



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Victória Morais Melo

**Um ensaio sobre o papel do Sanitarista no contexto da pandemia
do Coronavírus (Covid-19)**

Brasília - DF
2020

Victória Morais Melo

**Um ensaio sobre o papel do Sanitarista no contexto da pandemia
do Coronavírus (Covid-19)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva

Professora Orientadora: Prof^a Dr^a Daphne Rattner

Brasília – DF

2020

Victória Moraes Melo

**Um ensaio sobre o papel do Sanitarista no contexto da pandemia
do Coronavírus (Covid-19)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daphne Rattner
Orientadora

Prof. Dr. Éverton Luís Pereira
Membro

Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho
Membro

Aprovado em:

Brasília, 27 de novembro de 2020

APRESENTAÇÃO

No decorrer dos 4 anos de graduação em saúde coletiva na Universidade de Brasília tive algumas perspectivas das áreas de atuação do sanitarista, e assim pude entender quais são as áreas que mais despertam meu interesse.

Durante o 2º e 3º semestre, realizei um projeto das disciplinas de seminários integrados em saúde coletiva 1 e práticas integradas em saúde coletiva 1, analisando as vulnerabilidades dos jovens infratores de São Sebastião assistidos pela Unidade de Atendimento em Meio Aberto (UAMA), foi um projeto que eu gostei muito de fazer, visto que a partir dos dados encontrados sobre a população de interesse realizamos diversas análises sobre suas vulnerabilidades, de forma que utilizamos os saberes das ciências sociais em conjunto com a epidemiologia.

No 4º e 5º semestre, realizei outro projeto para as disciplinas de seminários integrados em saúde coletiva 2 e práticas integradas em saúde coletiva 2, desta vez o projeto foi sobre avaliação dos resultados do setor de urgência e emergência do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Foram avaliados os resultados da assistência através de análises do perfil da demanda do setor e seu grau de risco, além dos dados sobre encaminhamentos dos prontuários dos pacientes, que foram coletados e a partir daí calculadas as proporções de resoluções e encaminhamentos.

No 6º semestre, realizei minha primeira monitoria na disciplina de informação e informática em saúde, onde aprendemos a utilizar os sistemas de informação em saúde do datatus (tabnet) e realizar tabulações dos dados. Logo após, no 7º semestre, tive a oportunidade de participar do Laboratório de Doenças Raras – Nev (Núcleo de Evidências) da UnB, onde construí boletins epidemiológicos de municípios (Novo Gama e Formosa) a partir de uma análise de situação de saúde dos mesmos, através dos sistemas de informação em saúde. Foi depois dessa experiência que eu percebi um grande interesse meu pela área epidemiológica.

RESUMO

Durante o ano de 2020 ocorreu uma das maiores emergências de saúde pública dos últimos tempos, a pandemia do coronavírus Sars-Cov-2; pensando nisso, este ensaio tem como objetivo identificar qual é o papel do sanitarista no contexto da pandemia. Foram apresentados, então, alguns dados sobre a doença, formas de transmissão, prevenção, e sobre a situação de saúde enfrentada pelo Brasil, em decorrência da Covid-19. Este estudo tem como base informações disponíveis em português sobre a evolução da pandemia, tanto em artigos científicos como na mídia escrita e mídias sociais. Para iniciar as discussões, foi realizado um compilado das potenciais contribuições que as grandes áreas do curso de saúde coletiva oferecem para o sanitarista em sua formação, que o qualificam para atuar nas redes de atenção em saúde com estratégias de enfrentamento em situações de emergência em saúde pública, como a pandemia do coronavírus. Isso porque o sanitarista possui diversas frentes de atuação, sendo elas voltadas para o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação de serviços, criação de políticas públicas e compreensão dos aspectos sociais das medidas somadas para a contenção da pandemia, sendo um profissional fundamental para o funcionamento dos serviços de saúde; além disso, possui os saberes epidemiológicos, das ciências sociais e humanas em saúde, levando em conta o processo saúde-doença-cuidado. Por fim, foram discutidos os impactos que as ações executadas pelo governo federal causaram para a situação de saúde do Brasil, bem como, exemplos de países que obtiveram estratégias de enfrentamento bem sucedidas e seus impactos positivos para a diminuição da curva epidêmica da Covid-19. Conclui-se que o sanitarista tem papel fundamental na corrida contra a contaminação do vírus, sendo o profissional que está apto para realizar análises de situação de cada município e criar ações de enfrentamento e recomendações que sejam eficazes para o combate ao surto da doença.

Palavras-Chave: Sanitarista; Saúde Coletiva; Coronavírus; Pandemia; Epidemiologia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. SOBRE A PANDEMIA DE CORONAVÍRUS.....	7
1.2. COVID-19 NO BRASIL.....	9
1.3. COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL.....	10
1.4. DESAFIOS DA PANDEMIA PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	11
1.5. O CURSO DE SAÚDE COLETIVA.....	11
1.6. A PROFISSÃO DO SANITARISTA.....	13
2. OBJETIVOS.....	14
3. METODOLOGIA.....	14
4. CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO.....	15
4.1. EPIDEMIOLOGIA.....	15
4.2. POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO.....	19
4.3. CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS.....	22
5. DISCUSSÃO.....	25
6. LIMITAÇÕES.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	28
8. REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1. Sobre a Pandemia de Coronavírus

O coronavírus pertence a uma família viral que causa infecções respiratórias de sintomas leves a moderados; são exemplos a síndrome aguda respiratória severa (SARS) e a síndrome respiratória do oriente médio (MERS). Os coronavírus circulam na natureza em várias espécies animais, sendo os morcegos os principais reservatórios deste vírus; essa transmissão de patógenos de animais para humanos é denominada de zoonose. O novo coronavírus que causa a Covid-19 recebeu a denominação de Sars-Cov-2 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (CHAVES; BELLEI, 2020)

A Covid-19 é uma doença perigosa porque possui um alto nível de contagiosidade e infectividade. Segundo o médico sanitário Gonzalo Vecina, o número de pessoas que, em média, um contaminado contagia (indicador R0) deveria ser menor que 1, porém no dia 26 de junho se encontrava próximo de 2 (VECINA, 2020). O vírus pode causar desde infecções assintomáticas a doenças respiratórias graves. De acordo com a OMS, 80% dos casos podem ser assintomáticos, 20% podem apresentar dificuldades respiratórias que necessitem de atendimento hospitalar, e entre esses casos, apenas 5% são graves que precisam de internação com suporte ventilatório para o tratamento de insuficiência respiratória (BRASIL, 2020a).

Os sintomas mais comuns da Covid-19 são tosse, febre, coriza, dor de garganta e dificuldade para respirar; o coronavírus é transmitido pelo ar ou pelo contato pessoal com secreções contaminadas, como por exemplo: espirros, tosses, gotículas de saliva, catarros, contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos, e contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão (BRASIL, 2020a). Seu período médio de incubação é de cinco dias e durante esse tempo o hospedeiro não apresenta manifestações da doença; após doze dias de infecção é que os primeiros sintomas começam a aparecer. A transmissibilidade dos pacientes infectados pela Covid-19 é em média de sete dias após o início dos sintomas (GOV. ES, s-d). Pode-se dizer então, que os casos assintomáticos e pré-sintomáticos são os que precisam de maior cautela, pois também estão transmitindo o vírus, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.

Existem duas formas de contágio, sendo elas, a transmissão local, caracterizada pela contaminação de uma pessoa que entrou em contato com algum viajante positivo, e a transmissão comunitária ou sustentada, caracterizada pela contaminação de pessoas entre a população, ou seja, não é possível mapear a origem da infecção, visto que o vírus está circulando entre indivíduos que não viajaram e não tiveram contato com quem esteve no exterior. (BRASIL, 2020c)

O primeiro caso do novo coronavírus (Covid-19) foi notificado em dezembro de 2019, em Wuhan, China, e o que parecia ser uma realidade distante foi logo se transformando em medo, com o surto da doença em diversos países do mundo, caracterizando o evento como uma pandemia.

Em 30 de janeiro de 2020, foi declarado estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS (OPAS, 2020a). Esse conceito é definido pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), criado em 2005, como: “um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros Estados e que exige uma resposta internacional coordenada”. (LIMA; COSTA, 2014)

O RSI demanda que os países realizem à OMS a notificação de surtos de doenças e eventos de saúde pública que possam afetar a segurança pública mundial como, por exemplo, os casos de outros coronavírus, Sars e Mers; o regulamento define também os direitos e obrigações dos países para relatar os eventos e quais os procedimentos que devem ser seguidos pela OMS. (OPAS, s-d)

O epicentro da Covid-19 está em constante mudança devido à sua alta transmissibilidade; em março, Itália e Espanha se tornaram o epicentro da doença; pouco tempo depois, em abril, o epicentro se deslocou para os Estados Unidos (BRASIL, 2020b), e em maio América do Sul se tornou o foco, sendo que as situações mais graves ocorreram no Brasil, Equador e Peru, isso porque os governos priorizaram a esfera econômica e adotaram as medidas de enfrentamento, como fechamento das fronteiras e isolamento social, tardiamente. França, Reino Unido e Alemanha também sofreram com o atraso dessas medidas. (SOUZA, 2020).

São exemplos de estratégias de enfrentamento bem sucedidas as cidades de Taiwan, Singapura e Hong Kong, que na fase de contenção rastream passageiros vindos do exterior e seus contactantes, evitando assim a transmissão comunitária (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Ainda não existem medicamentos ou vacina contra o vírus e, portanto, as estratégias de controle recomendadas são: higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool em gel 70%, evitar tocar os olhos, nariz e boca com as mãos possivelmente contaminadas, utilizar máscaras de proteção individual ao sair de casa, manter ambientes limpos e higienizados, não compartilhar objetos de uso pessoal, evitar circulação desnecessária nas ruas (cumprir a quarentena), e manter uma distância mínima de dois metros de qualquer pessoa que estiver tossindo ou espirrando; se você estiver doente é necessário o cumprimento do isolamento social (BRASIL, 2020a). Na medida em que esta é uma doença nova, as recomendações podem ser alteradas de acordo com as descobertas sobre a doença pelas pesquisas que estão sendo realizadas.

A busca por medicamentos e terapias eficazes contra o vírus está sendo realizada no mundo todo: em 27 de maio, estavam registrados pela OMS cerca de 1.760 ensaios clínicos experimentais (IPEA, 2020); o Ministério da Saúde revela que estão entre os medicamentos pesquisados, no Brasil, a cloroquina e a hidroxicloroquina; lopinavir e ritonavir; azitromicina; dexametasona; o antiviral remdesivir; e o difosfato de cloroquina (VALÉCIO, 2020). Além disso, de acordo com a OMS, em 27 de maio, existiam 114 pesquisas de vacinas contra o coronavírus sendo desenvolvidas, e outras 10 em fase de teste (CARVALHO, 2020).

Até o dia 06 de novembro havia quatro estudos para vacinas aprovados no Brasil: a vacina de Oxford, Sinovac, BioNTech e Wyeth/Pfizer, e a vacina Jansen-Cilag. (BRASIL, 2020e)

1.2 Covid-19 no Brasil

No Brasil o primeiro caso foi notificado em 26 de fevereiro de 2020, como um caso importado. No dia 26 de março já havia cerca de 2.900 casos confirmados acumulados; em 26 de abril eram 62.208 casos; em 26 de maio eram 391.222; em 26 de junho eram 1.274.974 e assim a incidência da doença foi aumentando rapidamente; em 26 de julho eram 2.419.091 casos confirmados; em 26 de agosto eram 3.717.156 casos, em 26 de setembro haviam 4.717.991 casos confirmados, em 26 de outubro haviam 5.409.854 casos confirmados; e até o dia 18 de novembro haviam 5.945.849 casos confirmados acumulados, sendo 5.389.863 casos recuperados e 167.455 óbitos acumulados. (BRASIL, 2020d)

Em 18 de novembro, a taxa de incidência da doença, no país, era 2829,4 por 100 mil habitantes; a taxa de letalidade era 2,8%; e a taxa de mortalidade era 79,7 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2020d).

Através do cálculo de razão dos números de casos de cada mês, é possível analisar que de março para abril o número de casos aumentou 22 vezes, sendo esse um número alarmante para apenas um mês; de abril para maio aumentou 6 vezes, de maio para junho 3 vezes mais, de junho para julho aumentou 2 vezes.

É importante destacar que os números apresentados provavelmente estão distorcidos, visto que os testes não estão sendo realizados como deveriam, muitas pessoas estão morrendo sem o diagnóstico da doença e estão sendo subnotificadas. Neste último ano o número de óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) aumentou disparadamente, portanto, pode-se supor que estes são os casos de Covid-19 que não foram diagnosticados; afóra isso há o número de casos assintomáticos que não foram detectados.

Ainda, o teste rápido que vem sendo utilizado apresenta problemas para diagnosticar a doença, devido a qualidade do teste: o mesmo possui uma baixa sensibilidade, ou seja, sua capacidade para detectar corretamente indivíduos que apresentam a doença é baixa, gerando alta proporção de resultados falsos negativos.

Em 18 de novembro de 2020 a região Centro-Oeste do país possuía 734.005 dos casos, com os maiores coeficientes de incidência e mortalidade, sendo eles de 4503,9 e 96,1 por 100 mil habitantes, respectivamente, com taxa de letalidade de 2,1%; a região Sul possuía 840.161 dos casos, com coeficiente de incidência e mortalidade de 2802,8 e 51,8 por 100 mil habitantes, com taxa de letalidade de 1,8%; a região Norte do país possuía 739.331 dos casos, com as maiores taxas de incidência e de mortalidade da doença depois da região Centro-Oeste, com coeficiente de 4011,3 e 89,1 por 100 mil habitantes, respectivamente, sua taxa de letalidade era de 2,2%; a região Nordeste possuía 1.553.565 casos, com taxa de incidência e de mortalidade de 2722,1 e 76,3 por 100 mil habitantes, respectivamente, com taxa de letalidade de 2,8%; e por fim a região Sudeste possuía o maior número de casos, com 2.078.787, com coeficientes de incidência e de mortalidade de 2352,3 e 86,3 por 100 mil habitantes, respectivamente, com a maior taxa de letalidade sendo ela de 3,6% (BRASIL, 2020d).

É de grande importância que a população siga as recomendações com adesão para prevenir o contágio pelo vírus.

1.3 Covid-19 no Distrito Federal

O primeiro caso no Distrito Federal foi um caso importado, em uma pessoa que veio do exterior; foi notificado em 13 de março; um mês depois já havia 641 casos confirmados; em 13 de maio havia 3.192 casos; em 13 de junho 21.959 casos; em 13 de julho 72.284 casos; em 13 de agosto havia 131.170 casos, em 13 de setembro havia 176.837 casos; em 13 de outubro havia 201.230 casos; em 13 de novembro havia 219.012 casos; até dia 18 de novembro havia 221.526 casos confirmados acumulados, sendo 213.326 casos recuperados e 3.852 óbitos. (GDF, 2020)

Em 18 de novembro, a incidência da doença era de 7346,8 por 100 mil habitantes, a mortalidade era de 127,5 por 100 mil habitantes, e a taxa de letalidade era de 1,7% (BRASIL, 2020e).

No Distrito Federal, 54,2% (120.373) dos casos confirmados de Covid-19 foram em mulheres; a faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais acometida pela doença, com 58,2 mil casos, seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos com 49,1 mil casos, sendo que a faixa etária do grupo de risco, aqueles com 60 anos ou mais atingiu 27,4 mil casos. (GDF, 2020)

1.4 Desafios da Pandemia para a Saúde Pública

Essa pandemia é um desafio de saúde pública, visto que a maioria dos governos não estava preparada para lidar com o surto da doença; a falta de profissionais de saúde coletiva nas redes de atenção à saúde dificulta a compreensão do processo saúde-doença, a falta de políticas públicas de enfrentamento efetivas e planos de ação e contingência unificados para o território nacional também são um problema, além de ser um grande desafio na mudança da mentalidade da sociedade, que deve aprender a viver em um novo contexto, evitando os costumes de beijar, abraçar e apertar as mãos e seguindo o isolamento social.

Portanto, é urgente que existam pessoas instruídas na gestão para que as ações tenham eficácia e possam diminuir a curva epidêmica. O sanitarista é esse profissional que possui diversas frentes de atuação sendo elas voltadas para o planejamento, gestão, monitoramento e avaliação de serviços, criação de políticas públicas e na compreensão dos aspectos sociais das medidas somadas para a contenção da pandemia, (BEZERRA, et al, 2013) sendo fundamental para o funcionamento dos serviços de saúde. Possuem, também, os saberes epidemiológicos, das ciências sociais e humanas em saúde, levando em conta o processo saúde-doença-cuidado com um olhar holístico (SILVA; PINTO, 2018).

A epidemia demanda, e o sanitarista está preparado para lidar com os problemas de gestão, tendo plena capacidade de tomada de decisão para medidas de controle e recomendações eficazes para a população.

1.5 O Curso de Saúde Coletiva

No Brasil, o curso de saúde coletiva é ofertado há doze anos, desde 2008, com o objetivo de suprir a necessidade de profissionais da área da saúde que possuam vínculo com a gestão, atenção e prevenção de agravos, educação e promoção da saúde. (BRASIL, 2017)

Segundo o Ministério da Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de saúde coletiva devem ser adotadas obrigatoriamente por todas as instituições de ensino superior para elaboração dos currículos, com o objetivo de construir um perfil acadêmico e profissional dos estudantes a partir do desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornam capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolubilidade no SUS e nos demais campos de sua ação profissional. (BRASIL, 2017)

O projeto pedagógico do curso de Saúde Coletiva deve abranger as seguintes subáreas: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; e Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Além disso, para oferecer ao graduando conhecimentos e habilidades que proporcionem a capacidade do exercício profissional como bacharel em saúde coletiva, o curso deve perpassar

também pelas seguintes áreas: Atenção à Saúde; Educação em Saúde; Gestão em Saúde, sendo que cada uma dessas áreas deve proporcionar competências a serem desenvolvidas. (BRASIL, 2017)

Na área de atenção à saúde são desenvolvidas três competências: Organização da atenção integral à saúde (planejamento e cogerenciamento de linhas de cuidado; apoio matricial e institucional); Vigilância em saúde e saúde ambiental (análise de situações dadas; prevenção e controle de condicionantes e determinantes dos estados de saúde-doença-agravos, riscos, vulnerabilidades e danos à saúde das populações; monitoramento da situação de saúde mediante sistemas de informação e sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e em saúde ambiental; e saúde ambiental); e Promoção da saúde individual e coletiva e práticas coletivas de orientação em saúde (identificação das necessidades de promoção da saúde junto aos usuários dos serviços sanitários, profissionais de saúde e atores de outros setores alheios à saúde; desenvolvimento de ações de promoção da saúde em diferentes serviços de saúde e outros cenários de atuação, com ênfase no compartilhamento de conhecimentos; e desenvolvimento de estratégias interativas para a disseminação de práticas de proteção à saúde). (BRASIL, 2017)

Na área de educação em saúde são desenvolvidas três competências: Educação permanente em saúde (aprendizagem cooperativa em ambientes de trabalho; levantamento básico de necessidades formativas nos serviços de saúde; mobilização e participação em equipes para pesquisa-intervenção, pesquisa-ação e estudo-ação); Educação popular em saúde (desenvolver estratégias de educação popular em saúde, com estímulo à ação comunitária em projetos de vida e saúde, cultura e saúde, movimento social e saúde, luta por direitos em saúde e enfrentamento das desigualdades em saúde; desenvolver estratégias e tecnologias sociais de ação em saúde; desenvolver estratégias para a popularização da ciência); e Pesquisa em saúde (aplicar métodos e procedimentos de pesquisa em saúde; produzir materiais técnico-científicos, educativos e organizar eventos de divulgação, comunicação e educação em saúde). (BRASIL, 2017)

E na área da gestão em saúde são desenvolvidas cinco competências: Análise de políticas públicas relacionadas à saúde (análise da conjuntura e identificação dos atores envolvidos na produção da saúde; construção, negociação e implantação de políticas de saúde; articulação de segmentos e atores; monitoramento e avaliação de políticas de saúde em contextos locais, regionais, nacionais e internacionais); Planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde (planejamento, gestão e avaliação de planos, projetos, programas e ações de saúde; avaliação e monitoramento do desempenho e das

respostas dos sistemas e serviços de saúde; processos de tomada de decisão; e planificação e gestão em saúde); Participação social em saúde (elaboração de metodologias participativas para o planejamento e desenvolvimento de ações comunitárias); Gestão do trabalho na saúde (análise de processos de trabalho; dimensionamento e gestão da força de trabalho; e organização e gerenciamento do trabalho em equipes); e Regulação setorial e fiscalização em saúde (elaboração de normas e procedimentos para a fiscalização e controle das ações dos setores complementar e suplementar ao SUS; e monitoramento e avaliação de ações, serviços, redes e sistemas do componente privado e suplementar ao SUS). (BRASIL, 2017)

Os conteúdos curriculares essenciais do curso de saúde coletiva devem ser baseados nas seguintes temáticas: ciências básicas da vida; epidemiologia: usos e aplicações no desenvolvimento dos serviços e da atenção permanente à saúde; gestão, planificação e processos avaliativos em saúde; políticas públicas e sistemas de saúde; humanidades em saúde; educação e promoção da saúde; saúde ambiental, análise de situação de saúde e vigilâncias em saúde; pesquisa, ciência tecnologia e inovação em saúde. (BRASIL, 2017)

1.6 A Profissão do Sanitarista

Quando o SUS foi criado em 1988, a maioria dos cargos ocupados pelos sanitaristas eram cargos de gerência em unidades de saúde, cuja principal função era garantir o cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão, tanto no âmbito da administração pública quanto nas empresas privadas que contratavam seu serviço; e mais recentemente ocupam cargos de apoiador institucional (apoiador matricial), tendo como principal função a mediação de conflitos entre profissionais, equipes e gestores. (RUELA, 2013)

Ao longo dos anos 90, aumentaram as demandas dos serviços em saúde pública, assim como as complexidades do sistema de saúde, por isso a área de atuação do sanitarista foi reconfigurada, trazendo um foco para a atuação em órgãos públicos: secretarias e instituições de ensino e pesquisa. Mas também atuam em empresas privadas, com os planos e seguros de saúde, sendo indispensáveis as competências nas áreas de gerenciamento como planejamento e administração, financiamento, controle e avaliação, capacitação de recursos humanos, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, sistema de informação em saúde, entre outras. (RUELA, 2013)

Em março de 2013, o sanitarista foi incluído na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como profissional de nível superior, graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado em uma dessas áreas (BRASIL, 2013a). Essa portaria

diz respeito à atuação no âmbito da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva do apoio matricial (RUELA, 2013).

Além disso, o sanitarista possui uma formação generalista que o permite atuar nos diversos segmentos da saúde, modificando as realidades sanitárias através de melhorias na assistência à saúde (BEZERRA; et al, 2013). É um profissional que atua intersetorialmente, ou seja, busca a reciprocidade dos atores que atuam no contexto da saúde coletiva com coparticipação efetiva (DIAS; et al, 2014), gerando mudanças significativas na saúde da população através da articulação de sujeitos e setores diversos, com diferentes saberes e poderes. (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014)

A saúde coletiva é um campo de saberes e práticas (CARNEIRO; PEREIRA, 2019) que oferece ao sanitarista conhecimentos que integram fatores dos âmbitos sociais, culturais, econômicos, políticos, psicológicos, comportamentais, ambientais, religiosos, ecológicos, espirituais e subjetivos, assim como da política, financiamento e orçamento, planejamento, gestão, epidemiologia, ciências humanas e sociais (BEZERRA; et al, 2013), e por isso seu campo de atuação é tão vasto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar qual é o papel do sanitarista no contexto da pandemia do coronavírus (Covid-19).

2.2 Objetivos Específicos

Elencar e explicar as contribuições potenciais das grandes áreas do curso de saúde coletiva;

Relacionar os conhecimentos do sanitarista ao combate efetivo da pandemia.

3. METODOLOGIA

Este ensaio se baseia nas informações disponíveis em português sobre a evolução da pandemia, tanto em artigos científicos como na mídia escrita e mídias sociais. Foram utilizados também artigos científicos e notícias para construção das potenciais áreas de atuação da saúde coletiva no combate da pandemia.

4. CONTRIBUIÇÕES DA FORMAÇÃO

4.1. Epidemiologia

O epidemiologista estuda o processo saúde-doença a partir de indicadores e estudos epidemiológicos, monitora a situação de saúde da população e formula propostas de ações eficazes para reduzir a incidência, a prevalência e a mortalidade na população; difere do médico clínico, que é um profissional treinado para realizar o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças em indivíduos (MEDEIROS, 2019).

A epidemiologia permite estudar a frequência e distribuição das doenças em um perfil populacional e aplicar esse estudo na prevenção e controle das mesmas; os estudos epidemiológicos podem ser observacionais (descritivos e analíticos) e experimentais (PAULA, 2019).

Os estudos epidemiológicos descritivos servem para captar a frequência da doença com relação a três variáveis: tempo (quando), lugar (onde) e pessoa (quem). Esses estudos não possuem grupo de controle; testam hipóteses, mas sem analisar associações (WALDMAN, 2015). As variações de incidência e prevalência da doença, obtidas nos resultados dos estudos descritivos, permitem identificar os grupos de alto risco de acordo com determinadas características da população estudada (sexo, idade, gênero) (BARRETO; LIMA-COSTA, 2003).

Os estudos descritivos podem ser divididos em estudos de âmbito clínico: relatos de caso, séries de caso e coortes descritivas clínicas; e estudos populacionais: estudos descritivos observacionais de prevalência (inquéritos), estudos descritivos observacionais de incidência (coortes descritivas) e estudos ecológicos descritivos. (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo)

Os relatos de caso e séries de caso servem para descrever o perfil de uma doença em um ou em poucos indivíduos, são utilizados em estudos de epidemias para caracterizar a história natural de uma doença, buscam reconhecer manifestações raras em uma doença já conhecida, sendo ideais para conhecer a doença em sua fase inicial pois estuda os mecanismos envolvidos em uma doença. O relato de caso inclui três casos ou menos, enquanto que a série de casos engloba de três a dez casos. (PARENTE; et al, 2010). Além disso, esses estudos podem mostrar achados de doenças emergentes ou reemergentes que estão se proliferando em novos cenários epidemiológicos, e por isso possuem grande relevância para a vigilância epidemiológica. (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo)

Os estudos de coorte descritiva clínica, conhecidos também como estudos descritivos de prognóstico, servem para medir a frequência de aparecimento de novos eventos (cura, remissão, efeitos colaterais, sequelas, entre outros) após intervenção, através da incidência em

relação ao total de pacientes; em casos de óbito são feitos através do cálculo de letalidade. (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo)

Os estudos descritivos observacionais de prevalência, mais conhecidos como inquéritos, servem para registrar casos ativos de uma amostra populacional em um determinado momento. São estudos seccionais que buscam encontrar fatores determinantes para a frequência de casos, na população, atrelando a características pessoais (idade, sexo, etnia, ente outros) ou contextuais (do local e época de ocorrência). São exemplos desses estudos as Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS), Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Prevenção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), entre outros (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo). Existem ainda, os inquéritos sorológicos, estes servem para detectar os anticorpos da população contra algum vírus. (GOV. ES, 2020).

Os estudos descritivos observacionais de incidência, também conhecidos como coorte descritiva; servem para medir a frequência de novos eventos, através do cálculo de incidência, a partir do acompanhamento da população ou amostra, em casos de óbitos como evento incidente são calculados os coeficientes de mortalidade. (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo)

Os estudos ecológicos descritivos servem para avaliar qual a frequência do evento de estudo em determinada população, ao longo dos anos, através da análise de dados agregados. (HAMANN; TAUIL, 2020, no prelo)

Já os estudos epidemiológicos observacionais analíticos investigam a relação entre causa (exposição) e efeito buscando uma associação causal (BARRETO, LIMA-COSTA, 2003); são classificados como de coorte, transversal, caso-controle e ecológicos.

Os estudos analíticos de coorte são estudos longitudinais que avaliam a associação entre a exposição, a um determinado fator de risco, e a incidência do desfecho, são realizados com grupos de comparação (expostos vs. não expostos). (KUSCHNIR, 2012)

Os estudos transversais são utilizados para estimar a frequência de um evento na população e avaliar possíveis associações causais, a exposição e o desfecho são avaliados em um único período de tempo com uma amostra da população; esse estudo serve para quantificar a prevalência de uma doença ou fator de risco; em uma investigação de surtos epidêmicos, o estudo transversal é o primeiro passo para a determinação de sua causa (PAULA, 2019).

Os estudos de caso-controle avaliam a exposição antecedente ao fator de risco, comparam a proporção de exposição em dois grupos, um com o desfecho (caso) e um sem o desfecho (controle) (BARRETO, LIMA-COSTA, 2003), se aplicam melhor a doenças raras.

Por fim, os estudos ecológicos analisam um grupo de pessoas, ou a população, em uma determinada área geográfica, tem como objetivo avaliar o contexto social e ambiental e seus impactos na saúde do grupo. (PASSOS, s-d)

Adentrando agora nos estudos experimentais, temos os estudos de ensaios clínicos randomizados que servem para avaliar a eficácia de produtos terapêuticos ou profiláticos, são considerados padrão-ouro para teste de eficácia de uma intervenção. Possuem grupos de comparação, sendo eles formados de forma aleatória e os participantes possuem a mesma probabilidade de receber uma ou outra intervenção, seja terapêutica ou profilática. (PASSOS, s-d)

Por fim, podemos falar de um tipo de estudo que avalia tecnologias em saúde: os estudos de validação de testes diagnósticos.

Os estudos de validação de diagnósticos podem se aplicar a diferentes tipos de procedimentos, como por exemplo: anamnese, exames clínicos, provas de laboratório, eletrocardiogramas, ressonâncias magnéticas, entre outros. Este tipo de estudo serve para validar a eficácia e desempenho de um método de testagem através de sua qualidade, ou seja, quanto o teste é bom para separar as pessoas que possuem o evento de interesse das que não possuem, para isso a sensibilidade (capacidade do teste para detectar corretamente indivíduos que possuem a doença) e a especificidade (capacidade do teste para detectar corretamente os indivíduos que não possuem a doença) do teste são avaliadas (KAWAMURA, 2002). Nesse estudo também são calculados os valores preditivos e negativos, sendo esses, respectivamente, a probabilidade de um indivíduo com resultado positivo ser realmente doente, e a probabilidade de um indivíduo com resultado negativo ser realmente “normal” (KAWAMURA, 2002).

Outra contribuição fundamental da epidemiologia é a vigilância em saúde, esta articula-se em um conjunto de ações identificando e quantificando determinantes, riscos e danos à saúde da população. Ela se apresenta atualmente com seis componentes, sendo eles: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; vigilância em saúde ambiental; vigilância em saúde do trabalhador; promoção da saúde; e vigilância da situação de saúde (BRASIL, 2018); em casos de emergência em saúde pública esse setor tem como atividade obrigatória realizar a investigação epidemiológica, a fim de executar ações de controle da doença. (BRASIL, 2019)

É importante destacar a vigilância epidemiológica, visto que a mesma é essencial para o controle de doenças e agravos. A lei nº 8.080/90 define a Vigilância Epidemiológica como:

“um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde

individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. (GOV. GO, s-d)

A vigilância epidemiológica, subsidia o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, através de coletas e processamento de dados é possível recomendar medidas e ações de controle eficazes. (BRASIL, 2005)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) é alimentado por dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, de morbidade, mortalidade, notificação de surtos e epidemias, além desses, os estudos epidemiológicos são fontes especiais de dados. O retorno das informações coletadas pelo sistema ocorre através da disponibilização periódica de boletins epidemiológicos, a fim de auxiliar investigações e controle de eventos sanitários. (BRASIL, 2005)

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sobre as análises de situação em saúde:

“A análise de situação em saúde é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seus impactos” (BRASIL, 2015).

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um instrumento de apoio à gestão, produz informações que possibilitam a avaliação de uma determinada situação de saúde. Os SIS fornecem indicadores que se dividem em três grandes áreas: determinantes de saúde, sistema e serviços de saúde e situação de saúde; os principais são Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), entre outros.

É de grande importância que os casos confirmados tenham notificação imediata nos SIS, e que exista uma equipe de resposta rápida multiprofissional à disposição para o enfrentamento das emergências em saúde pública, com recursos físicos (equipamentos) e mecanismos para deslocamento e manutenção das equipes em campo de forma a prevenir a disseminação da doença (BRASIL, 2019).

Numa pandemia como a Covid-19, os estudos epidemiológicos são fundamentais para subsidiar a tomada de decisão para o enfrentamento da doença. É a partir deles que os epidemiologistas conseguem compreender o evento. No caso de uma doença nova como a

Covid-19, os estudos de relato de casos e série de casos são importantes para compreender as características de interesse que geram as hipóteses através de uma descrição detalhada de manifestações da doença. (WALDMAN, 2015)

Os estudos de caso-controle podem identificar os fatores de risco para a doença, através da comparação dos grupos expostos e não expostos, identificam quais poderiam ser as causas da doença, e quais são os grupos de alto risco, por exemplo as pessoas que possuem comorbidades como diabetes, cardiopatia, pneumopatia, obesidade, asma, imunodepressão, doença neurológica ou renal, assim como as pessoas acima de 60 anos, mesmo que não possuam doenças pré-existentes, são grupo de risco para a Covid-19.

Os estudos de ensaio clínico são utilizados, por exemplo, na avaliação da eficácia de produtos terapêuticos ou profiláticos, através de ensaios randomizados. São exemplos os estudos realizados com a cloroquina e hidroxicloroquina, ivermectina, ou qualquer outro meio de intervenção, assim como as vacinas. E os estudos de validação de diagnósticos que são utilizados, por exemplo, para identificar a sensibilidade e especificidade dos testes rápidos, RT-PCR, sorologia IGG e IGM.

É importante destacar, sobre os testes, que quando os casos suspeitos são testados positivos é necessário dar as recomendações e testar os contatos, para que seja possível manter o controle dos pacientes, evitando a propagação do vírus por pessoas possivelmente contaminadas, sendo esse também um papel da área epidemiológica. (FIOCRUZ, 2020)

Com a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os diversos estudos para descoberta da vacina que estão em andamento estão recrutando milhares de brasileiros voluntários para participar das 3 fases de ensaios clínicos que visam avaliar a segurança e eficácia do medicamento.

4.2. Política, Planejamento e Gestão

A gestão em saúde é um tanto quanto complexa; envolve diversos segmentos que norteiam o gestor para tomadas de decisão com qualidade. Sabe-se que a saúde pública trabalha com recursos escassos e, portanto, é papel do gestor realizar processos que maximizem a alocação de tais recursos, atendendo aos princípios do SUS (BRASIL, s-da). O planejamento é fundamental para auxiliar tais processos, através dele é que são dimensionados os recursos físicos, humanos e financeiros para atingir determinados objetivos e metas em tempos determinados.

De acordo com Paim (2006, p. 767):

“No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade [do planejamento] torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes” (PAIM, 2006 apud SILVA, 2015).

Os instrumentos de planejamento em saúde servem para garantir o funcionamento do SUS em todos os seus níveis; os principais são: Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA). (BRASIL, s-db)

O planejamento está fortemente ligado com a economia da saúde, a qual visa promover o uso racional e eficiente dos recursos públicos, através da utilização de informações econômicas para a tomada de decisão. Sua finalidade é criar ações e serviços de saúde que sejam eficientes, equitativos e com qualidade para garantir melhor acesso da população, atendendo aos princípios do SUS. (BRASIL, s-da)

Entende-se que o campo da saúde é um desafio para a economia, no sentido de ser um mercado que apresenta comportamentos distintos aos outros, por exemplo: a demanda é irregular e imprevisível, não há livre entrada de ofertantes, entre outros. Os métodos, muitas vezes deficientes, de gestão e avaliação, e mau o uso de tecnologias e recursos humanos na área da saúde faz com que os recursos alocados para tal sejam mal aproveitados, e é por isso que existe uma preocupação com a utilização dos recursos de forma equitativa, eficaz e eficiente. (BRASIL, s-da)

No processo de tomada de decisão, são utilizadas algumas ferramentas de economia da saúde para auxiliar o gestor, com o objetivo de reduzir a morbidade e a hospitalização, e potencializar o capital humano, são elas: o Relatório Consolidado Execução Orçamentária e Financeira, Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). (BRASIL, s-da)

As políticas públicas de saúde que são programas, ações e decisões tomadas pelas três esferas governamentais (nacional, estadual e municipal) que têm como finalidade garantir o direito a um determinado serviço, ação ou programa; são construídas com base no controle social, ou seja, a população tem participação direta ou indireta em sua construção. As ações e serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes da Constituição Federal e obedecem aos princípios da equidade, universalidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação popular. (BRASIL, s-dc)

É importante lembrar que, no SUS, a implementação das políticas públicas de saúde, o planejamento e a negociação ocorrem nos espaços intergovernamentais, políticos e técnicos chamados de Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). As CIT e CIB constituem arenas políticas de representação federativa nos processos de formulação e implementação das políticas públicas de saúde. A CIT é constituída por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde de forma igualitária, é composta por 15 membros, cinco para cada uma das regiões do Brasil; através dela é que são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocações (BRASIL, 2009).

Com a função de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde temos os Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada esfera do governo, sua função é integrar as vontades da população com o poder público, ou seja, realizam o controle social (CNS, s-d). São compostos por representantes do governo, usuários (50% dos integrantes), profissionais de saúde (25% dos integrantes), gestores e prestadores de serviços (25% dos integrantes). (BRASIL, 2013)

Em uma situação de emergência em saúde pública, o planejamento está presente no plano de contingência, onde estão previstas as competências de cada organização, assim como as prioridades e medidas a serem cumpridas, delimitando como serão distribuídos os recursos. O plano de contingência pode ser modificado durante seu percurso conforme as respostas vão acontecendo e novas informações vão surgindo. O planejamento está presente também na elaboração do Plano de Ação do Evento, ou seja, na definição das atividades de resposta e do uso de recursos por um período operacional. (BRASIL, 2014)

Além disso, é através do planejamento que são definidas as redes de atenção de referência, podendo ser da atenção primária, secundária ou terciária; a organização das redes para atender os casos é fundamental para prestar assistência no nível adequado onde ela precisa. Para manter o controle da quantidade de leitos disponíveis, é ideal utilizar uma central de vagas única que armazene dados dos leitos da rede pública e privada, tendo o setor privado um papel suplementar à rede pública. Por isso o planejamento é tão importante na organização dos serviços de saúde, desde aquisições de equipamentos - respiradores e EPI's - aos recursos físicos (hospitais de campanha), e humanos, para capacitação dos profissionais de saúde sobre como manusear os respiradores e os Epi's de forma correta, evitando novas infecções da doença.

É papel do planejamento, ainda, manter um controle sobre medicamentos, e realizar a compra de insumos antes que os mesmos fiquem em falta, com os recursos financeiros que

foram alocados para tal função. Isso seria uma gestão eficiente, porém no enfrentamento contra a Covid-19 não é o que acontece: com a falta de técnicos no Ministério da Saúde, a compra unificada que deveria ser feita para todos os estados não foi realizada, resultando na falta de anestésicos e injeções para Intubação Orotraqueal de casos graves de Covid-19, mesmo tendo recursos financeiros para isso. (VALENTE, 2020)

O monitoramento e a execução das políticas públicas de enfrentamento de emergência em saúde pública são prejudicadas pela falta do planejamento e coordenação adequada. Isso está sendo perceptível no combate contra o coronavírus, e é aqui que entram as questões federativas, pois a partir das diretrizes constitucionais é possível estabelecer novas direções e soluções no processo de gestão da crise. (MARRAFON, 2020)

Dito isso, é fundamental que o sanitário possua domínio dos saberes jurídicos voltados para a área da saúde. Por isso, através do direito sanitário, estuda as normas que cuidam da saúde pública, sendo elas um direito regulatório acompanhado. O direito sanitário pode ser analisado como o “ramo do conhecimento jurídico-acadêmico, subcampo do conhecimento científico, com leis próprias derivadas dos agentes e das instituições que o caracterizam, evidenciando a superação da divisão entre ciência pura e aplicada.” (BRASIL, 2003)

Como exemplo, em junho, foi decretado pelo GDF estado de calamidade pública, ou seja, este decreto permite que o Distrito Federal receba recursos do governo federal em decorrência de danos à saúde e aos serviços públicos que comprometam a capacidade de resposta à crise. Por exemplo, são antecipados os benefícios sociais, liberação de seguros, prorrogação de pagamentos de empréstimos federais, entre outros. (NASCIMENTO, 2020)

Tais conhecimentos são fundamentais para a compreensão de normas, portarias, decretos, entre outros, que podem entrar em vigor.

4.3 Ciências Sociais e Humanas

As ciências sociais e humanas são consideradas o alicerce da saúde pública (LOYOLA, 2012). Através dos estudos das ciências sociais foi possível caracterizar a saúde além do modelo biomédico, ou seja, ausência de doença. Estudando as faces sociais da população relacionadas à saúde, percebe-se que para um sujeito ser saudável existem diversos determinantes básicos que devem estar ao seu alcance, sendo eles relacionados à situação de trabalho, condições financeiras, alimentação saudável, saneamento básico, relacionamentos familiares, práticas de atividades físicas, entre outras. (BUSS; PELLEGRINI, 2007)

As ciências sociais e humanas perpassam por algumas disciplinas. Uma delas é comunicação em saúde, que é utilizada como estratégia para informar e influenciar decisões de

indivíduos e comunidades para a promoção da sua saúde. Os processos de comunicação em saúde se dão de três formas: transversal (nos serviços de saúde e comunidades), central (relação que os técnicos de saúde estabelecem com os pacientes na prestação de cuidados) e estratégico (relacionado com a satisfação do paciente). (TEIXEIRA, 2004)

No contexto da pandemia o uso da comunicação como estratégia de promoção e educação em saúde é de extrema importância, principalmente para a prevenção da doença, com a disseminação de informações sobre como se proteger do vírus, o que fazer se tiver sintomas, como cuidar de uma pessoa doente. É necessário que existam linhas de comunicação entre governo e população, governo e profissionais de saúde, profissionais de saúde e população, de forma que a comunicação seja articulada entre os mesmos, para que não ocorram erros, como no início da pandemia, enquanto um ministro falava sobre a importância do uso de máscaras para evitar o contágio do vírus, e o presidente aparecia em diversas manifestações sem máscara: essa dupla mensagem pode vir a confundir a população.

No enfrentamento de uma emergência em saúde pública, a comunicação de riscos faz parte de um plano de respostas emergenciais, é através dela que ocorre a troca de informações e aconselhamentos em tempo real entre peritos, líderes comunitários e pessoas que se encontram em risco. A comunicação de risco eficaz garante a compreensão da população sobre quais comportamentos de proteção devem ser adotados, e subsidia autoridades e peritos com informações para responder a população, a partir de suas preocupações e necessidades, de forma confiável e aceitável. (OMS, 2018)

Podemos falar também sobre a importância da bioética em saúde pública, a qual oferece subsídios teóricos e práticos para cessar conflitos de interesses e valores que possam vir a se apresentar na administração da saúde coletiva. (BRASIL, 2002a)

Os princípios fundamentais do SUS de Universalidade, Igualdade e Integralidade, conversam diretamente com os dilemas éticos enfrentados pela saúde pública, sendo eles, a racionalização de recursos escassos, a influência sobre as pessoas para que mudem comportamentos prejudiciais à saúde e a limitação da liberdade individual para diminuir doenças transmissíveis. (BRASIL, 2002a)

Diante do cenário de busca pela vacina contra a Covid-19, que se estende pelo mundo inteiro, as pesquisas científicas de ensaios clínicos com seres humanos, se tornam uma questão de bioética que envolve a autonomia do indivíduo. Este deve ser devidamente informado e esclarecido sobre as opções de diagnóstico ou terapêuticas possíveis. Dependendo do contexto social, a autonomia pode levar a confronto entre direito individual e o direito coletivo. (BRASIL, 2002a)

As ciências sociais e humanas ajudam o sanitarista a interpretar determinados fenômenos que acontecem na sociedade.

O surgimento do coronavírus demandou da população o cumprimento do isolamento social, também chamado de quarentena e com isso o fechamento do comércio e escolas; essa medida de contenção gerou muito desemprego e causou grandes mudanças no comportamento da sociedade, principalmente, pelo afastamento social de amigos e até da família.

Pode-se dizer que nesse período iniciou-se uma onda de doenças mentais, devido a ansiedade pelo futuro incerto, frustração pela falta de medicamentos ou vacina que tenham poder de combate contra o vírus, e ainda o medo diante do elevado número de mortes que essa doença vem causando. (SILVA, 2020)

Outra questão de saúde que a quarentena está impulsionando é o aumento da violência doméstica. Segundo o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, o número de denúncias em março e abril deste ano, aumentou cerca de 34% em relação ao ano passado (PONTE; et al, 2020). Isso porque os fatores de risco aumentaram, o isolamento social acarreta o maior consumo de bebidas alcoólicas e convívio familiar, além de dificultar o acesso a redes de proteção. (ILHA, 2020)

A pandemia também está servindo para evidenciar as desigualdades sociais, seu efeito está sendo maior em populações vulneráveis que não estão recebendo a devida atenção e cuidados em saúde que levem em conta suas especificidades. Por exemplo, os dados oficiais que estão sendo apresentados sobre o efeito da pandemia nas populações indígenas não refletem o real número de casos, visto que os dados unificados dificultam o reconhecimento das diferentes regiões e povos afetados, e os dados sobre indígenas que não vivem em terras indígenas homologadas estão em falta. De acordo com a APIB (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil), em 02 de outubro, o número de casos confirmados de Covid-19 em indígenas no Brasil era de 34.608, o número de óbitos era de 836, e o número de povos afetados era 158. (ISA, 2020)

A pandemia representa um grande desafio a ser superado para essa população, devido às condições sociais, econômicas, e de saúde que facilitam a propagação de doenças. Além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tanto pela distância geográfica, quanto pela falta de equipes de saúde que atuam direta e especificamente com essa população. (ISA, 2020)

Segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, os dados raciais de covid-19 só começaram a ser coletados em abril após pressão de movimentos negros, porém são dados que não permitem análises que exponham as iniquidades raciais em saúde devido à sua qualidade. (ARAÚJO; CALDWELL, 2020)

Os dados do Ministério da Saúde apontam altas taxas de mortalidade entre os negros (pretos e pardos), pesquisas independentes apontam que, em 5.500 municípios, 55% de pacientes negros em estado grave morreram, em comparação com 34% dos pacientes brancos. (ARAÚJO; CALDWELL, 2020)

Um estudo realizado em São Paulo mostra que a taxa de mortalidade entre homens negros chega a 250 mortes a cada 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade entre homens brancos é de 157 a cada 100 mil habitantes. O mesmo ocorre entre as mulheres, sendo a taxa para mulheres negras de 140 mortes por 100 mil habitantes e de mulheres brancas 85 por 100 mil habitantes. (BOEHM, 2020)

De acordo com Thalita Rodrigues, coordenadora da comissão de Psicologia e Relações Étnico-Raciais do Conselho Regional de Psicologia, o número elevado de casos e óbitos na população negra ocorre por causa das desigualdades sociais enfrentadas pela mesma: a maioria possui renda familiar classificada como baixa, e portanto estão expostas aos transportes públicos para se locomover ao trabalho (WERNECK, 2020), além de suas condições de moradia, muitas vezes em periferias que possuem o acesso inadequado à água e saneamento, que são questões fundamentais para a higiene, e assim, prevenção do coronavírus. (ARAÚJO; CALDWELL, 2020)

Sendo essa também, uma população que possui pouco acesso a atenção à saúde de qualidade, são necessárias políticas públicas para o combate da doença que levem em conta as diferentes vulnerabilidades. (BOEHM, 2020)

5. DISCUSSÃO

No Brasil, foi determinado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que governadores e prefeitos teriam autonomia para tomar decisões no combate à Covid-19 sem interferência do governo federal (SHALDERS, 2020). Isto pode ser um risco, visto que diferentes decisões levam a diferentes resultados; como de fato estamos percebendo com o avanço da doença no país, enquanto alguns estados estão se estabilizando, outros estão em estado de alerta.

O Brasil ocupa o segundo lugar dos países com maior número de óbitos por Covid-19, perdendo apenas para os Estados Unidos (FRANCO, 2020), apesar dos números alarmantes o país estava desde maio sem um ministro da Saúde, tendo o general Eduardo Pazuello assumido o cargo oficialmente somente após 4 meses de atuação provisória. Essa situação é, no mínimo, questionável: como um país com o porte do Brasil, no meio de uma pandemia muda de ministro duas vezes, sendo o atual, um militar que não tem familiaridade alguma com as questões que ele deverá gerir? Com a entrada de Pazuello, outros nove titulares foram nomeados, também,

pelo presidente da república, para atuar no Ministério da Saúde, sendo todos militares. (ROCHA, 2020)

Dito isso, entende-se que o presidente Jair Bolsonaro vêm agindo de forma irresponsável, tanto como indivíduo como em seu papel de líder máximo da nação: ele participou de diversas manifestações no Congresso Nacional, provocando aglomerações, onde nem ao menos utilizou a máscara de proteção individual, mesmo tendo contato com outras pessoas que haviam sido infectadas; se posicionou contra o isolamento social, pois em sua visão apenas as pessoas que estão nos grupos de risco devem cumprir a quarentena, para que assim a economia não seja tão prejudicada, mesmo o isolamento social sendo recomendado por especialistas da área da saúde como uma das estratégias de contenção mais eficazes para a redução da contaminação do vírus, visto que evita o número elevado de doentes ao mesmo tempo, evitando uma sobrecarga nos serviços de saúde (ROCHA, 2020).

O governo federal está falhando com a população, sendo incapaz de protegê-la contra a nova doença e as crises decorrentes dela, violando direitos básicos da Constituição, ocasionando no aumento da vulnerabilidade social e das iniquidades em saúde. Como dito anteriormente, esse é o desafio mais grave à saúde coletiva de todo o mundo e é preciso que exista uma gestão efetiva (ABRASCO, 2020), por exemplo, no mês de junho o Ministério da Saúde deixou de apresentar dados consolidados e alterou a dinâmica de divulgação de dados sobre a Covid-19 no país, dificultando a avaliação das medidas que estão sendo realizadas, e o planejamento de novas ações de combate (VERDÉLIO, 2020).

Existe, também, um grande problema com a forma que os hospitais de campanha foram utilizados, além de serem criados tardiamente, houve uma falta de planejamento. O objetivo era isolar pacientes que não podem ficar em casa, porém receberam muitos pacientes em estado grave; como possuem um alto custo de implantação e manutenção, poderia ter sido melhor investir no fortalecimento da atenção terciária. (REIS, 2020).

Até o surgimento da vacina, o único meio de desacelerar o contágio pelo vírus é o isolamento social, porém, manter a quarentena por tanto tempo está ficando cada vez mais complicado pois, além de ser um tanto quanto oneroso, a população já está cansada. Apesar disso, é importante sim que exista um nível de isolamento social de pelo menos 50%, mesmo com a reabertura dos comércios e volta às aulas. (TOLEDO, 2020)

Vivemos na era digital, onde o acesso à informação é fácil e rápido; é preciso tomar cuidado com os conteúdos consumidos na internet sobre a pandemia, visto que existem muitas “fake news”, principalmente quando se tratam de algum medicamento “milagroso” contra o coronavírus que pode causar danos à saúde se não for prescrito e acompanhado por um

profissional. Dito isso, a qualidade da informação/comunicação pública para a população deve ser melhorada; utilizar termos médicos não é a melhor opção para atingir ao público leigo, portanto a linguagem de fácil entendimento é essencial para que a informação não fique restrita ao ambiente acadêmico e aos profissionais da área (LANA, et al, 2020).

Outro fator importante é a disponibilização em massa dos testes, para que os casos infectados sejam rastreados, assim como seus contatos, a fim de garantir o isolamento social dessas pessoas por pelo menos 14 dias e conter novos surtos da doença; e identificar também as pessoas que tiveram contato com o vírus e podem ser imunes. (TOLEDO, 2020)

Apesar dos grandes desafios, é possível fazer uma boa gestão diante da pandemia. No nível macro temos o exemplo dos governadores de 9 estados do Nordeste, que criaram o Comitê Científico do Consórcio Nordeste, coordenado pelo cientista Miguel Nicolelis; sua função é ajudar os governadores da região na tomada de decisões sobre o enfrentamento do coronavírus para conter a pandemia, produzem boletins epidemiológicos da região, e divulgam orientações baseadas nas pesquisas do grupo (ABC, 2020). No nível micro, temos como exemplo a favela Paraisópolis, em São Paulo, onde a comunidade transformou moradores em “presidentes de rua”, para que assim fosse possível monitorar a comunidade de perto, cada um deles tem como função garantir que as pessoas com suspeita da doença fiquem em casa e monitorar essa família, orientando-os com as recomendações de cuidados; esse sistema criado por eles indica, também, os moradores que perderam a renda durante a pandemia para que voluntários ajudem com entregas de marmitas. Outro projeto da comunidade que capacita mulheres para serem costureiras, está focado na produção de máscaras que são distribuídas para a comunidade, além disso, Paraisópolis dispõe de três ambulâncias e profissionais de prontidão. Os projetos são mantidos por doações e ajuda de voluntários (G1, 2020).

Também, foram bons exemplos de enfrentamento da pandemia os países: Nova Zelândia, Japão, Vietnã. No Vietnã, desde o início da pandemia, foram recomendadas ações de prevenção pelo governo, como a utilização de máscaras, antes mesmo que a OMS o fizesse. Os casos suspeitos foram rapidamente isolados evitando novas cadeias de transmissão, como o país viveu o surto de SARS em 2003, tiveram grande preocupação com uma resposta rápida de contenção e conscientização da população. Somado a isso, o país segue com as fronteiras fechadas para turistas internacionais, medida que também foi tomada pela Nova Zelândia. (RIVEIRA, 2020)

As medidas de contenção tomadas pela primeira-ministra da Nova Zelândia desde o início da pandemia, contribuíram para a mitigação da doença, além do fechamento de fronteiras, a população esteve em isolamento rígido durante um mês logo no início da pandemia, sua

estratégia foi realizar ações preventivas agressivas antes que a doença estivesse fora de controle. (BROOKS, 2020)

E no Japão, as estratégias foram: regular a velocidade da doença, suspendendo as aulas e cancelando eventos com público; evitar novas cadeias de transmissão, através do rastreamento de casos suspeitos; aprovar um fundo de reserva para emergência de doze bilhões de reais do atual orçamento para conter a pandemia e minimizar seus efeitos na economia. (KAMATA, 2020)

5. LIMITAÇÕES

A pandemia do coronavírus, Covid-19, é um evento de saúde atual e, portanto, as informações, recomendações, decretos, entre outros, são modificadas rapidamente de acordo com novos conhecimentos e acontecimentos em relação a doença.

Além disso, ainda existem poucos materiais científicos disponíveis em português sobre a evolução da doença.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Este ensaio possibilitou uma análise dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde sobre a situação de saúde do Brasil e Distrito Federal diante da pandemia do coronavírus, e permitiu a elaboração de um compilado de informações sobre os conhecimentos do profissional de saúde coletiva (sanitarista) que o tornam essencial no contexto de enfrentamento da pandemia.

A Covid-19 definitivamente é um evento histórico que pegou todos de surpresa, nenhum país estava preparado para lidar com a dimensão que a doença tomou, embora alguns tenham encontrado saídas com estratégias de contenção bem sucedidas, outros pecaram pela demora ou falta de tomada de decisão.

Para reverter o cenário da pandemia no Brasil, é preciso investir na vigilância em saúde robusta para detectar a propagação do vírus e aprimorar a resposta, investir no rastreamento de contatos para que assim a propagação do vírus seja limitada, priorizar a atenção primária de saúde para atender a população onde for preciso, e garantir a prontidão de equipes médicas para situações de emergência (OPAS, 2020b). Além disso, é necessário controlar as fronteiras, com isolamento efetivo de passageiros estrangeiros, promover a higiene e conscientizar a população para cumprir o distanciamento social. (BROOKS, 2020).

No entanto, ao pensar no isolamento social como medida de enfrentamento, primeiro é preciso pensar nas populações vulneráveis que não possuem condições de ficar em isolamento

visto que precisam trabalhar para poder comer, por isso é essencial oferecer assistência para essa população.

A estratégia da clínica ampliada pode ser um diferencial para atender as necessidades de sujeitos em vulnerabilidade, através da escuta qualificada e criação de vínculo entre profissionais da saúde e usuários é possível aumentar a autonomia de uma comunidade levando em conta as especificidades de cada indivíduo. (BRASIL, 2010)

Nesse sentido, o sanitarista tem papel fundamental na corrida contra a disseminação do vírus, na gestão é o profissional que está apto para realizar a análise de situação de saúde de um país, cidade ou comunidade, a fim de ajustar as respostas de saúde pública de acordo com os cenários locais. A partir disso, é o profissional que assegura a população com recomendações que sejam eficazes para o combate ao surto da doença através de estratégias de comunicação de risco e educação em saúde que transmitem informações capacitantes sobre como a população deve se prevenir, garantindo a promoção da saúde. É capaz de criar, também, políticas ou programas de saúde para as populações vulneráveis para diminuir as iniquidades em saúde.

Por isso, é de grande importância que esse profissional esteja integrado nas redes de atenção à saúde, atuando interdisciplinarmente com os outros profissionais de saúde, principalmente para situações de emergência em saúde pública como esta pandemia que estamos enfrentando.

7. REFERÊNCIAS

ABC. Miguel Nicolelis assume coordenação da comissão científica do consórcio nordeste para combate ao coronavírus. ABC. Rio de Janeiro, 02 abr. 2020. Disponível em: <http://www.abc.org.br/2020/04/02/miguel-nicolelis-assume-coordenacao-da-comissao-cientifica-do-consorcio-nordeste-para-combate-ao-coronavirus/>. Acesso em: 30 out. 2020

ABRASCO. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. Frente pela vida, 30 jun. 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19-minuta-15_vf.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

ARAÚJO, E; CALDWELL, K. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra?. ABRASCO, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-que-a-covid-19-e-mais-mortal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>. Acesso em 05 out. 2020.

BARRETO, S. M; LIMA-COSTA, M. F. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, n. 4, dez. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S1679-49742003000400003. Acesso em: 14 jun. 2020.

BBC NEWS. Covid persistente: os sintomas e as sequelas mais comuns e que duram semanas, segundo 60 mil pacientes. BBC News, Brasil, 10 set. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54088376>. Acesso em: 29 out. 2020.

BEZERRA, A. et al. Quem são os novos sanitaristas e qual o seu papel? Revista Tempus, v.16, n.1, 2013, p. 57-62. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1393>. Acesso em: 29 out. 2020.

BOEHM, C. Mortalidade por Covid-19 é Maior entre População Negra em São Paulo. **Agência Brasil**, São Paulo, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/mortalidade-por-covid-19-e-maior-entre-populacao-negra-em-sao-paulo>. Acesso em 05 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus (Covid-19), sobre a doença. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. Pandemia e as fronteiras brasileiras: análise da evolução da Covid-19 e proposições. Ipea, mai. 2020b. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35600. Acesso em 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências. Coronavírus, recomendações de medidas não farmacológicas. Ministério da Saúde. Brasília, 13 mar. 2020c. Disponível em: https://saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/2020_03_13_videoconferencia_coronavirus.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Datasus. Painel coronavírus. Ministério da Saúde, 29 out. 2020d. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 29 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Características dos Indicadores. Datasus, Fichas de qualificação da Ripsa. Ministério da Saúde, Brasília, 2012. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/category/mortalidade/?l=pt_BR. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Política nacional de vigilância em saúde. Ministério da Saúde, 30 ago. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude#composicao>. Acesso em 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Brasília, 2019. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf. Acesso em 29 out. 2020.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Economia da Saúde. Secretaria da Saúde. Tocantins, s-da. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/planejamento-/economia-da-saude/>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Instrumentos de planejamento. Secretaria da Saúde. Tocantins, s-db. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/planejamento-/instrumentos-de-planejamento/>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. Políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, s-dc. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Sistema Único de Saúde, Comissões Intergestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>. Acesso em: 29 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito sanitário e saúde pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; Márcio Iorio Aranha (Org.) – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 30 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bioética em Saúde Pública. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 48, n. 3, set. 2002. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_48/v03/editorial.html. Acesso em 07 out. 2020.

BRASIL. Brasil possui quatro estudos clínicos de vacinas contra o coronavírus. Covid-19. 20 ago. 2020e. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/brasil-possui-quatro-estudos-clinicos-de-vacinas-contra-o-coronavirus>. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde : a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer técnico nº 23001.000195/2016-59/ DF. Distrito Federal: Ministério da Educação, 06 jun. 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>. Acesso em 06 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256/2013. Ministério da Saúde, 11 mar. 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html#:~:text=Estabelecimento%20novas%20regras%20para%20o,Estabelecimentos%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SCN%20ES\)](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html#:~:text=Estabelecimento%20novas%20regras%20para%20o,Estabelecimentos%20de%20Sa%C3%BAde%20(SCN%20ES)). Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, mar. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html#:~:text=Ampliar%20a%20cl%C3%ADnica%20%C3%A9%20aumentar,de%20v%C3%ADnculo%20com%20o%20usu%C3%A1rio. Acesso em 08 dez. 2020.

BROOKS, D. Eliminar e não achatar a curva: Nova Zelândia tem resultados com estratégia mais agressiva contra o coronavírus. BBC News Mundo, 12 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52258490>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, A. A saúde e seus determinantes sociais. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020

CARNEIRO, R; PEREIRA, E. L. Ciências sociais na graduação em saúde coletiva: olhares de uma década. Saúde e Soc. São Paulo, vol. 28, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200001. Acesso em: 09 dez. 2020.

CARVALHO, P. Vacina da Covid: conheça a situação das maiores pesquisas. CNN Brasil. São Paulo, 27 mai. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/27/vacina-da-covid-19-conheca-a-situacao-das-maiores-pesquisas>. Acesso em: 14 jul. 2020.

CHAVES, T. S. S; BELLEI, N. Sars-Cov-2, o novo coronavírus: uma reflexão sobre a saúde única (one health) e a importância da medicina de viagem na emergência de novos patógenos. Revista Med., São Paulo, jan-fev 2020. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/167173/159662>. Acesso em 29 out. 2020.

CNS. Ministério da Saúde. O conselho: Apresentação. Ministério da Saúde. Brasília, s-d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>. Acesso em: 19 nov. 2020.

DIAS, M. S. A; et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol. 19, n. 11, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

FIOCRUZ. Pesquisador fala sobre testes nas diversas fases da pandemia. Fiocruz Bahia. Rio de Janeiro, 20 mai. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisador-fala-sobre-testes-nas-diversas-fases-da-pandemia>. Acesso em: 09 nov. 2020.

FRANCO, P. Com ritmo acelerado de contágio, Brasil escala ranking mundial da Covid-19. Jornal o tempo. Belo Horizonte, 09 jul. 2020. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/mundo/com-ritmo-acelerado-de-contagio-brasil-escala-ranking-mundial-da-covid-19-1.2358076>. Acesso em: 27 jul. 2020

GDF. Secretaria de Saúde. Painel Covid-19 no Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Brasília, 29 out. 2020. Disponível em: <https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/>. Acesso em 29 out. 2020.

GOV. ES. Inquérito Sorológico começa nesta quarta-feira (13) em 19 municípios capixabas. Governo do Estado do Espírito Santo. Vitória, 11 mai. 2020. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/inquerito-sorologico-comeca-nesta-quarta-feira-13-em-19-municipios-capixabas>. Acesso em: 09 nov. 2020.

GOV. ES. Coronavírus - Covid-19. Governo do Estado do Espírito Santo. Vitória, s-d. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

GOV. GO. Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado de Saúde. Goiânia, s-d. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-epidemiologica#:~:text=A%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20%C3%A9%20definida,de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20das>. Acesso em: 19 nov. 2020.

G1. Favela de São Paulo vira exemplo em ações contra o coronavírus. Jornal Nacional. São Paulo, 11 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/04/11/favela-de-sao-paulo-vira-exemplo-em-aco-es-contra-o-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 30 out. 2020

HAMANN, E. M; TAUIL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. Rev. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, 2020. No prelo.

ILHA, F. Há uma epidemia de violência doméstica dentro da pandemia. **Extra Classe**, Porto Alegre, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/geral/2020/07/ha-uma-epidemia-de-violencia-domestica-dentro-da-pandemia/>. Acesso em 06 out. 2020

IPEA. Quais são as pesquisas em andamento para prevenção e tratamento da Covid-19?. IPEA. 28 mai. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/198-quais-sao-as-pesquisas-em-andamento-para-prevencao-e-tratamento-da-covid-20>. Acesso em: 14 jul. 2020.

ISA. Covid-19 e os Povos Indígenas. Instituto Socioambiental, 2020. Disponível em: <https://covid19.socioambiental.org/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

KAMATA, F. Como o Japão está conseguindo frear o avanço do coronavírus. BBC Brasil, 14 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51889721>. Acesso em: 18 nov. 2020.

KAWAMURA, T. Interpretação de um teste sob a visão epidemiológica. Eficiência de um teste. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 79, n. 4. São Paulo, out. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001300015. Acesso em: 29 out. 2020.

KUSCHNIR, M. C. C. Estudos de Coorte. Residência Pediátrica, Rio de Janeiro, v.2, n.2, 2012. Disponível em: <http://residenciapediatria.com.br/detalhes/47/estudos-de-coorte>. Acesso em: 09 nov. 2020.

LANA, R; et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-COV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 13 mar. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000300301&tlng=pt. Acesso em: 24 jul. 2020.

LIMA, Y. O. R; COSTA, E. A. Regulamento sanitário internacional: emergências em saúde pública, medidas restritivas de liberdade e liberdades individuais. Rev. Visa em Debate - Sociedade, Ciência e Tecnologia. Salvador, 14 ago. 2014. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/266-2299-2-PB_0.pdf. Acesso em: 06 jun. 2020.

LOYOLA, M. A. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. Saúde e soc. São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100002. Acesso em: 29 out. 2020.

MARRAFON, M. A. CF estabelece cooperação federativa para superar crise do coronavírus. ConJur, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mar-30/constituicao-poder-cf-estabelece-cooperacao-federativa-crise-covid-19>. Acesso em: 30 out. 2020.

MEDEIROS, E. A. S. Dia do Infectologista: o que é ser um médico infectologista nos dias de hoje. SBMT. Brasília, 11 abr. 2019. Disponível em: <https://www.sbmt.org.br/potal/dia-do-infectologista-o-que-e-ser-um-medico-infectologista-nos-dias-de-hoje/>. Acesso em 28 jun. 2020.

NASCIMENTO, L. Governador do DF decreta estado de calamidade pública. Agência Brasil. 29 de jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/governador-do-df-decreta-estado-de-calamidade-publica>. Acesso em: 02 out. 2020

OMS. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. Acesso em 29 out. 2020.

OPAS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. Brasília, 2020a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812. Acesso em: 29 out. 2020.

OPAS. OPAS descreve melhores práticas para controlar pandemia de COVID-19. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-11-2020-opas-descreve-melhores-praticas-para-controlar-pandemia-covid-19>. Acesso em: 15 nov. 2020.

OPAS. Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Brasília, s-d. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812. Acesso em: 08 dez. 2020.

PARENTE, R. C. M; et al. Relatos e séries de casos na era da medicina baseada em evidência. Bras. J. Video-Sur. Rio de Janeiro, v. 3, n.2, 2010. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030302/bjvs030302_063B.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.

PASSOS, R. Estudos epidemiológicos. Cursos na Saúde, s-d. Disponível em: https://www.romulopassos.com.br/materiais/baixar/OTI0YjdINzQ2NzYxZjYwY2Y5MGVmNzlmYjg3OTg1MTIyYzU2NjBINDU0YzVmNzY3MGVjODVjNmQ3ZWMTg5YW5Jz5mbDnsz1FkxnG0h0By5VW7bY90hOjLxsTrhp-_5/0. Acesso em: 09 nov. 2020.

PAULA, T. Tipos de Estudos Epidemiológicos. CAPCS, UERJ, Rio de Janeiro, 7 set. 2019. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/tipos-de-estudos-epidemiologicos/#:~:text=Delineamentos%20observacionais%20anal%C3%ADticos&text=O%20estudo%20anal%C3%ADtico%20de%20corte,retrato%20da%20situa%C3%A7%C3%A3o%20naquele%20momento>. Acesso em 28 jun. 2020.

PONTE; et al. Um vírus e duas guerras: Mulheres enfrentam em casa a violência doméstica e a pandemia da Covid-19. Ponte Jornalismo. 18 jun. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/mulheres-enfrentam-em-casa-a-violencia-domestica-e-a-pandemia-da-covid-19/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

REIS, M. T. Falta de Planejamento e Uso Inadequado: Presidente da Abrasco fala à Folha de São Paulo Sobre Hospitais de Campanha. Abrasco. Rio de Janeiro, 04 set. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/falta-de-planejamento-e-uso-inadequado-presidente-da-abrasco-fala-a-folha-de-sao-paulo-sobre-hospitais-de-campanha/51837/>. Acesso em: 16 nov. 2020.

RIVEIRA, C. Por que o Vietnã tem zero mortes por coronavírus - e lições para o Brasil. Exame, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://exame.com/mundo/por-que-o-vietna-tem-zero-mortes-por-coronavirus-e-as-licoes-do-pais/>. Acesso em: 18 nov. 2020.

ROCHA, C. Os militares no comando da saúde em meio à pandemia. **Nexo Jornal**, 15 mai. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/15/Os-militares-no-comando-da-Sa%C3%BAde-em-meio-%C3%A0-pandemia>. Acesso em: 28 jun. 2020.

RUELA, H. C. G. A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8602/4/Helifrancis_Ruela_EPSJV_Mestrado_2013.pdf. Acesso em: 09 dez. 2020.

SHALDERS, A. Coronavírus: Quem pode decidir sobre a quarentena dos brasileiros: Bolsonaro ou governadores?. BBC News. Brasília, 26 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52044708>. Acesso em 02 out. 2020.

SILVA, A. G. Uma onda de doenças mentais vem com a Covid-19. Precisamos agir já! **Veja Saúde**, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/uma-onda-de-doencas-mentais-vem-com-a-covid-19-precisamos-agir-ja/>. Acesso em 06 out. 2020.

SILVA, L. S. A importância do planejamento sistêmico das ações do SUS. Telessaúde Mato Grosso. Cuiabá, out. 2015. Disponível em: <http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2100>. Acesso em 16 nov. 2020.

SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. *Identidade do sanitário no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva*. Interface. Botucatu, 2018, p. 539-550. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200539&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 25, 05 jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702469. Acesso em 29 out. 2020.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em Saúde Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *SciELO Aná. Psicológica*. Lisboa, v. 22, n. 3, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>. Acesso em 02 out. 2020.

TOLEDO, K. Especialistas apontam caminhos para o combate à pandemia no segundo semestre. Agência Fapesp. 16 jul. 2020. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/especialistas-apontam-caminhos-para-o-combate-a-pandemia-no-segundo-semester/33655/#.XxCg1sLLu4d>. Acesso em: 24 jul. 2020

VALÉCIO, M. Covid-19: 399 estudos clínicos em andamento no mundo; nove deles no Brasil. ICTQ. São Paulo. Disponível em: <https://www.ictq.com.br/farmacia-clinica/1410-covid-19-399-estudos-clinicos-em-andamento-no-mundo-nove-deles-no-brasil>. Acesso em: 05 jul. 2020.

VALENTE, J. Governo organiza licitação para compra de remédios por municípios. **Agência Brasil**, Brasília, 18 jul. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/governo-organiza-licitacao-para-compra-de-remedios-por-municipios>. Acesso em 06 out. 2020.

VECINA, G. A importância dos testes na pandemia. Instagram, 26 jun. 2020. Disponível em: <https://www.instagram.com/tv/CB6tr4QhX3J/?igshid=xm0of4p3zybp>. Acesso em: 14 jul. 2020.

VERDÉLIO, A. Ministério da Saúde muda formato de divulgação de dados de covid-19. Agência Brasil. Brasília, 08 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/ministerio-da-saude-muda-formato-de-divulgacao-de-dados-de-covid-19>. Acesso em: 05 jul. 2020.

WALDMAN, E. A. *Epidemiologia: Introdução ao método*. Guanabara Koogan. São Paulo, vol. I, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283122470_Epidemiologia_Introducao_ao_Metodo. Acesso em: 29 out. 2020.

WARSCHAUER, M; CARVALHO, Y. M. O conceito “intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. *Saúde e Soc.* São Paulo, vol. 23, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100191&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 09 dez. 2020.

WERNECK, G. L; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol. 36, n. 5, 8 mai. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&tlng=pt. Acesso em: 29 out. 2020.

WERNECK, N. Número de mortes pela Covid-19 da população negra é seis vezes maior do que o de brancos. **Jornal Estado de Minas**, 27 ago. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/08/27/interna_nacional,1180129/numero-mortes-covid-19-populacao-negra-e-seis-vezes-maior-que-brancos.shtml. Acesso em 05 out. 2020.