ações suicidas (BRASIL, 2020g). O distanciamento social decorrente da pandemia e outras consequências secundárias (crise financeira e redução do apoio comunitário e religioso, por exemplo) apresentam-se também como fatores de risco para o suicídio (REGER *et al.*, 2020).

Para os(as) trabalhadores(as) em geral, num contexto em que ficar em casa é a melhor medida para controle da transmissão e prevenção da exposição ao SARS-CoV-2, a necessidade imposta pelo trabalho presencial, por si, gera estresse e ansiedade, além

de risco aumentado de contaminação. Os estudos sobre o impacto da Covid-19 que abordam a saúde mental dos trabalhadores têm se dedicado aos profissionais de saúde, notadamente médicos e enfermeiros envolvidos no atendimento a pacientes com Covid-19. Entretanto, vale ressaltar que outros(as) trabalhadores(as) nos serviços de saúde, expostos e com Covid-19, não têm sido devidamente estudados, a exemplo de técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, maqueiros, motoristas, copeiras, trabalhadores(as) na limpeza e serviços gerais, agentes de saúde, técnicos de vigilância em saúde etc. Cabe registrar que todos(as) os(as) trabalhadores(as) que se encontram em atividades de trabalho durante a pandemia estão expostos, respeitadas as respectivas circunstâncias ambientais e pessoais, a riscos de contaminação e sofrimento psíquico (OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2020; BAHIA, 2020a).

Os(as) trabalhadores(as) da saúde têm sofrido com o impacto da escassez e/ou inadequação das medidas de proteção coletiva e individual, da intensificação do ritmo de trabalho, do medo generalizado e do estresse para lidar com um vírus ainda pouco conhecido, caracterizado pela rápida contaminação, evolução e comprometimentos importantes que podem levar a óbito em poucos dias. Neste cenário, encontram-se expostos(as) a uma fonte prolongada de angústia e sobrecargas que podem sobrepor sua capacidade de enfrentamento (ZHANG, W-R *et al.*, 2020) e, conseqüentemente, adoecimento físico e mental.

O estudo de Kang, L. e colaboradores (2020) reporta fatores psicossociais a que médicos da cidade de Wuhan estiveram expostos durante a epidemia de Covid-19. Além do alto risco de contaminação, um trabalho desempenhado sob ritmo intenso e alta pressão; com condições inadequadas de proteção; vivenciando situações de frustração, discriminação, isolamento, distanciamento da família; suporte emocional a pacientes e, sobretudo, exaustão. Como consequência, os problemas de saúde mental observados nesses profissionais abrangem estresse, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo. Os autores alertam para o fato desses transtornos poderem comprometer o nível de atenção, entendimento e capacidade de tomada de decisão, além do efeito duradouro sobre o bem estar geral dos profissionais. Adicionalmente, Reger e colaboradores (2020) ressaltam preocupação com os profissionais de saúde que estão na linha de frente do tratamento de pacientes com Covid-19, principalmente médicos, que já são reconhecidamente considerados como grupo de risco para suicídio, apresentando elevadas taxas, sendo recomendado serviços de apoio e prevenção neste período de pandemia.

Pesquisa realizada com 1.257 profissionais de saúde, enfermeiros (60,8%) e médicos (39,2%), que trabalhavam na linha de frente do cuidado de pacientes com Covid-19 (41,5%) e de hospitais (60,5%) em Wuhan, identificou sintomas referidos de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%) (LAI *et al.*, 2020). Segundo resultados dessa pesquisa, ser mulher, enfermeira e trabalhar na linha de frente

do cuidado a pacientes com Covid-19 em Wuhan foram preditores para os graus mais severos de comprometimento da saúde mental.

A Rede CoVida apresentou uma síntese do conhecimento científico produzido sobre os possíveis impactos da pandemia e das estratégias de distanciamento social na saúde mental da população brasileira (MACHADO *et al.*, 2020). Foram apontadas, no curso da pandemia, evidências de aumento da probabilidade de sofrimento mental e morbidades psiquiátricas em diferentes subgrupos da população estudada. Dentre os grupos classificados como de maior risco de sofrer problemas de saúde mental, pesquisadores consideraram aqueles em que as pessoas podem estar na condição de “trabalhador-exposto” ou “trabalhador-doente”, agrupados da seguinte forma: profissionais da linha de frente do cuidado aos pacientes com Covid-19 (médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde), casos confirmados ou suspeitos de Covid-19, jovens e pacientes hospitalizados (MACHADO *et al.*, 2020).

Quanto aos profissionais de saúde, as manifestações podem variar desde traumas decorrentes da assistência (incertezas sobre como tratar com eficácia o paciente com Covid-19); transtornos mentais comuns, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e transtornos depressivos (BAO *et al.*, 2020 apud MACHADO *et al.*, 2020); transtornos mentais leves (34,4%), moderados (22,4%) e graves (6,2%) em médicos e enfermeiras, logo após o pico da epidemia (KANG, L. *et al.*, 2020 apud MACHADO *et al.*, 2020).

Para o grupo de casos confirmados e suspeitos da Covid-19, atribui-se que a pressão psicológica é decorrente do medo das consequências da doença e contágio, implicando em solidão, negação, ansiedade, depressão, insônia e desespero, o que pode comprometer a adesão ao tratamento. O isolamento decorrente da suspeita diagnóstica pode acarretar ansiedade frente às incertezas, podendo cursar com sintomas obsessivo-compulsivos (verificações repetidas de temperatura e esterilização) (LI *et al.*, 2020 apud MACHADO *et al.*, 2020). O estigma social pode favorecer atitudes intimidatórias, discriminatórias e constrangedoras, podendo gerar sofrimento e comprometer o convívio social (MACHADO *et al.*, 2020), como a (re)inserção no local de trabalho.

Medidas de contingenciamento foram referidas enquanto impacto para saúde mental da população de jovens, destaques feitos aos mais vulneráveis, como os(as) trabalhadores(as) informais e desempregados(as), frente à escassez das possibilidades de trabalho (MACHADO *et al.*, 2020). Estudo com universitários chineses evidenciou quadros de ansiedade (leve a grave), tendo sido encontrado como fator de risco à saúde mental ter parentes ou conhecidos infectados com Covid-19 e como fatores de proteção: residir em áreas urbanas, ter estabilidade de renda familiar e morar com os pais.

O impacto à saúde mental de pacientes hospitalizados por Covid-19 resulta das características deste adoecimento acrescido de efeitos decorrentes da hospitalização

(afastamento da família e isolamento absoluto por tempo indefinido, medo da morte, sequelas pós hospitalização), podendo implicar em solidão, desespero, ansiedade e depressão. Importante ressaltar que o aumento do risco para depressão pode decorrer de dificuldades pós alta hospitalar, para desempenhar suas atividades anteriores (MACHADO *et al.*, 2020), a exemplo do trabalho.

Indícios de sofrimento psíquico em trabalhadores(as) de saúde durante a pandemia podem ser verificados a partir de sinais comuns, como: irritabilidade, insônia ou sonolência incomum, falta de apetite ou fome fora do comum, baixa concentração, desânimo ou aceleração, fraqueza/baixa energia, dificuldade para relaxar ou ficar rememorando os acontecimentos do dia no período de descanso, dores persistentes no corpo (de cabeça, no estômago), alergias cutâneas, tremores sem explicação, inquietação e desesperança (BRASIL, 2020h). O documento adverte que, apesar de esperados, a existência desses sinais deve ser avaliada levando-se em consideração sua frequência, persistência e intensidade.

Sensações como preocupação, estresse, confusão e de falta de controle ante às incertezas são esperadas num contexto de pandemia; porém, é necessário destacar que nem todos os problemas psicológicos e sociais apresentados poderão ser qualificados como doenças (BRASIL, 2020i). Neste sentido, informações contidas em documento da Fiocruz foram adaptadas nessas orientações técnicas no sentido de orientar a implementação de medidas que previnam a ocorrência, agravamento e/ou cronificação dos sintomas; que possibilitem o acolhimento, avaliação, monitoramento, afastamento do trabalho e encaminhamento oportuno dos(as) trabalhadores(as) com sinais de sofrimento psíquico; bem como a realização de uma avaliação psicossocial criteriosa de trabalhadores(as) em processo de retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2, apresentada no Quadro 4 (BRASIL, 2020i).

Quadro 4 - Representação de sensações e reações comportamentais frequentes,

CLASSIFICAÇÃO	SENSAÇÕES E/OU REAÇÕES COMPORTAMENTAIS
Mais frequentes	Sensação de medo de: ▪ Adoecer e morrer ▪ Perder pessoas com as quais se tem laços afetivos fortes ▪ Perder os meios de subsistência ou não poder trabalhar durante o isolamento e ser demitido ▪ Ser excluído socialmente por estar associado à doença ▪ Ser separado de entes queridos e de cuidadores devido ao regime de quarentena ▪ Não receber suporte financeiro ▪ Transmitir o vírus a outras pessoas
	Reações comportamentais: ▪ Alterações ou distúrbios de apetite (falta de apetite ou apetite em excesso) ▪ Alterações ou distúrbios do sono (insônia, dificuldade para dormir ou sono em excesso, pesadelos recorrentes) ▪ Conflitos interpessoais (com familiares, equipes de trabalho etc.) ▪ Violência (doméstica e/ou no local de trabalho) ▪ Pensamentos recorrentes sobre a epidemia ▪ Pensamentos recorrentes sobre a saúde da família ▪ Pensamentos recorrentes relacionados à morte e ao morrer

Também esperadas	Sensação recorrente de: ▪ Impotência perante os acontecimentos ▪ Irritabilidade ▪ Angústia ▪ Tristeza
Sinais de Alerta para Transtorno Psíquico	Critérios para determinar se reações psicossociais esperadas estão se tornando sintomáticas: ▪ Sintomas persistentes ▪ Sofrimento intenso ▪ Complicações associadas (por exemplo, conduta suicida) ▪ Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano ▪ Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho ▪ Risco de complicações, em especial o suicídio ▪ Problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências ▪ Depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático

Fonte: BRASIL, 2020h

Compreendendo que a Saúde Mental diz respeito à autonomia dos indivíduos para decidir e conduzir os rumos da própria vida, levando em consideração a capacidade de reação frente aos acontecimentos bons e ruins (BRASIL, 2020h), medidas de prevenção e suporte emocional devem ser desenvolvidas nos ambientes de trabalho, tendo em vista a proteção da saúde e manutenção da capacidade produtiva dos(as) trabalhadores(as). Frente ao potencial incapacitante dos transtornos mentais, reitera-se a necessidade de considerar os aspectos psicossociais relacionados ao adoecimento por Covid-19 no processo de avaliação de saúde para retorno ao trabalho. Neste sentido, o Quadro 5 reúne manifestações de transtornos frequentes e com diferentes níveis de gravidade que devem ser precocemente identificados e os(as) trabalhadores(as) adequadamente encaminhados(as) para acompanhamento por especialista e/ou equipe multiprofissional.

Quadro 5 - Manifestações de transtornos psíquicos em contexto de pandemia

MANIFESTAÇÃO DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS	
Efeitos imediatos mais frequentes - risco aumentado a depender das características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade	▪ Episódios depressivos ▪ Reações de estresse agudo de tipo transitório
Padrões de sofrimento prolongado - podem vir a desencadear uma patologia a médio ou longo prazo, caso não seja realizada uma intervenção qualificada	▪ Tristeza ▪ Medo generalizado e ansiedade expressos corporalmente
Efeitos tardios mais recorrentes	▪ Luto patológico ▪ Depressão ▪ Transtornos de adaptação ▪ Manifestações de estresse pós-traumático ▪ Abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência ▪ Transtornos psicossomáticos

Fonte: BRASIL, 2020i

Neste sentido, questões relacionadas ao estado de emergência de saúde pública e às características dos processos de trabalho devem ser consideradas, conjuntamente, como fatores de risco à saúde mental dos(as) trabalhadores(as) em geral. Faz-se necessário perceber, por exemplo, em que medida a compreensão do(a) trabalhador(a) sobre os riscos e as características do adoecimento, associada ao aumento de demandas, sobrecarga física e psíquica, precarização do vínculo e condições de trabalho, desproteção social, fragilização de estratégias coletivas de proteção e redução da sua autonomia e capacidade de resposta podem (ou não) comprometer o seu retorno e permanência sustentada no trabalho.

5. RECOMENDAÇÕES INSTITUCIONAIS RELEVANTES PARA O RETORNO AO TRABALHO APÓS EXPOSIÇÃO AO SARS-CoV-2

As recomendações institucionais relevantes para o retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2 enfatizam os aspectos clínicos (sintomatológico) e laboratoriais como critérios para definição de interrupção do afastamento do trabalho, deixando de considerar os impactos biopsicossociais do adoecimento no estado de saúde do(a) trabalhador(a) e as questões relacionadas ao ambiente e processos de trabalho. No entanto, considerando que os aspectos clínico-laboratoriais são parte importante da avaliação criteriosa para o retorno ao trabalho, foram destacados de documentos internacionais e nacionais, como fundamentação para estas orientações técnicas.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020a) orientava, inicialmente, que a decisão sobre o fim do isolamento, deve estar pautada em uma de duas abordagens: 1) dois exames RT-PCR negativos, com intervalo de tempo maior ou igual a 24 horas; 2) não retornar ao trabalho antes de três dias sem sintomas e estar há, pelo menos, 10 dias após o início dos sintomas. Para indivíduos assintomáticos, com teste de laboratório confirmado para Covid-19, a saída do isolamento deve ocorrer quando se passarem pelo menos 10 dias desde a data do seu primeiro teste diagnóstico positivo da Covid-19 e, quando disponível, dois exames RT-PCR, para detecção de RNA de SARS-CoV-2, com resultados negativos de pelo menos duas amostras respiratórias consecutivas coletadas com intervalo maior ou igual a 24 horas.

Frente às novas e mais recentes evidências científicas que demonstram a diminuição progressiva da concentração do RNA SARS-CoV-2 nas vias áreas superiores e da capacidade de replicação viral, após o início dos sintomas, com desaparecimento entre o décimo e o vigésimo dia (MIDGLEY *et al.*, 2020; WÖLFEL *et al.*, 2020), o CDC passou a recomendar a estratégia baseada em tempo de início dos sintomas e ausência de febre por pelo menos 24 horas, para a suspensão do isolamento e de precaução para adultos com Covid-19 (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020b).

Para os assintomáticos e sintomáticos leves a moderados, a saída do isolamento pode ocorrer após 10 dias do início dos sintomas ou da realização do RT-PCR; para os casos graves, pelo menos 20 dias do início dos sintomas. A realização do exame RT-PCR, para descontinuidade do isolamento fica para casos específicos, como os imunossuprimidos.

A Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Anamt), para nortear os médicos do trabalho em sua prática clínica frente à Covid-19, orienta a adoção de critério clínico epidemiológico e laboratorial para que o(a) trabalhador(a) afastado(a) possa retornar ao trabalho: estar assintomático (sem uso de antitérmico) por 72 horas, além de estar entre o sétimo e o décimo dia do início dos sintomas e ter o exame RT-PCR negativo. Com RT-PCR positivo ou sorologia positiva para IgG ou IgM, o(a) trabalhador(a) somente deverá retornar ao trabalho após 14 dias de afastamento (ROCHA; FERNANDES; BEZERRA, 2020).

Para os casos sintomáticos de SG, o Ministério da Saúde recomenda o afastamento do trabalho por 14 dias; exceção feita para profissional da saúde com suspeita de SG, cujo retorno ao trabalho é previsto após decorridos sete dias do início dos sintomas se estiver assintomático por, no mínimo, 72 horas (BRASIL, 2020b).

A Nota Técnica COES Nº 67 (BAHIA, 2020h), que trata sobre a descontinuação de precauções de isolamento, para os indivíduos sintomáticos e/ou com confirmação laboratorial para Covid-19, recomenda adoção de uma das duas estratégias:

ESTRATÉGIA 1: com base nos sintomas	ESTRATÉGIA 2: com base em testagem molecular
a) ao menos 14 dias tenham se passado desde o início dos primeiros sintomas; E	a) resolução da febre, sem uso de medicação antitérmica; E
b) ao menos três dias (72 h) tenham se passado desde a resolução da febre, sem uso de medicação antitérmica; E	b) melhora dos sintomas respiratórios (tosse, falta de ar); E
c) se o paciente apresentar evidente melhora dos sintomas respiratórios (tosse, falta de ar).	c) resultado negativo de RT-PCR realizado em pelo menos dois swabs de nasofaringe coletados com intervalo maior ou igual a 24 horas.

A obtenção de dois resultados negativos de RT-PCR é uma abordagem mais conservadora para garantir a ausência da transmissão viral. A sorologia é, também, outra possibilidade conservadora, para inferir o fim da infecção. A abordagem sintomática é considerada a menos conservadora, porém apropriada quando os recursos são escassos e o teste não é possível. Por outro lado, a combinação do uso de testes sorológicos e a ausência de

sintomas pode ser uma escolha que permita o retorno ao trabalho, de forma mais segura (ZHANG, J. C. *et al.*, 2020).

Como demonstrado, as recomendações disponíveis dão maior ênfase a avaliações de retorno ao trabalho pautadas na realização de testagem para SARS-CoV-2 e o tempo decorrido entre o início e a remissão dos sintomas. Porém, considerando a complexidade relacionada ao adoecimento, a decisão sobre o retorno ao trabalho deve estar pautada na real situação de saúde do(a) trabalhador(a), no que diz respeito ao quadro clínico atual e as possíveis sequelas, à presença do vírus no organismo, aos aspectos epidemiológicos, psicossociais e às condições do ambiente de trabalho para o qual o(a) trabalhador(a) irá retornar.

6. ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE PARA RETORNO AO TRABALHO DE TRABALHADORES(AS) EXPOSTOS(AS) AO SARS-CoV-2

A discussão sobre o retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2 transcende a tomada de decisão baseada exclusivamente na avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial, devendo ser considerados aspectos psicossociais relacionados ao adoecimento e a necessidade de adequações nos ambientes e processos de trabalho. Neste sentido, o retorno ao trabalho após exposição ao SARS-CoV-2 e/ou adoecimento por Covid-19 deverá ocorrer a partir de ações sincrônicas em diferentes dimensões: indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais (BAHIA, 2014a).

Na **dimensão indivíduo**, ações voltadas para uma avaliação biopsicossocial do trabalhador deverão ser realizadas para orientar o raciocínio clínico do médico e/ou profissionais de saúde envolvidos. Tal avaliação deverá considerar o estado de saúde do(a) trabalhador(a) afastado do trabalho, o que abrange os aspectos laboratoriais, clínicos e psicossociais relacionados à Covid-19, bem como as repercussões do processo de adoecimento. Tal avaliação deve ser feita paralelamente ao levantamento de informações acerca da função e atividade de trabalho do(a) trabalhador(a), no sentido de verificar a necessidade de possíveis adequações no ambiente e processos de trabalho.

As ações da **dimensão ambiente de trabalho** devem complementar o levantamento de informações acerca da atividade de trabalho do(a) trabalhador(a) em retorno, abrangendo a investigação da relação do adoecimento com o trabalho; a adoção e/ou adequação de medidas de proteção, prevenção e controle da transmissão da Covid-19; estabelecimento de normas e procedimentos de informação, comunicação e educação em saúde; e, o desenvolvimento de medidas de acolhimento e monitoramento da saúde dos(as) trabalhadores(as) afastados(as) do trabalho.

A **dimensão atores sociais** representa a articulação entre os diversos atores envolvidos

com o processo de retorno ao trabalho, sendo eles: o(a) próprio(a) trabalhador(a), o(s) profissional(is)/equipe(s) de saúde e recursos humanos, pessoas em diferentes níveis hierárquicos da empresa, representante da entidade sindical etc. As ações desenvolvidas devem contemplar a participação dos atores envolvidos no processo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das medidas adotadas tendo em vista o retorno e a permanência no trabalho.

6.1 Avaliação para Retorno ao Trabalho

6.1.1 Dimensão Indivíduo

O exame de retorno ao trabalho, na sua essência, visa avaliar a condição de saúde do(a) trabalhador(a) que, após um período de afastamento do trabalho por motivo de saúde, retorna às atividades laborais. Embora seja corriqueiramente transformado em um evento único, o retorno ao trabalho deve ser considerado um processo complexo que envolve desde eventos prévios até aqueles que poderão ocorrer após o retorno ao trabalho (YOUNG *et al.*, 2005; BAHIA, 2020a).

Avaliar a capacidade para o retorno ao trabalho de trabalhadores(as) que foram expostos(as) ao SARS-CoV-2 implica em considerar que se trata de um contexto que envolve uma doença grave, pouco conhecida, com incertezas quanto a complicações e incapacidade futuras; que transformou a rotina e a vida das pessoas, levando a vivências de sofrimento, ansiedade e medo e com possibilidades de enfrentamentos segregatórios.

Assim, a avaliação do(a) trabalhador(a) deve ser conduzida a partir de uma perspectiva biopsicossocial do adoecimento, estando pautada em três premissas básicas:

1. que o(a) trabalhador(a) esteja assintomático(a) e fora do período de transmissibilidade/contágio;
2. que o(a) trabalhador(a) não apresente incapacidade para retornar à função;
3. que o ambiente de trabalho seja acolhedor e tenha passado por adequações que possibilitem o retorno às atividades de trabalho.

A história do adoecimento deve reunir informações sobre a existência de contatos (domicílio, comunidade e/ou local de trabalho), data de início dos sintomas, evolução da doença, tipo de assistência recebida, exames realizados, local de atendimento, dentre outros aspectos considerados relevantes para a avaliação em curso. Complementarmente à avaliação individual, o(s) profissional(is) deve(m) dispor de informações sobre a situação epidemiológica da Covid-19 na região, do município até a empresa, a fim de caracterizar o perfil do adoecimento no município, na empresa de forma geral e setores de trabalho.

A avaliação de saúde para retorno ao trabalho deverá levar em consideração um conjunto de fatores que permitam identificar a exposição ao vírus, a evolução e remissão

dos sintomas, a presença do vírus no organismo e possíveis sequelas, permanentes ou temporárias, do adoecimento, e a exposição ocupacional (Apêndice 1). Importante ressaltar que a avaliação clínica do(a) trabalhador(a) afastado(a) do trabalho em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2, deverá considerar especificidades da história de adoecimento: trabalhador(a) assintomático(a); trabalhador(a) com sintomas leves a moderados, que não foi hospitalizado(a); trabalhador(a) com sintomas moderados, que foi hospitalizado(a); trabalhador(a) com sintomas em graus severo a crítico, com longo tempo de hospitalização e cuidados intensivos.

6.1.2 Dimensão ambiente de trabalho

As condições dos ambientes e dos processos de trabalho, bem como os fatores da organização do trabalho devem ser analisadas, não somente no sentido de identificar fatores de risco e exposição dos(as) trabalhadores(as) ao SARS-CoV-2 (BAHIA, 2020a) mas, também, para verificar a necessidade de (re)adequações que possibilitem o retorno ao trabalho após adoecimento. No que diz respeito à avaliação do(a) trabalhador(a) para o retorno ao trabalho, dois aspectos devem ser considerados: a) a possível relação da Covid-19 com o trabalho; e, b) a avaliação das condições do ambiente e dos processos de trabalho, bem como dos fatores relacionados à organização do trabalho.

a) Considerações sobre a relação da Covid-19 com o trabalho no processo de avaliação de saúde para Retorno ao Trabalho

A relação da Covid-19 com o trabalho é reconhecida e justificada, tanto no que diz respeito à exposição do(a) trabalhador(a) no trajeto (meio e condições do transporte utilizado, por exemplo), quanto no próprio local e/ou durante realização das atividades de trabalho (BAHIA, 2020b; FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020; SALVADOR, 2020; MAENO; CARMO, 2020). Essa relação, de natureza epidemiológica, está respaldada na compreensão de que a ocupação e as condições adversas nos ambientes e processos de trabalho expõem os(as) trabalhadores(as) a riscos de adoecimento em diferentes graduações (OCCUPATIONAL AND SAFETY HEALTH ADMINISTRATION, 2020; BAHIA, 2020a; SALVADOR, 2020), devendo-se adotar a classificação de Schilling (BRASIL, 2001) - grupo II, que reconhece o trabalho como um fator de risco, contributivo, mas não necessário.

A confirmação da relação da exposição ocupacional ao SARS-CoV-2 e o adoecimento por Covid-19, por si, evidencia que existem falhas nas medidas de prevenção, controle e proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as) na empresa, instituição ou organização. Desse modo, acompanhando o afastamento imediato do(a) trabalhador(a) infectado(a)/adoecido(a), deverão ser adotadas pela empresa, medidas de prevenção, coletivas e individuais, fundamentadas em normas técnicas e documentos orientadores (BAHIA, 2020a; FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020; FERNANDES *et al.*, 2020). No Apêndice 2 consta uma proposta de Roteiro de Inspeção Sanitária em Saúde

do Trabalhador nos Ambientes e Processos de Trabalho para prevenção à Covid-19, elaborado pela equipe técnica da Divast/Cesat, que poderá orientar a identificação de fatores de risco e recomendação de medidas de prevenção, controle e proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as).

As medidas de prevenção da Covid-19 e de proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as) nos ambientes e processos de trabalho têm sido documentadas, em âmbito nacional (BAHIA, 2020a; BAHIA, 2020b; FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020; FERNANDES *et al.*, 2020) e internacional (UNIÃO EUROPEIA, 2020). Os documentos contemplam medidas gerais e específicas de caráter preventivo, por risco de exposição coletiva e individual; abordam a importância do acesso a informações e desenvolvimento de processos de comunicação e de educação em saúde adequados; defendem a proteção aos direitos trabalhistas e previdenciários e o envolvimento e participação dos(as) trabalhadores(as) e suas respectivas entidades representativas.

O reconhecido risco biológico e a elevada infectividade do SARS-CoV-2 têm sido atribuídos como justificativas para o enfoque dado às medidas de proteção individual, predominantemente Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020). Ressalta-se que tais medidas (uso de EPI) não devem ser adotadas em substituição às medidas de proteção coletiva e administrativas, as quais devem, sobretudo, anteceder a indicação e fornecimento dos EPI adequados. As medidas coletivas e administrativas devem ser constantemente reavaliadas e discutidas com os(as) trabalhadores(as).

Os(as) trabalhadores(as) devem ser capacitados(as) e informados(as)/atualizados(as) quanto às medidas de prevenção e controle adotadas. A produção e a divulgação de informações devem estar respaldadas em evidências científicas e oriundas de instituições públicas de saúde. A comunicação de informações relevantes sobre a Covid-19 (sinais e sintomas, meios de transmissão, normas e procedimentos, medidas de higiene e de proteção à saúde, dentre outras) deve ser acessível e feita por diferentes meios e modalidades (BAHIA, 2020b; FERNANDES *et al.*, 2020; FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020).

b) Avaliação das condições do ambiente e dos processos de trabalho para retorno ao trabalho

Considerando todas as repercussões que podem estar relacionadas ao processo de adoecimento por Covid-19, reitera-se que o retorno ao trabalho baseado apenas em critérios clínicos e laboratoriais, voltados para a verificação da remissão de sintomas e eliminação do risco de transmissibilidade do vírus, é insuficiente. Em associação à avaliação clínica, criteriosa, é preciso compreender o impacto do adoecimento na vida do(a) trabalhador(a) e a sua atividade de trabalho (trabalho real).

A compreensão sobre o trabalho real executado pelo(a) trabalhador(a) possibilitará ao(a) médico(a) e/ou profissional de saúde envolvido(s) com a avaliação do retorno ao trabalho o reconhecimento de aspectos da atividade, do local e das relações interpessoais que poderão se constituir como barreiras para o retorno ao trabalho. Conforme preconizado pelo modelo da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), a condição de funcionalidade ou incapacidade é resultado da interação entre o indivíduo (trabalhador) com seu estado de saúde e os fatores contextuais (contexto pessoal e contexto ambiental) (BAHIA, 2014b).

Importante ressaltar que o contexto ambiental, em se tratando do local de trabalho, diz respeito não somente aos aspectos estruturais do ambiente, mas, também, às próprias exigências da atividade de trabalho, à organização do trabalho e às crenças e atitudes de pessoas em diferentes níveis hierárquicos (colega, chefe imediato, diretor etc.).

A depender do tempo de afastamento e gravidade do quadro clínico, a avaliação criteriosa poderá revelar alterações (físicas, neurológicas, cognitivas, emocionais) no estado de saúde do(a) trabalhador(a) e o retorno à sua atividade de trabalho poderá acontecer (ou não) gradualmente, com recomendações voltadas para readequação do posto de trabalho, da tarefa propriamente dita ou, mesmo, da organização do trabalho (redução inicial da jornada de trabalho, adoção temporária do trabalho remoto, revisão de metas de produtividade, mudança de setor etc.).

É preciso considerar, também, que o estigma decorrente do diagnóstico de Covid-19 poderá implicar em atitudes preconceituosas e discriminatórias acarretando maior sofrimento, constituindo-se como uma barreira para o retorno e permanência no trabalho. O acolhimento no retorno ao trabalho é uma importante medida para evitar novos afastamentos por outras doenças, a exemplo de transtorno mental relacionado ao trabalho. Nestes termos, medidas de prevenção da estigmatização dos(as) trabalhadores(as) e de assédio moral no trabalho deverão ser implementadas a fim de possibilitar a sua reinserção no trabalho após afastamento decorrente de Covid-19.

Portanto, nesta dimensão deverão ser planejadas e realizadas ações com diferentes finalidades, porém confluentes, tendo em vista: a) eliminação e/ou redução da exposição dos(as) trabalhadores(as) ao risco de contaminação pelo SARS-CoV-2; b) suporte emocional, monitoramento e avaliação do(a) trabalhador(a) antes, durante e após o afastamento do trabalho; c) ajustes no posto, na atividade e/ou nos processos de trabalho.

6.1.3 Dimensão atores sociais

A articulação entre os diversos atores sociais envolvidos com o processo de afastamento e retorno ao trabalho faz-se necessária tendo em vista o planejamento de ações que extrapolam a questão do retorno ao trabalho propriamente dito. Nesta dimensão, diferentes atores sociais, respeitadas as particularidades de quem representa, deverão

estar mobilizados em torno de uma pauta comum: a garantia da saúde e da segurança dos(as) trabalhadores(as) frente à pandemia de Covid-19.

Conforme preconizado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é essencial garantir a participação dos(as) trabalhadores(as) na identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre sua saúde; na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação de intervenções sobre os fatores de risco e exposição (BRASIL, 2012). São eles(as) que vivenciam o trabalho real e podem contribuir com informações relevantes para subsidiar a (re)adequação dos ambientes e processos de trabalho.

A participação de representante de entidades sindicais pode contribuir para: a sensibilização dos(as) trabalhadores(as) da categoria; a elaboração de propostas normativas; a propagação de informações de educação em saúde; o estabelecimento de articulação com interlocutores-chave; instituição de mesa de negociação para implementação de medidas de prevenção, controle e proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as); monitoramento das medidas implementadas, bem como defesa do vínculo de trabalho e demais direitos dos(as) trabalhadores(as).

No que diz respeito aos direitos trabalhistas e previdenciários dos(as) trabalhadores(as), destaca-se a importância da investigação e reconhecimento da relação da Covid-19 com o trabalho, abrangendo: afastamento imediato do trabalho; caracterização do adoecimento; notificação do(s) caso(s) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BAHIA, 2020b); a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), para os(as) trabalhadores(as) com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); a notificação nas fichas e formulários dos sistemas previdenciários específicos no caso de servidores públicos estatutários (BAHIA, 2020b; FRENTE AMPLA EM DEFESA DOS TRABALHADORES, 2020; FERNANDES *et al.*, 2020).

As informações fornecidas pelos profissionais/equipes de saúde, segurança, gestão do trabalho e de pessoas, deverão orientar o processo de tomada de decisões com base em evidências, garantindo a adoção de estratégias e ações contextualizadas com a realidade de cada setor da empresa, instituição ou órgão. O envolvimento de trabalhadores(as) de diferentes níveis hierárquicos da empresa, instituição ou órgão, durante o processo de articulação poderá constituir-se como um facilitador para o desenvolvimento de ações de cuidado, acolhimento e monitoramento de trabalhadores(as) em retorno ao trabalho. Esta participação propicia a adoção de ações de solidariedade e empatia e, sobretudo, a inibição de atitudes estigmatizantes e segregatórias, que poderão representar barreiras para o retorno e permanência no trabalho.

A compreensão acerca da complexidade e dinamicidade dessas três dimensões e do processo de afastamento e retorno ao trabalho possibilitará o planejamento e realização de ações de retorno ao trabalho mais abrangentes e eficazes, sem comprometimento da funcionalidade e produtividade do(a) trabalhador(a). Portanto, as medidas a serem

adotadas com os(as) trabalhadores(as) afastados(as) do trabalho após exposição ao SARS-CoV-2 devem estar pautados em estratégias de cuidado, tendo em vista também a prevenção da ocorrência de transtornos psíquicos, identificação e intervenção precoces e, também, prevenção do agravamento que possa implicar numa incapacidade prolongada para o trabalho.

O Quadro 6 sintetiza elementos relevantes para orientar as ações a serem desenvolvidas no processo de retorno ao trabalho de trabalhadores(as) expostos(as) ao SARS-CoV-2, contemplando as dimensões indivíduo, ambiente de trabalho e atores sociais.

Quadro 6 – Quadro síntese orientador no processo de avaliação de saúde para retorno ao trabalho de trabalhadores(as) expostos(as) ao SARS-CoV-2

ELEMENTOS DA AVALIAÇÃO DE SAÚDE PARA RETORNO AO TRABALHO		
DIMENSÃO INDIVÍDUO		
AValiação CLÍNICA Abordagem baseada em resolução dos sintomas e estado de saúde atual	Essa avaliação fornecerá uma visão mais ampla do paciente, devendo estar contemplados aspectos quantitativos (aspectos mensuráveis no exame físico) e qualitativos (aspectos subjetivos, obtidos com a escuta qualificada)	Mínimo DEZ dias de afastamento do trabalho, a contar da data de realização do teste (RT-PCR, sorologia ou teste rápido) com resultado positivo. Apresentar pelo menos um exame RT-PCR de pesquisa viral em nasofaringe, negativo OU teste imunológico para IgM, realizado pelo método Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou quimioluminescência; com resultado NÃO REAGENTE (negativo). Retorno ao trabalho com recomendações quanto ao uso adequado de máscara e intensificação da higiene pessoal (lavar mãos, banhar etc.), uso de álcool a 70%, manter distanciamento e demais medidas coletivas protetivas no ambiente de trabalho.
	Assintomático Contato (ou não) de outro caso positivo, que teve teste positivo para Covid-19 e cursou sem sintomas Continua assintomático no momento da avaliação de retorno Com sintomas leves a moderados, que não foi hospitalizado	Mínimo de DEZ dias de afastamento do trabalho a partir do início dos sintomas E pelo menos 72 horas sem febre (sem uso de antitérmicos) E sem sintomas relacionados à Covid-19. Investigar sintomas referidos e avaliar a potencial gravidade, a ser considerada na indicação de prolongamento do afastamento do trabalho. Apresentar pelo menos um teste RT-PCR, de pesquisa viral em nasofaringe, negativo. Se houver disponibilidade, considerar dois testes com intervalo mínimo de 24 horas. OU, na impossibilidade de realizar o RT-PCR, se submeter ao teste imunológico para IgM, realizado pelo método Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou quimioluminescência; com resultado NÃO REAGENTE (negativo). Atestada aptidão física e saúde mental preservada, o retorno ao trabalho deve ser acompanhado de recomendações quanto ao uso adequado de máscara e intensificação da higiene pessoal (mãos, banhar etc.), uso de álcool a 70%, manter distanciamento e demais medidas coletivas protetivas no ambiente de trabalho.

	Com sintomas moderados que foi hospitalizado	Mínimo de QUATORZE dias de afastamento do trabalho a partir do início dos sintomas E pelo menos 72 horas sem febre E com melhora dos sintomas. Apresentar pelo menos um teste RT-PCR, de pesquisa viral em nasofaringe, negativo, logo antes ou após a alta hospitalar. Se houver disponibilidade, considerar dois testes com intervalo mínimo de 24 horas. Ou, na impossibilidade de realizar o RT-PCR, se submeter ao teste imunológico para IgM, realizado pelo método Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou quimioluminescência, com resultado do NÃO REAGENTE (negativo). Investigar os sintomas referidos e avaliar potencial gravidade, a ser considerada na indicação de prolongamento do afastamento do trabalho. Afastar a persistência de sintomas e/ou sequelas da Covid-19 que possam resultar em incapacidade para realizar as funções anteriores ao quadro infeccioso. Realizar outros exames laboratoriais e demais exames complementares a serem solicitados a depender da sintomatologia, conforme recomendação desta Orientação. Avaliar a necessidade de encaminhamento para avaliação clínica especializada. Atestar a aptidão física e saúde mental preservada, o retorno ao trabalho deve ser acompanhado de recomendações quanto ao uso adequado de máscara e intensificação da higiene das mãos e ajustes no ambiente e processo de trabalho.
	Com sintomas em grau severo a crítico, com longo tempo de hospitalização e cuidados intensivos	Mínimo de QUATORZE dias de afastamento do trabalho a partir do início dos sintomas E pelo menos 72 horas sem febre E com melhora dos sintomas. Apresentar pelo menos um teste RT-PCR, de pesquisa viral em nasofaringe, negativo, logo antes ou após a alta hospitalar. Se houver disponibilidade, considerar dois testes com intervalo mínimo de 24 horas. Ou, na impossibilidade de realizar o RT-PCR, se submeter ao teste imunológico para IgM, realizado pelo método Ensaio imunoenzimático (ELISA) ou quimioluminescência, com resultado do NÃO REAGENTE (negativo). Investigar os sintomas referidos e avaliar potencial gravidade, a ser considerada na indicação de

		prolongamento do afastamento do trabalho. Afastar sequelas advindas da Covid-19 que possam ter levado o trabalhador à incapacidade para realizar as funções anteriores ao quadro infeccioso. Realizar outros exames laboratoriais e demais exames complementares, a serem solicitados a depender da sintomatologia, conforme recomendação desta Orientação. Avaliar a necessidade de encaminhamento para avaliação clínica especializada; avaliar a capacidade pulmonar, força muscular, sintomas de estresse pós-traumático e a cognição. Atestada aptidão física e de saúde mental, o retorno ao trabalho deve ser acompanhado de recomendações quanto ao uso adequado de máscara e intensificação da higiene das mãos e ajustes no ambiente e processo de trabalho.
	OUTROS EXAMES LABORATORIAIS Avaliação do acometimento de diferentes sistemas	Hemograma completo. Função renal: ureia e creatinina. Função hepática: AST, ALT, gama-GT, Proteínas totais e frações. Função pancreática: amilase e lipase. Marcadores de dano cardíaco: Troponina I e T, CK e CK-MB. Marcadores inflamatórios: DHL, PCR ultrasensível, Ferritina, VHS. Marcadores de coagulopatia: TT, TTPA, D-dímero. Dosagem de testosterona em homem.
	OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES A depender da sintomatologia clínica	TC de tórax se houver tosse persistente e/ou dor torácica (avaliar pneumonia residual). RNM do encéfalo se houver cefaleia que não cede ao uso de analgésicos (avaliar trombose de seios, encefalite). LCR se houver cefaleia que não cede ao uso de analgésicos (avaliar meningite). ENMG se houver queixas de redução de força e/ou parestesias (avaliar comprometimento do sistema nervoso periférico).
AValiação PSICOSSOCIAL Abordagem voltada para a saúde mental	Avaliação da presença de sintomas psíquicos, ansiedade, depressão etc. Poderão ser aplicados o SRQ e/ou outros instrumentos, validados como instrumentos de rastreamento psiquiátrico. Consultar e seguir recomendações do Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho (BAHIA, 2014a). Planejamento do monitoramento e suporte emocional do trabalhador durante o período de afastamento do trabalho.	

DIMENSÃO AMBIENTE DE TRABALHO	
ACOLHIMENTO, ACOMPANHAMENTO E APOIO SOCIAL	Acompanhamento da evolução do quadro clínico do trabalhador afastado, por meio de contato telefônico com o mesmo e/ou familiar. Identificação de situações de vulnerabilidade extra e intra trabalho. Identificação e/ou estabelecimento de rede de apoio social no trabalho. Planejamento e realização de ações de acolhimento dos trabalhadores em retorno ao trabalho.
AValiação das condições do ambiente e dos processos de trabalho	Avaliação das condições dos ambientes e processos de trabalho quanto aos riscos de exposição ao SARS-CoV-2. Adequação dos ambientes e processos de trabalho para garantia do controle, prevenção e proteção à saúde dos trabalhadores frente à pandemia. Consultar Nota Técnica COES nº 53 (BAHIA, 2020a), como documento orientador para avaliação e adequação dos ambientes e processos de trabalho.
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR	Adequação do posto, da atividade e/ou processos de trabalho na organização considerando o estado de saúde do trabalhador em retorno. Deverão ser considerados: indicação para trabalho remoto, redução inicial da jornada de trabalho, revisão de metas de produtividade, mudança de setor e/ou atividade, dentre outros.
DIMENSÃO ATORES SOCIAIS	
SENSIBILIZAÇÃO	Participação nas discussões da temática Covid-19 para os trabalhadores. Envolvimento dos trabalhadores de diferentes níveis hierárquicos no processo de retorno ao trabalho: planejamento e acompanhamento de ações de prevenção nos ambientes de trabalho; acolhimento de trabalhadores; dentre outros.
ARTICULAÇÃO	Identificação de atores-chave. Estabelecimento de canal de interlocução para planejamento e desenvolvimento de ações integradas.
NEGOCIAÇÃO	Participação na construção de pauta de recomendações para (re)adequação dos ambientes e processos de trabalho. Estabelecimento de mesa de negociação para implementação das recomendações que garantam a saúde, segurança e direitos trabalhistas e previdenciários frente à pandemia.
MONITORAMENTO	Acompanhamento do processo de retorno ao trabalho e implementação das ações. Mobilização dos atores sociais para garantir a avaliação, readequação e efetividade das medidas implementadas.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. M. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **Lancet**, v.395, n.10228, p.931-934. Mar. 2020. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(20)30567-5/. Acesso em: 20 abr. 2020.

AQUINO, V. Saúde passa a testar casos leves de Covid-19. **Agência Saúde**. 24 Jun. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47113-saude-passa-a-testar-100-dos-casos-leves-de-Covid-19>. Acesso em: 07 jul. 2020.

ARONS, M. M. *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. **N Engl J Med**, 2020 May 28, v.382, n.22, p.2081-2090. Disponível em: 10.1056/NEJMoa2008457. Acesso em: 2 ago. 2020.

AZHIDEH, A. Covid-19 Neurological Manifestations. **Int Clin Neurosci J**, v.7, n.2, p.54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34172/icnj.2020.01>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Org. por Suerda Fortaleza de Souza. SESAB/SUVISA/DIVAST/CESAT. Salvador: DIVAST, 2014. 60 p. 2014a.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para ações de prevenção e manejo da incapacidade para o trabalho no SUS**. Cadernos de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador. 49p. 2014b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/OrientacoesTecnicas_PrevIncapacidade_final_WEB_2014.pdf. Acesso em: 7 ago. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. COES. **Nota Técnica COES Nº 53: Orientações Gerais para Gestores, Empregadores e Trabalhadores e Trabalhadoras no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 (infecção pelo SARS-CoV-2) no estado da Bahia**. 2020a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. **Orientações técnicas para investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho**. Cesat/Divast. 2020b.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. **Editorial Boletim COVID-19 nº 92**, 09 de junho de 2020. 2020c. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Boletim Epidemiológico COVID-19 Nº 132** - 03/08/2020. 2020d. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/BOLETIM_ELETRONICO_BAHIAN_132___03082020.pdf/. Acesso em: 3 ago. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. **Editorial Boletim COVID-19 nº 97**. 2020e. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. COES. **Nota Técnica COES Nº 54:** Orientações sobre critérios de confirmação de doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19). 2020f. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. COES. **Nota Técnica COES Nº 02.** Atualização de critérios de definição de casos para notificação de Covid-19. 2020g. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. SESAB. COES. **Nota Técnica COES Nº 67:** Recomendações sobre descontinuação de precauções de isolamento de pacientes suspeitos ou com confirmação laboratorial do diagnóstico de Covid-19. 2020h. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BAI, Y. *et al.* Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. **Jama**. v.323, n.14, p.1406-1407, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BAIG, A. M.; SANDERS, E. C. Potential Neuro invasive Pathways of SARS-CoV-2: deciphering the spectrum of neurological deficit seen in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **J Med Virol**. 2020. Disponível em: [10.1002/jmv.26105](https://doi.org/10.1002/jmv.26105). Acesso em: 20 jul. 2020.

BAJEMA, K. *et al.* Persons evaluated for 2019 novel coronavirus - united states. January 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v.69, n.6, p.166-170. 2020. Disponível em: [10.15585/mmwr.mm6906e](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6906e). Acesso em: 10 jul. 2020.

BEECHING, N. J.; FLETCHER, T. E.; BEADSWORTH, M. B. J. Covid-19: testing times. (editorial). **BMJ**, 369:1403, April, 2020. Disponível em: [10.1136/bmj.m1403](https://doi.org/10.1136/bmj.m1403). Acesso em: 10 jul. 2020.

BOSCH-AMATE, X. *et al.* Retiform purpura as a dermatological sign of Coronavirus disease (Covid-19) coagulopathy. **J Eur Acad. Dermatol. Venereol**. 2020. Disponível em: [10.1111/jdv.16689/](https://doi.org/10.1111/jdv.16689). Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho:** Portaria GM/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da Covid-19** (Versão 4). Sumário das recomendações, abril, 2020a. Disponível em: saude.gov.br/coronavirus. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavirus** (site). 2020b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 14**: doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica nº 18 (26/04 a 02/05), 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 11/2020-DESF/SAPS/MS**. 2020d. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Nota_Tecnica__Informativa_Disponibilizacao_de_Testes.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definição de caso e notificação**. 2020e. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/definicao-de-caso-e-notificacao>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**: doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica nº 25 (14 a 20/06), 2020f. Disponível em: <http://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/25/Boletim-epidemiologico-COVID-19-2.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: suicídio na pandemia COVID-19. 2020g. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-Covid-19>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundação Osvaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**. Orientação aos trabalhadores dos serviços de saúde. 2020h. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-Covid-19>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundação Osvaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**. Recomendações gerais. 2020i. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-Covid-19>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BULLARD, J. *et al.* Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. **Clin Infect Dis**. 2020 May 22. Disponível em: [10.1093/cid/ciaa638](https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638). Acesso em: 3 ago. 2020.

BYRNE, A. W. *et al.* Inferred duration of infectious period SARS-CoV-2: rapid scoping review and analysis available evidence for asymptomatic and symptomatic COVID-19 cases. **medRxiv preprints**. April, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079889>. Acesso em: 03 ago. 2020.

CAO Z. *et al.* Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. **medRxiv** 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.27.20018952/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CASTRO-DE-ARAUJO, L. F. S. *et al.* Aspectos clínicos e terapêuticos da infecção da COVID-19. **Rede CoVida: Ciência, Informação e Solidariedade**. 19p, Mar. 2020. Disponível em: <https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/04/Clinica-e-Terapeutico-V4-final-1.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Criteria for Return to Work for Healthcare Personnel with Suspected or Confirmed COVID-19** (Interim Guidance). 2020a. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC. **Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19**. 2020b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CHAN, J. F. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **Lancet**. v.395. p. 514-523, fev. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30154-9). Acesso em: 29 jul. 2020.

CHEN, H. *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **Lancet**, v.395, n.10226, p. 809 - 8015. Apr. 2020. Disponível em: [10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3). Acesso em: 20 jun. 2020.

CHEN, N. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet** 2020; v.395, p.507-13, Jan. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7). Acesso em: 20 jul. 2020.

CHEN, Y.; LIU, Q.; GUO, D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. **J Med Virol.** v.92, p.418-23, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25681>. Acesso em: 04 jul. 2020.

CHOI, M. H. *et al.* Clinical Characteristics and Disease Progression in Early-Stage COVID-19 Patients in South Korea: The Retrospective Cohort Study. **Preprints The Lancet.** Abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3582818>. Acesso em: 04 jul. 2020.

COCKBURN, W. Covid – 19: voltar ao local de trabalho. Adaptação dos locais de trabalho e proteção dos trabalhadores. **European Agency for Safety and Health at Work.** 2020. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/highlights/Covid-19-back-workplace-safe-and-healthy-conditions>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CONTRERAS, S. *et al.* **Statistically-based methodology for revealing real contagion trends and correcting delay-induced errors in the assessment of COVID-19 pandemic.** May. 2020. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/2005.12376.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

CRUZ, J. D. O. *et al.* Functional prediction and frequency of coding variants in human ACE2 at binding sites with SARS-CoV-2 spike protein on different populations. **J Med Virol.** 2020. Disponível em: [10.1002/jmv.26126](https://doi.org/10.1002/jmv.26126). Acesso em: 29 jul. 2020.

DENG, S. Q.; PENG, H. J. Characteristics of and public health responses to the Coronavirus Disease 2019 outbreak in China. **J Clin Med.** v.9, n.2, Fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9020575>. Acesso em: 18 jul. 2020.

FERNANDES, R. C. *et al.* **Prevenção da Covid-19 em locais de trabalho:** orientações para Proteção da Saúde de Trabalhadoras e Trabalhadores. Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia. 2020. Disponível em: https://fmb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/notas/programa_de_prevencao_da_Covid-19_em_locais_de_trabalho.pdf. Acesso em: 03 jul. 2020.

FRENTE AMPLA EM DEFESA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES. **Nota Técnica Conjunta (1):** Orientações sobre direitos de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde, enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da COVID-19. Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores. 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/503048/>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GLOBAL INITIATIVE ON SHARING ALL INFLUENZA DATA. GISAID. **Phylogeny of SARS-like betacoronavirus including novel coronavirus (nCoV).** 2020. Disponível em: <https://nextstrain.org/groups/blab/sars-like-cov>. Acesso em: 18 jun. 2020.

GUAN, W. *et al.* Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. **MedRxiv preprint**. Feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974>. Acesso em: 03 jul. 2020.

GUO, Y. *et al.* Comparison and analysis of the detection performance of six new coronavirus nucleic acid detection reagents. **Journal of Clinical Microbiology**. v.42, n.4, p.1471-1476; Apr. 2004. Disponível em: [10.1128/JCM.42.4.1471-1476.2004](https://doi.org/10.1128/JCM.42.4.1471-1476.2004). Acesso em: 20 jul. 2020.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet** [Internet]. V.395, n.10223, p.497-506. 2020. Disponível em: [10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5). Acesso em: 05 jul. 2020.

HESHUI, S. *et al.* Radiological findings from 81 patients with Covid-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet Infectious Diseases**, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30086-4). Acesso em: 29 jul. 2020.

HUFF, H. V.; SINGH, A. **Asymptomatic transmission during the COVID-19 pandemic and implications for public health strategies**. 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/advance-articleabstract/doi/10.1093/cid/ciaa654/5848092/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION - ILO. **A safe and healthy return to work during the COVID-19 pandemic** / Policy Brief. 2020. Disponível em: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_745549/lang--en/index.htm. Acesso em: 15 jun. 2020.

JIANG, F. *et al.* Review of the clinical characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **J Gen Intern Med**. v.35, p.1545-1549. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>. Acesso em: 30 jul. 2020.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. COVID-19. **Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html/>. Acesso em: 3 ago. 2020.

KANG, H. *et al.* Re-test Positive for SARS-CoV-2 RNA of “Recovered” Patients with COVID-19: persistence, sampling issues, or re-infection? **MedVirol**. 2020; 1- 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.26114>. Acesso em: 15 jul. 2020.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet Psychiatry**. 2020. Mar; v.7, n.3, e.14. Published online, Feb. 2020. Disponível em: [10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X). Acesso em: 20 jul. 2020.

KISSLER, S. M. *et al.* Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the post pandemic period. **Science**. v.368, p.6493, p.860-868, Mai. 2020. Disponível em: 10.1126/science.abb5793. Acesso em: 29 jul. 2020.

KOREA CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Findings from Investigation and Analysis of re-positive cases**. May 19, 2020. Disponível em: https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030&act=view&list_no=367267&nPage=1. Acesso em: 03 ago. 2020.

KOWALIK, M. M. *et al.* COVID-19 - Toward a comprehensive understanding of the disease. **Cardiology Journal**, v. 27, n.2, p.99-114, Mai. 2020. Disponível em: 10.5603/CJ.a2020.0065. Acesso em: 18 jul. 2020.

KRAMMER, F.; SIMON, V. Serology assays to manage COVID-19. **Science**, v.368, n.6495, p.1060-1061, Jun 2020. Disponível em: 10.1126/science.abc1227 Acesso em: 20 jul. 2020.

LAI, J. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA Network Open**. 2020, v.3, n.3, e203976. Disponível em: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. Acesso em: 20 jul. 2020.

LA SCOLA, B. *et al.* Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards. **European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**. v.39, p.1059-1061. Abril. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03913-9>. Acesso em: 16 jul. 2020.

LI, Q. *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. **N. Engl J. Med**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>. Acesso em: 30 jul. 2020.

LI, R. *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). **MedRxiv**. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.14.20023127v1>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LI, Y. *et al.* Physiological and pathological regulation of ACE2, the SARS-CoV-2 receptor. **Pharmacol Res**. v.157. April 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104833>. Acesso em: 03 jul. 2020.

LING, Y. *et al.* Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease e habilitation patients. **Chin. Med. J. (Engl)**. Feb. 2020. Disponível em: 10.1097/CM9.0000000000000774. Acesso em: 10 jul. 2020.

LOEFFELHOLZ, M. J.; TANG, Y. W. Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections – the state of the art. **Journal List Emerg Microbes Infect**, v.9, n.1, p.747-756. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1745095>. Acesso em: 12 jul. 2020.

LOTFI, M.; REZAEI, N. SARS-CoV-2: a comprehensive review from pathogenicity of the virus to clinical consequences. **J Med Virol**. Jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.26123>. Acesso em: 10 jul. 2020.

LU, J. *et al*. Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) **MedRxiv**. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1>. Acesso em: 3 ago. 2020.

LU, R. *et al*. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. **The Lancet Infectious Diseases**, v.20, In.4, p.411-412. Apr. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)302518](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)302518). Acesso em: 20 jul. 2020.

MAENO, M.; CARMO, J. C. A. Covid-19 é uma doença relacionada ao trabalho. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Informe ENSP**. 2020. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/ckeditor/files/A%20COVID%20%C3%89%20DOEN%C3%87A%20OCUPACIONAL%20150520%20\(1\).pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/ckeditor/files/A%20COVID%20%C3%89%20DOEN%C3%87A%20OCUPACIONAL%20150520%20(1).pdf). Acesso em: 20 jul. 2020.

MESZAROS, M. *et al*. **Abnormal liver tests in patients hospitalized with Coronavirus disease 2019**: should we worry? *Liver Int*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/liv.14557>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MIDGLEY, C. M. *et al*. Clinical and Virologic Characteristics of the First 12 Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States. **Nat Med**, 2020, v.26, n.6, p.861-868. Disponível em: [10.1038/s41591-020-0877-5](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0877-5). Acesso em: 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION. OSHA. **Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19**. US Department of Labor. 2020. Disponível em: www.osha.gov. Acesso em: 01 mar. 2020.

PERLMAN, S. Another decade, another Coronavirus. **The New England Journal of Medicine**. n.382, p.760-762, 2020. Feb. 2020. Disponível em: 10.1056/NEJMe2001126. Acesso em: 30 jul. 2020.

REDE CoVida. Cidacs. Fiocruz-BA. Ufba. **Boletim CoVida** - Pandemia de Covid-19 no Brasil - Destaque à situação da Bahia. 13 de abril de 2020.

REDE CoVida. Epidemia da COVID-19 no Brasil: potencial impacto na saúde mental, maio 2020. Rede CoVida: **Ciência, Informação e Solidariedade**. Maio, 2020. Disponível em: https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio-Sa%C3%BAde-Mental_final_formatado.pdf. Acesso em: 6 jun. 2020.

REGER, M. *et al.* Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? **JAMA Psychiatry**, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>. Acesso em: 3 jul. 2020.

RICARDI, G. V. F.; FRIEDRICH, K.; SABINO, M. O. **Orientações gerais sobre testes diagnósticos de coronavírus durante a pandemia de Covid-19**. 22 de maio de 2020. Ministério Público do Trabalho – Procuradoria Geral do Trabalho - Coordenadoria de Defesa do Meio Ambiente do Trabalho. Documento impresso.

ROCHA, R. N. M.; FERNANDES, F. C.; BEZERRA, J. C. **Guia Prático da Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT, sobre Covid-19, para atuação dos médicos do trabalho**. ANAMT. 2020. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/wpcontent/uploads/2020/04/GUIA_CORONA_VIRUS_2020_v4.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Vigilância à Saúde. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Salvador- Cerest Salvador. **Nota Técnica Nº 002/2020**. Orientações aos trabalhadores e empregadores. 2020. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/nota_tecnica_no_002_-_orientacoes_aos_trabalhadores_e_empregadores.pdf. Acesso em: 5 jun. 2020.

SANTOS, C. N. D. *et al.* Testes diagnósticos da COVID 19: bases das indicações e seus usos. Rede Covida. **Ciência, Informação e solidariedade**. 2020. Disponível em: <https://covid19br.org/relatorios/testes-diagnosticos-da-Covid-19-bases-das-indicacoes-e-seus-usos/>. Acesso em: 11 jun. 2020.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Saúde do trabalhador na pandemia de Covid-19: riscos e vulnerabilidades. Rede Covida. **Ciência, Informação e solidariedade**. 2020. Disponível em: <https://covid19br.org/relatorios/saude-do-trabalhador-na-pandemia-de-Covid-19-riscos-e-vulnerabilidades/>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SHI, H. *et al.* Radiological findings from 81 patients with Covid-19 pneumonia in Wuhan, china: a descriptive study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n.4, p.425-434. April 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30086-4). Acesso em: 10 jul. 2020.

SU, J. W. *et al.* Transmission risk of patients with COVID-19 meeting discharge criteria should be interpreted with caution. **J Zhejiang Univ-Sci B**, v.21, n.5, p.408-410. May 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1631/jzus.B2000117>. Acesso em: 28 jul. 2020.

SUO, T. *et al.* ddPCR: a more accurate tool for SARS-CoV-2 detection in low viral load specimens. **Emerging Microbes & Infections**, v.9, May. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2020.1772678>. Acesso em: 04 jul. 2020.

TAHAMTAN, A.; ARDEBILI, A. Real-time RT-PCR in COVID-19 detection: issues affecting the results. **Expert Rev Mol Diagn**. v.20, n.5, p.453-454, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14737159.2020.1757437>. Acesso em: 08 jul. 2020.

TAN, W. J. *et al.* A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases – Wuhan, China 2019–2020. **China CDC Weekly**. n.2, p.61-62. 2020. Disponível em: [10.46234/ccdcw2020.017](https://doi.org/10.46234/ccdcw2020.017). Acesso em: 20 mai. 2020.

TAO, A. *et al.* Correlation of chest ct and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (Covid-19) in China: a report of 1014 cases. **Radiology**, 2020. Published Online: Feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200642>. Acesso em: 03 jul. 2020.

TO, K. K. W. *et al.* Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. **The Lancet Infectious Diseases**, v.20, n.5, p.565-574. May. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30196-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30196-1). Acesso em: 10 jun. 2020.

UNIÃO EUROPEIA. European Agency for Safety and Health at Work. **Orientação - Covid-19**: voltar ao local de trabalho. Adaptação dos locais de trabalho e proteção dos trabalhadores. 2020. Disponível em: <http://osha.europa.eu>. Acesso em: 26 jun. 2020.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Trop Med Int Health**, v.25, n.3, p.278–280, Fev. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.13383>. Acesso em: 10 jun. 2020

VILLALBA, N. L. *et al.* Anosmia and dysgeusia in the absence of other respiratory diseases: should COVID-19 infection be considered? **Eur J Case Rep Int Med**, v.7, n.4, April. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.12890/2020_001641. Acesso em: 2 jul. 2020.

WANG, X. *et al.* Follow-up study of 131 Covid-19 discharged patients: is the current chinese discharge criteria reliable? **Preprints with the Lancet**. Mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3551342>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WÖLFEL, R. *et al.* Virological assessment of hospitalized patients with COVID-19. **Nature** **2020**, v.581, n.7809, p.465-469. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x>. Acesso em: 3 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Protocolo de investigación de los primeros casos y sus contactos directos (FFX) de la enfermedad por Coronavirus 2019** (COVID-19). 2020a. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/Covid-19-master-ffx-protocol-v2-sp-web.pdf?sfvrsn=7ad940f_8. Acesso em: 20 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Clinical management of COVID-19**: interim guidance. 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>. Acesso em: 25 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19**. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 16 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019** (COVID-19). 2020d. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-Covid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

YOUNG, A. E. *et al.* A Developmental Conceptualization of Return to Work. **J Occup Rehabil**, n. 15, p. 557-568, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>. Acesso em: 20 jul. 2020.

YOUNG, B. E. *et al.* Immunological and Viral Correlates of COVID-19 Disease Severity: A Prospective Cohort Study of the First 100 Patients in Singapore. **Preprints with The Lance**. 2020. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3576846. Acesso em: 3 ago. 2020.

ZHANG, J. *et al.* Transmission of SARS-CoV-2 on Aircraft. **Preprints with The Lancet**. Jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3586695>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ZHANG, J. C. *et al.* (Editorial). Return to work for health care workers with confirmed COVID-19 infection. **Occupational Medicine**, v.70, Issue 5, July 2020, p. 345-346. May. 2020. Disponível em: <httpS://DOI.ORG/10.1093/OCCMED/KQAA092>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ZHANG, W-R. *et al.* Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. **Psychother Psychosom**. 2020. v.89, p.242-250. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272480>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v.395, n.10229, p.1054-1062. April. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3). Acesso em: 5 mai. 2020.

APÊNDICES

1. Modelo de Formulário para Avaliação de Saúde para Retorno ao Trabalho dos(as) Trabalhadores(as) Expostos(as) ao SARS CoV-2
2. Roteiro de Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador nos Ambientes de Trabalho para prevenção à Covid-19



Modelo de Formulário para Avaliação de Saúde para Retorno ao Trabalho dos(as) Trabalhadores(as) Expostos(as) ao SARS-CoV-2

APÊNDICE 1

Nº de Matrícula: _____

Data do Atendimento: ____/____/____

1. Identificação do(a) trabalhador(a)		
Nome:		CPF:
Nome da Mãe:		
Endereço residencial:		
Bairro:	Município:	
Telefone:	E-mail:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade em anos:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
Escolaridade:		Raça/cor:
(0) Sem Escolaridade	(4) Superior incompleto	(1) Branca
(1) Fundamental I (1ª a 5ª ano)	(5) Superior completo	(2) Preta
(2) Fundamental II (6ª a 9ª ano)	(6) Pós Graduação	(3) Amarela
(3) Médio (antigo 2º grau)	(9) Ignorado	(4) Parda
		(5) Indígena
Estado Civil		
(0) solteiro (1) casado (2) separado judicialmente (3) viúvo (4) outro		
2. História Ocupacional		
Cargo/Função ou ocupação atual	Tempo de trabalho na ocupação habitual/principal: _____ ☐ Anos ☐ Meses	
Regime de trabalho atual ou último: ☐ Administrativo ☐ Turno Jornada de trabalho (horas/semanal) _____	Vínculo: ☐ Estatutário ☐ Cargo ☐ CLT ☐ Terceirizado	
Nome da Empresa ou Empregador:	Registro (CNPJ ou CPF):	
Se Empresa Terceirizada, nome da empresa tomadora do serviço:	CNPJ da Empresa:	



Atividade Econômica (CNAE):		Município/UF:
Meio de transporte utilizado pelo trabalhador para ir e voltar do trabalho: ☐ Transporte público ☐ Transporte por aplicativo/Táxi ☐ Carro próprio ☐ Da empresa (especificar tipo de veículo: carro, van/micro-ônibus, ônibus): _____ ☐ Outros (especificar): _____		
Trabalho em domicílio/trabalho remoto: ☐ Sim ☐ Não	Tem/usa refeitório na empresa? ☐ Sim ☐ Não	Tem/usa alojamento na empresa? ☐ Sim ☐ Não
Uso de EPI: ☐ Sim ☐ Não	Quais EPI?	Periodicidade de troca do EPI:
Observações sobre uso de EPI (<i>paramentação; desparamentação; reutilização de máscara N95; se o EPI era adequado à atividade/função</i>)		
Observações sobre as condições de trabalho (<i>informações gerais sobre o processo de trabalho; adoção de flexibilização; trabalho remoto, distanciamento entre as pessoas, condições sanitárias, disponibilidade de álcool em gel, pias, água e sabão etc.</i>)		
3. Aspectos psicossociais do trabalho		
1. Percebe falta de sensibilidade em relação aos colegas e/ou a empresa	1. ☐ Sim ☐ Não	
2. Percebe dificuldade nas relações com superiores e/ou colegas	2. ☐ Sim ☐ Não	
3. Foi discriminado por colegas em função de ter adoecido por Covid-19	3. ☐ Sim ☐ Não	
4. Sensação de desamparo, abandono	4. ☐ Sim ☐ Não	



5. Sentiu-se apoiado(a) pela empresa (pelo Serviço Social, RH ou preposto) enquanto esteve afastado(a) do trabalho		5. ☐ Sim ☐ Não
6. Sente isolamento por parte dos colegas e gestores		6. ☐ Sim ☐ Não
4. História do adoecimento		
☐ Sintomático ☐ Assintomático ☐ Ignorado		
Data do início dos sintomas: ____/____/____	Quanto tempo apresentou sintomas/doença: _____ dias	Quanto tempo de afastamento do trabalho: _____ dias _____ meses _____ anos
Foi considerado como doença relacionada ao trabalho? ☐ Sim ☐ Não	Foi notificado? ☐ Sim ☐ Não	Foi emitida CAT ou equivalente? ☐ Sim ☐ Não
Informações sobre contatos de Covid-19 (ocorrência de caso entre familiares, ou outras pessoas residindo no mesmo domicílio antes e/ou após o seu adoecimento; contato com colegas de trabalho antes e depois do conhecimento do primeiro caso no ambiente de trabalho)		
Sinais e sintomas referidos: ☐ Anosmia ou Hiposmia ☐ Dispneia ☐ Cefaleia ☐ Dor de Garganta ☐ Coriza ☐ Febre ☐ Desconforto Respiratório ☐ Náuseas/Vômito ☐ Diarréia ☐ Ageusia ☐ Calafrios ☐ Mialgia		Utilizou medicamentos durante tratamento para Covid-19? ☐ Sim ☐ Não Quais: _____



☐ Artralgia ☐ Odinofagia ☐ Obstrução nasal ☐ Fadiga ☐ Perda do apetite ☐ Tosse ☐ Falta de ar ☐ Opressão torácica ☐ Dorsalgia ☐ Lombalgia ☐ Tonturas ☐ Confusão Mental ☐ Conjuntivite/olho seco ☐ Alterações na pele (pápulas, máculas, bolhas, manchas etc) ☐ Outros (especificar): _____		
Apresenta comorbidades de risco: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado ☐ Asma ☐ Doença Pulmonar ☐ Diabetes mellitus ☐ Doença Renal ☐ Doença Cardiovascular ☐ Hipertensão Arterial ☐ Doença Hepática ☐ Obesidade, IMC _____ ☐ Doença Neurológica ☐ Outros(especificar): _____		
Realizou TC de pulmão? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se Sim, data do exame: ____/____/____	Realizou RX de tórax? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se Sim, data do exame: ____/____/____	RT-PCR? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se Sim, data do exame: ____/____/____
Resultado de TC de torax: ☐ normal ☐ alterado padrão Covid-19 ☐ alterado outra patologia	Resultado de RX de torax: ☐ normal ☐ alterado padrão Covid-19 ☐ alterado outra patologia	Teste sorológico? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado Se Sim, data do exame: ____/____/____
Resultados de teste sorológico:	☐ Teste rápido (anticorpo) ☐ IgG ☐ IgM	☐ Positivo ☐ Negativo
	☐ Imunoensaio (anticorpo) ☐ IgG ☐ IgM	☐ Positivo ☐ Negativo



Critério de confirmação da Covid-19:	☐ Confirmação Laboratorial ☐ Confirmação Clínico Epidemiológico ☐ Confirmação Clínico Imagem ☐ Confirmação por critério clínico	
5. Atendimento em Serviço de Saúde em decorrência da Covid-19		
Houve atendimento em serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não	Se sim, qual o tipo e nome do serviço de saúde?	Data do atendimento: ____/____/____
Ficou em observação em emergência sem internamento? ☐ Sim ☐ Não	Houve internamento? ☐ Sim ☐ Não	Se sim, período de internação em dias: _____ dias
Motivo do internamento:	Ficou na UTI? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quantos dias? _____	Alta hospitalar: Data: ____/____/____ ☐ Sintomático ☐ Assintomático
Outras informações pertinentes relatadas no atendimento:		
6. Avaliação		
Queixa atual: Refere sintomas ? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, quais:		
Sintoma Neurocomportamental:		
1. Tristeza	1. ☐ Sim ☐ Não	
2. Dificuldade de memorização	2. ☐ Sim ☐ Não	
3. Dificuldade de concentração	3. ☐ Sim ☐ Não	
4. Irritabilidade	4. ☐ Sim ☐ Não	
5. Alterações do sono	5. ☐ Sim ☐ Não	
6. Vontade de ficar sozinho	6. ☐ Sim ☐ Não	
7. Alterações de apetite	7. ☐ Sim ☐ Não	
8. Dificuldade no aprendizado	8. ☐ Sim ☐ Não	
9. Conflitos nas relações familiares	9. ☐ Sim ☐ Não	
10. Tem dificuldade em fazer escolhas e tomar decisões	10. ☐ Sim ☐ Não	



11. Apresenta dificuldade em encontrar palavras e nomear objetos	11. ☐ Sim ☐ Não
12. Agressividade com amigos, familiares e pessoas do convívio social	12. ☐ Sim ☐ Não
7. Exame físico	
Dados vitais:	
_____ peso _____ PR _____ Temp. _____ PO2 _____ FC: _____ FR _____	
Aspecto Geral:	
Estado geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim	
Estado de consciência ou vigilância alterados: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações do humor: ☐ Sim ☐ Não	
Alteração na cor de mucosas: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações da postura: ☐ Sim ☐ Não	
Segmentos:	Descrever alterações:
Alterações de Cabeça/Face: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Pescoço: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Tórax: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Pulmões/Ap. Respiratório: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Ap. Circulatório: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Abdome: ☐ Sim ☐ Não	
Alterações de Pele e Anexos: ☐ Sim ☐ Não	
Alteração de Extremidades: ☐ Sim ☐ Não	



Exame neurológico sumário: Alteração de sensibilidade: ☐ Sim ☐ Não Alteração de espasticidade: ☐ Sim ☐ Não Alteração de movimentos oculares: ☐ Sim ☐ Não Alteração na coordenação motora: ☐ Sim ☐ Não Presença de movimentos involuntários: ☐ Sim ☐ Não Alteração de marcha: ☐ Sim ☐ Não Alteração de reflexo: ☐ Sim ☐ Não Presença de hemiplegia: ☐ Sim ☐ Não Presença de paraplegia: ☐ Sim ☐ Não Diminuição de força muscular: ☐ Sim ☐ Não	Descrever alterações:
8. Avaliação psíquica geral:	
Estado emocional (observar sentimentos: amargura; tristeza; irritação com tudo; sensação de abandono; dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas; solidão, choro fácil): Nível de atenção: Orientação no tempo e espaço: Nível de compreensão: Memória: Pensamento (curso e conteúdo): Humor: Afetividade:	



Questionário de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns – SRQ-20			
1. Tem dores de cabeça frequentes?	(1) sim	(0) não	
2. Tem falta de apetite?	(1) sim	(0) não	
3. Dorme mal?	(1) sim	(0) não	
4. Assusta-se com facilidade?	(1) sim	(0) não	
5. Tem tremores de mão?	(1) sim	(0) não	
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(1) sim	(0) não	
7. Tem má digestão?	(1) sim	(0) não	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	(1) sim	(0) não	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	(1) sim	(0) não	
10. Tem chorado mais do que de costume?	(1) sim	(0) não	
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(1) sim	(0) não	
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	(1) sim	(0) não	
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(1) sim	(0) não	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(1) sim	(0) não	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(1) sim	(0) não	
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	(1) sim	(0) não	
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	(1) sim	(0) não	
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	(1) sim	(0) não	
19. Você se cansa com facilidade?	(1) sim	(0) não	
20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(1) sim	(0) não	
Escore do SRQ-20:			
9. Realização de exame(s) após suspensão do isolamento			
Realizou TC de pulmão?	Realizou RX de tórax?	RT-PCR?	Teste sorológico?
☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
☐ Ignorado	Se Sim, data do exame:	Se Sim, data do exame:	Se Sim, data do exame:
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____



Resultado de TC de pulmão: ☐ normal ☐ alterado padrão Covid-19 ☐ alterado outra patologia	Resultado de RX de torax: ☐ normal ☐ alterado padrão Covid-19 ☐ alterado outra patologia	Resultado de RT-PCR: ☐ Positivo ☐ Negativo
Resultados de teste sorológico	☐ Teste rápido (anticorpo) ☐ IgG ☐ IgM	☐ Positivo ☐ Negativo
	☐ Imunoensaio (anticorpo) ☐ IgG ☐ IgM	☐ Positivo ☐ Negativo
10. Exames solicitados para complementar avaliação		
Lista de exemplo de exames complementares: RT-PCR; Sorologia IgM/IgG (Elisa); hemograma completo; urina rotineira; glicemia jejum; Troponina I e T; sódio; potássio; uréia; creatinina; TGO; TGP; G-GT; proteínas totais e frações; ferritina; amilase; lipase; CK; CK-MB; DHL; VHS; PCR ultrasensível; TT; TTPA; D-dímero; Testosterona (sexo masculino); TC de pulmão; RX de torax.		
Exame	Data de realização	Resultado
11. Conclusão da Avaliação		
Comentários:		
Parecer: ☐ Apto ☐ Inapto		
12. Para a situação de aptidão, condutas adotadas:		
Para o indivíduo:		
Para o ambiente de trabalho:		
Para o posto de trabalho:		



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador – DIVAST
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CESAT

Apoio social:	
13. Dados do(a) Médico(a) Responsável pela Avaliação de Saúde	
Nome:	Nº da matrícula/CRM:
Instituição/setor:	Assinatura:
Local e data da conclusão da avaliação: _____, ____/____/____	Carimbo:



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB
Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador – DIVAST
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CESAT

APÊNDICE 2

Roteiro de Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador nos Ambientes de Trabalho para prevenção à Covid-19

1. DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO/EMPRESA

Razão social:	Ramo de atividade:
Nome Fantasia:	CNPJ:
Endereço:	Cidade/UF:
Pessoa de contato:	
E-mail:	Telefone:
Responsável legal:	
Setores inspecionados:	

2. POPULAÇÃO TRABALHADORA

	Homens	Mulheres	Total
Número total de trabalhadores:			
Horário de funcionamento:			
Tipo de turno:	() administrativo () noturno () alternados		



AVALIAÇÃO

- Marque com X a resposta de cada pergunta (AD = Adequado/IN = Inadequado/NA = Não se Aplica)
- No item 3, marque com X a resposta de cada pergunta (S = Sim/N = Não)

1. OS SETORES DE TRABALHO/POSTOS DE TRABALHO POSSUEM AS SEGUINTE MEDIDAS DE PROTEÇÃO, CONTROLE E PREVENÇÃO À COVID-19	AD	IN	NA
a. prioriza o uso de ventilação natural e/ou outras medidas alternativas que favoreçam a existência de uma adequada troca de ar no ambiente de trabalho, objetivando reduzir/eliminar a exposição dos trabalhadores ao SARS-CoV-2?			
b. evita a recirculação do ar, no caso de uso de sistema de climatização do ar e realiza adequada manutenção preventiva e corretiva? realiza limpeza periódica dos filtros?			
c. assegura uma distância mínima de 2 metros entre os trabalhadores, durante o desenvolvimento das atividades, no período de vigência da epidemia da Covid-19? Independentemente dessa medida deve fazer uso de máscara de acordo com a especificidade do serviço.			
d. adota medidas de flexibilização da jornada de trabalho e/ou horários de trabalho para evitar a aglomeração de trabalhadores?			
e. adota medidas de reorganização das atividades laborais que permitam a realização de trabalho em casa quando possível (Home Office), teletrabalho ou trabalho remoto?			
f. disponibiliza locais adequados para as refeições, são observadas medidas para manter o distanciamento e prevenir aglomerações entre os trabalhadores?			
g. em caso de refeições NÃO fornecidas pela empresa, disponibiliza local adequado e meios para desinfecção e acondicionamento das marmitas dos trabalhadores?			
h. adota o uso de copos descartáveis para o consumo de água, de modo a evitar a presença de recipientes individuais nos ambientes de trabalho que podem apresentar, além da SARS-CoV-2, outros agentes tóxicos?			
i. disponibiliza dispensador de álcool em gel a 70% próximo ao bebedouro, de modo a possibilitar que os trabalhadores higienizem as mãos antes do seu consumo? Adota de forma regular a higienização dos bebedouros?			
j. nas atividades de teleatendimento, caixa de supermercado ou outras similares, pode-se fazer uso de recipientes de uso individual, em observância aos cuidados higiênicos?			
k. orienta os trabalhadores quanto ao uso correto do EPI de acordo com a especificidade do serviço e quanto ao seu adequado descarte?			
l. orienta os trabalhadores sobre a adequada forma de higienização das mãos e demais medidas de prevenção à Covid-19?			
m. existe barreira física para proteção individual e/ou coletiva dos trabalhadores, no caso de posto de trabalho de constante e frequente contato com clientes, a exemplo de anteparo de material acrílico, vidro etc., que impeça aproximação de cliente e outros trabalhadores?			



n. disponibiliza um dispensador com álcool em gel a 70% em cada posto de trabalho, a exemplo de caixas de supermercados, farmácias etc.?			
o. disponibiliza dispensador com álcool em gel a 70% para os clientes, inclusive com placa contendo aviso em local de fácil acesso e visibilidade?			
p. os pisos, paredes, escadas, rampas, corredores e passagens dos locais de trabalho, apresentam boas e fáceis condições de limpeza e conservação? Orienta o serviço de limpeza do piso por meio úmido ou por meio de aspiração, evitando a utilização de varrição seca?			
q. disponibiliza álcool em gel a 70% em todos os setores de trabalho, em locais de fácil acesso e visibilidade dos trabalhadores? No caso de posto de trabalho de constante e frequente contato com clientes disponibiliza um dispensador com álcool em gel em cada posto de trabalho, por exemplo, caixa de supermercados, farmácias etc.?			
r. efetua de forma regular limpeza e higienização das bancadas de trabalho com álcool em gel a 70% ou desinfetantes e hipoclorito de sódio?			
s. disponibiliza para todos trabalhadores máscara de uso geral, de acordo com a especificidade do serviço?			
t. orienta os trabalhadores a não compartilharem objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos, garrafas e EPI?			
u. orienta os trabalhadores e clientes das rotinas de etiqueta respiratória, por meio de placas e cartazes com aviso em local de fácil acesso e visualização?			
v. dispõe de sanitários adequados e suficientes para o número total de trabalhadores, separados por sexo, dotados de pias, dispensador com sabonete líquido, papel toalha, lixeiras com pedal e sacos plásticos?			
w. adota medidas de identificação e afastamento dos trabalhadores sintomáticos respiratórios (tosse, coriza, febre, dor de garganta etc.) do ambiente de trabalho?			
x. orienta os trabalhadores para identificação de sinais e sintomas da Covid-19 e posterior isolamento, bem como estabelecer contatos com os serviços de saúde na identificação de casos suspeitos?			



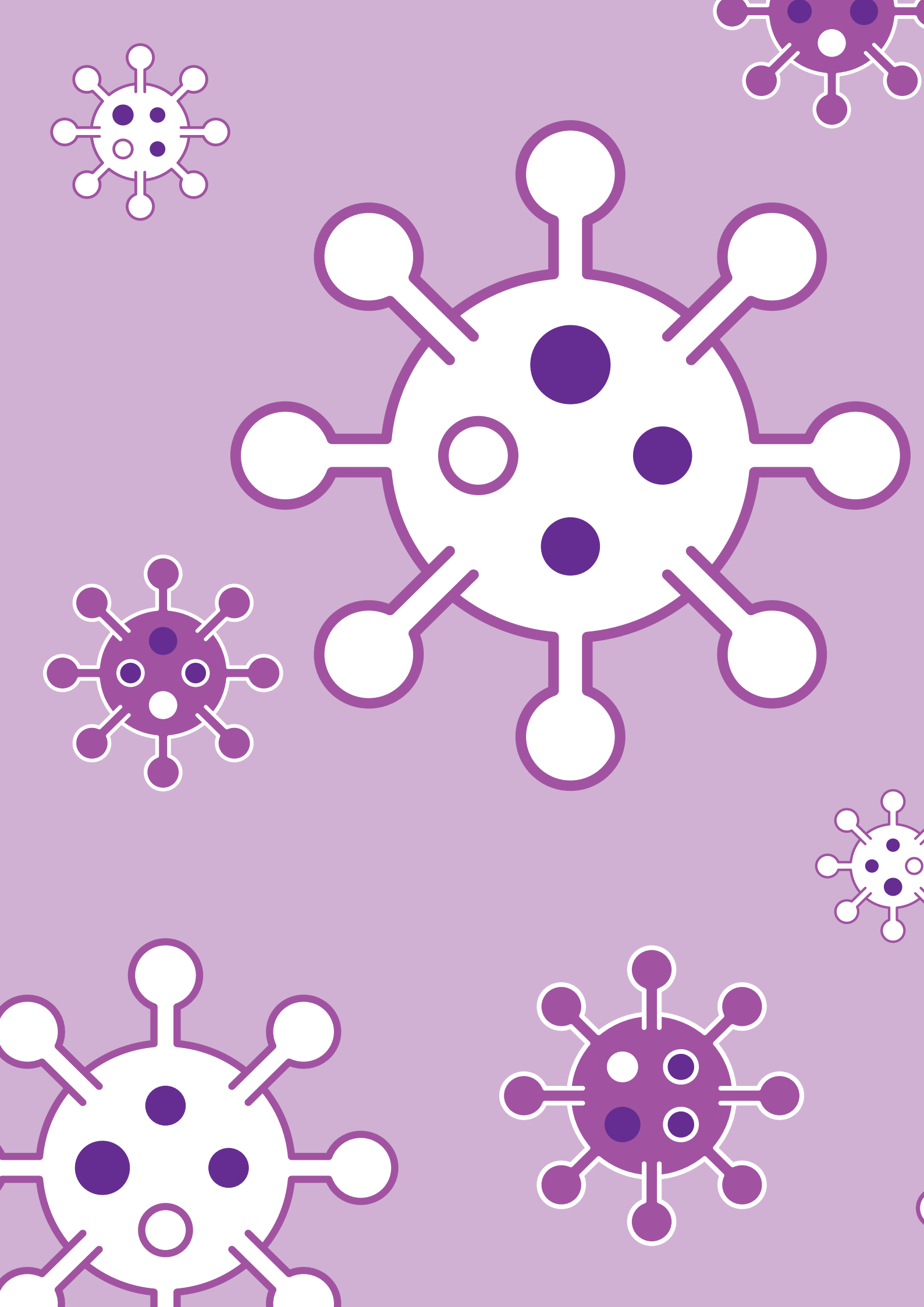
2. TRANSPORTE DE TRABALHADORES	AD	IN	NA
a. mantém a ventilação natural dentro dos veículos através da abertura das janelas? Quando for necessária a utilização do sistema de ar condicionado, deve-se evitar recirculação do ar.			
b. o transporte de trabalhadores é realizado em veículo adequado, em boas condições de uso e atende aos requisitos de higiene e limpeza, visando reduzir a exposição à Covid-19? No caso de transporte por meio de ônibus, adota distanciamento seguro e uso de máscara?			
c. disponibiliza álcool em gel a 70% e água e sabão para higienizar as mãos?			
d. orienta o motorista sobre higienização do seu posto de trabalho, inclusive volantes e maçanetas do veículo?			
e. adota barreira física do tipo filme plástico para os assentos em tecido e realiza de forma regular a higienização da parte interna do veículo?			
f. orienta os trabalhadores (motoristas) terceirizados que realizam entrega em domicílio sobre os seguintes cuidados: higienizar as mãos com álcool em gel a 70% e lavar as mãos com água e sabão com frequência? Faz higienização das máquinas de cartão de crédito?			
g. orienta os motoristas de veículos, motociclistas e ciclistas que realizam entregas para a desinfecção do meio de transporte (equipamentos)? Como também para adotar o distanciamento recomendado entre as pessoas, evitando aglomerações quando do momento de espera, tanto para recebimento ou entrega de pedido, bem como no momento de descanso?			
3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	SIM	NÃO	
a. sente-se nervoso, tenso ou preocupado em contrair a Covid-19, pois seu local de trabalho oferece risco para o adoecimento?			
b. a empresa adota medidas de prevenção para evitar a transmissão da Covid-19?			
c. conversou com a empresa sobre medo ou preocupação com a Covid-19 e foi devidamente orientado e apoiado?			
d. considera que a pandemia da Covid-19 trouxe maior sobrecarga de trabalho e sente-se ameaçado em perder o emprego?			

DATA: ____/____/____

Obs.: Este roteiro aborda alguns aspectos de maior relevância para a proteção à saúde, controle de riscos e prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores relacionados à pandemia da Covid-19, a serem identificados durante as inspeções sanitárias de saúde do trabalhador realizadas nos diversos ramos de atividades, tais como: comércio, serviços, agricultura, indústrias etc., ficando a cargo da Autoridade Sanitária, incluir outros itens além dos suprarrelacionados que julgue necessários como forma de garantir ambientes de trabalho mais seguros, objetivando adequada proteção à saúde e à integridade física dos trabalhadores. Este roteiro poderá ser alterado sempre que necessário, de acordo com as necessidades identificadas pela equipe.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Constituição Federal, artigos 196 e 200;
- Lei Federal Nº 8.080/1990, artigos 6º e 18;
- Lei Estadual Nº 3.982/81, regulamentada pelo Decreto Estadual Nº 29.414/1983;
- Lei Estadual Nº 6.455/93, regulamentada pelo Decreto Estadual Nº 6.033/1996;
- Decreto Estadual SESAB Nº 10.139/2006;
- Portaria Estadual SESAB Nº 2.867/1997;
- Portaria Estadual SESAB Nº 3.354/2008;
- Portaria Estadual SESAB Nº 124/2011;
- Portaria Estadual SESAB Nº 1.411/2016;
- Lei Federal Nº 6.360/1976, regulamentada pelo Decreto Federal Nº 6.033/1996;
- Portaria Federal de Consolidação MS/GM Nº 02/2017;
- Portaria Federal de Consolidação MS/GM Nº 03/2017;
- Portaria Federal de Consolidação MS/GM Nº 04/2017;
- Portaria Federal de Consolidação MS/GM Nº 05/2017;
- Lei Federal nº 13.969, de 06 de fevereiro de 2020;
- Decreto Estadual Nº 19.529, de 16 de março de 2020, que decreta situação de emergência no estado da Bahia e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus (Artigo 09, inciso III);
- Portaria GM/MS nº 327, de 24 de março de 2020, que estabelecem medidas de prevenção, cautela e redução de riscos de transmissão para o enfrentamento da Covid-19, fixam a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Nota Técnica COE Saúde nº 170, de 02 de abril de 2020;
- Nota Técnica COE Saúde nº 20, de 24 de março de 2020;
- Nota Técnica COE Saúde nº 530, 06 de abril de 2020;
- Recomendação do Ministério Público do Trabalho Nº 35.132 de 18 de março 2020.



ISBN: 978-65-87815-01-5

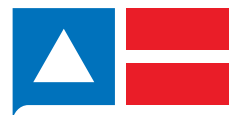
CDL



9 786587 815015



SECRETARIA
DA SAÚDE



**GOVERNO
DO ESTADO**

www.saude.ba.gov.br