



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 45, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, DEZ 2021
ISSN 0103-1104

Saúde pública,
ciência e sociedade

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - frizon@terra.com.br)

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Nilson do Rosário Costa - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8360-4832> - nilsondorosario@gmail.com)
Gisela Cordeiro Pereira Cardoso - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4014-0951> - giselacardoso@ensp.fiocruz.br)
Hermano Albuquerque de Castro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-1191-5671> - hermanocastro@ensp.fiocruz.br)
Marcelo Guimarães Araújo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2636-9522> - marcelo.araujo@ensp.fiocruz.br)
Maria de Fátima Moreira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4521-1050> - fmoreira@ensp.fiocruz.br)

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - dotorana@gmail.com)
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - helenocorreia@uol.com.br)
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> - ledavanelli@gmail.com)
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - lenauralobato@uol.com.br)
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - pauloamarante@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - arthur.chioro@unifesp.br)
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - astolkner@gmail.com)
Angel Martinez Hernaez - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - angel.martinez@urv.cat)
Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - brenofontes@gmail.com)
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - cbotazzo@hotmail.com)
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - stralen@medicina.ufmg.br)
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - d.diniz@anis.org.br)
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - emendez1@yahoo.com.mx)
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - freese@cpqam.fiocruz.br)
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - kondilis@qmul.ac.uk)
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - hugospinelli09@gmail.com)
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - jairnil@ufba.br)
Jean Pierre Unger - Institut de MédecineTropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - contact@jeanpierreunger.com)
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - bragajcs@uol.com.br)
Jose da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - jrcarval@fiocruz.br)
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de

Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - kenneth@uerj.br)
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - ligiagiovanella@gmail.com)
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - luizfacchini@gmail.com)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - odorico@saude.gov.br)
Maria Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - maria.salette.jorge@gmail.com)
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - mariohernandez62@gmail.com)
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - roveremario@gmail.com)
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - paulo.buss@fiocruz.br)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - pttarso@gmail.com)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - radorno@usp.br)
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - profsoniafleury@gmail.com)
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - sulamis@uol.com.br)
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - wfolive@terra.com.br)

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> - revista@saudeemdebate.org.br)

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> - carina.revisao@cebes.org.br)

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br>)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Luiz Frizon Faust (inglês/english)
Carina Munhoz (normalização/normalization)
Carla de Paula (português/portuguese)
Jean Pierre Barakat (inglês/english)
Lígia Cirino Girão (inglês/english)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 45, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, DEZ 2021

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

4 **Saúde pública, ciência e sociedade: desafios e perspectivas**

Public health, science and society: challenges and perspectives

Nilson do Rosário Costa, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, Hermano Albuquerque de Castro, Marcelo Guimarães Araújo, Maria de Fátima Moreira

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

10 **A resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19**

The resilience of large Brazilian cities and the COVID-19 pandemic

Nilson do Rosário Costa

21 **Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos indígenas no enfrentamento da Covid-19: um olhar dos atores nas lides**

Social inequality and vulnerability of indigenous peoples facing COVID-19: a look at the actors in the lives

Martha Cecilia Suárez-Mutis, Marcelly de Freitas Gomes, Verônica Marchon-Silva, Maria Luiza Silva Cunha, Paulo Cesar Peiter, Marly Marques da Cruz, Michele Souza e Souza, Angela Oliveira Casanova

43 **Covid-19 e Doenças Negligenciadas ante as desigualdades no Brasil: uma questão de desenvolvimento sustentável**

COVID-19 and Neglected Diseases in the face of inequalities in Brazil: a matter of sustainable development

Denise Scofano Diniz, Eliane dos Santos Teixeira, Wânia Guimarães Rabêllo de Almeida, Marina Santiago de Mello Souza

56 **Tecnologia digital para o enfrentamento da Covid-19: um estudo de caso na atenção primária**

Digital technology to face COVID-19: a case study in primary care

Joaquim Teixeira Netto, Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues, Bruno Nunes Pena de Souza, Monica Kramer de Noronha

68 **Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19**

Continuity of health care for chronic diseases in the state of São Paulo during the COVID-19 pandemic

Luciane Simões Duarte, Mirian Matsura Shirassu, Jane Harumi Atobe, Marco Antonio de Moraes, Regina Tomie Ivata Bernal

82 **Concessão privatista do saneamento e a incidência da Covid-19 em favelas do Rio de Janeiro**

Privatizing sanitation concessions and the incidence of COVID-19 in slums in Rio de Janeiro

Adriana Sotero Martins, Maria José Salles, Elvira Carvajal, Priscila Gonçalves Moura, Luis Eduardo Martin, Rejany Ferreira dos Santos, Maria de Lourdes Aguiar-Oliveira

ENSAIO | ESSAY

92 **Do 'Mais Médicos' à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira**

From 'More Doctors' to the COVID-19 pandemic: dual denialism in the Brazilian medical corporation's performance

Henrique Sant'Anna Dias, Luciana Dias de Lima, Maria Stella de Castro Lobo

- 107 Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores**
COVID-19 in the working environment and its consequences on the health of workers
Maria de Fátima Moreira, Luiz Claudio Meirelles, Luiz Alexandre Mosca Cunha

- 123 Monitoramento da Covid-19 nas favelas cariocas: vigilância de base territorial e produção compartilhada de conhecimento**
Monitoring COVID-19 in Rio's favelas: territorial-based surveillance and shared production of knowledge
Jussara Rafael Angelo, Bianca Borges da Silva Leandro, André Reynaldo Santos Périssé

- 142 Um nada 'admirável mundo novo': medo, risco e vulnerabilidade em tempos de Covid-19**
A not so 'brave new world': fear, risk, and vulnerability in times of COVID-19
Alberto Najjar, Leonardo Castro

REVISÃO | REVIEW

- 156 Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa**
Stressors and protective factors of the COVID-19 pandemic in the mental health of the world population: an integrative review
Tatiane Veríssimo da Silveira Meirelles, Mirna Barros Teixeira

- 171 Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil**
Gender and the COVID-19 pandemic: a review of the Brazilian scientific production in health sciences

Ana Cristina Augusto de Sousa, Delaine Martins Costa, Sabrina Rodrigues Pereira, Regina Ferro do Lago

- 187 Ações governamentais para enfrentamento da crise de desinformação durante a pandemia da Covid-19**
Government actions to address the disinformation crisis during the COVID-19 pandemic
Maria Ligia Rangel Santos, Marcele Carneiro Paim, Catharina Leite Matos Soares, Deivson Mendes Santos, Raphael Santos Sande, Gabriela Rangel de Moura Santos

RESENHA | CRITICAL REVIEW

- 205 Baldwin P. Fighting the first wave. Why the Coronavirus was tackled so differently across the global**
Nilson do Rosário Costa

Saúde pública, ciência e sociedade: desafios e perspectivas

Nilson do Rosário Costa¹, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso², Hermano Albuquerque de Castro³, Marcelo Guimarães Araújo⁴, Maria de Fátima Moreira³

DOI: 10.1590/0103-11042021E200

ESTA EDIÇÃO DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE' É RESULTADO do compromisso institucional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), para a disseminação do conhecimento sobre o impacto da pandemia da Covid-19 na ciência e na sociedade. Os efeitos institucionais e organizacionais associados às medidas de controle sanitário são apresentados e discutidos por artigos, ensaios, revisões e resenha neste número temático especial.

As primeiras ondas da pandemia da Covid-19 desafiaram o modelo clássico de enfrentamento das doenças transmissíveis pela ausência das ações estritamente farmacológicas no portfólio da saúde pública: as vacinas e antivirais não estavam disponíveis para controlar a incidência e reduzir a letalidade causada pelo Sars-CoV-2. Naquele momento, restou ao campo da saúde pública a proposição de medidas de distanciamento social de diferentes gradações que paralisaram a atividade econômica e afetaram, especialmente, as populações vulneráveis, os pobres, as mulheres e os trabalhadores de modo geral. A pandemia aprofundou as desigualdades sociais vividas no Brasil e no mundo. A ausência de políticas públicas para prevenção da Covid-19 e o desmonte das legislações, bem como das redes de proteção sociais, impactaram significativamente a saúde dos trabalhadores em diversas categorias¹.

A implantação de medidas massivas de distanciamento social, entre as quais, a quarentena, expôs a argumentação científica e transformou a política governamental para a pandemia em uma arena disputada por lideranças políticas negacionistas, como o presidente Bolsonaro, formadores messiânicos de opinião nas novas mídias sociais e, paradoxalmente, setores da profissão médica. A falta transitória de soluções tecnológicas para solucionar a pandemia ampliou o negacionismo ativo em relação à eficácia da biomedicina, fato ainda observado, em escala inquietante, na campanha de difamação das vacinas contra o novo coronavírus.

As decisões negacionistas do presidente brasileiro para o controle e a mitigação da pandemia da Covid-19 submeteram também o arranjo federativo cooperativo nacional à monumental estresse. Ele tornou-se reconhecido internacionalmente como exemplo de dirigente que respondeu de modo caótico, irresponsável e inepto à ameaça da pandemia, vetando o *lockdown*, promovendo medicamentos ineficazes e disseminando a hesitação vacinal².

Essa constatação motivou a instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal, no começo de 2021, para investigar a conduta do Executivo Federal e do Ministério da Saúde (MS) durante os primeiros ciclos da pandemia. A CPI elencou as iniciativas propositadas do presidente brasileiro, que subordinou o MS à sua agenda negacionista,

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nilsondorosario@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



ameaçando a ação governamental de toda a federação. A CPI apurou que não apenas houve omissão dos órgãos oficiais de comunicação no combate aos boatos e à desinformação como também existiu forte atuação da cúpula do governo, em especial, do presidente da República, no fomento à disseminação de *fake news* (notícias falsas)³.

Não resta dúvida hoje que a pandemia da Covid-19 interrompeu a longa e relativamente estável relação da sociedade contemporânea com os eventos massivos do adoecimento e morte associados às doenças transmissíveis e parasitárias. Os estudos clássicos chamaram a atenção para o papel da universalização do acesso à água, das instalações de esgoto e da segurança dos alimentos para o progresso sanitário inicial das economias centrais.

Contudo, a partir do século XX, o controle de vetores, a imunização e a introdução contínua de novos fármacos assumiram o protagonismo nas intervenções médico-sanitárias, reduzindo o risco coletivo. Mesmo em países periféricos, sem infraestrutura urbana e universalização efetiva do acesso à assistência à saúde, o impacto do controle de vetores, vacinas e novos medicamentos na redução da morbidade e da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias foi notável⁴.

No Brasil, por exemplo, observa-se, desde a década de 1950, a significativa diminuição na morbidade associadas às doenças infecciosas e parasitárias. As intervenções biomédicas mantiveram controlado esse grupo de enfermidades, ainda que com alta incidência e letalidade nas áreas sem as condições adequadas de moradia e saneamento e acesso à atenção especializada e hospitalar. Em termos de vidas perdidas, o preço desse modelo de segregação espacial e acesso desigual ao cuidado à saúde durante a pandemia, somado ao negacionismo do governo federal, tem sido elevadíssimo para a população brasileira. Essa comprovação é especialmente inquietante quando se confirma que as vacinas para o controle da Covid-19 não foram disponibilizadas às nações mais pobres do planeta na escala observada no Brasil. Nesse cenário trágico, os trabalhos reunidos neste número temático especial apontam para o desafio da construção de um novo modelo de desenvolvimento social e para a urgente ampliação do papel regulatório e de provisão de serviços do SUS.

Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)*, Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)*, Castro HA (0000-0003-1191-5671)*, Araújo MG (0000-0002-2636-9522)* e Moreira MF (0000-0002-4521-1050)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mendes R. Trabalho, saúde e barbárie social: o caso da pandemia da Covid-19 no Brasil, sua determinação social e a importância do mundo trabalho. In: Alves G, Vizzaccaro-Amaral AL, organizadores. Trabalho, Saúde e Barbárie Social – Pandemia, Colapso Ecológico e Desenvolvimento Humano. Marília: Projeto Editorial Praxis; 2021; p. 163-184.
2. Baldwin P. Fighting the First Wave. Why the Coronavirus Was Tackled so Differently Across the Global. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
3. Brasil. Senado Federal. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia. Brasília, DF. 2021 out. [acesso em 2021 mar 20]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/20/leia-a-integra-do-relatorio-final-da-cpi-da-pandemia-apresentado-por-renan-calleiros-no-senado>.
4. Costa NR, Silva PRF, Lago MJ, et al. A capacidade institucional do setor saúde e a resposta à Covid-19 em perspectiva global. Ciênc. Saúde Colet. 2021; 26(10):4645-4654.

Public health, science and society: challenges and perspectives

Nilson do Rosário Costa¹, Gisela Cordeiro Pereira Cardoso², Hermano Albuquerque de Castro³, Marcelo Guimarães Araújo⁴, Maria de Fátima Moreira³

DOI: 10.1590/0103-11042021E2001

THIS ISSUE OF THE PERIODIC 'SAÚDE EM DEBATE' IS THE RESULT of the institutional commitment of the Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp), of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), in partnership with the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), for the dissemination of knowledge about the impact of the COVID-19 pandemic on science and society. The institutional and organizational effects associated with sanitary control measures are presented and discussed by articles, essays, and reviews in this special thematic issue.

The first waves of the COVID-19 pandemic challenged the classic model of coping with communicable diseases due to the absence of strictly pharmacological actions in the public health portfolio: vaccines and antivirals were not available to control the incidence and reduce the lethality caused by SARS-CoV-2. At that moment, it was left to the field of public health to propose social distancing measures of different degrees that paralyzed the economic activity and affected, in particular, vulnerable populations, the poor, women, and the working class in general. The pandemic deepened the social inequalities experienced in Brazil and in the world. The absence of public policies to prevent COVID-19 and the dismantling of legislations, as well as social protection networks, significantly impacted the health of workers in several categories¹.

The implementation of massive social distancing measures, including quarantine, exposed scientific arguments and transformed government policy for the pandemic into an arena disputed by denialist political leaders, such as President Bolsonaro, messianic opinion makers in the new social media and, paradoxically, sectors of the medical profession. The transitory lack of technological solutions to solve the pandemic has increased active denialism in relation to the effectiveness of biomedicine, a fact still observed on a disturbing scale, in the smear campaign of vaccines against the new coronavirus.

The denialist decisions of the Brazilian president for the control and mitigation of the COVID-19 pandemic also subjected the national cooperative federative arrangement to a monumental stress. He became internationally recognized as an example of a leader who responded chaotically, irresponsibly, and ineptly to the threat of the pandemic, vetoing the lockdown, promoting ineffective drugs, and spreading vaccine hesitancy².

This finding motivated the establishment of the Parliamentary Commission of Inquiry (CPI) in the Federal Senate, in early 2021, to investigate the conduct of the Federal Executive and the Ministry of Health (MS) during the first cycles of the pandemic. The CPI listed the deliberate initiatives of the Brazilian president, who subordinated the MS to his denialist

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nilsondorasario@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



agenda, threatening government action throughout the federation. The CPI found that not only there was an omission by the official media in the fight against rumors and misinformation, but there was also a strong performance by the top government, especially the president of the Republic, in promoting the dissemination of fake news³.

There is no doubt today that the COVID-19 pandemic interrupted the long and relatively stable relationship of contemporary society with the massive events of illness and death associated with communicable and parasitic diseases. Classic studies have drawn attention to the role of universal access to water, sewage facilities, and food safety for the initial health progress of central economies.

However, from the 20th century onwards, vector control, immunization, and the continuous introduction of new drugs took a leading role in medical-sanitary interventions, reducing collective risk. Even in peripheral countries, without urban infrastructure and effective universal access to health care, the impact of vector control, vaccines, and new drugs in reducing morbidity and mortality from infectious and parasitic diseases was remarkable⁴.

In Brazil, for example, since the 1950s, a significant decrease in morbidity associated with infectious and parasitic diseases has been observed. Biomedical interventions kept this group of diseases under control, although with a high incidence and lethality in areas without adequate housing and sanitation conditions and access to specialized and hospital care. In terms of lives lost, the price of this model of spatial segregation and unequal access to health care during the pandemic, added to the denialism of the federal government, has been very high for the Brazilian population. This evidence is especially disturbing when it is confirmed that vaccines to control COVID-19 have not been made available to the poorest nations on the planet on the scale observed in Brazil. In this tragic scenario, the works gathered in this special thematic issue point to the challenge of building a new model of social development and to the urgent expansion of the regulatory role and provision of SUS services.

Collaborators

Costa NR (0000-0002-8360-4832)*, Cardoso GCP (0000-0002-4014-0951)*, Castro HA (0000-0003-1191-5671)*, Araújo MG (0000-0002-2636-9522)* and Moreira MF (0000-0002-4521-1050)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Mendes R. Trabalho, saúde e barbárie social: o caso da pandemia da Covid-19 no Brasil, sua determinação social e a importância do mundo trabalho. In: Alves G, Vizzaccaro-Amaral AL, organizadores. Trabalho, Saúde e Barbárie Social – Pandemia, Colapso Ecológico e Desenvolvimento Humano. Marília: Projeto Editorial Praxis; 2021; p. 163-184.
2. Baldwin P. Fighting the First Wave. Why the Coronavirus Was Tackled so Differently Across the Global. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
3. Brasil. Senado Federal. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia. Brasília, DF. 2021 out. [acesso em 2021 mar 20]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/10/20/leia-a-integra-do-relatorio-final-da-cpi-da-pandemia-apresentado-por-renan-calleiros-no-senado>.
4. Costa NR, Silva PRF, Lago MJ, et al. A capacidade institucional do setor saúde e a resposta à Covid-19 em perspectiva global. Ciênc. Saúde Colet. 2021; 26(10):4645-4654.

A resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19

The resilience of large Brazilian cities and the COVID-19 pandemic

Nilson do Rosário Costa¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E201

RESUMO O objetivo do artigo foi descrever a resiliência do gasto governamental com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no Brasil durante a pandemia da Covid-19 em 2020. Demonstra-se que o desenvolvimento do setor público de saúde contemporâneo foi baseado no federalismo cooperativo. Nesse contexto, a participação municipal no financiamento foi consolidada em torno do pacto da vinculação orçamentária entre os níveis da federação (governo central, estados e municípios). Com base nos indicadores do Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (Siops)/DataSUS/Ministério da Saúde, descrevem-se o Índice de Vinculação Orçamentária e a resiliência da amostra de 87 municípios com elevada disponibilidade orçamentária. Expõe-se que o governo central retirou o apoio à expansão das despesas com ASPS, estabilizando a alocação de seus recursos por meio do veto à vinculação orçamentária. A mudança de orientação federal transferiu o ônus da expansão do financiamento aos governos municipais e estaduais nas últimas décadas. Conclui-se que a estabilização das despesas federais foi compensada pelo crescimento da vinculação do orçamento municipal com as ASPS. Durante o primeiro ciclo da pandemia da Covid-19, a vinculação orçamentária foi crucial para a expansão do financiamento das ASPS na maioria dos municípios da amostra, possibilitando a condição resiliente.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da saúde. Índice de Vinculação Orçamentária. Federalismo. Covid-19. Resiliência.

ABSTRACT *This paper aimed to describe the resilience of the Federal Government's fund of Public Health Actions and Services (ASPS) in Brazil during the 2020 COVID-19 pandemic. It shows that the development of the contemporary public health sector was based on cooperative federalism. In this context, municipal participation in financing was consolidated around the constitutional agreement of budget binding between the levels of the Brazilian federation (Central Government, states, and municipalities). The Budget Binding Index (BBI) and the resilience of the sample of 87 municipalities with a high budget are described from the Public Health Budget Information System (SIOPS) indicators, available at DataSUS/Ministry of Health. The paper shows that the central government withdrew its support for increased ASPS expenditure in the last decade, stabilizing the allocation of its resources through the veto on budget binding. The change in federal orientation shifted the burden of expanding financing to municipal and state governments. The paper concludes that the increase in municipal expenditures offset the stabilization of federal expenditures. Budget binding was crucial to the resilience of ASPS funding in most municipalities in the sample during the first cycle of the COVID-19 pandemic.*

KEYWORDS *Health financing. Budget binding index. Federalism. COVID-19. Resilience.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
nilsondorosario@gmail.com

Introdução

O objetivo deste artigo é analisar a resiliência do gasto das grandes cidades com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) durante a pandemia da Covid-19 no Brasil em 2020, ano em que o País foi um dos mais afetados pela disseminação do Sars-CoV-2¹. Em decorrência do negacionismo do governo central liderado pelo presidente Bolsonaro, as cidades brasileiras tiveram que assumir o protagonismo na implantação das medidas de isolamento social e assistência à saúde².

A pandemia em curso é um evento severo que sobrecarrega os sistemas de saúde em todo o mundo, exigindo a ampliação dos gastos nacionais³. Nesse cenário, a análise da resiliência no financiamento às ASPS possibilita identificar a capacidade de resposta governamental ao choque inesperado provocado pela pandemia, mantendo ou expandindo as funções de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Como assinalado pela literatura, o papel das cidades brasileiras no financiamento das ASPS foi expandido significativamente nas duas últimas décadas.

É necessário chamar a atenção para a complexidade do arranjo institucional que pavimentou a participação das cidades brasileiras no financiamento das ASPS. No início da redemocratização, parcela dos recursos controlada pelo governo central foi transferida, na década, para a execução direta dos governos estaduais e municipais em troca da aceitação de uma agenda padronizada de políticas e programas de saúde⁴. O financiamento setorial ficou organizado em torno de um engenhoso sistema de transferências condicionadas de recursos, associado às instâncias de pactuação entre os gestores dos três níveis de governo na década de 1990⁵. A institucionalização do mecanismo de transferência obrigatória fundo a fundo convenceu os governos estaduais e locais à aceitação da agenda programática federal para o SUS^{6,7}.

A edição de portarias pelo Ministério da Saúde (MS) foi o principal instrumento

administrativo que viabilizou a coordenação das ações nacionais da saúde pública na federação. A descentralização de encargos da execução da política de saúde foi, portanto, derivada do exercício da autoridade financeira, administrativa e normativa do governo federal^{8,9}. A Estratégia Saúde da Família, a reforma da saúde mental e a política de saúde bucal são exemplos paradigmáticos da aceitação consensual das iniciativas de políticas formuladas pelo governo central.

Viana¹⁰ elenca duas razões para o sustentável sucesso da agenda indutiva do governo federal: i) a Constituição Federal de 1988 atribui à União a competência exclusiva para criar e arrecadar as contribuições sociais, fontes de receita vinculadas à seguridade social; ii) a demora na descentralização do SUS, o que contribuiu para que estados e municípios comprometessem as suas receitas decorrentes da partilha tributária instituída em 1988 com outras prioridades.

A indução do governo federal foi especialmente vitoriosa com o pacto da vinculação orçamentária formalizado pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29), à Constituição Federal de 1988. A EC 29 pode ser considerada como um evento crítico na trajetória da descentralização do setor público de saúde brasileiro. A sua aprovação solucionou politicamente os dilemas da cooperação federativa no financiamento de ASPS ao instituir a participação de estados e municípios no gasto público com saúde, inaugurando a segunda etapa do processo de descentralização federativa da ASPS.

A EC 29 modificou os arts. 167, inciso IV, e 198 da Constituição Federal e vinculou percentuais mínimos das receitas tributárias de competência dos estados e municípios para as ASPS (respectivamente, 12% e 15% das receitas líquidas a partir de 2004), além de propor a correção, a partir de 2001, dos valores empregados pela União pela variação do Produto Interno Bruto (PIB)¹¹.

A regulamentação da EC 29 só foi concluída após longa negociação de 12 anos no Congresso

Nacional, pela Lei Complementar nº 141, em 2012 (LC 141/2012). Barros e Piola¹² afirmam que a LC 141/2012 resolveu diversos contenciosos, porém, não incorporou a proposta de aumento da participação federal no financiamento do sistema público. Esperava-se que a participação da União passasse a ter como base, como no caso de estados, Distrito Federal e municípios, o equivalente a 10% da receita corrente bruta. Segundo Piola e colaboradores¹¹, esse dispositivo acrescentaria R\$ 40 bilhões ao ano no financiamento federal do SUS, e a correção anual teria como base a evolução da receita corrente bruta. A proposição foi vetada na LC 141.

Nesse sentido, no biênio 2013-2014, o movimento Saúde + 10 apresentou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321 (PLC 321/2013) ao Congresso Nacional com mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da aplicação mínima de 10% da receita corrente bruta da União em ASPS. Todavia, a quase totalidade dos deputados e senadores do Congresso Nacional foi contra a proposta (com o apoio do governo federal) e aprovou a Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86)¹³.

Conhecida como a Emenda Constitucional do 'orçamento impositivo', a EC 86/2015 alterou parágrafos e incisos nos arts. 165 e 166 da Constituição, referentes à vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, e alterou o art. 198 da Constituição Federal para estabelecer 15% de vinculação da receita corrente líquida da União para programas e ações de saúde¹³.

Estabeleceu a aplicação do montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro da União (art. 198, § 2º, inciso I). Além disso, o percentual de 15% estabelecido seria alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018 e 14,5% em 2019. Apenas em 2020 seria aplicado o percentual de 15% da receita corrente líquida em ações e serviços de saúde de forma plena (art. 2º da EC 86)¹⁴. A liminar do Ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski antecipou a aplicação dos 15% para 2018¹⁵.

No cômputo desse montante, foram incluídos os valores arrecadados de *royalties* do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas às ações e serviços de saúde. Os percentuais mínimos constitucionais para os municípios e estados permaneceram conforme o previsto na EC 29/2000 (respectivamente, 15% e 12% das receitas próprias)¹³. A estabilização das suas despesas com ASPS em relação ao PIB no decênio passado é uma consequência direta do veto do Executivo federal à vinculação orçamentária, refletido nos avanços e recuos legais e constitucionais. As despesas federais com ASPS oscilaram em torno de dois pontos percentuais do PIB no período 2010-2019¹⁶. Por outro lado, a aceitação da vinculação orçamentária por municípios sustentou o crescimento contínuo e sustentado da destinação do recurso para a saúde na década¹².

Nesse contexto de fragilização da pactuação pela vinculação orçamentária obtida na EC 29, cabe destacar que a decisão de redução das despesas primárias da União pela Emenda Constitucional nº 95 do teto de gastos em 2016 (EC 95) constituiu uma ruptura particularmente severa no pacto federativo para o financiamento público da ASPS. O novo regime fiscal contido na EC 95 estabeleceu um teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras. Como alertam Santos e Vieira¹⁷, a despesa primária do governo central poderia ficar congelada em termos reais em aproximadamente R\$ 1,3 trilhão em função da correção anual pela inflação a partir de 2017 até 2036. As despesas com saúde e educação perderam efetivamente a vinculação em relação às receitas e passaram a ter as aplicações mínimas congeladas, nos mesmos termos das despesas primárias, com a diferença de que sua vigência começou em 2018. Portanto, a pandemia que eclodiu em 2020 encontrou o governo federal em posição de saída da função normativa e indutora do desenvolvimento do SUS.

Cabe assinalar, ainda assim, que, diante da situação emergencial, o governo federal teve que aceitar, por pressão do Legislativo

federal, a realização de um esforço fiscal para dar conta dos efeitos imprevistos da imposição por governos locais e regionais do isolamento social para controlar a disseminação do novo coronavírus¹⁸. O decreto de calamidade pública e a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do orçamento de guerra fizeram com que as regras do teto de gasto instituídas pela EC 95 fossem temporariamente suspensas¹⁹. Ademais, a decretação do estado de calamidade autorizou a destinação de recursos extraordinários não contabilizáveis no teto de gastos. Com a decisão, em 2020, o MS teve a aprovação de recurso adicional para o enfrentamento da pandemia de R\$ 49,9 bilhões¹⁵. Essas decisões forçaram o adiamento da implantação do novo regime fiscal regressivo no País contido na EC 95.

Desenho do estudo

O conceito de resiliência é comumente utilizado para analisar a resposta adaptativa individual diante da perda ou de evento traumático, mantendo certa positividade na condição emocional e a funcionalidade social²⁰. Na análise da política pública, a descrição da resiliência enfatiza o comportamento reativo de indivíduos e organizações perante desastres ou eventos catastróficos²¹. A resiliência econômica do setor público dedica-se especificamente à mensuração da variação de recursos financeiros durante e após um evento crítico. Segundo Rose²², um dos desafios metodológicos na análise da resiliência econômica é a identificação, no nível conceitual, da ação resiliente; no nível operacional, a dificuldade está na identificação do comportamento esperado de indivíduos, grupos ou comunidades em um arranjo contextual; e no nível empírico, é especialmente difícil reunir dados para demonstrar a operacionalidade do conceito de resiliência. O pacto federativo para a manutenção do financiamento às ASPS no Brasil oferece, sem dúvida, condições ideais para identificar a ação resiliente (decisão da

vinculação), operada por grupos de municípios e evidenciada por indicadores padronizados de despesas das cidades de acesso público.

Para contribuir para a compreensão do efeito resiliente da decisão do financiamento setorial no contexto da pandemia, o artigo analisa o comportamento da vinculação dos recursos próprios municipais às ASPS no período 2008-2020. A noção de recursos próprios municipais contempla as receitas originárias de *royalties*, imposto sobre serviços de qualquer natureza, imposto predial e territorial urbano e imposto sobre transmissão de bens imóveis. Os recursos advindos do Fundo de Participação dos Municípios e as transferências para as ASPS não entram no cálculo das receitas próprias.

A descrição do padrão da resiliência do financiamento das grandes cidades tem como fonte os dados de painel da amostra de 87 municípios com informação completa no Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (Siops) no período 2008-2020. A amostra contempla 96% dos municípios brasileiros que informaram arrecadação de receita orçamentária superior a R\$ 1 bilhão em 2019²³.

A característica essencial dos dados de painel é que as mesmas unidades são comparadas em dois pontos no tempo²⁴. Portanto, o desenho de pesquisa com dados de painel possibilita a análise da resiliência do mesmo conjunto de grandes cidades em dois momentos críticos – nos anos anteriores à pandemia e em 2020, ano em que os governos locais lidavam com a pandemia ainda sem a disponibilidade da opção farmacológica da vacinação.

Com base nos valores observados da vinculação orçamentária das receitas próprias, é calculado o Índice de Vinculação Orçamentária Municipal (IVM) derivado da equação $IVM = \frac{Vo_t - Ve_{\min}}{Vt_{\max} - Vt_{\min}}$. Na equação, Vo_t representa o valor observado do percentual de recursos próprios aplicados em ASPS em um ponto do tempo, conforme definido na EC 29; e Vt_{\max} e Vt_{\min} são, respectivamente, os valores mínimos do percentual de recursos próprios aplicados ASPS conforme definido na EC29

para o nível municipal em determinado ano (t). O valor do IVM tem a amplitude de 0 a 100 e informa que o financiamento da ASPS é prioritário na agenda do governo municipal quando próximo do valor máximo. A modelagem do IVM tem como referência as ideias desenvolvidas por Pereira e colaboradores²⁵.

O artigo assume também o pressuposto de que a variação positiva do valor do IVM de 2020, quando comparada ao valor médio observado no período 2018-2019, indica que o município foi resiliente (R) no financiamento das ASPS durante a pandemia da Covid-19 ($R = \text{IVM}_{2020} - \text{IVM}_{2018-2019} > 1$). O artigo também correlaciona a condição de resiliência (R) das grades cidades em 2020 com as variáveis do Siops do mesmo ano:

- Porte populacional;
- Localização regional;
- Escala de dependência às transferências de outra esfera;
- Escala participação das transferências específicas para a saúde da União em relação ao total das transferências da União;
- Escala dos recursos próprios aplicados com saúde de acordo com a EC 29.

A descrição por meio do coeficiente de correlação r destas variáveis do Siops propõe identificar o grau de associação da resiliência às variáveis estruturais da amostra de grandes cidades. O indicativo de que há ou não correlação entre as variáveis selecionadas é o coeficiente de correlação, que assume valores entre -1 e +1. Quanto maior o valor do coeficiente de correlação, independentemente de

assumir valor positivo ou negativo, maior o grau de associação linear entre as variáveis²⁶. Os dados foram analisados pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0.

Resultados

As cidades da amostra eram de grande porte (todas com população acima de 100 mil habitantes) e situadas – a maioria delas (52%) – na região Sudeste. O estatuto de capital contemplava 29% dos municípios bilionários. A amostra totalizava 1,5% das cidades brasileiras e concentrava 35% da população residente no País.

De acordo com a *tabela 1*, as maiores diferenças nos indicadores da amostra estavam no tamanho da população, na parcela de transferência vinculada à saúde da União e estados e no IVM. A média do IVM foi de 44,73 em 2020, com grande variabilidade entre os municípios da amostra (42%).

Por outro lado, a elevada participação relativa da União nos recursos transferidos para a saúde (média de 89,5%) apresentava menor coeficiente de variabilidade na amostra. Cabe chamar a atenção para a baixa participação percentual dos estados nas transferências dos entes federais aos municípios estudados para as ASPS (média de 10,5%).

A discrepância da situação de dependência às transferências de receitas fiscais de outra esfera federal era especialmente elevada na amostra estudada, variando de 31,5% a 82%. A *tabela 1*²⁷ demonstra, sobretudo, que os municípios bilionários estavam distribuídos em dois grupos bastante diferenciados em relação à dependência às transferências do governo central.

Tabela 1. Características dos municípios bilionários - 2020 (n=87)

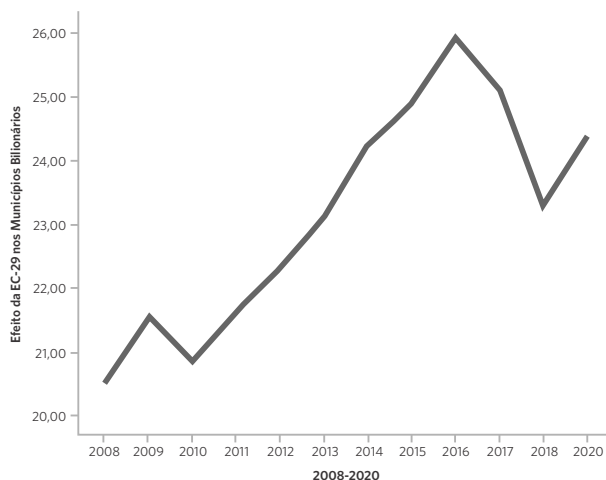
Descritor	Coeficiente de			
	Média	Varição (%)	Mínimo	Máximo
População	865.248	174	130.705	12.252.023
Capacidade de arrecadação (%)	25,02	37	10,43	55,55
Grau de dependência às transferências de outra esfera (%)	54,67	20	31,47	81,98
Parcela da receita da transferência vinculada à saúde (%)	20,86	50	4,04	46,35
Participação da União nos recursos transferidos para a saúde (%)	89,43	10	58,84	100
Participação das transferências específicas para a saúde da União em relação ao total das transferências da União (%)	44,32	37	5,71	75,52
Participação da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do município (excluídas as deduções) (%)	52,48	18	30,78	74,24
Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde (%)	44,67	38	11,25	92,40
Recursos próprios aplicados com saúde (%) de acordo com a EC29	25,14	23	11,30	42,24
Índice de Vinculação Orçamentária (IVM)	44,73	42	0,0	100

Fonte: Siops/DataSUS²⁷.

De acordo com o observado para o conjunto dos municípios nacionalmente, a vinculação das receitas próprias com ASPS nos anos posteriores à EC 29 teve uma evolução notável entre 2008 e 2016, como mostra o *gráfico 1*²⁷. Observa-se também no *gráfico 1* que o veto à vinculação do orçamento federal no financiamento do SUS,

explicitado na EC 95, afetou diretamente o viés expansivo da destinação dos recursos próprios municipais para as ASPS nos anos recentes, revertendo a evolução da vinculação orçamentária. Com efeito, o biênio 2017-2018 registrou uma reversão significativa da vinculação dos recursos próprios municipais para a saúde.

Gráfico 1. Impacto da Emenda Constitucional nº 29 da vinculação de receitas próprias nas ações e serviços de saúde pública nos municípios bilionários - 2008-2020 (n=87) (%)

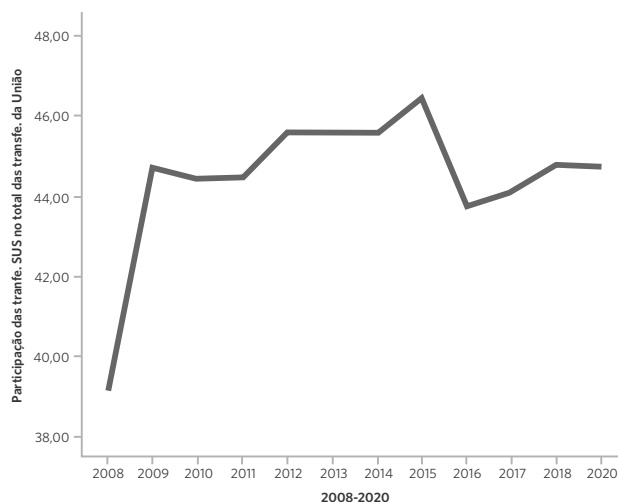


Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (Siops)/DataSUS/Ministério da Saúde²⁷.

Nesse sentido, cabe destacar a tendência à estabilização das transferências de recursos federais para as ASPS, entre 2008 e 2019, na amostra estudada, observada no *gráfico 2*²⁷. Essa tendência não foi revertida pelo Decreto de Calamidade Pública nem pela PEC do orçamento de guerra de 2020. Paradoxalmente, os recursos extraordinários decorrentes da necessidade de manejo nacional da pandemia da Covid-19 não ultrapassaram o pico das transferências federais para os municípios

bilionários observado em 2015, tampouco superaram a destinação dos recursos federais para as ASPS de 2019. Nesse contexto, Servo e colegas demonstram que, ainda que tenha sido aprovado o orçamento de guerra e existissem recursos no orçamento para o combate à pandemia, faltou empenho do governo federal para executá-los e alocá-los no ritmo necessário em uma emergência em saúde pública, prejudicando as ações de combate à pandemia nas três esferas de governo²⁸.

Gráfico 2. Percentual da transferência federal para ações e serviços de saúde pública nos municípios bilionários - 2008-2020 (n=87)



Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (Siops)/DataSUS/Ministério da Saúde²⁷.

A *tabela 2*²⁷ demonstra que a resiliência do financiamento municipal independeu das condições estruturais do município (localização regional, tamanho da população, dependência fiscal ou aderência à EC 29). O fator condicionante da resiliência na maioria da amostra das cidades bilionários em 2020 era a menor participação das transferências da União para

a saúde em relação à despesa total das transferências federais para o município nesse mesmo ano. Em outros termos, os municípios resilientes, que ampliaram os recursos próprios para as ASPS, receberam proporcionalmente menos recursos do governo federal durante a emergência sanitária produzida pelo novo coronavírus em comparação aos não resilientes.

Tabela 2. Condição de resiliência e variação no Índice de Vinculação Orçamentária (IVM) 2017-2019 e 2020 nos municípios bilionários (n=87)

Condição de resiliência/IVM	IVM em 2020	Média do IVM 2018-2019	Varição (A-B)
Municípios não resilientes - 34 (39%)	40,0	41,2	-1,2
Municípios resilientes - 53 (61%)	44,7	36,1	+8,6

Fonte: Siops/DataSUS²⁷.

Como mostra a *tabela 3*, a debilidade da coparticipação do financiamento federal observado em 2020 pode explicar a elevada proporção (61%) dos municípios bilionários que foram resilientes no financiamento das ASPS durante a pandemia e ampliaram substancialmente a vinculação orçamentária.

A *tabela 3*²⁹ também evidencia que o IVM

no conjunto dos municípios resilientes foi expressivamente expandido em 8,6 pontos em 2020 em comparação à média do biênio 2018-2019. Por outro lado, o IVM apresentou uma leve redução de -1,32 ponto nos 34 municípios não resilientes em 2020 em comparação à média do biênio 2018-2019.

Tabela 3. Fontes das despesas com assistência à saúde no Brasil 2003 e 2017 (em U\$ por paridade do poder de compra per capita)

Despesas per capita com saúde (U\$ PPP)	2003	2017
União	168 (21%)	267 (18%)
Estados	88 (11%)	163 (11%)
Municípios	88 (11%)	193 (13%)
Privado	454 (57%)	860 (58%)
Total	798 (100%)	1482 (100%)

Fonte: Marques; Piola; Roa²⁹.

Nesse contexto, é sempre importante chamar a atenção para o papel residual do controle pelo município sobre a alocação de recursos do setor saúde brasileiro ao longo das últimas décadas a despeito do esforço do federalismo cooperativo. A alocação de recursos pelo segmento privado (famílias e empresas de plano de saúde) e pelo governo central ainda é dominante no Brasil. Apesar do monumental esforço de expansão dos gastos próprios por meio da vinculação orçamentária, os recursos alocados diretamente pelos municípios brasileiros contemplaram 13% da totalidade disponível pelo setor saúde em 2017. O setor

de planos privados de assistência à saúde e o desembolso direto alocaram 58%¹².

Conclusões

O artigo comprova a resiliência dos municípios ao choque da pandemia no cenário do federalismo cooperativo *vis-à-vis* a consolidação da agenda da austeridade fiscal no governo central brasileiro³⁰. A expansão da alocação de recursos para as ASPS em contexto de crise sanitária severa nos municípios bilionários autoriza a revisão do ceticismo sobre a

experiência da descentralização no contexto brasileiro.

A primeira visão pessimista a ser revisada identifica a disparidades entre as regiões como o principal entrave ao sucesso da descentralização. Essa disparidade negaria a hipótese de que um círculo virtuoso de política pública possa ser desencadeado pela descentralização. Por essa tese, a maioria dos municípios é incapaz de expandir a arrecadação de impostos, bem como de financiar qualquer atividade, além da remuneração de servidores públicos e execução das atividades relacionadas com a prestação de serviços de saúde e educação com os recursos transferidos.

Já a segunda perspectiva cética associa a vinculação de receitas à ineficiência na alocação de recursos públicos porque essa restrição constitucional torna impossível que os prefeitos eleitos definam as suas prioridades de acordo com a agenda partidária. A vinculação orçamentária promoveria também a captura de recursos por grupos de interesse corporativos, engessando a alocação dos recursos públicos e produzindo mal-estar coletivo.

O IVM e a condição de resiliência dos municípios bilionários revelam um cenário menos sombrio para a experiência da descentralização no federalismo cooperativo do que o antevisto pela literatura. Pode-se afirmar que o sucesso no processo de aprendizagem e construção de consenso na descentralização no SUS contribuiu para que os municípios comprometessem com as ASPS parcelas substantivas das receitas decorrente da partilha tributária instituída em 1988, colocando a agenda da saúde no centro das decisões dos governos locais. O oportunismo fiscal e o suposto engessamento do governo local não

comprometeram o engajamento das cidades bilionárias com o setor de saúde no período analisado. A vinculação implantada pela EC 29/2000 assegurou a ampliação dos recursos alocados no SUS na maioria das cidades mais ricas, possibilitando o envolvimento do governo local com as tarefas inesperadas de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Este artigo evidencia que a única possível causa do enfraquecimento do compromisso municipal na saúde está associada à aderência do governo federal à política da austeridade fiscal nos anos recentes. A ruptura do pacto da vinculação orçamentária pelo governo central por meio do teto dos gastos influenciou a redução da destinação de recursos dos municípios bilionários nas ASPS pela mudança da expectativa inaugurada pela EC 29. Ainda assim, o veto à vinculação do orçamento promovido pela EC 95/2016 não colapsou o financiamento do setor público de saúde no contexto da pandemia em 2020 para uma parcela de municípios de grande porte. Pelo contrário, o artigo mostra que o efeito do recuo do Executivo federal foi mitigado em função da resiliência da maioria das cidades bilionárias na ampliação do financiamento do setor saúde. Resta saber se o esforço municipal foi suficiente para contrabalançar a conduta errática do governo Bolsonaro em relação à pandemia da Covid-19. O acúmulo de perdas de vidas pela pandemia no Brasil comprova, infelizmente, que não.

Colaborador

Costa NR (0000-0002-8360-4832)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Milhorange F. Brazil could have stopped 400,000 Covid deaths with better response, expert says. *The Guardian*. 2021 jun 29. [acesso em 2021 nov 2]. Disponível em: https://www.theguardian.com/global-development/2021/jun/29/brazil-coronavirus-deaths-jair-bolsonaro?CMP=Share_iOSApp_Other.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. [acesso em 2021 nov 2]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>.
- Haldane V, Foo C, Abdala SM, et al. Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries. *Nat Med*. 2021; 27(6):964-980. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34002090/>.
- Arretche M, Marques E, Faria CAP. As Políticas da Política – Desigualdade e Inclusão nos Governos do PSDB e do PT. São Paulo: Editora Unesp; 2019.
- Paiva AB, Gonzalez RHS, Leandro JG. Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde. Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. *Nov. Est. CEBRAP*. 2017; 36(2): 55-81.
- Lima LD, Vianna ALA. Descentralização, Regionalização e Instâncias Intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: Lima LD, Vianna ALA. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011. p. 27-38.
- Vazquez DA. Mecanismos Institucionais de Regulação Federal e seus Resultados nas Políticas de Educação e Saúde. *Dados*. 2014; 57(4):969-1005.
- Arretche MTS. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *Rev. Bras. Ciênc. Soc.* 1999; 14(40):23-42.
- Arretche M, Fonseca EM. Brazil: Local Government Role in Health Care. In: Marchildon PG, Bossert T, editores. *Federalism and Decentralization in Health Care: A Decision Space Approach*. Toronto: University of Toronto Press; 2018. p. 40-50.
- Vianna SM. A Seguridade Social e o SUS: revisitando o tema. *Saúde e Sociedade*. 2015; 14(1):7-22.
- Piola SF, França JRM, Nunes A. Os Efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):411-421.
- Barros MED, Piola SF. O Financiamento dos Serviços de Saúde no Brasil. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil Organização e Financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2014. p. 101-138.
- Funcia F. Implicações da Emenda constitucional nº 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Rev Consensus*. 2015; 5(15):36-40.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Lei Complementar 141/2012. Guia Prático para Gestores. Brasília, DF: CONASEMS; 2015.
- Chioro A, Moretti B. Financiamento do SUS e garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2021.
- Brasil. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília, DF: MF; 2018.
- Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2303-2314.
- Folha de São Paulo. Auxílio emergencial alcançou um terço da população a um custo de R\$ 254 bilhões. Folha de São Paulo. 2020 ago 8. [acesso em 2020 nov 9]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/08/auxilio-emergencial-alcancou-um-terco-da-populacao-a-um-custo-de-r-254-bilhoes.shtml>.

19. Salomão B, Silva CG. Gastar, arrecadar e a retórica da austeridade. *Jornal Valor Econômico*. 2021 maio 7. A14.
20. Bonanno GA. Loss, Trauma, and Human Resilience Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Am. Psych*. 2004; 59(1):20-28.
21. Comfort LK. Designing Disaster Resilience and Public Policy: Comparative Perspectives. *J. Comp. Policy Analysis*. 2012; 14(2):109-113.
22. Rose A. Defining and measuring economic resilience to disasters. *Dis. Prevent. Manag*. 2004; 13(4):307-314.
23. Bremaeker FEJ. Mudanças políticas nos municípios que tiveram receita bilionários em 2019. São Paulo: Observatório de Informações Municipais; 2021.
24. Wooldridge JF. *Introdução a Econometria – uma abordagem moderna*. São Paulo: Thompson; 2006.
25. Pereira ATS, Campelo ACFS, Cunha FS, et al. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(3):607-620.
26. Agresti A, Finlay B. *Statistical Methods for the Social Sciences*. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (Siops)/DataSUS/Ministério da Saúde. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php?S=1&UF=32;&Município=320530;&Ano=2006&Periodo=2>.
28. Servo LMN, Santos MAB, Vieira FS, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 dez 4]; 44(esp4):114-129. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt&format=html>.
29. Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília, DF: ABRES; MS; OPAS; OMS; 2016.
30. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(12):1-5.

Recebido em 15/08/2021

Aprovado em 25/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Desigualdade social e vulnerabilidade dos povos indígenas no enfrentamento da Covid-19: um olhar dos atores nas *lives*

Social inequality and vulnerability of indigenous peoples facing COVID-19: a look at the actors in the lives

Martha Cecilia Suárez-Mutis¹, Marcelly de Freitas Gomes², Verônica Marchon-Silva¹, Maria Luiza Silva Cunha², Paulo Cesar Peiter¹, Marly Marques da Cruz², Michele Souza e Souza², Angela Oliveira Casanova²

DOI: 10.1590/0103-11042021E202

RESUMO A pandemia da Covid-19 tem evidenciado as profundas desigualdades da sociedade brasileira para o enfrentamento adequado dessa catástrofe sanitária. Este estudo buscou compreender as repercussões da Covid-19 nos povos indígenas brasileiros e a sua forma de organização no contexto de desigualdade social e vulnerabilidade. Realizou-se uma pesquisa qualitativa a partir da análise de *lives*. A busca foi feita via plataforma YouTube usando como descritores “coronavírus e indígena” e “covid e população indígena”, totalizando 56 *lives* – que permitiram analisar diversos olhares para o enfrentamento da pandemia, sendo evidente que o ponto de partida para prevenção, vigilância, atenção em saúde e comunicação da Covid-19 entre os povos indígenas é totalmente diferente do resto da população. O protagonismo da sociedade civil indígena está sendo extremamente relevante para o enfrentamento da pandemia. A profunda desigualdade social e as múltiplas vulnerabilidades dos povos indígenas são realidades que devem ser entendidas para superar os enormes desafios produzidos, não somente pela Covid-19, mas fundamentalmente pelo atual contexto de invisibilização, desconhecimento e ataque às sociedades indígenas brasileiras. O controle social ficou muito fragilizado, e urge seu fortalecimento para criar um modelo de saúde diferenciado que realmente contemple os interesses e modos de vida desses povos.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Povos indígenas. Fatores socioeconômicos. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT The COVID-19 pandemic has highlighted the deep inequalities of Brazilian society to address this health-related catastrophe. This study aimed to understand the repercussions of COVID-19 on Brazilian Indigenous peoples and how they organize in the context of social inequalities and vulnerabilities. Qualitative research was conducted based on the analysis of ‘lives’. The search was performed on YouTube using descriptors “coronavirus and Indigenous” and “COVID and Indigenous population”, totaling 56 live events, which allowed us to analyze different perspectives on the fight against the pandemic showing that the starting point for COVID-19 prevention, surveillance, health care, and communication among Indigenous peoples is different from the rest of the population. The leading role of the Indigenous civil society is highly relevant to the fight against the pandemic. The profound inequality and the multiple vulnerabilities of Indigenous peoples are realities that must be understood to overcome the enormous challenges produced not only by COVID-19 and, fundamentally, the current context of invisibility, ignorance, and attack on Brazilian Indigenous societies. Social control has been weakened, and its strengthening is urgent to create a differentiated health model that considers these people’s interests and ways of life.

KEYWORDS COVID-19. Indigenous people. Socioeconomic factors. Health vulnerability.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marthasuarezmutis@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A pandemia da Covid-19 tem demonstrado as profundas desigualdades da sociedade brasileira no enfrentamento dessa doença, sendo as populações indígenas as mais afetadas dada a sua vulnerabilidade estrutural, que nem sempre fica em evidência nos dados agregados em nível nacional^{1,2}. A produção de conhecimentos sobre as desigualdades sociais associadas às condições de saúde, frequentemente, adota a perspectiva dos determinantes socioeconômicos e, raramente, aborda as dimensões étnico-raciais, o que denota o processo histórico de invisibilização de grupos minoritários³⁻⁷. As medidas recomendadas para a contenção da propagação do vírus Sars-Cov-2, como, por exemplo, o distanciamento social, constitui-se em nova forma de sociabilidade com distintos graus de dificuldade segundo os diferentes contextos sociais^{5,6}.

Diante das restrições e do amplo distanciamento nesse contexto, observaram-se avanços na área de comunicação que possibilitaram uma maior interação entre as pessoas e grupos, fenômeno sociotécnico, por mais diversos e distantes geograficamente que estivessem⁸. Diferentes estratégias de comunicação permitiram ‘aliviar’ os efeitos do distanciamento e, ao mesmo tempo, deram visibilidade às diferentes experiências sobre a pandemia e seus impactos. Nesse sentido, a internet abriu novos canais de comunicação e divulgação de opiniões e informações das mais diversas fontes e grupos sociais, possibilitando que uma multiplicidade de vozes passasse a se expressar e a obter mais capilaridade na esfera pública.

Nesse cenário, as *lives* têm sido uma nova e importante arena de debates entre diferentes atores sobre os efeitos da pandemia da Covid-19 na sociedade. Uma *live* se caracteriza pela transmissão ao vivo por meio da internet, em plataformas digitais como YouTube, Facebook, Instagram, entre outras, colaborando para disseminação de informações e conhecimentos de forma remota, além de constituir-se um espaço de vocalização de demandas e denúncias⁸.

No âmbito dos povos indígenas, os depoimentos de lideranças, acadêmicos, ativistas e gestores, por meio de *lives* e *webinars*, converteram-se em uma fonte importante de estudo ao contrapor distintas perspectivas sobre os impactos da pandemia no modo de vida e a capacidade de resposta de estratégias de vigilância, prevenção e atenção à saúde.

Este estudo buscou compreender as repercussões da Covid-19 nos povos indígenas e suas formas de organização no enfrentamento da pandemia, evidenciando situações de desigualdades e vulnerabilidades vivenciadas pelas diferentes etnias. As questões formuladas foram: como a pandemia da Covid-19 está atingindo os diversos povos indígenas? Quais estratégias de vigilância, prevenção, atenção e comunicação têm sido elaboradas para enfrentar a pandemia? Como os indígenas estão se organizando? As desigualdades sociais agravam os desafios da população indígena no enfrentamento da Covid-19?

Material e métodos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa focada nos impactos da Covid-19 nos povos indígenas e sua relação com os contextos de desigualdades sociais e vulnerabilidades a partir da análise de *lives* transmitidas em plataformas da internet nos anos de 2020 e 2021. Inicialmente, procedeu-se à revisão bibliográfica e à análise documental, recorrendo à triangulação dos dados a fim de reduzir os limites da pesquisa. É importante ressaltar que a análise documental visa explorar um universo de documentos (impressos, manuscritos, registros audiovisuais, sonoros e imagens), buscando descrever e explicar seu conteúdo de forma distinta da original, a partir de um referencial de análise, dando forma conveniente e representando de outro modo, mediante procedimentos de transformação⁹. Segundo Flick¹⁰⁽²³⁴⁾, documentos devem ser entendidos como “meios de comunicação”, como uma forma de contextualização da informação, sendo analisados

como “dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na produção de versões sobre eventos”.

A pesquisa em ambientes digitais, que aqui são representadas pelo conteúdo das *lives*, revela um campo vasto ao possibilitar

explorar as formas que essa socialidade permite a produção de narrativas e performances identitárias, associações para propósitos diversos, entre tantas outras possibilidades¹¹.

Diante do exposto, cabe mencionar que este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa ‘Pandemia e Saúde Indígena: estratégias, lições e aprendizados na vigilância, prevenção e controle da Covid-19’. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Ensp/Fiocruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas, de acordo com a Resolução CNS nº 510, de 2016, parecer 4.645.163.

Procedimentos de seleção, coleta e análise dos dados

O conteúdo das *lives* teve a sua busca feita via plataforma YouTube a partir das palavras “coronavírus e indígena” e “covid e população indígena”. Os critérios de inclusão para a seleção das *lives* foram: a) conteúdos que abordassem a situação da Covid-19 nos povos indígenas no Brasil; b) *lives* com a participação de indígenas, representantes de organizações e associações indígenas, da sociedade civil organizada, de associações de saúde coletiva e conselhos de saúde, de responsáveis por órgãos e poderes públicos, de pesquisadores e/ou estudantes de instituições de ensino superior e/ou de pesquisas; e c) *lives* realizadas durante o ano de 2020 até maio de 2021. Vídeos com

menos de 10 minutos de duração foram excluídos do universo amostral, totalizando 56 *lives* encontradas.

Após a coleta de dados, foi elaborado um sistema de tabulação no qual as *lives* foram enumeradas e detalhadas quanto ao título, endereço eletrônico, data de postagem (realização e disponibilização no YouTube), duração, número de visualizações, participantes e instituições, data da coleta e pesquisador responsável pela coleta. Em seguida, o sistema de tabulação foi ampliado para registrar informações textuais das *lives* e, assim, fornecer elementos que possibilitaram a criação de um sistema de codificação para categorizá-las de acordo com características a serem utilizadas na análise. Neste segundo momento, as *lives* foram organizadas com os seguintes aspectos: resumo ou depoimentos principais; local, povo/etnia indígena a que se refere o conteúdo; descrição de ações no campo da saúde pública (vigilância, prevenção e controle) e fora do campo da saúde; mapeamento de atores governamentais e não governamentais (associações indígenas e não indígenas, comunidades e outros); contexto; impacto da Covid-19; observações e pesquisador responsável. Delimitados o conteúdo abordado em cada *live* e o seu contexto, foi selecionado para a análise dos dados um total de 31 *lives* que contemplavam a temática ‘desigualdade social e população vulnerável’. As etapas desse trabalho, desde a coleta até análise dos dados, foram realizadas pela equipe de pesquisadores que compõem a autoria deste artigo.

Para a análise das *lives*, foram utilizados os referenciais teóricos de vulnerabilidade e desigualdade social, principais eixos de análise, conforme consta no *quadro 1*.

Quadro 1. Referencial teórico dos conceitos de vulnerabilidade e desigualdade

Conceito	Autor
Vulnerabilidade	Ayres J. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-143.
<p>Vulnerabilidade está diretamente relacionada ao contexto do indivíduo (produtor de maior ou menor susceptibilidade à infecção e ao adoecimento); bem como ao contexto coletivo que define a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra enfermidades. Para compreender as vulnerabilidades de cada pessoa, é preciso conhecer as condições que podem deixar as pessoas ou grupos sociais em situação de fragilidade e expô-las ao adoecimento.</p> <p>De acordo com Ayres (2009), a vulnerabilidade deve ser analisada em seus três componentes: individual, social e programático.</p> <p>O componente individual refere-se ao grau e à qualidade da informação que cada indivíduo dispõe sobre o agravo em questão, sua capacidade de elaboração das informações e aplicação delas na sua vida prática. O componente social compete a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho. O componente programático diz respeito às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, assim como se refere ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.</p> <p>Desta forma, a avaliação das vulnerabilidades deve levar em conta as dimensões relativas ao indivíduo e ao local social por ele ocupado.</p>	
Desigualdades em saúde	Barreto, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(7):2097-2108.
<p>A discussão sobre as desigualdades em saúde é bastante complexa, pois sua terminologia remete a questões relativas às diferenças, à diversidade, à equidade e inequidade e à iniquidade. Todos são termos que, por vezes, são utilizados como sinônimos e/ou apresentam conotações distintas em diferentes línguas.</p> <p>Segundo Barreto (2017), as diferenças entre grupos sociais muitas vezes transformam-se em desigualdades e, com muita frequência, em iniquidades, na medida em que por relações essencialmente de poder, o acesso e a posse aos bens, serviços e riqueza, fruto do trabalho coletivo e acumulado através de gerações, são desigualmente distribuídos.</p> <p>Essas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis, seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social.</p> <p>As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nessa área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte.</p> <p>As desigualdades dentro de um país concernem à distribuição das riquezas acumuladas por uma sociedade e, em particular, de como ela se organiza e das relações sociais e de poder estabelecidas entre seus diversos estratos.</p> <p>Nesse sentido, pode-se falar em desigualdade estrutural que, no caso das populações indígenas, é fruto do processo histórico do 'encontro' dos conquistadores e colonizadores europeus e os povos autóctones nas terras do Novo Mundo.</p>	

Fonte: elaboração própria.

Nessa etapa, as *lives* foram agrupadas nos eixos desigualdade social e vulnerabilidade, considerando-se as seguintes categorias norteadoras para a análise: prevenção em saúde; vigilância em saúde; atenção e cuidado em saúde; comunicação e informação. O conteúdo foi analisado por visualizações sucessivas ao material, com foco nos temas previstos nas categorias de análise. A análise dos dados foi organizada nas seguintes fases: 1) assistir as *lives*; 2) selecionar os eventos importantes das *lives*; 3) descrever os eventos importantes; 4) transcrever os eventos importantes; 5) discutir os

dados encontrados. Para selecionar os eventos importantes, as *lives* foram assistidas novamente com um olhar mais atento – diferente da fase 1) –, na busca de momentos/trechos que pudessem, de fato, responder às questões de estudo. Identificados os eventos importantes de cada *live*, em um processo de codificação e categorização do material, os dados foram discutidos e analisados buscando articulações com os referenciais teóricos da pesquisa⁸.

O *quadro 2* apresenta as principais informações descritivas das *lives* que compõem o material deste trabalho.

Quadro 2. Descrição das *lives* analisadas e citadas no trabalho

Live	Título da live	Endereço eletrônico	Data da postagem	Duração	Canal de Divulgação. Atores
1	Webinário: Indígenas, Covid-19 e Amazônia	https://www.youtube.com/watch?v=fr2l0aQJgMs	15/07/2020	01:29:00	Conectas Direitos Humanos. Julia Neiva (mediadora). Juliana de Souza Batista (advogada do ISA), Luiz Eloy Terena (advogado da Apib), Daniel Sarmiento (Prof. Titular de Direito Constitucional da Uerj, coord. Clínica de Direitos Humanos da Uerj)
2	GPP DEBATE Situação dos povos indígenas na conjuntura da COVID 19 e atuação da APIB	https://www.youtube.com/watch?v=gucCVB89ShQ	17/04/2020	02:02:34	GPP Debate. Gabriela Rosa Medeiros (mestranda do Pro-MuSSP/Each-USP) (mediadora). Sônia Guajajara, Thiago Henrique Guarani, Jozileia Kaingang, Erisvan Guajajara
3	Sonia Guajajara A luta indígena contra a covid e o governo	https://www.youtube.com/watch?v=OZORUHjmufc	07/08/2020	01:14:51	Carta Capital. André Barrocal (repórter) e Felipe Milanez (colunista do site Carta Capital, especialista na cauda indígena). Entrevista com Sonia Guajajara (coord. da Apib)
4	Boletim corona - a vulnerabilização dos povos indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=gp0umNENpPU&feature=emb_logo	02/07/2020	00:23:15	Canal Saúde Oficial. Neide Diniz (apresentadora). Marcelo Firpo (pesq. Ensp/ Fiocruz, coord. Núcleo Ecologias, Epistemol. e Promoção Emancipatória da Saúde)
5	Debate online - Covid-19 e os povos indígenas: vulnerabilidades e desafios diante da pandemia	https://www.youtube.com/watch?v=SB0ejmo0gmE	02/06/2020	01:15:53	Museu do Holocausto de Curitiba. Francisco Mallmann (artista, pesq. interdisciplinar, coord. do Depto. Exposições Temporárias e Itinerantes do Museu do Holocausto de Curitiba, mestre em Filosofia, pesq. estéticas decoloniais) (facilitador). Tiago Moreira (antropólogo, pesq. do Prog. de Mon. de Áreas Protegidas do ISA, editor de conteúdo do terrasindigenas.org), Mariana Rocha (indigenista independente, replicadora de conhecimento decolonial, membro do Instituto Estratégia Global, coord. do canal Pensando na Fronteira)

Quadro 2. (cont.)

Live	Título da live	Endereço eletrônico	Data da postagem	Duração	Canal de Divulgação. Atores
6	CN-COVID-19 Remota - Ações do governo para proteger indígenas na pandemia - 06/08/2020	https://www.youtube.com/watch?v=QmffdvOPOos	06/08/2020	02:47:45	TV Senado. Confúncio Moura (Senador MDB-RO, pres. Comissão CN-Covid-19). Mario José das Neves (diretor do Depto de Prog. das Áreas Social e Esp. SOF), Fernanda C. Bernardes (Coord.-geral de acomp. Prog. área especial da SOF), Gustavo Ferreira Fialho (Coord-geral de acomp. Prog. transv. área especial da SOF), Robson Santos (Sesai/MS), Siderval M. Santos (chefe de Gabinete da Sesai), João Rosa (dir. Promoção Des. Sustentável da Funai), Conrado A. Flores (coord. geral de orç. e finanças), Frederico C. Oliveira (coord. de prev. de riscos da diretoria de proteção territorial da Funai)
7	Frentes Indígenas de Enfrentamento da Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=YQyPflLxvIM	28/04/2020	01:56:38	TV Abrasco. Coord. Nayara Scalco (Inst. Saúde SES/SP e GT Saúde Indígena/Abrasco). Jozileia Kaingang (UFSC e GT Saúde Indígena/Abrasco), Kauti Kuikuro (SPDM- DSEI Xingu), Glicéria Tupinambá (AITSP e IFBA), Larissa Ye'padiho Mota Duarte (Depto. Mulheres da FORIN), Sofia Mendonça (Proj. Xingu/Unifesp e GT Saúde Indígena/Abrasco)
8	Realidade Brasileira e Universidade: povos indígenas na Paraíba contra o Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=RB10kgurxLI	05/08/2020	01:49:15	ADUEFPB. Estevão Palitot (Prof. Centro de Ciências Aplicadas à Educação CCAE/UFPB, coord. Prog. Educação Indígena) (mediador). Jaci Tabajara (Amip), Poran Potiguara (liderança indígena do povo potiguara na Paraíba)
9	Comissão Externa de Enfrentamento à Covid - Situação dos Povos Indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=l2Me8F2ktnk	15/07/20	5:05:05	Câmara dos Deputados. Robson S. da Silva (Sesai), Marcelo Augusto Xavier da Silva (presidente da Funai), Sandra Terena (sec. nac. de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), Leila Saraiva (assessora política do Inesc), Erick Jennings (neurologista e coord. de Saúde do Povo Zo'é), Douglas Rodrigues e Sofia Mendonça (coord. Projeto Xingu, da Unifesp), Sônia Guajajara (coord.-executiva da Apib), Biko Rodrigues (coord. nac. Conaq)
10	A Pandemia da Covid-19 entre os Povos Indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=p1EYcjN3bmA	23/09/2020	01:54:30	Indígenas UnB. Stephen Grant Baines (mediador). Pós-graduandos do Dpto. de Antropologia da PPGAS/DAN/UnB: Braulina Baniwa (mestranda), Daniel Iberê (Iberê Guarani M'byá) (doutorando), Franklin Baniwa (doutorando)
11	Impactos da pandemia do Covid-19 sobre as populações indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=TqJVJGfTjHA	27/08/2020	01:17:10	Iced/Ufopa. Rui M. Karayama (docente da Ufopa). Leonardo Moura (ISA), João Kaiuri Wai Wai (região Calha Norte, Graduando de Ciências Biol./Ufopa, Presidente Associação Povos Indígenas do Mapuera), Taianara Kirixi Munduruku (região Alto Tapajós, graduada do curso de Gestão Pública de Des. Regional /Ufopa), Alessandra Korap Munduruku (região Médio Tapajós), Ednei Arapiun (região Baixo Tapajós, aluno do curso de Ciências Atmosféricas, membros do Cita)
12	Ágora Abrasco- Painel: Invisibilidades e iniquidades na Amazônia: povos indígenas e a Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=Ymu0TgdRxJ8	21/05/2020	02:21:50	TV Abrasco. Luiza Garnelo (CD/Abrasco, Fiocruz/AM) (coord./mediadora). Inara do Nascimento Tavares (GT Saúde Indígena/ Abrasco, Inst. Insikiran/UFRR), Alcida Rita Ramos (UnB), Pedro Rapozo (UEA), Valéria Paye Tiriyo-Kaxuyana (Coiab)
13	A pandemia de COVID-19 e os povos indígenas de Alagoas	https://www.youtube.com/watch?v=6AqRfFaFQQuQ	28/07/2020	02:19:42	A voz do povo. Osvaldo Maciel. Jairã (Tingui-Botó), Suzana Libardi (profa. UFAL), Wyraktã (Geripankó), Adelson Lopes (prof. Uneal)

Quadro 2. (cont.)

Live	Título da live	Endereço eletrônico	Data da postagem	Duração	Canal de Divulgação. Atores
14	Vulnerabilidades, impactos e o enfrentamento à COVID-19 no contexto dos povos indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=b3l1kMawC1Q	28/04/2020	02:11:50	Fiocruz. Andrey Cardoso (ENSP), Antonio Oviedo (ISA), Elaine Moreira (ELA), Mart Azevedo (Unicamp), Sonia Guajajara (Apib)
15	CEENSP - Corona vírus e povos indígenas: vulnerabilidade ambiental e territorial	https://www.youtube.com/watch?v=C8ixtqe9rFk&t=17s	29/06/2020	02:23:00	Ensp Fiocruz. Paulo Basta (Ensp/Fiocruz) (Coord.). Dário Kopenawa Yanomami (Hutukara Associação Yanomami), Edson Farias Mello (Depto Geologia/UFRJ), Sandra Hacon (Ensp/Fiocruz)
16	Articulação dos Povos indígenas contabiliza 15 mortos por covid-19 e relata subnotificação	https://www.youtube.com/watch?v=Tq0sK7YgZH8	29/04/2020	01:18:00	TV Senado. Reportagem - dados de letalidade para pessoas idosas de Marta Azevedo (Demógrafa e antropóloga Unicamp) e a fala de Jozélia Kaigang (antropóloga) sobre a perda da memória viva com as mortes de idosos na população indígena
17	Impactos da COVID-19 sobre povos indígenas Nossas Vidas Importam	https://www.youtube.com/watch?v=4m3LLy3lzik	21/05/2020	01:43:54	Anistia Internacional Brasil. Jurema Werneck (Anistia Internacional) (mediadora). Gerser Baniwa (líder indígena e filósofo, membro do Cons. Fundo Brasil de Direitos Humanos), Toya Machineri (Coord. de área de território e Recursos Naturais da Coica, membro da Coiab). Tsitsina Xavante (jovem liderança indígena, membro Com. Nac. do Indígena)
18	Pleno - Combate à Covid-19 em comunidades indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=eVjnJzNvpzQ	05/08/2020	02:23:23	STF/ TV Justiça. Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF): Ministro Dias Toffoli (presidente do STF), Min. Luís Roberto Barroso (autor do referendo), José Levi do Amaral (AGU), Augusto B. de Aras (procurador-geral da República). Requerentes: APiB, PSB, PSOL, PCdoB, Rede, PT, PDT. Fala: Luiz H. Eloy (Apib), Daniel Sarmento (PSB e Rede Sustentabilidade), Lucas Rivas (PDT), Paulo Guimarães (PcDdoB), Gustavo Zortéa (DPU), Juliana de Paula Batista (ISA), Gabriela Pires (Comissão Guarani Yvyrupa), Pedro Sérgio Martins (Terra de Direitos e Cons. Indígena Tapajós Arapiun), Júlia Neiva (Colectas Direitos Humanos e Ass. Direitos Humanos em Rede)
19	Palestra 4 - Os povos indígenas no Brasil e a pandemia Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=EWtq14hcgGw	14/10/2020	01:29:00	Praidih_UFPI. Rosilene M. S. de França (coord./mediação). Palestrante: Prof. Renato Athias (NEPE-UFPE)
20	Covid-19 e a política de genocídio do povo indígena	https://www.youtube.com/watch?v=8VM0UUV3w9Wo	15/09/2020	01:25:08	Marco Zero Conteúdo. Sarapó Pankararu (Apoime), Renato Athias (Nepe-UFPE), Manoel Moraes (Unesco/Unicap)
21	Live Juventudes Indígenas no contexto da pandemia de Covid-19 UNICEF Brasil	https://www.youtube.com/watch?v=QoLyJ6zjzrds	02/07/2020	01:29:46	UNICEF Brasil. Joana Fontoura (apresentação/mediação). Jovens indígenas: Daniela Patrícia (YePã Mashã- etnia TuKano), Karynary Apurinã, Samela Sateré Mawé, Kanyary Apurinã/ Daniela Patricia (YePã Mashã)/Samela Sateré Mawé

Quadro 2. (cont.)

Live	Título da live	Endereço eletrônico	Data da postagem	Duração	Canal de Divulgação. Atores
22	Atenção à Saúde da População Indígena no Enfrentamento da Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=qkv9peTtyds	28/08/2020		Conass oficial. Rita Cataneli (Conass), Carlos Lula (presidente da Conass), Robson dos Santos (Sesai), Danielle Cavalcante (cons. Conass para saúde indígena), Kedima Maiuluguedo Xerente (AIS do Polo Base Pakuera), Giselly Patrícia de Paula (Enfermeira da Diasi/DSEI Cuiabá/MT), Charles Tocantin (vice-presidente do Conasems)
23	Os povos indígenas e a Covid 19 na Amazônia: impactos e enfrentamentos	https://www.youtube.com/watch?v=hSbZ9OQOIXQ	27/08/2020	01:07:30	Ciências Sociais em Diálogo. Edmundo Peggion (Prof. Depto. Ciências Sociais/FCLar, coord. Ceimam-FCLar/Unesp/Araraquara). Mario Nicácio (liderança indígena, do povo Wapichana da Terra Indígena Manoá-Pium/RR, mestre em desenvolvimento sustentável junto a povos e terras tradicionais MESPT/UNB, vice-coord Coiab)
24	Saúde indígena, meio ambiente e a Covid-19	https://www.youtube.com/watch?v=EN3TwrU3vEQ	28/08/2020	01:43:26	Instituto de Direito Sanitário Aplicado - Idisa. Thiago Campos (adv. sanitário, Diretor Reg. Nordeste-Idisa) (mediador). Ana Acauã (AM, Pres. e Cacique da Associação Indígena Acauã, da etnia Bare), Fiona Watson (Dir. de pesquisas e campanhas da Survival International, Londres, Inglaterra), Kretã Kaingang (coord. exec. Apib, Liderança da Terra indígena Tupã Nhe'e Kretã, Ass. político da Arpinsul), Rildo Mendes (Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde, Articulação dos povos indígenas da região sul - Arpin Sul)
25	Covid-19 e Povos Indígenas - "Povos Indígenas, Resistindo Sob o Bolsonarismo"	https://www.youtube.com/watch?v=1LnSlmgFul8	21/09/2020	01:37:49	Tapera Taperá. Daniela F. Alarcon (Ensp/Fiocruz) (mediadora). Joziléia Kaingang (doutoranda em antropologia social / UFSC, membro APIB e Frente indígena de prevenção e combate para covid 19 da região sul), Inara Tavares (prof. curso de gestão em saúde coletiva indígena no Inst. Insequeram/UFRR, doutoranda em C. Sociais em des. agricultura e sociedade UFRRJ, membro do GT de saúde indígena da Abrasco), Ana Lúcia Pontes (pesq. Ensp/Fiocruz, coord. GT de saúde indígena da Abrasco)
26	Pueblos indígenas y el Covid-19 en América Latina: vulnerabilidades y resistencia	https://www.youtube.com/watch?v=6SQDjSfxLs&t=104s	09/06/2020	01:16:30	Fiocruz. Ana Lucia Pontes (Ensp/Fiocruz, GT salud indigena Abrasco) (coordenação). Expositores: Mário Nicácio (Coaib/ Apib Brasil), Joenia Wapichana (Dep. Federal/ Brasil), Gregório Mirabal (Coord. de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazônica-Coica), Sebastiana Vázquez - Sakil Nichim Antsetik - México
27	COVID19 e saúde dos povos indígenas: as emergências na saúde indígena as comunidades na Bahia	https://www.youtube.com/watch?v=ZLwZ5EISxrw	25/05/2020	01:03:35	TV UFBA. Leo Pedrana (pesq. Instituto de Pesquisa FA-SA, ISC/UFBA) (mediador), Ubiraci Pataxó (mestre em saberes tradicionais), Dinamam Tuxá (doutorando em Direito da UND, coord. Apib), Luzia Pataxó (coord. DSEI Bahia)
28	Ideias: Povos Indígenas no Brasil, da aldeia ao contexto urbano	https://www.youtube.com/watch?v=qnGMweqmahA	16/09/2020	01:38:45	SESC-SP. Avani Fulni-ô (Comitê de crise do Comusan-SP no enfrentamento da insegurança alimentar), Marina Herrero (Sesc-SP), Gabriela Rosa Medeiros (Ativista do Movimento indígena/Rede de apoio aos povos indígenas do Brasil). Valéria M Freixedas

Quadro 2. (cont.)

Live	Título da live	Endereço eletrônico	Data da postagem	Duração	Canal de Divulgação. Atores
29	COVID-19 e os povos indígenas: impasses jurídicos, ataques institucionais e formas de enfrentamento coletivo	https://www.youtube.com/watch?v=qZ8iQWLU9GE	22/05/2020	01:22:40	TV UFBA. Ayruma Tuxá (UFBA, Apoinme) (mediadora), Dinamá Tuxá (Apib), Julião Pankaruru, Mayamy (Xucuru Kariri), Weibe Tapeba
30	Semana dos Povos Indígenas no Maranhão: Covid-19 nas aldeias	https://www.youtube.com/watch?v=SYUP5mf7npc	04/09/2020	01:15:20	Direitos Humanos Maranhão. Suluene Guajajara (Assistente social, integrante da Coiab/Coepi) (mediadora). Marcos Pacheco (Sec. de Estado de Articulação de Políticas Públicas, médico, doutor em Políticas Públicas pela UFMA), Célia Xakriabá (liderança indígena, prof. ativista indígena do povo Xakriabá)
31	Vidas negras e indígenas	https://www.youtube.com/watch?v=nKkEYbhi3xA	18/06/2020	01:27:48	Cidacs Fiocruz. Mariluce Moura (apresentação). Rosane Borges (USP), Emanuelle Goes (Cidacs-Fiocruz), Daniel Munduruku (Instituto KUA), Ana Carolina da Hora (cientista da computação e criadora do Ogunhe Podcast), Gilberto Caetano (editor e roteirista, do Diálogos Afrurbanos)

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

Panorama da situação dos povos indígenas no contexto da Covid-19

A atenção em saúde aos povos indígenas no Brasil é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Ministério da Saúde (MS). A prestação de serviços ocorre por meio de estruturas gestoras descentralizadas denominadas Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), responsáveis por ações de atenção básica e pela articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Cada DSEI conta com um Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), que é uma instância formal de participação indígena para atuar nas ações de planejamento, implementação e avaliação das ações de saúde¹².

Apesar da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS) em 2002, e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos

Povos Indígenas (PNASPI), três anos depois, os dispositivos de proteção à saúde dessa população já estavam fragilizados quando a pandemia da Covid-19 atingiu o Brasil, o que foi determinante para o agravamento da situação entre os povos indígenas.

No atual contexto político, o processo de silenciamento da participação indígena tem sido intensificado. Em abril de 2019, foi publicado o Decreto Presidencial nº 9.759/2019¹³ que extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados no âmbito da administração pública federal¹⁴. No final do ano passado, após quase dois anos de extinção da participação social e devido à intensa atuação do movimento indígena, o MS reestabeleceu o controle social no âmbito do SasiSUS por meio da publicação da Portaria nº 3021, de 4 de novembro de 2020¹⁵, que recria as instâncias de participação na construção de políticas públicas referente à saúde indígena, que são os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), os Condisi e o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais da Saúde Indígena (FPCondisi).

O primeiro caso de Covid-19 nas populações indígenas foi notificado em março de 2020, em uma mulher de 20 anos da etnia Kokama, contaminada por um profissional de saúde. Desde então, a disseminação do Sars-Cov-2 se alastrou entre os demais povos e etnias de modo que, até 26 de junho de 2021, havia 50.382 casos confirmados e 728 óbitos por Covid-19. No Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, desde a primeira notificação ocorrida no dia 13 de março de 2020 (SE 11/2020) até o dia 26 de junho de 2021 (SE 25/2021), a taxa de incidência e de mortalidade para esse período foi de 6.665,2/100.000 e 96,5/100.000 de mortalidade, respectivamente, segundo dados da Sesai¹⁶. Além disso, a taxa de letalidade também é expressiva¹⁷. De acordo com o boletim epidemiológico apresentado pelo MS, desde 26 de fevereiro de 2020 a 26 de junho de 2021, a taxa de incidência acumulada no Brasil foi de 8.683,1/100.000 e 242,1/100.000 de mortalidade¹⁸. Segundo Pontes et al.¹⁷⁽¹²⁸⁾, o governo tem apontado que essas taxas

Seriam inferiores àquelas da população geral, porém organizações indígenas e pesquisadores têm apresentado questionamentos acerca [deste] ponto, ressaltando a necessidade de análises além daquelas reportadas pela Sesai.

Soma-se a esse panorama o fato de os povos indígenas serem ainda mais vulneráveis à infecção pelo Sars-CoV-2 em razão dos aspectos imunológicos, políticos e modo comunitário de vida, entre outros (*lives 1-3*)¹⁹.

A questão da vulnerabilidade socioeconômica e sanitária dos povos indígenas também tem repercutido no enfrentamento da Covid-19. Em países com histórico de colonização como o Brasil, os marcadores sociais das diferenças estão ancorados na identificação racial; e é com base nesse racismo estrutural que ocorrem as dinâmicas e os processos político-sociais¹.

Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter significado um importante avanço no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, tem havido nos últimos cinco anos retro-

cessos em relação à proteção e demarcação de terras pelo governo federal, além das ameaças aos seus modos de vida por madeireiros, garimpeiros e grileiros que disputam a posse dos seus territórios e dos bens materiais existentes (*live 4*).

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib), em parceria com organizações da sociedade civil, tem denunciado as graves violações perpetradas contra os direitos dos povos indígenas e o meio ambiente no Brasil, que vêm ocorrendo sistematicamente desde a posse do presidente Jair Bolsonaro (*live 2*). A vulnerabilidade dos povos indígenas foi agravada. Os povos isolados figuram entre os mais frágeis, com risco real de extinção, e os territórios ainda não demarcados são os mais ameaçados (*lives 2-3*). Observa-se a correlação entre esses processos e um ‘sistema político-econômico predatório’ que desconsidera as pautas ambientais e os modos de viver e habitar das populações tradicionais.

Em prol do ‘crescimento’ e do ‘desenvolvimento’, suplantam-se as pautas ecológicas e o bem-estar dos ‘povos originários’²⁰, intensificando os processos de vulnerabilidade social e ambiental, com impactos na saúde dos indígenas (*lives 4-5*). Os órgãos de proteção e controle foram enfraquecidos com a nomeação de pessoas cuja atuação parece ser dissonante com os pressupostos do respeito às questões e demandas dos indígenas. A Fundação Nacional do Índio (Funai), por exemplo, atualmente é coordenada por um delegado da Polícia Federal, que tenta intimidar os indígenas em vez de promover sua proteção (*lives 2-3*). A área de coordenação dos indígenas em isolamento voluntário é chefiada por um pastor evangélico que, na contramão da sua atribuição, lidera missionários para o interior das aldeias, forçando um contato indesejado por esses povos (*live 3*).

O cenário destacado pelas *lives* demonstra a situação de instabilidade política, social e epidemiológica (acirrada pela Covid-19) da população indígena agravado pelo contexto

político atual, o que tem exigido ações para superar ou minimizar esses desafios. Dessa forma, a seguir, no *quadro 3*, serão assinaladas algumas estratégias, assim como empecilhos,

para o enfrentamento da pandemia relacionadas com as desigualdades e vulnerabilidades dos povos indígenas.

Quadro 3. Narrativas dos participantes das *lives* por dimensão de análise

Desigualdades	Vulnerabilidades
Categoria: Prevenção em saúde	
<p>“Os indígenas sabem se cuidar da epidemia porque levam 500 anos enfrentando epidemias. A luta é avançar em reconhecer a plurinacionalidade brasileira”.</p> <p style="text-align: right;">Renato Athias (<i>Live 20</i>)</p>	<p>“Os povos indígenas sempre alertaram dos problemas desse modelo econômico que contribuiu para a mais rápida disseminação desse vírus. Preocupação pela presença de missionários evangélicos em áreas indígenas e sua flexibilização em territórios de povos isolados. Os indígenas por parte da COIAB e da APIB iniciaram articulações com governadores (ES, MG e nordeste). Não houve retorno de todos... Os territórios não demarcados são ainda mais vulneráveis que os demarcados. Instabilidade política produz também insegurança jurídica. Toda a estrutura de estado está se dissolvendo a través de necropolítica”.</p> <p style="text-align: right;">Dinamá Tuxá. (APIB) (<i>Live 29</i>)</p>
<p>“O tempo é o nosso inimigo. Precisamos agir de forma imediata e integrada, pois as crianças são o futuro. Articulação com associações indígenas de outros países, pois a doença não tem fronteiras. Atuação com mulheres (preparação de medicamentos caseiros, lideranças, etc.). Os órgãos públicos precisam dialogar com os povos indígenas”.</p> <p style="text-align: right;">Mario Nicácio Vice-coordenador das associações indígenas da Amazônia brasileira (COIAB) (<i>Live 23</i>)</p>	<p>“E são muitos planos emergenciais somados por esse Brasil afora, por esse mundo afora, mas muito mais do que pensar o plano emergencial, nós precisamos urgentemente recorrer também ao nosso plano ancestral, ao nosso plano espiritual, porque mesmo antes do isolamento social muita gente já estava sobre o isolamento da humanidade, sobre isolamento do sentido do princípio de ser humano, do princípio de humanidade, do princípio de solidariedade”.</p> <p style="text-align: right;">Célia Xakriabá, liderança indígena, professora ativista indígena do povo Xakriabá (<i>Live 30</i>)</p>
Categoria: Vigilância em saúde e Covid-19	
<p>“A gente percebeu que enquanto o vírus estava já rodando pelas aldeias, as equipes de saúde, principalmente a SESAI, ainda não tinha como está levando os testes rápidos, principalmente. Porque quando chega o teste rápido em uma aldeia com 30 famílias, com 150 pessoas, a secretaria, tanto a SESAI quanto a municipal, quando vai levar os testes, leva para 7-10 pessoas. Então não tem como jogar esse número na estatística do município e a gente sabe que morreram vários parentes também nossos, das aldeias com os sintomas da covid, os sintomas do vírus, mas não teve aquele tempo de fazer o teste antes de enterrar o parente para que pudesse ser jogado na estatística do município. Então a gente sabe que o município de Santarém tem mais casos de covid-19, mais morte e principalmente, muito mais recuperados porque os parentes das aldeias muitas das vezes eles sentiam um sintoma, um pequeno sintoma, fazem um remédio tradicional e o remédio caseiro, aquele remédio forte, ensinado pelos mais velhos e no outro dia estava passando, já estava melhorando...”.</p> <p style="text-align: right;">Ednei Costa Arapiun, Coordenação do conselho indígena Tapajós-Arapiuns, discente UFOPA (<i>Live 11</i>)</p>	<p>[O vírus]... “chega rápido, espalha rápido, mata rápido e passa rápido. Não é possível fazer saúde sem proteção territorial”.</p> <p>Erick Jennings, Coordenador de saúde do povo Zoé (Pará) (<i>Live 9</i>)</p> <p>“Traz situação dramática no MA. Os dados da APIB não são mentirosos [como disse Presidente da SESAI quem diminuiu a situação séria dos povos indígenas. A SESAI mostra os números oficiais. A APIB mostra os números mais próximos do real”.</p> <p style="text-align: right;">Sonia Guajajara, Coordenadora da APIB (<i>Live 9</i>)</p> <p>“Os indígenas estão fazendo esforços para fazer os próprios planes de contingencia. Os condisi perderam sua força. A SESAI tem ficado muito frágil. O monitoramento da covid tem sido fragilizado. Propuseram que cada DSEI tenha um comitê de acompanhamento próprio. A pandemia tem parado serviços essenciais, porém não tem parado ações que violam direitos”.</p> <p style="text-align: right;">Weibe Tapeba (<i>Live 2</i>)</p>

Quadro 3. (cont.)

Desigualdades	Vulnerabilidades
Categoria: Atenção e cuidado em Saúde	
<p>“Não existe neste momento estado social de direito para os povos indígenas. O atual estado não sabe lidar com as diferenças culturais nem com as políticas indigenistas. Há diferença entre política indigenista e política indígena. O modelo usado para combater Covid-19 entre os povos indígenas é o mesmo que o usado em todos os contextos urbanos”.</p>	<p>“A gente construiu ali na câmara dos deputados o projeto de lei e junto com deputada Joana Wapixana, a primeira mulher indígena a se eleger deputada federal, a gente construiu um projeto de lei para garantir esse plano emergencial, para proteger os povos indígenas. Esse projeto de lei ele foi aprovado na câmara, foi aprovado no senado e foi enviado para a sanção presidencial e o que aconteceu foi que Bolsonaro simplesmente vetou 16 outros dos 21 artigos desse projeto de lei e alguns dos pontos que foi vetado, vale ressaltar aqui, que foi o acesso a água potável, ou seja, o veto quer dizer que ele negou o direito ao acesso a água potável para povos indígenas, ele negou a disponibilização de leitos de UTI para os tratamentos, para o atendimento nos casos de contaminação por covid-19, negou também a distribuição de materiais informativos, materiais que iam orientar os povos indígenas sobre as medidas de proteção”.</p>
<p>Xucuru Kariri (Maynamy) (Live 2)</p>	<p>Sônia Guajajara, Coordenadora da APIB (Live 3)</p>
	<p>“Embora as pessoas, muita gente, não acredita no que tem permanecido nós povos indígenas vivos/vivas, tem sido a força do canto em muitos momentos que o princípio ativo da ciência não deu conta de curar a humanidade foi pelo canto foi pela força da ancestralidade que nós continuamos curando também essa humanidade que não é somente por Covid-19 que está adoecida e por isso eu vou continuar cantando”.</p>
	<p>Célia Xakriabá, liderança indígena, professora ativista indígena do povo Xakriabá (Live 30)</p>
Categoria: Comunicação e informação	
<p>“... são 274 línguas diferentes, portanto, são 274 formas de conversar sobre o Covid e que tem muito a ver inclusive com a cosmologia e cosmogonia, com o tipo de realidades que essas populações vivem e como elas enxergam a realidade que nós estamos vivendo, que não é a mesma realidade nacional, que não é mesmo realidade mundial”.</p>	<p>“A doença veio na velocidade, eu acho, que não esperávamos. Imediatamente, nós, que estamos fora do território, nos organizamos via aos colaboradores, pesquisadores que trabalham no território Baniwa para ver o meio de levar informação correta para as comunidades indígenas. Essa estratégia de informação gerou alguns trabalhos que foram traduzidas para a língua Baniwa, a outra foi usarmos áudio com a explicação de médicos, enfermeiros, pesquisadores de várias instituições que atuam lá no território Baniwa. Isso foram uma das prevenções que foram tomadas para que enviássemos essas informações para as comunidades indígenas. A primeira situação é que isolamento não é do nosso cotidiano, somos povos coletivos e compartilhamos nossas coisas, compartilhando nossas casas...”.</p>
<p>Daniel Munduruku, escritor indígena, do Instituto KUA (Live 31)</p>	
<p>“Como lidar com isso, com essa nova situação? A diferença, para nós enquanto povos indígenas, de outras doenças que já mataram muitas pessoas, nossos avós, nossas tias, as outras doenças, é que hoje usamos as ferramentas tecnológicas a nosso favor. Que é levar essa informação, o que essa doença representa, que considerarmos como inimigo número um, porque corremos risco de perder muitas pessoas como a gente já vem perdendo nesse tempo que a doença chegou no nosso país e continua chegando nas comunidades indígenas... Lá não existe internet, as comunidades são muito distantes uma da outra. Então, nosso meio de passar informação é radiofonia. E temos uma instituição indígena que tem enfrentado isso junto com as comunidades de forma muito, como posso dizer, potencializando essa informação de que há uma necessidade de cuidado de prevenção”.</p>	<p>Braulina Baniwa, da região do rio Içana, mestranda do Depto de Antropologia (Live 10)</p>
<p>Braulina Baniwa, da região do rio Içana, mestranda do Depto de Antropologia da UnB (Live 10)</p>	<p>... “Mas também a gente vê a resistência do não entendimento do que esta doença representa para os povos indígenas. Enquanto você consegue sensibilizar uma família para se prevenir, mas vai ter outras pessoas que vão ouvir essas informações que são fake News de que essa doença não mata. Então, quando eu falo dessa complexidade da informação chegar as comunidades, a gente enfrenta essas duas coisas, o grupo de defesa de vida que vai passar essa informação que essa doença é forte, que pode matar, mas também tem aquele grupo que vai contra essa informação. Então é muito complicado são 23 povos no Rio Negro que tem enfrentado isso”.</p>
	<p>Braulina Baniwa, da região do rio Içana, mestranda do Depto de Antropologia da UnB (Live)</p>

Fonte: elaboração própria.

Prevenção da infecção por Covid-19

No início da pandemia da Covid-19, em 2020, pouco se conhecia sobre as formas de prevenção da doença. Enquanto uma vacina não era desenvolvida, as intervenções não farmacológicas foram fundamentais para evitar a disseminação do vírus. Entre as orientações, estavam: distanciamento social, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de Covid-19²¹.

O isolamento social, uma das práticas necessárias para o enfrentamento da pandemia, tem sido um desafio para os povos indígenas por motivos que vão desde aspectos culturais até a necessidade de ir às cidades para obter recursos financeiros e materiais, como bolsa família, auxílio emergencial e aposentadorias (*live 11*), ou ainda pela pressão dos invasores em terras indígenas, que podem levar o vírus aos territórios. As alternativas para fazer chegar os auxílios ou os materiais necessários aos indígenas nas aldeias deveriam ter sido pensadas em articulação com a população indígena (*live 14*).

Em tempos de ‘normalidade’, é frequente o deslocamento dos indígenas que moram próximos das áreas urbanas para vender produtos obtidos na roça ou artesanatos; com os recursos obtidos, são comprados insumos necessários para completar a alimentação^{7,22}. A quarentena obrigou a realização de ações de segurança alimentar, especialmente para os indígenas que dependem dessas atividades econômicas para garantir alimento para essas famílias, necessitando de doações (*live 7*).

Entretanto, as condições de vida das populações indígenas têm dificultado a implementação de tais medidas. A higienização das mãos, com uso frequente de água e sabão ou álcool em gel, torna-se uma medida de difícil adesão pela baixa cobertura de saneamento nas aldeias, inclusive aquelas localizadas ao longo de rios, com destaque para os povos Xavante, Leste Roraima, Mato Grosso e Mato

Grosso do Sul. A Sesai alega que, devido à pandemia, não foi possível entrar em área para realizar as obras e instalações necessárias, que, na verdade, deveriam ter sido finalizadas no passado (*lives 6-7*).

O presidente Bolsonaro, em julho de 2020, aprovou o Plano Emergencial sancionado na Lei nº 14.021/2020 que pretendia proteger, em caráter emergencial, povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais durante a pandemia. Entretanto, o próprio presidente vetou 22 das medidas que previam o acesso das aldeias à água potável e a materiais de higiene e limpeza, leitos hospitalares e ventiladores mecânicos (*lives 1,3,8*). Após a mobilização de segmentos e representações dos povos indígenas e de movimentos indigenistas, o Congresso Nacional derrubou 16 dos 22 vetos presidenciais (*live 9*).

Apesar dos efeitos deletérios da pandemia sobre os povos indígenas, destacou-se a capacidade de articulação e organização sociopolítica destes para se protegerem da Covid-19 diante do negacionismo, descaso e minimização dos efeitos da doença por parte do governo federal. No início da pandemia, lideranças solicitaram o retorno ao território daqueles indivíduos que se encontravam nas cidades (*lives 10-11*). A Apib, por exemplo, suspendeu o Acampamento Terra Livre, e deu a orientação “ninguém entra, ninguém sai” para que os indígenas permanecessem nas aldeias e evitassem a entrada de não indígenas (*live 4*). Essas orientações foram apoiadas pelos DSEI (*lives 11-13*). Barreiras sanitárias nas áreas indígenas foram implementadas em algumas localidades com o apoio das prefeituras, estados, sociedade civil e frente indígena, Funai e DSEI (*lives 6-7*).

Entre as ações realizadas por instituições federais, foi mencionado o Plano de Contingência de comunidades tradicionais, lançado em 13 de abril de 2020 com o objetivo de atender às especificidades imunológicas e epidemiológicas e reduzir impactos econômicos negativos. Esse plano tinha três eixos: Proteção em saúde, Proteção social e

Proteção econômica com o envolvimento de 15 órgãos. A Funai informou que trabalhou na segurança alimentar com distribuição de cestas básicas com recursos próprios com o intuito de que os indígenas tenham uma alimentação mínima necessária para esse período de pandemia. Mesmo com aulas suspensas, as escolas continuaram com a distribuição da merenda escolar. Outras instâncias do governo federal, como o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, juntaram-se para distribuição e fornecimento de cestas básicas para todos os indígenas brasileiros; e, até julho de 2020, informaram ter distribuído 383 mil cestas básicas e 62 mil *kits* de limpeza e higiene (*live* 9).

Enquanto o governo ainda tem uma postura de ‘tutelar’ os cuidados dos povos indígenas, enviando cestas básicas, *kits* de higiene etc., as organizações indígenas demandam ações de soberania alimentar. Os indígenas propuseram o fomento de atividades produtivas com a promoção da produção agrícola e animal familiar, a compra e doação simultânea de alimentos aos indígenas, a elaboração e distribuição comunitária de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) feitos por eles para fortalecer a renda das comunidades e o investimento na terra (*lives* 2,9,15,29).

Proteção diante do avanço da Covid-19: vidas indígenas importam

No âmbito da proteção diante do avanço da Covid-19, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) foram orientados a fazer visitas domiciliares usando EPI²³. Coube a eles a distribuição de máscaras, álcool em gel, água sanitária, assim como a orientação sobre o distanciamento social, mesmo sendo difícil de ser realizado nas aldeias. A antecipação da vacinação contra influenza foi uma medida adotada por muitos DSEI (*lives* 6-9), que, além de proteger os mais vulneráveis, alivia também a saturação dos serviços de saúde ao diminuir os casos de doenças respiratórias graves e morte (*lives* 16-17). Um DSEI adiou a campanha por três

meses para preparar as equipes na pandemia e evitar a entrada em área (*live* 17).

Conforme relatado em algumas *lives*, observa-se a falta de preocupação com as vidas indígenas por parte do atual presidente, o que tem levado à adoção do termo ‘política de genocídio’ ou ‘necropolítica’ para caracterizar a postura do governo federal ante os povos vulnerabilizados (*lives* 12,17,18)²⁴. Várias vezes concordam que a atual gestão é porta-voz das mineradoras, dos garimpos, do agronegócio, da indústria madeireira que desmatam os territórios indígenas e retira direitos humanos e ambientais (*live* 2). A publicação da Portaria nº 135/2020, ao converter a exploração de minério em atividade essencial e, simultaneamente, colocar os entes de fiscalização em quarentena, aumentou a vulnerabilidade dos indígenas, pois incentiva os exploradores a entrar no território (*live* 2), deixando-os mais expostos aos invasores (*live* 12). Também há descaso no combate a queimadas, garimpos e invasões (*live* 19), sendo, os garimpos ilegais, fonte importante de contaminação (*live* 4). Ao mesmo tempo, o governo federal adotou um discurso de criminalização de atores como o Centro Indigenista Missionário (Cimi), o Fundo Mundial da Natureza (WWF), Direitos Humanos etc., antigos parceiros na luta dos indígenas (*live* 20).

Um aspecto para repensar nos serviços de saúde é a vulnerabilidade cultural dos povos indígenas. Vários depoimentos mostram que, no caso da Covid-19, o saber tradicional ajuda nos casos leves, a partir do uso de plantas medicinais e outras formas de cura²². Além do processo curativo do indivíduo doente, as práticas tradicionais também foram utilizadas em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde coletivas com cerimônias de ‘cura’ de mundo (*lives* 8,9,30).

Um dos desafios da pandemia foi justamente o manejo de cadáveres que expôs vários problemas sociais que assolam as comunidades indígenas, pois é de forma racista que as instituições públicas negam a identidade étnica dos povos indígenas (*live* 18). Mães não

tiveram informações e não puderam enterrar seus filhos, seguindo seus rituais de sepultamento, remetendo ao racismo estrutural a que os indígenas estão sujeitos²⁵ (lives 1,26).

A morte dos anciões, detentores de conhecimentos tradicionais e guardiões dos saberes milenares que são passados por meio da tradição oral, revelou a tragédia da doença para preservação da cultura, ritos e práticas dos povos. Os anciões são bibliotecas vivas que passam para os mais jovens toda a história e cultura desses povos (lives 9,21)¹⁷. Simultaneamente, há apreensão com a morte dos jovens, futuras lideranças de cada grupo étnico e que continuarão com a luta pelos direitos e autorreconhecimento (lives 9-20)²⁶. O discurso mostra que, no caso dos indígenas, o genocídio vem seguido do etnocídio, porque, além do extermínio da vida, tem-se também o risco de extermínio das culturas (live 18).

Vigilância Epidemiológica da Covid-19

A adequada vigilância dos casos e óbitos por Covid-19 é fundamental para auxiliar a tomada de decisões no enfrentamento da pandemia²⁷. Entre as propostas, estão: implantação de redes de comunicação, treinamento das equipes, instalação de laboratórios e salas de situação e monitoramento da Covid-19 com a participação de representantes indígenas (lives 1,15,18). A Sesai criou um ambiente específico para publicação das Notas Oficiais (Notas à Imprensa) produzidas pelo Núcleo de Comunicação (Nucom/Sesai) e publicação de boletins diários. Todavia, várias lideranças relataram falta de clareza no que se refere aos protocolos emitidos pelo MS, além de que as ações previstas vão de encontro às tradições indígenas: ‘Percebe-se, contudo, a ausência de diálogo intercultural e a violência epistêmica e ontológica que vem sendo reproduzida pelo Estado brasileiro’⁷.

Os depoimentos de alguns gestores e da Sesai se referiam à implementação de ‘Comitês de crises’ com os municípios, DSEIs, e Sesai para avaliar as ações para o

monitoramento dos casos (live 22). Segundo o Secretário da Sesai, os indígenas sempre participaram do Comitê de Crise Central e Distrital e nunca foram excluídos (live 6). Porém, essa não é a visão de todos os atores. O que se vê, na prática, é um controle social que só consegue atuar e acompanhar as equipes dentro das aldeias (live 23). Diversas lideranças e membros da academia indicam a existência de subnotificação de casos de Covid-19; parte desta se deve ao registro de indígenas como pardos, pois há relatos de que gestores estão requerendo o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (Rani) para que possam ser registrados como indígenas (live 12), ou seja, o direito à autodeclaração de raça não está sendo respeitado, mostrando o racismo institucional praticado pelo Estado. Ao mesmo tempo, não há transparência dos dados da Sesai o que impede a identificação de muitas cidades onde os óbitos aconteceram. Os dados com a sigla SI (Sem Informação) representam muitos desses casos. A Sesai também não contabiliza indígenas que vivem em contextos urbanos ou em territórios ainda não homologados (live 9,28).

Um estudo da Universidade Federal de Pelotas revelou que a prevalência de Covid-19 entre a população indígena urbana equivale a cinco vezes a encontrada na população branca, o que demonstra a grave situação de vulnerabilidade dos índios brasileiros (live 23)²⁸. Há controvérsias em torno das responsabilidades da Sesai em relação aos indígenas que não vivem em aldeias; organizações indígenas defendem que todos os indígenas devem ser atendidos pela Sesai, independentemente da localização de moradia (live 6).

Atenção à saúde dos povos indígenas afetados pela Covid-19

As ações de enfrentamento da pandemia são específicas em cada contexto, especialmente quando há profundas desigualdades que fazem com que o ponto de partida da atenção seja diferente^{29,30}. Um discurso recorrente nas lives foi a falta de um verdadeiro planejamento por

parte do governo federal. Lideranças e associações sinalizaram a demora no socorro nas aldeias, precisando se mobilizar para produzir e distribuir recursos de combate e prevenção⁷.

PLANO DE CONTINGÊNCIA E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

O Plano de Contingência feito pelo governo é um plano preliminar, sem detalhamento; e os Distritais, com algumas exceções, são repetição do plano federal. Silva et al.⁷ analisaram as medidas dos planos de contingência e resultados apresentados nos informes epidemiológicos, destacando que todos apontam para a transmissão ativa de Covid-19 nos DSEI e sugerem o crescimento, concomitante, à aplicação das medidas do Plano de Contingência, sendo plausível supor uma baixa eficiência na execução das medidas propostas.

Com a Covid-19, é necessário repensar as ações em todos os níveis de atenção à saúde. O desafio é alcançar a saúde diferenciada desde a Atenção Primária à Saúde até os níveis de maior complexidade (*live 9*). Foi observado também um aumento da fragmentação da atenção em saúde já existente desde antes da pandemia⁷ (*lives 9,24*). No contexto da emergência pela Covid-19, essa fragilidade é ainda maior (*live 25*).

Embora todas as ações devessem ser pactuadas previamente, isso nem sempre acontece em períodos de pretensa normalidade, muito menos em momentos de crise sanitária. Na visão das lideranças indígenas, de alguma forma, os 'ocidentais' renunciaram ao direito de respirar por um respirador. A narrativa tanto governamental quanto da mídia nos primeiros meses de pandemia era conseguir implantar, em curto tempo, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a compra de respiradores. Os indígenas agiram diferente (*live 20*).

A Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab) desde o início, discutiu com a Sesai a criação e instalação de unidades primárias de atendimento à saúde para diagnosticar, nas aldeias, as pessoas

com febre e garantir a estrutura de atendimento local, de forma a diminuir o risco de infecção fora das localidades (*live 23*). Nesse sentido, os AIS são atores fundamentais para articular com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) dos DSEI e auxiliar na identificação de pacientes com Covid-19 que apresentem sintomas nas aldeias (*live 22*).

Nas unidades hospitalares, deveria haver alas específicas para atendimento de pacientes com Covid-19. Muitas aldeias não possuem Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI); e aquelas que as têm, normalmente estão em espaços pequenos que não permitem o isolamento de pacientes infectados. Dentro do plano de enfrentamento da doença, foram construídas novas UBSI, sendo que muitas não foram ainda mobiliadas (*lives 9-22*).

Em alguns lugares, os indígenas adequaram nas escolas unidades de tratamento e isolamento, pois não havia estrutura sanitária com condições mínimas para o isolamento necessário (*live 9*). Essas unidades foram fundamentais para abrigar os infectados e para assistência de doentes. Como as terras indígenas estão em territórios com menor número de leitos e maior distância e tempo de deslocamento para os centros de referência, encontram-se com maior risco. Desse modo,

frente ao (sic) cenário de dispersão da doença, medidas como implantação de novos leitos e remanejamento para UTI devem ser priorizadas, com particular urgência naquelas regiões e Terras Indígenas que combinam número relativamente baixo de leitos por habitante³¹.

AÇÕES BEM-SUCEDIDAS CONTRA COVID-19 ENTRE OS INDÍGENAS

Apesar de lacunas de apoio federal para a população indígena, vale destacar algumas ações positivas. Instituições das três esferas do governo deram apoio à construção de abrigos individuais ou coletivos em alguns locais para pessoas com suspeita ou com testes

positivos para Covid-19 e para o isolamento de indígenas que retornavam das cidades (*live 9*). A Funai abriu uma linha de crédito para construir na área indígena espaços de isolamento (*live 27*).

Nos Polos-Base, foram adquiridos, emergencialmente, itens essenciais para o atendimento, como oxímetros, concentradores de oxigênio, testes para realização de diagnóstico, materiais que não eram da rotina das unidades de atenção primária. Ainda que máscaras e luvas fossem usadas cotidianamente na atenção de pacientes, o quantitativo enviado às aldeias pré-pandemia era muito inferior ao necessário para garantir a proteção das equipes. Tocas e kits de higiene não eram enviados. Depoimentos mostraram que não foram fornecidos testes rapidamente e que não havia medicamentos. Também houve demora em dotar com EPI as equipes de saúde, sendo essa dotação de fundamental importância para manejo dos pacientes (*lives 2,23*).

Em um primeiro momento emergencial, houve o empenho de diversos atores para suprir as aldeias com insumos básicos para manejo de Covid-19. Uma das iniciativas foi ‘Todos pela Saúde’, uma aliança de empresários e parceiros que compraram 105 mil oxímetros para as equipes de saúde indígena do Brasil (*lives 16,17*). Também houve auxílio de diferentes ministérios e autarquias, como, por exemplo, o Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos (*live 9*). Um impasse foi o débil funcionamento do que restou do programa ‘Mais Médicos’ criado em 2013, que permitia a presença de profissionais em todos os DSEI realizando um atendimento diferenciado³². Esses profissionais saíram do Brasil no segundo semestre de 2018; e, apesar de haver novas contratações, até agora, não houve substituição adequada desse programa (*live 16*).

Outra ação proposta implementada foi a montagem das Unidades de Atenção Primária Indígena (Uapi), que são unidades avançadas de saúde. Trata-se de uma atenção diferenciada em locais com uma estrutura mínima (como Polos-Base) para manejo dos doentes (*live 9*).

Cada Uapi foi dotada com um gerador diesel, colchão inflável para pronação e EPI. Porém, essas Uapi criadas pela Sesai foram insuficientes (*lives 16-17*). Algumas foram mobiliadas com recursos aportados por parceiros como Organizações Não Governamentais (ONGs) e empresas com a articulação da Apib, da Coiab e dos DSEI³³. A Coiab, com seus parceiros, implantou 64 Uapi na sua área de atuação com a perspectiva de ter em total 124. Também, para apoiar as EMSI, Universidades Federais e ONGs organizaram consultas on-line por meio da telemedicina com especialistas em São Paulo e Rio de Janeiro (*live 9*).

Com a necessidade de ampliar a força de trabalho em saúde indígena para atuação em emergências, a Sesai autorizou a contratação de uma Equipe de Resposta Rápida por DSEI conformada por um médico, duas enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem, que funcionaria inicialmente durante três meses, com possibilidade de prorrogação. Essas equipes permaneceriam em distanciamento social na sede do município e entrariam em área em caso de emergências para apoiar as EMSI e na presença de surtos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Embora a portaria inicial permitisse a contratação de uma única equipe por DSEI (Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020), a fala do Secretário da Sesai se referiu à contratação de duas equipes por DSEI, informando que havia também recursos para ampliar essas equipes (*lives 16-17*).

Um aspecto repetido em diferentes *lives* foi a necessidade de diferenciar as ações de atenção básica realizadas em áreas urbanas daquelas realizadas nas áreas indígenas; esse modelo precisa ser repensado no contexto da saúde diferenciada e adequada às necessidades reais desses povos³⁴ (*live 9*). A referência a outros níveis de atenção do SUS é articulada pelos DSEI (*live 20*). Antes da pandemia, ainda faltava melhorar a rede de emergência municipal para o referenciamento de pacientes indígenas. O transporte de doentes não está claramente no escopo do município

(live 9). A Sesai solicitou aos DSEI a verificação, com os municípios, de espaços de isolamento nas cidades quando os indígenas fossem encaminhados das aldeias; o município deveria formalizar na Sesai para providenciar esses espaços (live 27). No caso da Covid-19, essa referência para níveis de atenção mais complexa foi também um desafio. Foram disponibilizados 280 leitos exclusivos para a população indígena quando referenciada aos hospitais que atendem pacientes com Covid-19 nos estados de Amazonas, Amapá e Roraima (live 17).

Experiências bem-sucedidas foram destacadas, como a do projeto Xingú que apoiou a organização do trabalho das EMSI, tendo como princípio a valorização dessas equipes que estão enfrentando a doença nas aldeias, sem ter muito suporte. Um curso de manejo nas aldeias, juntando as orientações do MS, das associações médicas e outras entidades foi ofertado, dialogando com os materiais produzidos em situações específicas dos territórios indígenas, pois todos os modelos de intervenção para o enfrentamento da pandemia eram urbanos. Houve discussões sobre o uso de tecnologias por internet, como a telemedicina e outras opções, que pudessem ajudar as equipes que estão em campo no seu cotidiano, incluindo também o suporte emocional que é enfrentar a pandemia em áreas de florestas, com condições mínimas de trabalho e longe das famílias (live 17).

O 'Protocolo de Acesso à Terra Indígena Zoé' foi outra experiência interessante. O ingresso das EMSI nas áreas indígenas era feito após testagem, e as equipes faziam estrito isolamento antes de entrar na área. As EMSI precisavam usar todos os EPI no atendimento com higienização constante de rádio, medicamentos, meios de transporte etc. Nos primeiros 10 dias do ingresso no território, eram orientadas a circular pouco e deixar insumos, como materiais de higienização, máscaras e medicamentos, nos caminhos das ocas enquanto faziam quarentena. O povo Zoé fez isolamento voluntário dentro das florestas desde 15 de março. Até a data

da live em julho de 2020, não houve nenhum caso reportado (live 17).

Estratégias de comunicação sobre Covid-19

Diante da gravidade da pandemia e por causa das rápidas mudanças tecnológicas de comunicação, bem como das influências contextuais, grandes desafios estão postos relacionados com a abundância de informações, que dificultam o acesso das pessoas a fontes e orientações confiáveis para prevenção e controle da Covid-19^{35,36}.

Para melhorar a comunicação sobre Covid-19, foi instalada uma central de atendimento dentro da Funai que recebia dúvidas, informações e reclamações; essas informações são tratadas e devolvidas ao solicitante (live 6). A Rede Mídia Índia, principal meio de comunicação dos povos indígenas, está produzindo informativos e vídeos de prevenção e cuidado (live 2). Um aspecto que expõe as novas vulnerabilidades é a presença de missionários nas aldeias com disseminação de notícias falsas por intermédio de rádios locais ou grupos de WhatsApp, em que há possibilidade de comunicação. Há grande preocupação por parte das lideranças, pois muitos desses missionários estão espalhando inverdades sobre a vacinação contra Covid-19, levando a não adesão aos imunizantes disponíveis nas aldeias.

Dessa forma, existe a necessidade de informações qualificadas contra as *fake news* melhorando a comunicação intercultural. A Rede de Monitoramento de Direitos Indígenas em Pernambuco (Remdipe) criou conteúdo específico, mapas de situação, informação georreferenciada e distribuição de dados adequados. De novo, as organizações conseguiram traduzir em diversas línguas indígenas materiais informativos sobre Covid-19 (lives 2,7,10,31). Foi notável a capacidade de organização de muitos povos em redes de apoio, solidariedade e divulgação de informações para proteção e combate à

pandemia em línguas indígenas por cartilhas, audiovisuais bilíngues, *lives* e programas de rádio⁷.

Considerações finais

Esta análise identificou diversos olhares para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos povos indígenas do Brasil. A profunda desigualdade social e as múltiplas vulnerabilidades dos povos indígenas são realidades que devem ser entendidas diante dos enormes desafios gerados pela Covid-19, aprofundando o atual contexto de invisibilização, desconhecimento e ataque às sociedades indígenas do País. Essas vulnerabilidades funcionam ainda como vetores da propagação do vírus.

A adoção de soluções que considerem as especificidades étnicas, culturais e socioambientais são indispensáveis para reverter tal situação e permitir efetivar os direitos de cidadania aos povos indígenas. Nesse contexto, o fortalecimento do SasiSUS, da legislação de proteção, do protagonismo das lideranças e organizações indígenas e da participação por meio dos Condisi, revertendo a recente fragilização dessas instâncias, coloca-se como imprescindível para a prevenção, a vigilância

e o cuidado à saúde, que contemple os seus interesses e modos de vida.

Enfim, é fundamental, sobretudo, valorizar a criação de canais de disseminação e divulgação das estratégias e ações cunhadas pelos próprios povos indígenas, denotando a sua capacidade de governança. Esse é um caminho que se mostra bastante efetivo em um contexto de crise sanitária como o vivenciado pela pandemia da Covid-19.

Colaboradores

Suárez-Mutis MC (0000-0003-2809-6799)*, Gomes MF (0000-0002-5468-0094)* e Marchon-Silva V (0000-0002-8267-0096)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, aquisição, análise e interpretação de dados, elaboração da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Cunha MLS (0000-0001-7565-7996)*, Peiter PC (0000-0001-8383-4542)*, Cruz MM (0000-0002-4061-474X)*, Souza MS (0000-0002-8014-8528)* e Casanova AO (0000-0002-7888-9490)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(9):1-14.
- Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, et al. Desigualdades sociais e mortalidade COVID-19 na cidade de São Paulo, Brasil. *Int J Epidemiol*. 2021; 50(3):732-742.
- Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Brasil). Relatório Nossa Luta é Pela Vida. 2020. [acesso em 2021 jul 16]. Disponível em: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossaluta-epelavida_v7PT.pdf.
- Coimbra JCEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000; 5(1):125-132.
- Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2021 ago 1]; 18(3):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>.
- Santos RV, Pontes AL, Coimbra Júnior CEA. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 jun 21]; 36(10):e00268220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>.
- Silva LL, Nascimento PE, Araújo OCG, et al. The Articulation of the Indigenous Peoples of Brazil in Facing the Covid-19 Pandemic. *Front. Sociol*. 2021; (6):611336.
- Costa AMFR, Almeida WC, Santos EO. Eventos científicos online: o caso das lives em contexto da COVID-19. *Rev Práxis Educ*. 2021; 17(45):162-177.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Flick U. *Introdução a pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Deslandes SF, Coutinho T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 dez 10]; 36(11):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hz9h4Fm4mdrvnZwTfKRpRNq/?lang=pt>.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002.
- Brasil. Decreto Presidencial nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. *Diário Oficial da União*. 11 Abr 2019.
- Scalco N, Nunes JA, Louvison M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. *Saúde Soc*. 2020 [acesso em 2021 dez 22]; 29(3):e200400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200400>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.021, de 4 de novembro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 13 Out 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico: Doença por Coronavírus (covid-19) em populações indígenas. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/pdf/Informe%20Epidemiológico%20SE%2025_2021_SE-SAI_COVID-19.pdf.
- Pontes ALM, Cardoso AM, Bastos LS, et al. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Matta GC, Rego S, Souto EP, et al., organizadores. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e*

- respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz; 2021, p. 123-136.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 69: Doença pelo Coronavírus – COVID-19. Semana Epidemiológica 25 14 a 26/6/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/69_boletim_epidemiologico_covid_2junho.pdf/view.
 19. Mendes MF, Pereira LR, Lima TM, et al. Covid-19 pandemic evolution in the Brazilian Indigenous population. *J. Racial Ethn Health Disparities*. 2021 [acesso em 2021 jul 28]; 29:1-17. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782907/>.
 20. Castro F, Lopes GR, Brondízio ES. The Brazilian Amazon in Times of COVID-19: from crisis to transformation? *Ambient. Soc*. 2020 [acesso em 2021 jul 12]; (23):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200123vu2020L3ID>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de julho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. *Diário Oficial da União*. 19 Jul 2020.
 22. Guimarães LMA, Ferreira Júnior A. Lutas políticas por populações indígenas em Roraima (Brasil) e o enfrentamento à pandemia Covid-19. *Mundo Amazon*. 2020;11(2):223-243.
 23. Ewuoso C, Cordeiro-Rodrigues L. Khoikhoi perspectives on public health: Indigenous values for a COVID-19 response in South Africa. *J Glob Health*. 2021; (11):03032.
 24. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 edições; 2018.
 25. Vave R. Urban-Rural Compliance Variability to COVID-19 Restrictions of Indigenous Fijian (iTaukei) Funerals in Fiji. *Asia Pac J Public Health*. 2021 [acesso em 2021 jul 28]; 33(6-7):767-774. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10105395211005921>.
 26. Arruti JMPA. O reencantamento do mundo: trama histórica e arranjos Rio de Janeiro: UFRJ; 1996.
 27. Silva WNT, Rosa MFP, Mendonça KS, et al. Síndrome respiratória aguda grave em indígenas no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise sob a perspectiva da vigilância epidemiológica. *Visa debate*. 2021; 9(1):2-11
 28. Hallal PC, Hartwig FP, Horta BL, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(11):e1390-e1398.
 29. Stevanim LF. Vulnerabilidades que aproximam. *Raídis: Comun. Saúde*. 2020; (212):10-15.
 30. Bump JS, Baum F, Sakornsin M, et al. Political economy of covid-19: extractive, regressive, competitive. *BMJ*. 2021 [acesso em 2021 jun 30]; 372(73). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7819150/?report=classic>.
 31. Oviedo A, Santos TM, Oliveira U, et al. A vulnerabilidade socioambiental dos povos indígenas no Brasil ao Covid-19. 2020. [Pre-print]. [acesso em 2021 maio 25]. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/2374>.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 33. World Wide Fund for Nature (Brasil). COVID-19: enfermarias de campanha chegam aos indígenas da Amazônia. WWF-Brasil. 2020 set 8. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.wwf.org.br/?76989/Covid-19-enfermarias-de-campanha-chegam-aos-indigenas-da-Amazonia>.

34. Nascimento LFM, Correa IZN, Nogueira CBC, et al. O limbo jurídico do direito à saúde de indígenas residentes em contexto urbano e os reflexos no enfrentamento do Covid-19: uma análise a partir da cidade de Manaus, Amazonas. *Rev. Direito Público*. 2020; 17(94):250-277.
35. Organização das Nações Unidas. La ONU contra la desinformación sobre el COVID-19 y los ataques cibernéticos. 2020. [acesso em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/onu-contra-desinformacion-covid-19-ataques-ciberneticos>.
36. Silva CRDV, Bay Junior OG, Martiniano CS, et al. Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2021 dez 22]; 31(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310204>.

Recebido em 14/08/2021

Aprovado em 21/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Edital Programa Inova-Fiocruz: Encomendas Estratégicas - Inova Covid-19 - Geração de Conhecimento

Covid-19 e Doenças Negligenciadas ante as desigualdades no Brasil: uma questão de desenvolvimento sustentável

COVID-19 and Neglected Diseases in the face of inequalities in Brazil: a matter of sustainable development

Denise Scofano Diniz¹, Eliane dos Santos Teixeira¹, Wânia Guimarães Rabêllo de Almeida², Marina Santiago de Mello Souza³

DOI: 10.1590/0103-11042021E203

RESUMO A pandemia de Covid-19 tem levado os países periféricos, como o Brasil, a se confrontarem não apenas com novos desafios, mas com a exacerbção de tantos outros que sequer foram solucionados. Os inúmeros problemas decorrentes da pandemia atingem de maneira desigual a população tanto no que diz respeito ao acesso ao tratamento assistencial quanto às medidas para mitigar a contaminação. O presente artigo parte da hipótese de as profundas desigualdades sociais em saúde, associadas a fatores políticos e econômicos que perpassam a sociedade brasileira, integrarem condicionantes que poderão levar a Covid-19 ser incluída no grupo de Doenças Negligenciadas. Por meio de revisão de literatura não sistematizada, levanta as principais características referentes aos aspectos clínicos e às demandas ao sistema de proteção social brasileiro, analisando os pontos de contato entre ambas, tendo como base a matriz comum das desigualdades sociais. Acredita-se que os caminhos possíveis para que essa hipótese não se confirme será apostar na elaboração de políticas públicas com ênfase na solidariedade, nos direitos humanos, no fortalecimento da governança global e no agir ético de cada pessoa rumo ao desenvolvimento sustentável para todo o planeta.

PALAVRAS-CHAVE Doenças Negligenciadas. Covid-19. Desigualdades. Determinantes Sociais da Saúde. Desenvolvimento sustentável.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has led underdeveloped countries, such as Brazil, to face not only new challenges, but the exacerbation of so many others that have not even been solved. The countless problems resulting from the pandemic affect the population in an unequal way, both with regard to access to care treatment and measures to mitigate contamination. This article starts from the hypothesis that the deep social inequalities in health, associated with political and economic factors that permeate Brazilian society, integrate conditions that could lead to COVID-19 becoming part of the group of Neglected Diseases. Through a non-systematic literature review, it raises the main characteristics related to the clinical aspects and the demands of the Brazilian social protection system, analyzing the points of contact between them, based on the common matrix of social inequalities. It is believed that the possible ways for this hypothesis not to be confirmed will be to invest in the elaboration of public policies with an emphasis on solidarity, human rights, the strengthening of global governance and the ethical action of each person towards sustainable development for the entire planet.*

KEYWORDS *Neglected Diseases. COVID-19. Inequalities. Social Determinants of Health. Sustainable development.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio Janeiro (RJ), Brasil. ddscofano@gmail.com

²Faculdade de Direito Milton Campos – Nova Lima (MG), Brasil.

³Universidade Iguazu (Unig) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A pandemia de Covid-19 tem provocado diversos impactos tanto na sociedade quanto na área da saúde, em particular, evidenciando uma crise sanitária que envolve os processos ambientais, econômicos, sociais, culturais e políticos e suas inextricáveis interdependências. Ela vem gerando importantes transformações e questionamentos no âmbito da organização da vida das pessoas, das famílias e dos diferentes grupos sociais, apontando necessidades imperiosas de mudanças de hábitos de consumo e de repensar a sustentabilidade do planeta¹.

Dados levantados na pesquisa Data Favela/ Instituto Locomotiva², realizada em 262 comunidades de todos os estados da federação e divulgada no início da pandemia, revelavam a preocupação dos moradores com o impacto na renda familiar por causa da interrupção da atividade econômica nessa parcela da sociedade que não tem poupança e nem recursos para manter seu padrão de vida caso não consigam trabalhar, tampouco possuem condições de cumprirem as recomendações da comunidade científica de distanciamento social. Corroborando essas preocupações, o mapa sobre as desigualdades socioterritoriais na cidade de São Paulo, publicado pela Rede Nossa São Paulo³, já no final do primeiro semestre de 2020, apontava que nos distritos com melhores condições de vida, as mortes por Covid-19 crescem pouco e nos distritos “onde as pessoas vivem menos tempo, encontram-se também piores condições de vida”³, em que a mortalidade por essa causa está crescendo consideravelmente desde o começo da pandemia.

Outro ponto não menos importante, são as sequelas, que atualmente vêm sendo definidas como ‘Covid longo’⁴, as quais ocorrem não somente nos pacientes que desenvolvem a Covid-19 nas formas mais graves. Por ser uma doença que causa alterações multissistêmicas, afeta não apenas os pulmões, mas também pode gerar sequelas em vários órgãos e de diversos tipos e muitas vezes sobrepostos, provocando alterações no coração e nos rins,

falta de força muscular, predisposição para trombose, disfunção cognitiva entre outras.

Estes dois grandes problemas – as desigualdades socioterritoriais e as sequelas – associados na presente pandemia geram muitas questões, entre elas a levantada por Hotez et al.⁵ em seu artigo, escrito em um momento ainda inicial da Covid-19, quando esta ainda se encontrava com cerca de 1% de casos confirmados em países do Hemisfério Sul. No título em que abrem o manuscrito, os autores indagavam se a Covid-19, dada a sua rápida tendência de disseminação, poderia vir a ser a próxima doença tropical negligenciada. Naquele momento, já apontavam a baixa testagem e as dificuldades de acesso ao diagnóstico como um dos muitos componentes dos problemas dos sistemas de saúde de países pobres e/ou com grandes desigualdades sociais da África, Ásia e América Latina.

Em artigo posterior, já em 2021⁶, Hotez et al. sinalizam a profunda retração econômica global em função do avanço da pandemia e seus efeitos nefastos (diretos e indiretos) nos países pobres. Tais fatos, como tem sido exaustivamente apontado na mídia, estendem-se também aos países periféricos, como o Brasil. Contudo, ainda assim, pode-se indagar o que levaria a Covid-19 a se transformar em uma Doença Negligenciada (DN), já que ao contrário desta, possui grande visibilidade e o complexo sistema de inovação em saúde mundial está buscando abordagens científicas para seu controle?

Podem-se apontar algumas pistas para essa discussão: uma, relacionada com as sequelas dos pacientes, gerando ou agravando condições crônicas de saúde; e, outra mais profunda, ligada à pobreza e às desigualdades sociais em saúde, em que os problemas de acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno, as dificuldades na prevenção e medidas higiênicas, na falta e/ou precariedade de moradias; na impossibilidade do distanciamento social e de seguirem o recomendado ‘fiquem em casa’, estratégia de confinamento da população adotada, no início da pandemia, para evitar

a disseminação do vírus⁷ – entre outras dificuldades e iniquidades –, terminam por gerar, em um ciclo vicioso, a maior probabilidade de contaminação, desenvolvimento de sequelas, as quais aprofundam as imensas desigualdades estruturais especialmente nos países pobres e periféricos.

Este artigo, pois, versa sobre as correlações existentes entre a Covid-19, as DN e as desigualdades sociais, no Brasil. Ademais, tem como principal objetivo suscitar reflexões acerca dessas possíveis convergências e os seus efeitos sobre a população, no período de pandemia e pós-pandemia.

Destarte, a sua relevância se encontra na possibilidade de promover um debate sobre os possíveis impactos de um aprofundamento das iniquidades sociais da pobreza e da exclusão social, na saúde da população e, especialmente, estabelecer uma análise crítica a partir da hipótese de que um desses impactos se expressa na perspectiva de a Covid-19 se tornar uma DN.

Caminhos percorridos para análise do problema

Com o objetivo de obter uma visão ampla e global das publicações sobre desigualdades sociais, pobreza, DN e políticas públicas na pandemia de Covid-19, realizou-se uma revisão não sistemática, do tipo narrativa, da literatura científica publicada sobre o tema das desigualdades sociais e seus impactos na saúde das populações vulnerabilizadas, com enfoque especial às DN e à Covid-19. A busca eletrônica concentrou-se em artigos nas bases de dados: SciELO, Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), usando os seguintes descritores: ‘Covid-19’, ‘pobreza’, ‘desigualdades sociais’ e ‘doenças negligenciadas’. O período do levantamento bibliográfico contemplou a promulgação da Lei do Sistema Único de Saúde (8080/90)⁸ até o mês de julho de 2020. A partir do levantamento, realizou-se uma breve discussão teórica sobre os principais descritores, tendo como finalidade analisar

a questão levantada sobre a possibilidade de a Covid-19 se transformar em uma DN. Este estudo faz parte da primeira etapa de pesquisa sobre o tema, cujos resultados serão apresentados em futuras publicações.

Identificou-se, quanto às determinações sociais do processo saúde-doença, uma crescente tendência para a realização de estudos que abordam as relações entre saúde e fatores histórico-sociais, econômicos, culturais e ambientais. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁹⁽⁷⁸⁾, define-os como

fatores sociais, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Desse modo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estão atrelados às condições em que determinada pessoa vive e/ou trabalha.

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como na internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população¹⁰. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias¹¹.

Conforme sinaliza relatório da Organização das Nações Unidas (ONU)¹² sobre a pandemia, o processo de gestão das crises sanitária, humanitária, econômica e social só poderá ser bem-sucedido com transparência e responsabilidade institucionais, além da responsividade inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis. No Brasil, houve problemas com a divulgação de dados epidemiológicos, pelo Ministério da Saúde (MS), em 2020. Assim, a constituição do “Consórcio dos Veículos de Comunicação foi importante e necessária

diante da falta de transparência das ações do governo federal”¹³⁽⁹⁾, contribuindo para a divulgação de casos e óbitos da Covid-19. Entretanto, segundo os autores, a forma como enunciam esses dados apresenta limitações que interferem na proposição de ações para lidar com a pandemia, no País¹³.

Por fim, destaca-se o ‘negacionismo científico’ do governo federal, isto é, a “desconsideração explícita de questões que exigem um reconhecimento e validação científica”¹⁴⁽⁸¹⁾ propagando “falsas informações”¹⁴⁽⁸¹⁾. Mesmo se tratando de atuação específica do atual governo que pode ser reconfigurada futuramente, com gestões mais democráticas, o impacto da corrosão das políticas públicas, da credibilidade das instituições e informações possivelmente perdurará durante alguns anos, intensificando as iniquidades. Acredita-se, pois, que esses elementos contribuam para que a Covid-19 se torne uma DN.

A governança e os seus efeitos em tempos de pandemia

Ao Estado incumbe desempenhar determinadas funções na sociedade. Essas funções sofrem alterações, especialmente, para atender às mudanças nas necessidades humanas e nas relações sociais. Na contemporaneidade, uma das funções atribuídas ao Estado é a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais, bem como a promoção do bem de todos e todas, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, como se vê do art. 3º, incisos III e IV, da Constituição da República de 1988¹⁵. Para alcançar esses objetivos o Estado deve instituir e destinar políticas sociais para várias áreas, entre as quais, a da proteção social (trabalho, saúde, previdência e assistência). Lembre-se que políticas públicas podem ser definidas como:

[...] o conjunto de decisões e ações que o Estado projeta, implementa, monitora e avalia a partir de um processo permanente de inclusão, deliberação e efetiva participação social com o objetivo de proteger, promover, respeitar e garantir os direitos humanos de todos os indivíduos, grupos e coletividades que compõem a sociedade, sob os princípios da igualdade e não discriminação, universalidade, acesso à justiça, responsabilidade, transparência, transversalidade e intersetorialidade¹⁶⁽⁴⁵⁾.

Assim, os governos precisam instituir e destinar políticas sociais visando obter resultados em diversas áreas para, inclusive, promover o bem-estar dos integrantes da sociedade. Porém, um dos efeitos nefastos do encolhimento do Estado é o ataque às políticas sociais, inclusive, às de saúde¹⁰, aspecto que se torna ainda mais evidente, neste momento de pandemia.

Desde o início da pandemia, o governo federal criticou a premência de isolamento social sob a alegação que prejudicaria a economia, todavia, “pode-se dizer que o problema entre salvar vidas ou a economia é um falso dilema”⁷⁽²⁾. Além disso, sustentado por este ‘falso dilema’, o governo federal vem defendendo que

tratamentos milagrosos estão sendo utilizados como esperança de cura, ao mesmo tempo que servem como justificativa para não fechar estabelecimentos comerciais e outros setores da economia¹⁴⁽⁹¹⁾.

É preciso “dar apoio financeiro prioritariamente aos mais necessitados”⁷⁽²⁾.

Assim, para minimizar o impacto da crise econômica sobre os grupos vulnerabilizados socialmente, criou-se o Auxílio Emergencial (A.E.), em 2020. Segundo, Marins et al.¹⁷, o A.E. foi criado a contragosto do governo e sob pressão da sociedade civil, cujos percalços para a sua implantação foram: falta de transparência pública sobre as aprovações, reprovações e análises dos cadastros, as demoras em realizar as avaliações e a dificuldade em fazer com que o benefício chegue até as famílias¹⁷.

Isso evidenciou o enorme desafio de “atender, com a urgência necessária e sem aglomerações, um número expressivo da população”¹⁷⁽⁶⁸⁴⁾. Enfim, trata-se de políticas públicas muito frágeis para lidar com esta enorme catástrofe sanitária.

Segundo Caponi¹⁸⁽²¹⁷⁾,

[...] a epidemia nos coloca perante a debilidade dessa razão neoliberal centrada na meritocracia e no sucesso, na construção do Capital humano e do Capital-saúde (Bihar, 2020), onde cada um tem que criar seu próprio seguro de saúde e assumir seus próprios riscos sem nada dever ao Estado.

Assim, vem sendo observada uma ênfase em decisões políticas que privilegiam a economia em detrimento de interesses e necessidades de toda a coletividade, esvaziando projetos de políticas públicas intersetoriais passíveis de defrontar à pandemia.

A Covid-19 e seus desdobramentos no Brasil

Contrariamente à afirmação de que a Covid-19 seria uma ‘doença democrática’ pelo fato de atingir os países ricos no Hemisfério Norte assim como os demais países em desenvolvimento do Hemisfério Sul, a sua prevalência é mais elevada entre a população pobre, de maioria negra e moradora das favelas e comunidades periféricas gerando e perpetuando as desigualdades no Brasil, país de marcadas desigualdades socioterritoriais. Rita Barata¹⁹⁽¹²⁾ sinaliza que, ao se falar em desigualdade social, refere-se a situações que implicam algum grau de injustiça, na qual grupos são colocados “em desvantagem em relação à oportunidade de ser e se manter sadio”. E acrescenta:

[...] Toda e qualquer doença e sua distribuição populacional são produtos da organização social, não tendo sentido falar, portanto, em doenças sociais e não sociais¹⁹⁽²⁰⁾.

De forma geral, compreende-se que o processo saúde doença é intrinsecamente histórico, isto é, “determinado pelas condições estruturais e conjunturais em que vivem as populações humanas”¹⁹⁽²⁰⁾. As relações econômicas, sociais, culturais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem, assim como o contexto ecológico, moldando os padrões de distribuição de doenças.

Os indivíduos infectados pelo vírus Sars-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, podem cursar de forma assintomática ou sintomática leve à grave. Sujeitos sintomáticos apresentam inicialmente sintomas similares aos de gripe viral, como: febre, tosse, cefaleia, dispnéia, diarreia, mialgia e fadiga. Além desses sintomas, o paciente pode apresentar anosmia e/ou ageusia²⁰. A maioria evolui com um bom prognóstico, no entanto alguns pacientes podem cursar com pneumonia viral leve e/ou progride para Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) com hipóxia, sepse e séptico²⁰⁻²². Estudos demonstraram que pacientes idosos e/ou com comorbidade cardíaca, doença renal crônica e diabetes apresentam maior taxa de morbidade e letalidade^{22,23}. Além de sintomas respiratórios, já foram descritos sintomas neurológicos graves como convulsões e acidente vascular cerebral isquêmico²⁴. O comprometimento extrapulmonar está principalmente associado a alterações cardíacas e lesão renal²⁵.

Um estudo baseado no seguimento de pacientes sobreviventes de Covid-19 demonstrou que 49,6% apresentaram um ou mais sintomas residuais da doença. Quase 50% dos sobreviventes manifestaram sintomas gerais como fadiga ou debilitação física, sudorese, calafrio, tontura, artralgia, mialgia e edema de membros. No entanto, 39% apresentaram sintomas respiratórios como polipneia, desconforto no peito, tosse, expectoração excessiva e dor de garganta. Todavia, 13% desenvolveram sintomas cardiovasculares, como hipertensão arterial, ruborização e aumento da taxa de infarto. Pouco menos de 20% relataram distúrbios do sono e 4,3% tiveram depressão. A alopecia foi um sintoma frequente em

mulheres, tendo em vista que 48,5% apresentaram esse sintoma. Interessantemente, foi observado que os sobreviventes da Covid-19 são mais propensos a desenvolver sequelas clínicas após três meses da alta hospitalar, denotando que esses sintomas podem ser comprometimentos após a fase aguda da infecção²⁶.

Além do enfrentamento da pandemia, outro grande desafio será o monitoramento dos desfechos pós-infecção aguda nos sobreviventes, tendo em vista que pouco se sabe sobre os sintomas de médio e longo prazos. Faz-se necessário investigar todos os possíveis sintomas manifestados pós-Covid-19 a fim de acompanhar e tratar esses pacientes, além de coletar dados para definir melhor o impacto global da doença, constatar as necessidades clínicas específicas e desenhar um plano de cuidado integral e individualizado²⁷. Um estudo com complicações respiratórias de prazo pós-Covid-19 sugere uma atenção primária pragmática e abrangente para identificar as lesões pulmonares e os sintomas complexos, bem como para encaminhar os pacientes para atenção secundária^{27,28}. Um trabalho elaborado por um grupo de estudo italiano, denominado ‘Gemelli against COVID-19 Post-Acute Care Study Group’, expressa a necessidade de uma abordagem multidisciplinar devido às manifestações clínicas sistêmicas pós-infecção²⁹. Diante do exposto, faz-se necessária a implementação de estratégias de saúde pós-Covid-19 nos serviços de saúde de forma premente.

O MS, por sua vez, priorizou ações destinadas ao “cuidado individual de casos graves via criação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campanha [...]”³⁰⁽¹⁶²⁾. Contudo, esses autores ressaltam a importância de associar essa atenção individual a um cuidado comunitário e territorial, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS, especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), realiza ações de triagem, testagem, monitoramento, busca ativa etc., apresentando “papel decisivo na rede assistencial

de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado”³⁰⁽¹⁶²⁾.

Outrossim, são inúmeros os efeitos da pandemia sobre a saúde mental. O medo da doença e da morte ante a pandemia pode suscitar: depressão, ansiedade, síndrome de estresse pós-traumático, ideação suicida etc. É necessária uma atenção especial com os profissionais de saúde que atuam diretamente com pacientes contaminados por apresentarem maior risco de desenvolver problemas psicológicos e sofrimentos³¹. Esses impactos na saúde mental se encontram entrelaçados em marcadores de gênero, raça e classe social³², os quais precisam ser considerados na elaboração de estratégias para promoção e prevenção da saúde mental.

Compreende-se que o aumento da má distribuição de riqueza aliado ao aumento do número de pessoas que passam fome, do desemprego e de outras formas de sofrimento social como resultado da pandemia, não devem ser vistos como sequelas, o que implica permanência e inevitabilidade. A pandemia de Covid-19 deve ser vista como um imperativo de mobilização para abordar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), de forma a evitar que essa doença alcance o status de negligenciada, um esforço que também permitirá abordar uma gestão mais bem-sucedida de outras DNs.

As Doenças Negligenciadas e a Covid-19

As DNs, até os anos 2000, eram denominadas ‘doenças tropicais’, termo que indicava uma concepção herdada do colonialismo, de um determinismo geográfico da causalidade de doença³³. A partir dessa década, a OMS e os Médicos sem Fronteiras propuseram novos termos: ‘doenças globais’ – como é o caso da Covid-19; DNs – em número de 17, incluindo tuberculose, raiva e hanseníase – e as ‘extremamente negligenciadas’ – entre elas, a leishmaniose visceral, passando a contemplar os contextos de desenvolvimento político,

econômico e social. Valverde³⁴ define as DN como aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle.

Negligência, como sinaliza Rodrigues³⁵⁽⁴⁶⁾, possui o significado de

falta de cuidado ou de diligência desleixo ou falta de aplicação e falta de atenção ou menosprezo em determinado contexto, situação, tarefa ou ocorrência.

Quando é utilizada em saúde, demonstra que não se trata de uma questão de falta de recursos financeiros ou falta de tratamentos disponíveis, mas as DN significam que são ignoradas por aqueles que deveriam combatê-las – governo, sistema de saúde e indústria farmacêutica. Contudo, a negligência também diz respeito,

ao negligenciamento das populações correlacionadas à pobreza, desenvolvendo um círculo vicioso que acorrenta, pelo menos, um bilhão de pessoas em todo o planeta, segundo dados da OMS³⁵⁽⁴⁶⁾.

Com a atual pandemia, há grande preocupação de que mesmo as DN que tiveram avanços nas últimas décadas, como a hanseníase, retrocedam com a perda de recursos financeiros e humanos deslocados para o combate à Covid-19³⁶. Essa é uma premissa significativa de ser considerada e por que não, compartilhadas suas variáveis para com o coronavírus, uma vez que a hanseníase, enquanto, DN, no Brasil, pertence às estatísticas da incidência com desempenho parecido com a Covid-19, ambas atingem em massa as pessoas das comunidades e periferias de densidade demográfica elevada e com ausência de saneamento básico, assim como as demais condições de salubridade³⁷. Questiona-se, portanto, como a sociedade brasileira vem cuidando dos sujeitos que a

integram, ressaltando-se que os direitos de cidadania – civis, políticos e sociais – demandam a fruição de todos os outros direitos humanos.

Saúde pública e Covid-19: uma questão de desenvolvimento sustentável

Uma pandemia exige uma resposta também global, além das regionais, nacionais e locais, mesmo porque os seus impactos, incluídos aqueles para o futuro, são também globais, chamando a atenção para o fato de que a saúde não tem fronteiras disciplinares e nem do conhecimento. Ademais, por ser transdimensional, para a sua efetivação é necessário ações nas mais variadas áreas do conhecimento. O coronavírus também não tem fronteiras, e atinge, principalmente as classes menos favorecidas, conforme mencionado anteriormente.

Uma das possíveis respostas global à pandemia, que poderá evitar que a Covid-19 se torne uma DN, está nos objetivos e nas metas da Agenda 2030 da ONU para o Desenvolvimento Sustentável, tornando-se imperiosa a aceleração do seu cumprimento, destacando-se que hoje se vive um momento histórico de esgotamento dos recursos naturais e de emergência climática e ambiental em que o capitalismo mostra sua cara mais depredadora ou destruidora, além dos retrocessos democráticos e de direitos e de desconfiança e rejeição aos sistemas políticos, não esquecendo das enormes desigualdades sociais.

A Agenda 2030 é um plano de ação a ser colocado em execução pelos Estados, voltado à proteção das pessoas e do planeta, para acabar com a pobreza e a fome em todos os lugares, combater as desigualdades dentro e entre os países, construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, proteger os direitos humanos e promover a igualdade de gênero e o empoderamento de mulheres e meninas e assegurar a proteção duradoura do planeta e de seus

recursos naturais. A Agenda 2030 visa, ainda, criar condições para um crescimento sustentável, inclusivo e economicamente sustentado, para a prosperidade compartilhada e o trabalho decente para todos³⁸.

Anote-se que o direito ao desenvolvimento sustentável é multidimensional, na medida em que demanda o desenvolvimento social (não se admite desenvolvimento excludente), econômico (equilíbrio entre eficiência e equidade, isto é, balanço dos benefícios e dos custos diretos e indiretos), ambiental (direito das gerações atuais, sem prejuízo das futuras ao meio ambiente ecologicamente equilibrado), ético (bem-estar material e imaterial, individual e social) e jurídico-político (diz respeito à tutela do direito ao futuro), visando assegurar as condições favoráveis para o bem-estar das gerações presentes e futuras³⁹.

O enfrentamento da Covid-19 não é só uma questão biomédica. A solução da pandemia de Covid-19 envolve, principalmente, a questão ética que exige efetivar os direitos humanos – em especial para as pessoas pobres –, incorporar a equidade, a solidariedade, a responsabilidade e a transparência nas ações públicas e privadas. Isso significa que as pessoas pobres não podem suportar sozinhas os efeitos da pandemia até mesmo na forma de desinformação gerada por *fake news*, o que exige uma atuação responsável pelas autoridades públicas e particulares, inclusive para criar oportunidades para melhorar respostas para o enfrentamento das emergências surgidas durante e após este período.

Exige, ainda, conferir a máxima efetividade possível aos direitos humanos, que devem ser adotados como um código de conduta ética para pautar as relações entre Estados, entre Estados e seres humanos que estejam em seu território e entre particulares, lembrando-se, inclusive, que os direitos humanos – políticos, civis, econômicos, sociais, culturais e ambientais – formam uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada que, se concretizados, poderão afastar os determinantes ou determináveis da saúde e,

por consequência, possibilitar que todas as pessoas, inclusive as pobres, tenham saúde nos termos defendidos neste trabalho científico. Em tempos de pandemia, frise-se, os direitos humanos são ainda mais essenciais para todas as pessoas, inexistindo qualquer amparo legal para a sua suspensão neste momento.

O respeito, a proteção e a promoção da dignidade da pessoa humana, traduzidos pelos direitos humanos, constituem limites e tarefas do Estado e dos particulares. Limites da atividade do Estado, porque a dignidade não pode ser negada ou desconsiderada. A dignidade como tarefa do Estado diz respeito à exigência de direção de suas ações no sentido de conservá-la e criar condições que possibilitem o seu pleno exercício.

A extrema pobreza, foi definida pelo Conselho de Direitos Humanos da ONU como sendo “a combinação da pobreza de recursos, pobreza de desenvolvimento humana e exclusão social”³⁸⁽⁵⁾, ressaltando-se que, se analisada sob o prisma dos direitos humanos, a pobreza é em si uma causa e uma consequência de violações desses direitos humanos e uma condição que possibilita a ocorrência de outras violações de direitos humanos.

Além da questão dos direitos humanos, a ética impõe que todas as informações relevantes acerca da pandemia de Covid-19 sejam compartilhadas com os seus interessados, inclusive para subsidiar a tomada de decisões democráticas que envolvam a vida e a saúde de todas as pessoas. Assim, a todos deve ser dado conhecimento sobre a saturação do sistema de saúde ou quando este estiver em vias de se saturar, sobre o acesso a respiradores, anestésicos, leitos hospitalares e vacinas e o alcance que imunização proporciona, por exemplo.

Não se pode esquecer, ainda, da relevância da vigilância, como mecanismo destinado a reduzir as incertezas que caracterizam a pandemia, o que exige também transparência sobre os “argumentos para as decisões de priorização, melhora a confiança pública, aumenta sua aceitabilidade e promove o cumprimento das recomendações”⁴⁰⁽²⁾ sanitárias.

O sistema de saúde pública para o combate à Covid-19 demanda, além da parte médica, compromisso com a ética em vários aspectos, incluindo os programas de governança para um desenvolvimento sustentável democrático, que são medidas importantes para “enfrentar a possível desesperança distópica que está gerando nos mais vulneráveis”⁴¹⁽⁷⁶⁾.

Saúde pública, solidariedade e políticas públicas e sociais

O enfrentamento da Covid-19 exige restabelecer os laços de solidariedade que liga os seres humanos uns aos outros e aos não humanos. A solidariedade é peça-chave operacional de suma relevância das políticas públicas e sociais voltadas à proteção da saúde, observando-se, nesse sentido, que é no campo da saúde pública em que, talvez, o fator social da dependência mútua, da solidariedade humana, esteja em mais evidência⁴².

A solidariedade sanitária não pode ter fronteiras, demandando, entre outros, investimentos na saúde pública; a adoção de políticas públicas para o enfrentamento da Covid-19, dos determinantes e iniquidades da saúde e da pobreza, e a garantia de proteção social para todos os seres humanos, assegurando o acesso aos direitos inerentes ao trabalho humano e à seguridade social, que consiste em um complexo de direitos, composto pelos direitos à saúde, previdência social e assistência social (arts. 6º e 194 a 204 da Constituição da República de 1988)¹⁵. E, destaca-se que, estar protegido significa “o embasamento de recursos e direitos que proporciona ao indivíduo moderno e que lhe permita converter-se em um membro da sociedade com direito próprio”⁴³⁽¹⁸⁹⁾.

No entanto, o Brasil vem sofrendo retrocessos nesse sentido, ampliando ainda mais as desigualdades sociais. Basta ver, por exemplo, que, conforme Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 – ‘Análise da Segurança Alimentar no Brasil’ –, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a insegurança alimentar grave, em que as pessoas

relataram chegar a passar fome, atingiu 4,6% dos domicílios brasileiros, o equivalente a 3,1 milhões de lares. Esse percentual significa que 10,3 milhões de pessoas residem em domicílios nessa situação, sendo 7,7 milhões moradores na área urbana e 2,6 milhões na rural, valendo observar que a insegurança grave aparece quando os moradores passam por privação severa no consumo de alimentos, podendo chegar à fome. Acrescente-se que, em 2017-2018, dos 68,9 milhões de domicílios no Brasil, 36,7%, o equivalente a 25,3 milhões de lares, estavam com algum grau de insegurança alimentar: leve (24%, ou 16,4 milhões), moderada (8,1%, ou 5,6 milhões) ou grave (4,6%, ou 3,1 milhões)⁴⁴. Esse quadro diz respeito aos anos 2017 e 2018 e, certamente, foi seriamente afetado pela pandemia de Covid-19, não havendo como negar a sua estreita relação com o processo de desconstrução do sistema de proteção social brasileiro.

Cabe lembrar que proteção social possui relevante função social: primeiro, porque se trata de um valioso instrumento de combate à pobreza, às desigualdades sociais, exclusão e insegurança social, o que é, inclusive, reconhecido na Recomendação nº 202 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁴⁵; segundo, porque, ainda conforme a Recomendação citada, a seguridade social representa um investimento nas pessoas, os sistemas de seguridade social agem como estabilizadores sociais e econômicos automáticos, ajudam na transição para uma economia mais sustentável, a superar a pobreza extrema e redução das desigualdades e diferenças sociais dentro e entre regiões, na transição para o emprego formal e no estabelecimento de sistemas sustentáveis de seguridade social que se apoiem mutuamente.

Para a concretização da proteção integral, o Estado deve implementar um conjunto de ações, políticas, planos e programas a serem construídos com ampla participação e cooperação da sociedade, incluindo a internacional, envolvendo políticas públicas e sociais como uma mediação entre Estado e sociedade, com o desenvolvimento das estruturas de proteção social.

Considerações finais

A pandemia de Covid-19 expõe muitas das contradições e vulnerabilidades político-institucionais do Brasil: o esvaziamento de instâncias democráticas de participação social; as perdas no campo da proteção social e dos direitos trabalhistas em um momento em que as pessoas mais precisam de condições de subsistência; a redução dos investimentos no campo da saúde e retrocessos em políticas de saúde quando a população mais necessita de um sistema de saúde robusto; a negação da ciência e assim por diante.

Por isso, a hipótese deste estudo é de que, com o aumento das desigualdades sociais, a Covid-19 integre, de fato, o grupo das DNs. Tal consideração é, ainda, mais alarmante quando consideramos que, possivelmente, o advento de vacinas não será suficiente para a contenção do avanço da doença em todo o planeta, pois o direito humano à saúde demanda a fruição de todos os demais direitos humanos, quais sejam, civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, eliminando por completo a pobreza. É preciso, portanto, dissipar as brumas que envolvem as DNs, no Brasil, expondo suas causas e propondo caminhos que propiciem sair, da invisibilidade, aqueles que por elas são acometidos.

Desse modo, é importante fazer uma aposta na capacidade de respostas solidárias por parte da sociedade a partir de um maior engajamento de todos os seus setores, em especial dos movimentos sociais, na construção de políticas públicas e sociais capazes de reduzir as consequências nefastas da pandemia para a população brasileira.

Para além disso, acredita-se que, a fim de enfrentar uma pandemia de proporções gigantescas como esta que se está vivendo, inclusive, que não respeita fronteiras geossociopolítico-econômicas, será necessário que haja um fortalecimento dos organismos responsáveis pela governança global. As respostas à pandemia dependem muito do agir ético de cada pessoa, de grupos de pessoas, de autoridades públicas, da comunidade internacional rumo ao desenvolvimento sustentável para todo o planeta e em que ninguém seja deixado para trás.

Colaboradoras

Diniz DS (0000-0003-1276-0552)*, Teixeira ES (0000-0003-3583-4665)*, Almeida WGR (0000-0003-1945-0557)* e Souza MSM (0000-0001-8033-4227)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Santos B de S. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Editora Almedina; 2020.
2. Data Favela - Instituto Locomotiva. Pandemia na favela: a realidade de 14 milhões de favelado no combate ao novo coronavírus. 2020. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: https://0ca2d2b9-e33b-402b-b217-591d514593c7.filesusr.com/ugd/eaab21_9837d312494442ceae8c11a751e2a06a.pdf.
3. Rede Nossa São Paulo. Edição extraordinária do mapa da desigualdade indica CEP como fator de risco na pandemia. 2020 jun 24. [acesso em 2020 jul 1]. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/2020/06/24/edicao-extraordinaria-do-mapa-da-desigualdade-indica-o-endereco-como-fator-de-risco-na-pan/>.
4. Rajan S, Steves C, Mckee M, et al. In the wake of the pandemic preparing for long COVID. Copenhagen: WHO; 2021. [acesso em 2021 jan 5]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf>.
5. Hotez PJ, Bottazzi ME, Singhid SK, et al. Will COVID-19 become the next neglected tropical disease? PLoS Neglected Tropical Diseases. 2020. [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008271>.
6. Hotez PJ, Fenwick A, Molyneux D. The new COVID-19 poor and the neglected tropical diseases resurgence. Infect Dis Poverty. 2021. [acesso em 2021 fev 2]; 10(10):1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00784-2>.
7. Schramm FR, Fortes P, Gomes A, et al. O aparente dilema implicado pela pandemia da COVID-19: salvar vidas ou a economia? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/o-aparente-dilema-implicado-pela-pandemia-da-covid-19-salvar-vidas-ou-economia>.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do SUS. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
9. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS Rev Saúde Coletiva. 2007 [acesso em 2020 set 26]; 17(1):77-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
10. Almeida C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovanna L, Scorel S, Lobato LVC, organizadoras. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz / CEBES; 2012.
11. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Heal Serv. 1992; 2(3):429-45.
12. Organização das Nações Unidas. Overview. [data desconhecida] [acesso em 2020 jun 28]. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/Overview/>.
13. Roncalli A, Lacerda JDS. Jornalismo como forma de conhecimento: a questão da divergência dos dados de tendência da COVID-19 divulgados pelo consórcio de imprensa e pela SESAP-RN. SciELO Prepr. 2020. [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1141>.
14. Caponi S, Brzozowski FS, Hellmann F, et al. O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo. Rev Bras Sociol. 2021 [acesso em 2021 fev 1]; 9(21):78-102. Disponível em: <https://doi.org/10.20336/rbs.774>.
15. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
16. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Políticas públicas con enfoque de derechos humanos: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 15 de septiembre de 2018. 2018. [acesso em 2020 ago 8]. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticPublicas-DDHH.pdf>.

17. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML, et al. Auxílio emergencial em tempos de pandemia. *Rev Soc e Estado*. 2021 [acesso em 2021 set 20]; 36(2):669-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>.
18. Caponi S. COVID-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estud Avançados*. 2020 [acesso em 2020 nov 17]; 34(99):209-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.
19. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. [acesso em 2020 jul 18]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/ba-rata-9788575413913.pdf>.
20. Abreu MRP, Tejeda JJG, Guach RAD. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cienc méd*. 2020 [acesso em 2020 jul 20]; 19(2):e_3254. Disponível em: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>.
21. Kowalik MM, Trzonkowski P, Łasi ska-Kowara M, et al. COVID-19 – Toward a comprehensive understanding of the disease. *Cardiol J*. 2020 [acesso em 2020 dez 4]; 27(2):99-114. Disponível em: <https://doi.org/10.5603/C.J.a2020.0065>.
22. Costa FA, Silva AS, Oliveira CBS, et al. COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian J Dev*. 2020 [acesso em 2020 dez 4]; 6(7):49811-4982. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7>.
23. Wang X, Fang X, Cai Z, et al. Comorbid chronic diseases and acute organ injuries are strongly correlated with disease severity and mortality among COVID-19 patients: A systemic review and meta-analysis. *Research*. 2020 [acesso em 2020 jul 15]; eCollection 2020, 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.34133/2020/2402961>.
24. Whittaker A, Anson M, Harky A. Neurological manifestations of COVID-19: A systematic review and current update. *Acta Neurol Scand*. 2020 [acesso em 2020 dez 4]; 142(1):14-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ane.13266>.
25. Xavier AR, Silva JS, Lacerda GS, et al. COVID-19 : manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. *J Bras Patol Med Lab*. 2020 [acesso em 2021 jan 4]; (56):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>.
26. Xiong Q, Xu M, Li J, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: A single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*. 2020. [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.023>.
27. Dourado P, Ramos A, Lima A, et al. Síndrome pós COVID-19. CONECTA-SUS Gerência Informações Estratégicas em Saúde, Governo do Estado Goiás. 2020 set 18 [acesso em 2020 dez 10]; 1-4. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%A2ncias/2020/S%C3%AADndrome%20P%C3%B3s%20COVID-19.pdf.
28. Fraser E. Long term respiratory complications of COVID-19. *BMJ*. 2020 [acesso em 2020 dez 4]; 370:m3001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3001>.
29. Gemelli A. COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. *Aging Clin Exp Res*. 2020 [acesso em 2020 dez 4]; (32):1613-1620. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01616-x>.
30. Giovanella L, Martufi V, Carolina D, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede sus de enfrentamento à covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 44(4):161-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.
31. Ho CSH, Chee CY, Ho RC. mental health strategies to combat the psychological impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020 [acesso em 2020 jul 15]; 49(3):155-160 Disponível em: <https://annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf>.

32. Garrido RG, Rodrigues RC. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *J Heal Biol Sci.* 2020 [acesso em 2021 jan 10]; 8(1):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3325.p1-9.2020>.
33. Morel CM. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cad. Saúde Pública.* 2006 [acesso em 2020 nov 17]; 22(8):1522-1523. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/01.pdf>.
34. Valverde R. Doenças Negligenciadas. Agência Fiocruz de Notícias. [data desconhecida] [acesso em 2020 abr 16]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doencas-negligenciadas>.
35. Rodrigues CM. Sobre leptospirose e informação: ampliando os conceitos de negligência em saúde. *Abcs Heal Sci Cs.* 2017 [acesso em 2020 nov 11]; 42(1):45-49. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.949>.
36. Cruz A. Para uma resposta à crise que garanta o direito à dignidade, é preciso elevar nossas vozes. In: Souza ACM, Pinto FF, Oliveira SHD, organizadores. Os ensinamentos da luta contra a hanseníase para o enfrentamento da covid-19. *Cad. Morhan.* 2019. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.morhan.org.br/views/upload/JPGS_Morhan/imagens_site/CadMorhanCOVIDportuguesFINAL.pdf.
37. Boigny RN, Souza EA, Romanholo HSB, et al. Persistência da hanseníase em redes de convívio domiciliar: sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2019 [acesso em 2020 nov 17]; 35(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105318>.
38. Organização das Nações Unidas. La extrema pobreza y los derechos humanos. A/75/181/Rev.1. 2020 out 7. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: https://www.srpoverty.org/wp-content/uploads/2021/09/A_75_181_REV1_S-ES.pdf.
39. Freitas J. Sustentabilidade: direito ao futuro. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum; 2012.
40. Organización Panamericana de la Salud. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). 2020 mar 16. [acesso em 2020 nov 10]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52142>.
41. Huotari P, Teivainen T. Gobernanza global y horizontes democráticos más allá del coronavirus. In: Brinigel B, Pleyers G, organizadores. Alerta global: políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia. Buenos Aires: CLACSO; 2020. p. 75-84.
42. Laval C. Laval propõe: Saúde, Comum Global. Outras Palavras. Crise Civilizatória. 2020 ago 24. [acesso em 2021 jan 4]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/laval-propoe-saude-comum-global/>.
43. Castel R. El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica. *Cuad Trab Soc.* 2011 [acesso em 2020 mar 16]; (24):165-171. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/36877/35691>.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jan 14]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
45. Organização Internacional do Trabalho. Recomendação nº 202. [data desconhecida] [acesso em 2020 out 20]. Disponível em: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524.

Recebido em 31/03/2021
Aprovado em 23/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Tecnologia digital para o enfrentamento da Covid-19: um estudo de caso na atenção primária

Digital technology to face COVID-19: a case study in primary care

Joaquim Teixeira Netto¹, Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues¹, Bruno Nunes Pena de Souza¹,
Monica Kramer de Noronha¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E204

RESUMO Em países desenvolvidos, a utilização de recursos tecnológicos digitais é considerada uma ferramenta potente para o enfrentamento da Covid-19. No entanto, no Brasil, a implantação desses recursos nas unidades de saúde ainda é bastante deficitária e não priorizada pela gestão. O propósito deste trabalho é relatar a experiência de implantação do aplicativo InfoSaúde, iniciada em julho de 2020, na atenção primária, para a otimização das ações direcionadas ao controle da Covid-19 em uma comunidade vulnerável. A definição dos requisitos do aplicativo e dos fluxos operacionais foram obtidos por meio de questionários padronizados para os profissionais de saúde e usuários, resultando em três macroprocessos: Prevenção, Atendimento e Monitoramento, testados e validados pelos profissionais e usuários, e com interface ao sistema de informação da unidade. Os resultados encontrados foram: a) Retorno às ações de prevenção com informação a distância; b) Agilização das intervenções pela integração de setores de: Assistência, Laboratório e Vigilância; redução da sobrecarga de trabalho e risco ocupacional com atividades a distância; e c) Melhoria no sistema de informação e capacidade de intervenção precoce a distância. A implantação de recurso tecnológico simples na atenção primária é factível, contribuindo para integralidade do cuidado, redução do risco ocupacional e carga de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Aplicativos eletrônicos portáteis. Software de aplicativos. Covid-19. Infecções por coronavírus.

ABSTRACT *In developed countries, the use of digital technological resources is a powerful tool to face COVID-19. However, in Brazil, the implementation of these resources in the public health clinics is still very deficient and not prioritized by the management. The purpose of this paper is to report the experience of implementing the InfoSaúde application, started in July 2020, in primary care, for the optimization of actions aimed at controlling COVID-19 in a vulnerable community. The definition of application requirements and operational flows was based by standardized questionnaires for health professionals and users, which resulted in three macro-processes: Prevention, Care and Monitoring, tested and validated by professionals and users with an interface to the clinic's information system. The results were as follows: a) Return to prevention actions with remote information; b) Streamlining interventions by integrating the Assistance, Laboratory and Surveillance sectors; reduction of work overload and occupational risk with distance activities and, c) Improvement in the information system and capacity for early intervention at a distance. The implementation of a simple technological resource in primary care is feasible, contributing to comprehensive care, reducing occupational risk, and workload.*

KEYWORDS *Portable electronic applications. Applications software, computer. COVID-19. Coronavirus infection.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
joaquim.netto@fiocruz.br



Introdução

O epicentro da pandemia da Covid-19 teve seu início na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, alastrando-se rapidamente pelos países, sendo considerada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), emergência mundial em março de 2020¹. Nessemesmo mês, no Brasil, foi notificado o primeiro caso de Covid-19 em São Paulo. Desde então, a doença se espalhou levando a um colapso do sistema de saúde para o atendimento e cuidado dos casos. No País, a doença encontra-se fora de controle, com 37.948 casos novos e 1.129 óbitos em 24 horas chegando a 48.7401 casos de óbitos acumulados registrados em 14 de junho de 2021². Vários fatores contribuíram para esse cenário, tais como políticos (quebra de ação integrada federativa, negacionismo e visão anticidência), sociais (desigualdade estrutural e iniquidades), informação e comunicação, vulnerabilização tecnológica, econômicos e, aqueles relacionados diretamente com a assistência no que se refere à dimensão da saúde pública, à adoção de medidas preventivas e à não priorização da atenção primária em face da Covid-19^{3,4}. Associado a esse cenário, deve-se também levar em conta a sobrecarga de trabalho dos profissionais devido à redução do contingente em atividade em razão da exposição contínua ao Sars-CoV-2, ocasionando adoecimento e, até mesmo, morte⁵. Diante de uma doença transmissível como a Covid-19, a tecnologia da informação é primordial para o entendimento do comportamento epidemiológico; o rastreamento dos casos, a utilização de medidas preventivas considerando desde o diagnóstico até o monitoramento e avaliação da efetividade das medidas, resultando em uma tomada de decisão embasada em dados⁶.

A tecnologia móvel oferece uma ferramenta poderosa para facilitar essa tarefa por meio de ‘aplicativos’ que coletam dados do usuário. Casos de países da Ásia, como a Coreia do Sul, utilizaram a tecnologia digital como estratégia para o rastreamento de casos de Covid-19 e dos

respectivos contatos, assim como o monitoramento da quarentena dos casos com êxito⁷. Diversas tecnologias digitais têm sido utilizadas para o combate à epidemia pelo Sars-CoV-2 na saúde pública: aplicativos móveis, *sites* de pesquisa, *sites* para visualização de informações, painéis informativos, dispositivos para a conexão de diagnóstico, sensores para a saúde e aplicativos para análise de imagens médicas, entre outras⁸⁻¹¹.

No Brasil, o teleatendimento para os casos de Covid-19 foi possível após mudanças na regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina (Ofício nº 1.756/2020)¹² e pelo Ministério da Saúde (Portaria MS/GM nº 467)¹³. As orientações para o teleatendimento foram publicadas no ‘Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus’¹⁴, possibilitando que estados e municípios disponibilizassem centrais de atendimento para a doença. No entanto, não houve nenhuma mudança referente ao sistema de informação, e os dados relativos ao paciente permaneceram em três diferentes sistemas, compartimentalizados e sem interface: a) Cadastro e atendimento nas unidades de Atenção Primária da Saúde (APS), no e-SUSAB; b) Resultados dos exames laboratoriais, no sistema de Gestão de Administração Laboratorial (GAL), c) Notificação dos casos, no e-SUSNotifica¹⁵.

Além disso, um dos maiores desafios nesta pandemia é obter informações precisas, em tempo real, de casos com suspeição de infecção pela Covid-19 para a identificação precoce dos casos e intervenções necessárias por parte dos órgãos de saúde. Alguns esforços foram feitos com o desenvolvimento de aplicativos para o autodiagnóstico da doença e prevenção, tais como o Coronavírus SUS¹⁶ e o SUSCovidZap¹⁷. No entanto, esses aplicativos não estão integrados aos prontuários eletrônicos (e-SUS) utilizados na rotina das unidades da atenção primária, o que impossibilita a continuidade do fluxo de informações para o atendimento e notificação dos casos de Covid-19.

Considerando que a atenção primária é a porta de entrada para o atendimento da

população e responsável pela integralidade do cuidado, desenvolveu-se um aplicativo com interface ao e-SUS para o rastreamento dos casos, monitoramento e prevenção direcionadas à Covid-19.

O objetivo deste artigo é descrever a experiência do processo de elaboração e implantação desse aplicativo em uma unidade de saúde que atende uma comunidade de 40 mil pessoas em condições socioeconômicas desfavoráveis, onde está presente a violência e a iniquidade no cotidiano de suas vidas e, portanto, maior risco de disseminação e adoecimento pela Covid-19¹⁸.

Material e métodos

Estudo descritivo referente a uma intervenção utilizando-se tecnologia digital, ao desenvolvimento e implantação do aplicativo InfoSaúde, em uma unidade de APS do Sistema Único de Saúde (SUS) em um cenário não controlado com a participação dos profissionais de saúde e usuários. A unidade localiza-se no bairro de Manguinhos, na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, cuja população adscrita apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (0,726 – 122º lugar entre 126 regiões analisadas no município)¹⁹ e de Desenvolvimento Social (0,473 – 158º lugar entre 158 bairros analisados)²⁰. Essa unidade é composta por 13 equipes de saúde da família e 40 mil pacientes. O projeto do aplicativo foi iniciado em abril de 2020, e encontra-se ainda em andamento.

O aplicativo proposto tem por objetivo atender os usuários da atenção primária em atividades relacionadas com prevenção, atendimento e monitoramento da Covid-19. Para divulgar as formas de prevenção, foi proposto o envio de mensagens enviadas pelo WhatsApp® para os moradores, por meio do aplicativo. O conteúdo das mensagens de prevenção foi baseado nas orientações disponibilizadas pelo Ministério da

Saúde²¹ e Fiocruz²². O atendimento inicial mantém-se de forma presencial na unidade. Entretanto, o monitoramento será realizado por meio do teleatendimento pela equipe de saúde. No atendimento, os pacientes irão responder a perguntas sobre os sintomas da doença além de informações referentes a fatores de risco. As informações coletadas pelo aplicativo permitiram que os profissionais de saúde pudessem orientar os pacientes sobre os procedimentos que devem ser seguidos, bem como avaliar a necessidade de realização de testes para a confirmação da Covid-19.

Para o desenvolvimento do aplicativo, constituiu-se uma equipe ampla composta por profissionais (analista de sistema e tecnólogo desenvolvedor de sistema), estagiários (tecnologia da informação, administração) e alunos (doutoranda em comunicação em saúde; aluna de segundo grau com expertise em design gráfico).

Os requisitos do aplicativo foram obtidos em duas etapas. Inicialmente, foram avaliados aspectos referentes à prevenção da doença por meio da aplicação de questionário em um grupo de 15 usuários. Após, realizadas reuniões com as equipes de saúde com aplicação de questionário específico que embasaram as discussões. Nesses encontros, identificaram-se os requisitos, os fluxos operacionais e os formulários utilizados relacionados com a Covid-19. Para o mapeamento dos fluxos operacionais, utilizou-se o software Bizage®.

Após a conclusão das etapas descritas acima, definiram-se os requisitos do aplicativo, constituídos por módulos e validados pelos grupos de usuários e profissionais de saúde por meio de questionários específicos.

Para sintetizar as informações sobre a doença e auxiliar na capacitação das equipes, foi desenvolvido um *site*, que consta no endereço provisório: <https://InfoSaúde2covid.wordpress.com>.

Esse projeto teve a sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em 16 de

novembro de 2020, com número do CAE: 35936620.2.0000.5240, atendendo à segurança dos dados do paciente dentro da nova legislação do Lei Geral de proteção dos Dados (LGPD).

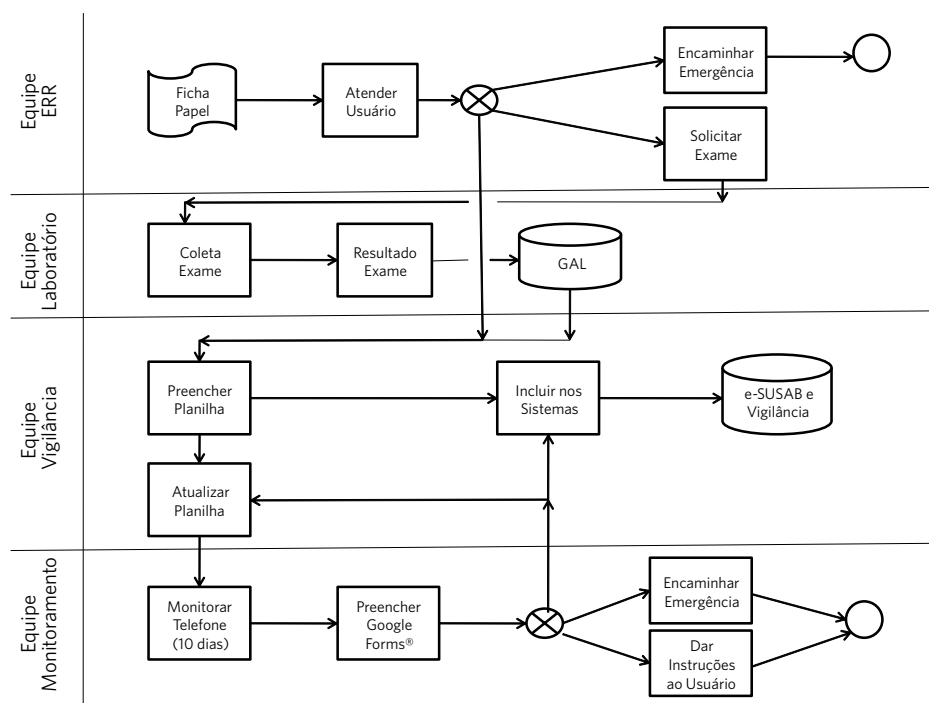
Resultados e discussão

Os resultados serão estratificados pelas etapas relacionadas com o diagnóstico situacional da rotina de atendimento e dos sistemas de informação utilizados e a elaboração/implementação do aplicativo (InfoSaúde) como veremos a seguir:

Etapa 1 – Situação pré-implantação do aplicativo: diagnóstico situacional sobre a rotina de atendimento para Covid-19 na unidade

Para entendimento e construção dos fluxos e processos de trabalho vigentes na rotina do cuidado, foram realizadas reuniões com as equipes de saúde responsáveis pelo cuidado. Considerou-se também que essa etapa seria a linha base para posterior análise comparativa à intervenção proposta: a implantação do aplicativo. Foi realizado o mapeamento dos fluxos de atendimento dos casos suspeitos e com Covid-19 conforme descrito abaixo (*figura 1*).

Figura1. Fluxo de atendimento de rotina dos pacientes com suspeição e/ou Covid-19



No fluxo de atendimento da *figura 1*, verifica-se que a triagem de pacientes com suspeita de Covid-19 é realizada pela equipe constituída por enfermeiros e agentes de saúde (Equipe de Resposta Rápida – ERR) na área externa

da unidade com a finalidade de reduzir a transmissão nosocomial. É responsabilidade da ERR: o preenchimento da ficha de atendimento (“em papel”), com os dados cadastrais do paciente; a avaliação inicial do estado de

saúde (sinais e sintomas) e história pregressa de doença (comorbidades) e de outros fatores de risco. A seguir, tem-se a avaliação médica, responsável pela tomada de decisão para seguir ou não com a elucidação diagnóstica. Caso a avaliação do diagnóstico de Covid-19 seja positivo, é solicitada a coleta de material no laboratório da unidade para o teste diagnóstico, que é inserido no sistema 'GAL', possibilitando que o resultado seja visualizado pelo paciente. A ficha, em papel, é direcionada ao Setor de Vigilância em Saúde, responsável pela notificação no sistema de e-SUSNotifica (DataSUS) e, pelo monitoramento (por contato telefônico), iniciado após o segundo dia do atendimento e mantido até completar dez dias (conforme previsto no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus do SUS¹⁴) com preenchimento de um formulário no GoogleForms® (*figura 1*).

Dentre o diagnóstico situacional, destacam-se alguns problemas observados: a) Atividades de prevenção: necessidade de ser feita a distância devido ao risco de contágio intradomiciliar; b) Atendimento e monitoramento: b1) na rotina da unidade, risco de contágio pela circulação de formulários em papel diretamente do atendimento inicial para o Setor de Vigilância em Saúde e dificuldade de armazenamento de formulários em papel no Setor de Vigilância em Saúde; b2) problemas relativos à segurança da informação na manipulação das fichas em papel.

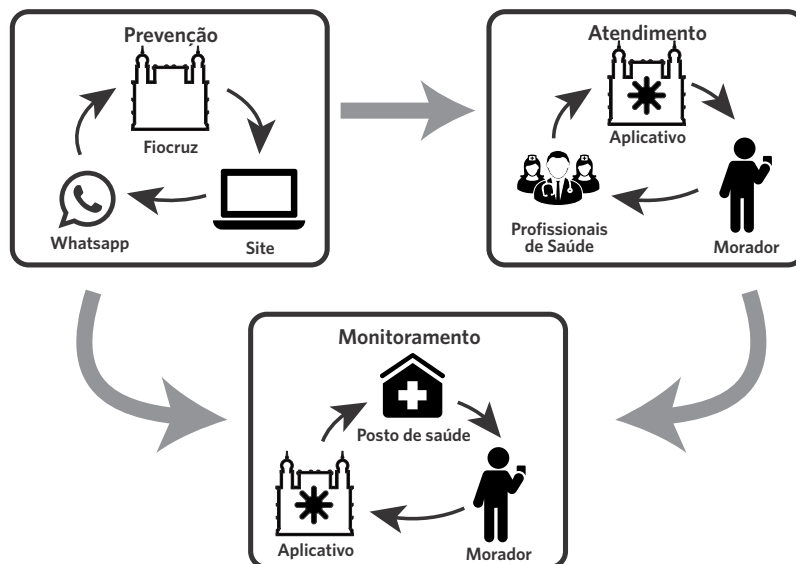
Como resultados das observações descritas acima, foram definidos a ordenação das etapas de desenvolvimento e os módulos dos aplicativos: a) primeiro: módulo com os cadastros de usuários, prestadores e clínicas; b) segundo:

o módulo de mensagem pelo WhatsApp®; c) terceiro: o atendimento inicial de Sars-CoV-2 pelas ERRs, por fim, o monitoramento dos pacientes.

Etapa 2: desenvolvimento e elaboração do aplicativo InfoSaúde

Desenvolveu-se o aplicativo InfoSaúde com os módulos relacionados com as atividades de prevenção, atendimento e monitoramento da Covid-19. O aplicativo foi desenvolvido com o objetivo de integrar diferentes sistemas do SUS por meio de uma ferramenta de comunicação e informação. Com isso, possibilitou-se que os dados cadastrais dos pacientes fossem migrados diretamente dos respectivos prontuários eletrônicos do SUS (e-SUS). Como resultado, o acesso da equipe pode ser otimizado para a tomada de decisão, reduzindo a probabilidade de erro de informação. Para as atividades de monitoramento, o aplicativo disponibilizou que as consultas fossem realizadas por meio do teleatendimento, contribuindo para o desencadeamento de respostas rápidas no quesito 'intervenção' pela equipe e potencializando a probabilidade de 'salvar vidas'. O monitoramento contínuo, a distância, dos sinais e sintomas pode não só facilitar a identificação da evolução clínica como também identificar o aparecimento de casos novos suspeitos, bem como o acompanhamento da aplicação das medidas preventivas²³, colaborando como cuidado integral aos pacientes e suas famílias conforme preconizado pela literatura^{24,25}. A *figura 2* ilustra os macroprocessos do Aplicativo InfoSaúde.

Figura 2. Macroprocessos do aplicativo InfoSaúde para a Covid-19



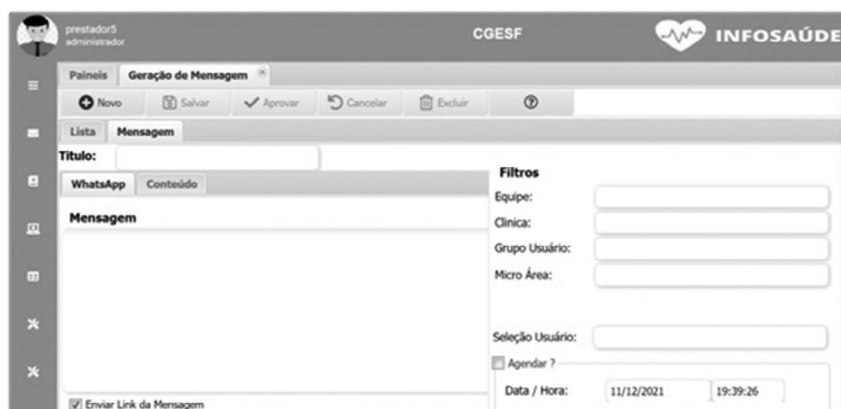
MACROPROCESSO DE PREVENÇÃO

Após a avaliação dos usuários por meio de questionário, decidiu-se que a comunicação seria realizada por meio do WhatsApp® devido à grande utilização desse aplicativo pela comunidade. Nas atividades de prevenção, o conteúdo foi baseado nas orientações do Ministério da Saúde²¹ e da Fiocruz²², e adaptados para uma leitura simples e de fácil acesso para os usuários, utilizando-se *cards* e, concomitantemente, sintetizados no *site* do aplicativo.

As mensagens podem ser enviadas a todos os usuários cadastrados com telefones celulares, o que facilita a acessibilidade.

A tela de envio de mensagens de WhatsApp® pelo aplicativo encontra-se na *figura 3*. Alguns recursos são importantes, tais como a função de agendamento e diversidade nos modelos de mensagem e a utilização da ferramenta ‘filtro’ direcionada de acordo com a especificidade do destinatário: equipes, clínicas, microáreas, grupos de usuários e/ou usuários específicos.

Figura 3. Tela de envio de mensagem do aplicativo InfoSaúde



MACROPROCESSO DE ATENDIMENTO

Foram sintetizadas todas as etapas do atendimento pela equipe de resposta rápida, da Vigilância e do Laboratório, permitindo a unificação das informações, a facilidade de atendimento e possibilitando a visualização dos dados em tempo real. As melhorias propostas no atendimento eliminam as necessidades

de: utilização de fichas em papel, uso de planilhas e monitoramento através do emprego do GoogleForms®. Ao final, é disponibilizado pelo aplicativo um resumo com todos os dados de cada equipe, possibilitando, assim, que o usuário transfira os dados para o e-SUS AB, sistema central do SUS. Verifica-se a exibição de um exemplo de dados da tela de atendimento do aplicativo na *figura 4*.

Figura 4. Tela de atendimento de Covid-19 do aplicativo InfoSaúde

Sintoma	Fator Risco	Tem	Observa
02. ARTRALGIA		<input type="checkbox"/>	
04. CORIZA		<input checked="" type="checkbox"/>	
05. DIARREIA		<input type="checkbox"/>	
06. DISPNEIA		<input type="checkbox"/>	
08. DOR ABDOMINAL		<input type="checkbox"/>	
10. DOR DE GARGANTA		<input type="checkbox"/>	
14. FADIGA		<input type="checkbox"/>	
15. FEBRE		<input checked="" type="checkbox"/>	
16. MIALGIA		<input type="checkbox"/>	
17. PERDA DO OLFATO		<input type="checkbox"/>	
18. PERDA DO PALADAR		<input type="checkbox"/>	
20. TOSSSE		<input type="checkbox"/>	
21. VÔMITOS		<input type="checkbox"/>	
99. OUTROS		<input type="checkbox"/>	

MACROPROCESSO DO MONITORAMENTO DO PACIENTE

O monitoramento é feito por telefone, contando com perguntas para identificar a

situação do paciente e definida no protocolo de teleatendimento do Ministério da Saúde. A *figura 5* exhibe a tela de monitoramento do aplicativo.

Figura 5. Tela de monitoramento do aplicativo InfoSaúde

The image shows a screenshot of a mobile application interface titled "QUESTIONÁRIO COVID-19". The form consists of four distinct sections, each with a label and a corresponding input field:

- 39 - Número de dias de sintoma na 1ª consulta:** A single-line text input field.
- 40 - Monitorar até:** A single-line text input field.
- 41 - Dias de sintoma:** A single-line text input field.
- 42 - Número de dias para encerrar o monitoramento:** A single-line text input field.

O aplicativo apresenta como recurso fazer a adaptação, caso seja necessário, no formulário atual e nos protocolos vigentes, o que evita o retrabalho de alteração no programa. Em suas configurações, permite também diferentes modalidades de resposta (texto, múltiplas opções exclusivas e múltiplas questões), o que contribui para o armazenamento de dados qualitativos e quantitativos.

Outra grande potencialidade do aplicativo é a capacidade de armazenamento das informações que poderá contribuir para o diagnóstico situacional da pandemia no local estudado ao longo dos anos, seu espraçamento e remissão na comunidade; bem como a identificação de 'ondas' da doença. Apesar de ser desenvolvido para a pandemia da Covid-19, o aplicativo poderá ser parametrizado para que seja utilizado para qualquer doença, permitindo que os gestores de saúde possam ajustar a aplicação de acordo com a sua necessidade.

Nesse aplicativo, contemplou-se a utilização de todos os dados considerados importantes na rotina de atendimento das unidades de saúde e na literatura para que se tenha uma

uniformidade quanto à informação e que se dê de forma mais ampla possível. Com isso, é possível ter um conjunto de informação bastante detalhado sobre os casos, os suspeitos e os contatos de Covid-19 para posterior análise e divulgação do conhecimento. Um aplicativo que venha a somar aos prontuários eletrônicos (e-SUS) e que ajude no monitoramento, a distância, dos casos de forma inteligente e efetiva será uma ferramenta muito potente para o SUS conforme descrito na literatura. Além disso, que favoreça a análise e a avaliação dos resultados para a tomada de decisão dos gestores e equipes em tempo real. Outro aspecto relevante é que o aplicativo é capaz de unificar as informações de Covid-19, eliminando a utilização de anotações manuais, planilhas e o monitoramento utilizando o GoogleForms®, possibilitando, dessa forma, uma melhor articulação entre assistência, vigilância e laboratório. Com isso, o fluxo de informação torna-se contínuo e em tempo real, resultando em menor carga de trabalho devido à melhoria do acesso aos dados, redução do número de subnotificações em razão do acesso

direto às informações dos resultados laboratoriais e melhor gestão dos insumos.

Para a implantação do aplicativo, foram realizadas atividades de capacitação e testes do uso do aplicativo com as equipes de saúde (N=10) ao longo de três meses. Durante os testes, foram feitas as adequações necessárias, como inclusão de campos, ajustes nos processos de inclusão e nas permissões de acesso de cada equipe. Para possibilitar o uso do aplicativo na área externa de atendimento da ERR, investiu-se na compra de *notebooks*, colocação de roteadores e cabos de rede, e instalação de tomadas. Para a realização dos testes finais do aplicativo pela equipe de implantação da tecnologia, foram tomadas todas as medidas de precaução de contato, como o uso de máscaras, aventais, luvas e óculos.

Durante os testes de utilização do aplicativo, foram migrados aproximadamente 40 mil pacientes do e-SUS, enviadas aproximadamente mil mensagens de WhatsApp® para a prevenção da doença, possibilitando uma maior difusão das informações de caráter preventivo sobre a doença. Em um dia de atendimento, a equipe de ERR realizou 45 atendimentos, permitindo que a equipe de Vigilância em Saúde pudesse visualizar os atendimentos em tempo real. Com a utilização do aplicativo, a rotina da unidade tornou-se mais ágil (em tempo real), otimizando o tempo das atividades, diminuindo a sobrecarga de trabalho; e precavida em relação à redução do risco de contaminação conforme apontado na literatura^{5,11,25}.

Este estudo teve como princípio a implantação de um aplicativo por meio da utilização de tecnologia digital como uma inovação no cuidado e melhoria dos processos de trabalho. Deve-se ressaltar que a inovação tecnológica não é necessariamente algo novo, mas adaptações de tecnologias que já estejam funcionando em outros países e adaptadas para a realidade brasileira como visto neste relato de experiência.

A utilização de recursos tecnológicos é fundamental para a melhoria dos processos

de trabalho desde a coleta e armazenamento de dados até a compra e manutenção de equipamentos para a diminuição do risco de transmissão nosocomial. A pandemia da Covid-19 mostrou a importância da valorização do conhecimento (ciência) e sua aplicabilidade para o controle de doenças transmissíveis e redução do risco ocupacional. Como limitação, no entanto, o investimento nessa área, como computadores e redes, ainda é ínfimo na APS. É preciso um convencimento dos gestores para a necessidade de mudar esse panorama, levando em consideração os ganhos que a introdução de novas tecnologias irá possibilitar. Outra dificuldade na implementação do aplicativo na unidade de saúde está relacionada com os vínculos precários dos trabalhadores de saúde. Essa instabilidade dos profissionais que atuam nas unidades tem como consequência mudanças frequentes no quadro de profissionais e necessidade de novos treinamentos para uso do aplicativo.

Conclusões

A implantação de novas tecnologias pode contribuir para as ações e atividades inerentes à atenção primária, como assistência e cuidado integral, sendo uma potente ferramenta para o controle de doenças. O desenvolvimento de um aplicativo efetivo que agregue, por meio de uma interface, as informações com o sistema vigente pode reduzir a sobrecarga de trabalho das equipes, aumentar a confiabilidade dos dados, promover ações de monitoramento a distância e avaliação para tomada de decisão. O envolvimento dos usuários e profissionais de saúde nesse processo, de forma participativa, contribuiu para apontar necessidades visando a um atendimento mais adequado.

Essa experiência mostra que é possível o desenvolvimento de um aplicativo amigável baseado nos processos do cotidiano do trabalho e de construção conjunta com as equipes do cuidado, trazendo ganhos, tais como abrangência das ações e atividades necessárias para o

cuidado integral e redução da carga de trabalho presencial das equipes e do risco de contágio nosocomial. As principais barreiras identificadas são referentes ao aspecto macro de gestão de recursos humanos e de investimento tecnológico, respectivamente, contratação por organizações sociais e estrutura deficiente local para a utilização de redes direcionadas a coleta de dados, ações, atividades e aprendizado a distância. Atualmente, o investimento nessa área tecnológica é bastante acessível e deve ser vista pela gestão como prioridade uma vez que é uma potente ferramenta para a efetividade do cuidado integral.

Outro ponto relevante é o desenvolvimento de aplicativos que tenham interface com os já existentes para contribuir para análise e monitoramento dos dados e consequentemente, para a melhoria das ações relativas à integralidade do cuidado.

Por fim, por meio do aplicativo proposto neste estudo, haverá uma melhoria na

qualidade da informação uma vez que esta será decorrente de formulários sistematizados, com acesso em tempo real, e integrados com o sistema de informação vigente, diminuindo a possibilidade de erros.

Agradecimentos

Aos usuários e profissionais de saúde que auxiliaram nos requisitos e testes do aplicativo.

Colaboradores

Teixeira Netto J (0000-0002-7392-9166)*, Rodrigues NCP (0000-0002-2613-5283)*, Souza BNP (0000-0002-5315-8392)* e Noronha MK (0000-0002-4285-5926)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. 2020. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus/-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portal COVID 19. 2020. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>.
3. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS; 2020.
4. Lima LD, Temporão JG. A Plataforma Região e Redes-Caminhos para a universalização da saúde no Brasil. [Vídeo]. YouTube 1h 29min 25 seg. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <https://youtu.be/-lj6bV1LOIg>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Rede CoVida. A Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia COVID 19. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <https://renas-tonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-nfrentamento-da-pandemia-de-covid-19.pdf>.
6. Jia Q, Guo Y, Wang G, et al. Big Data Analytics in the Fight against Major Public Health Incidents (Including COVID-19): A Conceptual Framework. *Inter. J. Env. Res. Pub. health.* 2020; 17(17):6161.
7. Alessi G. As lições contra o coronavírus que Coreia do Sul e China podem dar ao mundo, incluindo o Brasil. *El País.* 2020 mar 30.
8. Budd J, Miller BS, Manning EM, et al. Digital technologies in the public-health response to COVID-19. *Nat. Med.* 2020; 26(8):1183-92.
9. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Fighting COVID-19 through innovation and digital transformation. 2020. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <https://en.unesco.org/covid19/communicationinformationresponse/digitalinnovation>.
10. Santos BM, Cordeiro MEC, Schneider IJC, et al. Educação médica durante a pandemia da Covid-19: uma revisão de escopo. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2020 [acesso em 2021 jan 21]; (44):e139. Disponível em: www.scielo.br/pdf/1981-5271-rbem-44-s1-e139.pdf.
11. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cad. Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2021 jan 21]; 37(3):e00243220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>.
12. Conselho Federal de Medicina. Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2020. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União, Brasília (DF).* 23 Mar 2020. Seção 1: Extra. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <http://20200407-ProtocoloManejo-ver07.pdf>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas do Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. App Coronavirus SUS. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: www.gov.br/pt-br/apps/coronavirus-sus.
17. Brasil. Ministério da Saúde. ZapSus. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: www.coronavirus.gov.br.
18. Rocha R, Atun R, Massuda A, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4).
19. WikiRio. IDH dos bairros da cidade do Rio de Janeiro. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://www.wikirio.com.br>.
20. Cavaliere F, Lopes GP. Índice de Desenvolvimento Social: Comparando realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Prefeitura; 2008. (Número 20080901).

21. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha de Prevenção Coronavírus. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2021 jan 27]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/campanhas/46452-coronavirus>.
22. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19—Material para download. [acesso em 2021 abr 4]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/coronavirus/material-para-download>.
23. Bokolo AJ. Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of out patients during and after COVID-19 pandemic. *Ir J Med Sci*. 2021 [acesso em 2021 abr 4]; 190(1):1-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32642981/>.
24. George DB, Taylor W, Shaman J, et al. Technology to advance infectious disease forecasting for outbreak management. *Nat Commun*. 2019; 10(1):3932.
25. Asadzadeh A, Pakkhoo S, Saeidabad MM, et al. Information technology in emergency management of COVID-19 outbreak. *Informatics in Medicine Unlocked*. 2020; (21):100475.

Recebido em 27/07/2021

Aprovado em 20/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Inova Gestão do Conhecimento da Fiocruz 48401981491483

Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19

Continuity of health care for chronic diseases in the state of São Paulo during the COVID-19 pandemic

Luciane Simões Duarte¹, Mirian Matsura Shirassu¹, Jane Harumi Atobe¹, Marco Antonio de Moraes¹, Regina Tomie Ivata Bernal²

DOI: 10.1590/0103-11042021E205

RESUMO As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam as principais causas de morte e de invalidez em todo o mundo. Em acréscimo a esse cenário, desponta, em 2020, a pandemia causada pelo novo Coronavírus 2019 (Sars-CoV-2), causador da Covid-19. Este estudo avaliou a continuidade da atenção às DCNT pelos serviços de saúde dos municípios do estado de São Paulo durante a primeira fase da pandemia de Covid-19. Trata-se de estudo transversal, realizado em 171 municípios do estado de São Paulo, com aplicação de formulário aos gestores municipais. Foi utilizado peso de pós-estratificação para correção da baixa taxa de resposta. A maioria dos municípios (89,6%) definiu um conjunto de serviços de saúde que deveria ser mantido, e 95,7% relataram alguma descontinuidade da atenção. Os serviços com descontinuidade (interrupção total e interrupção parcial) foram os seguintes: cirurgias eletivas (54,1% e 38,1%), reabilitação (10,0% e 62,1%), diagnóstico/tratamento das DCNT (1,0% e 42,1%), tratamento de transtornos mentais (2,4% e 38,4%), diagnóstico/tratamento de câncer (interrupção parcial 15,9%) e cuidados paliativos (4,4% e 22,6%). Baixa demanda da população e diminuição da oferta interferiram na continuidade da assistência. Destaca-se a implantação da Telessaúde. A interrupção total ou parcial expõe os indivíduos a complicações agudas e crônicas.

PALAVRAS-CHAVE Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Covid-19. Continuidade da assistência ao paciente. Brasil.

ABSTRACT *Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) represent the leading causes of death and disability worldwide. Added to this scenario, in 2020, the pandemic by the Coronavirus disease 2019 (SARS-CoV-2), causing COVID-19, emerges. This study evaluated the continuity of care for NCDs by health services in the municipalities of the state of São Paulo during the first phase of the COVID-19 pandemic. This is a cross-sectional study, carried out in 171 municipalities in the state of São Paulo, and with application of a form to municipal managers. Post-stratification weight was used to correct the low response rate. Most municipalities (89.6%) defined a set of health services that should be maintained, and 95.7% reported some discontinuity of care. The services with discontinuity (total and partial interruption) were as follows: elective surgeries (54.1% and 38.1%), rehabilitation (10.0% and 62.1%), diagnosis/treatment of NCDs (1.0% and 42.1%), treatment of mental disorders (2.4% and 38.4%), diagnosis/treatment of cancer (partial interruption 15.9%) and palliative care (4.4% and 22.6%). Low demand from the population and reduced supply interfered with the continuity of care. The implementation of Telehealth stands out. The total or partial interruption exposes individuals to acute and chronic complications.*

KEYWORDS *Noncommunicable diseases. COVID-19. Continuity of patient care. Brazil.*

¹Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) – São Paulo (SP), Brasil. lucianesimoesduarte@gmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (BH), Brasil.



Introdução

O Brasil atravessa uma mudança no seu perfil demográfico. O percentual de idosos maiores de 65 anos era de 5% em 2000, e alcançará, em 2050, 23%, superando o número de jovens menores de 25 anos¹.

Paralelamente ao acelerado processo de envelhecimento, observa-se aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que as DCNT, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas, são coletivamente responsáveis por quase 71% de todas as mortes ao redor do mundo².

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, observou que 23,9% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, 7,7% de diabetes *mellitus*, 2,0% e 2,6% de acidente vascular cerebral e câncer, respectivamente³. Especificamente na capital São Paulo, o inquérito nacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2019, destacou que 24,4% da população de adultos referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, e 7,9% de diabetes *mellitus*⁴. Além disso, a análise da situação de saúde e de doenças e agravos crônicos no Brasil apontou que, entre as dez principais causas de morte, sete ocorreram em decorrência das DCNT, em especial, doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral⁵.

Em acréscimo a esse cenário, no qual as DCNT apresentam-se como as principais causas de morte e de invalidez em todo o mundo, despontou, em 2020, a pandemia pelo novo coronavírus 2019 (Sars-CoV-2), causador da doença Covid-19. No Brasil, a pandemia de Covid-19 teve o primeiro caso confirmado na cidade de São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020. Desde então, o Brasil tem registrado o maior número de casos e de mortes nas Américas, e é superado apenas pelos Estados Unidos em número de mortes.

Até julho de 2021, o Brasil apresentou 555 mil óbitos e mais de 19 milhões de casos confirmados, dos quais, quase 139 mil óbitos e mais de 4 milhões de casos confirmados eram do estado de São Paulo⁶.

Foram implantadas práticas de bloqueio e distanciamento social com o intuito de conter a doença, porém, essas medidas resultaram em uma mudança nas rotinas de vida diária, redução da atividade física, ascensão da alimentação desequilibrada e interrupção no abastecimento de suprimentos e medicamentos⁷.

Contudo, os pacientes com doenças crônicas precisam de acompanhamento regular para enfrentar a doença existente, e a falta de acesso às instalações de saúde e aos provedores de cuidados à saúde poderá trazer repercussões, como complicações agudas ou crônicas das DCNT. Assim, esta pesquisa tem como objetivo avaliar a continuidade da atenção às DCNT pelos serviços de saúde dos municípios do estado de São Paulo durante a primeira fase da pandemia de Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, que avaliou a continuidade da atenção às DCNT pelos serviços de saúde dos municípios do estado de São Paulo durante a primeira fase da pandemia de Covid-19. O estado de São Paulo é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está situado na Região Sudeste do Brasil. O estado possui 645 municípios e uma população, em 2020, de 44.639.899 habitantes⁸. Com relação aos serviços de saúde, o estado apresentava, em 2020, 28.989 unidades de atenção primária, 56.795 unidades de média complexidade e 2.598 unidades de alta complexidade⁹.

A coleta de dados ocorreu entre 17 de novembro de 2020 e 17 de janeiro de 2021, por meio de formulário eletrônico enviado pelo e-mail da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para o gestor municipal de

cada um dos 645 municípios do estado. Essa interlocução entre SES-SP e gestores municipais foi realizada pela rede de interlocutores regionais da área de promoção da saúde, com o apoio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Foram elegíveis para o estudo todos os 645 municípios do estado de São Paulo e seus respectivos serviços de saúde de atenção primária, de média ou alta complexidade.

O formulário eletrônico foi elaborado na Plataforma FormSUS (versão 3.0), do Datasus, com o intuito de assegurar sigilo e confidencialidade aos procedimentos de coleta. A elaboração do formulário fundamentou-se nos questionários das pesquisas da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que coletaram informações sobre o impacto da Covid-19 em serviços essenciais de saúde de diversos países, além das razões da descontinuidade e das abordagens dos países para superá-las¹⁰⁻¹¹.

O formulário incluiu 41 variáveis referentes à situação da continuidade da atenção às DCNT durante o período da coleta de dados do estudo. Essas variáveis foram agrupadas em cinco dimensões. A primeira dimensão avaliou as políticas e os planos municipais de prevenção e controle de DCNT, e incluiu quatro variáveis, sendo três dicotômicas [não ou sim] e uma com três opções de resposta [não, sim \leq 50 ou sim $>$ 50]. A segunda dimensão avaliou os serviços e programas municipais de atenção às DCNT e incluiu cinco variáveis, com três opções de resposta [suspensão, acesso limitado ou funcionando normalmente]. A terceira dimensão avaliou a manutenção dos serviços de saúde para DCNT do município e incluiu 10 variáveis, com três opções de respostas [interrupção total – redução de mais de 50% dos pacientes; interrupção parcial – redução de 5% a 50% dos pacientes; e sem interrupção – redução de menos de 5% dos pacientes]. A quarta dimensão avaliou as causas da descontinuidade da atenção às DCNT e incluiu 16 variáveis dicotômicas [não ou sim]. Essas causas foram agrupadas em aspectos relativos

a: demanda, oferta da atenção à saúde e problemas financeiros. Por fim, a quinta dimensão avaliou as abordagens utilizadas para superar a descontinuidade da atenção às DCNT e incluiu seis variáveis dicotômicas [não ou sim].

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* Stata (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos) versão 15.0. Foram construídos pesos de pós-estratificação, por meio do método rake, para minimizar a baixa taxa de resposta¹². A construção do peso rake levou em consideração as variáveis Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), para que a proporção de municípios fosse adequada para a regional de saúde; e quantidade de serviços com alta complexidade, uma vez que houve associação de diversas questões com esta última variável. Os pesos de pós-estratificação foram calculados no Stata utilizando o pacote SURVWGT¹³. Utilizou-se o módulo survey (svy) para considerar o efeito dos pesos pós-estratificação pelo método rake. Quanto aos procedimentos estatísticos, foi realizada a estatística descritiva das variáveis mediante cálculo de frequências relativas (%) e do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). O coeficiente de variação e o número de casos foram utilizados para analisar a precisão dos dados. O coeficiente de variação maior que 30,0% e o número de casos menor que dez foram destacados devido à sua baixa precisão¹⁴.

O projeto de estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, Processo nº 4.420.445, emitido em 25 de novembro de 2020, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 38920720.1.0000.5392. O estudo atendeu aos preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Obtiveram-se 242 questionários respondidos, porém, desse total, 71 municípios responderam mais de uma vez ao formulário. Essa duplicidade de resposta ocorreu porque tanto a

Secretaria Municipal de Saúde quanto os serviços/departamentos de saúde responderam ao formulário de pesquisa. Nessas situações, foram adotados os seguintes critérios para exclusão de duplicidade: manter a resposta mais recente; e manter a resposta da coordenação da Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, do total de municípios no estado de São Paulo, 171 (26,5%) aceitaram participar da pesquisa. Todas as RRAS apresentaram taxa de resposta de ao menos 20%, exceto as RRAS de número 7 (16,7%), 8 (18,8%) e 14 (15,4%). Com relação ao departamento ou setor de saúde responsável pelo preenchimento do formulário, o setor gestão (57,3%) foi encarregado de preencher o instrumento de pesquisa, seguido dos setores vigilância

em saúde (23,9%) e atenção à saúde (18,8%) (dados não apresentados em tabela).

Com relação à dimensão ‘políticas e planos municipais de prevenção e controle de DCNT’, cerca de três quintos dos municípios apresentavam um plano de ações para DCNT antes da pandemia de Covid-19. Contudo, durante a pandemia, esse percentual aumentou, e mais municípios relataram a definição de um conjunto de serviços de saúde que deveriam ser mantidos. Pouco mais da metade dos municípios informou que houve repasses de fundos governamentais adicionais para os serviços de saúde às DCNT. No entanto, quase um terço dos municípios relatou que os fundos foram redistribuídos para o enfrentamento da Covid-19 (tabela 1).

Tabela 1. Percentual de municípios segundo a dimensão política e os planos municipais de prevenção e controle de DCNT. São Paulo, Brasil, novembro/2020 – janeiro/2021

Variável	%	IC95%
Município possuía um plano de ações de enfrentamento de DCNT antes da pandemia de Covid-19		
Não	38,8	31,5-46,7
Sim	61,2	53,3-68,6
Município definiu um conjunto de serviços de saúde para DCNT a serem mantidos durante a pandemia Covid-19		
Não	10,4	6,7-15,6
Sim	89,6	84,2-93,3
Há fundos governamentais (Federais, Estaduais ou Municipais) adicionais destinados à garantia de serviços de saúde às DCNT		
Não	45,0	37,2-53,0
Sim	55,0	47,1-62,8
Os fundos do orçamento das DCNT foram redistribuídos para Covid-19		
Não	73,2	65,1-79,9
Sim, ≤50	15,5	10,3-22,7
Sim, >50	11,3	7,0-17,8

Fonte: elaboração própria.

Na dimensão ‘serviços e programas municipais de atenção às DCNT’, a quase totalidade dos municípios relatou funcionamento normal para os serviços de emergência ou de atendimento pré-hospitalar. Porém, os municípios reportaram maior percentual de alteração do

funcionamento dos serviços de internação (acesso limitado: 23,2%), do programa de agentes comunitários de saúde (acesso limitado: 45,0%; e suspenso: 3,4%) e, em especial, das clínicas móveis (acesso limitado: 35,9%; e: 14,4%), como apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Percentual de municípios segundo a dimensão serviços e programas municipais de atenção às DCNT. São Paulo, Brasil, novembro/2020 – janeiro/2021

Variável	%	IC95%
Serviço de emergência		
Suspenso	0,0	-
Acesso limitado	0,8	-
Funcionando normalmente	99,2	94,6-99,9
Serviço de atendimento pré-hospitalar^a		
Suspenso	0,0	-
Acesso limitado	1,9	-
Funcionando normalmente	98,1	94,1-99,4
Serviço de internação		
Suspenso	0,0	-
Acesso limitado	23,2	15,9-32,5
Funcionando normalmente	76,8	67,5-84,1
Programa de agentes comunitários de saúde		
Suspenso	3,4	-
Acesso limitado	45,0	37,3-53,1
Funcionando normalmente	51,6	43,6-59,5
Clínicas móveis		
Suspenso	14,4	-
Acesso limitado	35,9	18,9-57,4
Funcionando normalmente	49,7	29,6-70,0

Fonte: elaboração própria.

a) Por exemplo: transporte de ambulância.

Na dimensão ‘manutenção dos serviços de saúde para DCNT durante a pandemia de Covid-19’, mais da metade dos municípios relatou descontinuidade das cirurgias eletivas (interrupção total: 54,1%; e interrupção parcial: 38,1%) e dos serviços de reabilitação (interrupção total: 10,0%; e interrupção parcial: 62,1%). Além disso, cerca de 40% dos municípios informaram descontinuidade para diagnóstico e tratamento das DCNT

(interrupção total: 1,0%; e interrupção parcial: 42,1%) e para o tratamento de transtornos mentais (interrupção total: 2,4%; e interrupção parcial: 38,4%). Destaca-se a descontinuidade dos serviços para diagnóstico e tratamento de câncer (interrupção parcial: 15,9%) e de cuidados paliativos (interrupção total: 4,4%; e interrupção parcial: 22,6%). Quase a totalidade dos municípios (95,7%) relatou algum tipo de interrupção da atenção às DCNT (*tabela 3*).

Tabela 3. Percentual de municípios segundo a dimensão manutenção dos serviços de saúde para DCNT do município. São Paulo, Brasil, novembro/2020 - janeiro/2021

Variável	%	IC95%
Diagnóstico e tratamento das DCNT^a		
Interrupção total	1,0	-
Interrupção parcial	42,1	34,5-50,1
Sem interrupção	56,9	48,9-64,6
Diagnóstico e tratamento de câncer		
Interrupção total	0,0	-
Interrupção parcial	15,9	10,8-22,7
Sem interrupção	84,1	77,3-89,2
Tratamento para os transtornos mentais		
Interrupção total	2,4	-
Interrupção parcial	38,4	31,0-46,4
Sem interrupção	59,2	51,2-66,8
Serviços de reabilitação		
Interrupção total	10,0	6,0-16,3
Interrupção parcial	62,1	54,1-69,5
Sem interrupção	27,9	21,4-35,5
Serviços de cuidados paliativos		
Interrupção total	4,4	-
Interrupção parcial	22,6	16,7-29,8
Sem interrupção	73,0	65,4-79,5
Serviços 24 horas de assistência à emergência^b		
Interrupção total	0,6	-
Interrupção parcial	0,9	-
Sem interrupção	98,5	95,2-99,5
Serviços urgentes de transfusão de sangue		
Interrupção total	2,0	-
Interrupção parcial	7,0	-
Sem interrupção	91,0	84,9-94,8
Serviços de cuidados críticos aos internados^c		
Interrupção total	1,3	-
Interrupção parcial	4,0	-
Sem interrupção	94,7	89,9-97,3
Cirurgias eletivas		
Interrupção total	54,1	45,8-62,1
Interrupção parcial	38,1	30,6-46,3
Sem interrupção	7,8	-
Pré-natal de risco, com DCNT		
Interrupção total	0,0	-
Interrupção parcial	2,2	-
Sem interrupção	97,8	94,2-99,2

Fonte: elaboração própria.

a) Por exemplo: hipertensão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença arterial coronariana; b) Por exemplo: infarto do miocárdio/arritmia/acidente vascular cerebral, cetoacidose diabética, asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, sepse e lesão grave; c) Por exemplo: suporte respiratório, suporte hemodinâmico.

Na dimensão ‘causas da descontinuidade da atenção às DCNT durante a pandemia de Covid-19’, para os aspectos relativos à demanda, destaca-se a diminuição do volume ambulatorial devido aos pacientes ausentes/faltosos. Enquanto para os aspectos relativos à oferta de atenção à saúde, destacam-se: a diminuição do volume de internações devido ao cancelamento do atendimento eletivo, a suspensão dos serviços de ambulatorios de especialidades, a suspensão de serviços

ambulatoriais, conforme diretriz municipal, e o remanejamento de alguns funcionários que atendiam os portadores (ou os programas) das DCNT em tempo parcial e passaram a atender os pacientes com Covid-19. Já para os aspectos relativos a problemas financeiros, a maioria dos municípios não relatou dificuldades com Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou indisponibilidade/estoque de medicamentos ou outras dificuldades financeiras (*tabela 4*).

Tabela 4. Percentual de municípios segundo a dimensão causas da descontinuidade da atenção às DCNT. São Paulo, Brasil, novembro/2020 – janeiro/2021

Variável	%	IC95%
Aspectos relativos à demanda		
Diminuição do volume ambulatorial devido aos pacientes ausentes/faltosos		
Não	29,7	22,5-38,0
Sim	70,3	62,0-77,5
Mudanças nas orientações às pessoas com febre para busca de atendimento médico		
Não	63,3	54,7-71,2
Sim	36,7	28,9-45,3
Bloqueios governamentais ou de transporte público dificultando o acesso às unidades de saúde para pacientes		
Não	88,6	81,8-93,0
Sim	11,4	7,0-18,2
Aspectos relativos à oferta de assistência à saúde		
Suspensão de serviços ambulatoriais conforme diretriz municipal		
Não	61,5	52,9-69,4
Sim	38,5	30,6-47,2
Suspensão dos serviços de ambulatorios de especialidades		
Não	58,2	49,5-66,4
Sim	41,8	33,6-50,5
Suspensão dos programas de triagem/rastreamento de nível populacional		
Não	70,2	61,6-77,7
Sim	29,8	22,3-38,4
Diminuição do volume de internação devido ao cancelamento do atendimento eletivo		
Não	38,6	30,7-47,2
Sim	61,4	52,8-69,3
Serviços de internação/leitos hospitalares não disponíveis para outras doenças que não a Covid-19		
Não	91,3	85,2-95,1
Sim	8,7	4,9-14,8

Tabela 4. (cont.)

Variável	%	IC95%
Alguns funcionários que atendem pacientes portadores de DCNT foram remanejados em tempo integral para o atendimento aos pacientes com Covid-19		
Não	85,0	78,0-90,1
Sim	15,0	9,9-22,0
Todos os funcionários que atendem pacientes portadores de DCNT foram remanejados em tempo integral para o atendimento aos pacientes com Covid-19		
Não	97,2	92,6-99,0
Sim	2,8	-
Alguns funcionários que atendem pacientes portadores de DCNT foram remanejados parcialmente para o atendimento aos pacientes com Covid-19		
Não	75,1	67,1-81,8
Sim	24,9	18,3-32,9
Todos os funcionários que atendem pacientes portadores de DCNT foram parcialmente remanejados para o atendimento aos pacientes com Covid-19		
Não	99,4	95,5-99,9
Sim	0,6	-
Aspectos relativos a problemas financeiros		
Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) insuficientes para profissionais de saúde		
Não	94,6	89,8-97,2
Sim	5,4	-
Indisponibilidade/estoque de medicamentos essenciais, diagnósticos médicos ou outros produtos de saúde nas unidades		
Não	97,0	90,9-99,1
Sim	3,0	-
Dificuldades financeiras do município durante a pandemia		
Não	91,7	85,6-95,4
Sim	8,3	4,6-14,4

Fonte: elaboração própria.

a) Por exemplo: permanecer em domicílio.

Com relação à dimensão ‘abordagens utilizadas para superar a descontinuidade da atenção às DCNT durante a pandemia de Covid-19’, destacam-se a triagem de pacientes

para identificar prioridades, o redirecionamento dos pacientes para unidades de referência e a implantação de telemedicina para substituir consultas presenciais (*tabela 5*).

Tabela 5. Percentual de municípios segundo a dimensão abordagens utilizadas para superar descontinuidade da atenção às DCNT. São Paulo, Brasil, novembro/2020 - janeiro/2021

Variável	%	IC95%
Implantação de telemedicina (Telessaúde) para substituir consultas presenciais		
Não	54,8	46,3-63,0
Sim	45,2	37,0-53,7
Serviços temporariamente atribuídos a outra unidade ou equipe		
Não	71,5	63,2-78,5
Sim	28,5	21,5-36,8
Nova cadeia de suprimentos e/ou dispensação de medicamentos através de outros canais		
Não	82,4	75,1-87,9
Sim	17,6	12,1-24,9
Triagem para identificar prioridades		
Não	11,4	7,1-17,9
Sim	88,6	82,1-92,9
Redirecionamento dos pacientes para unidades de referência		
Não	57,0	48,4-65,1
Sim	43,0	34,9-51,6
Denúncias da comunidade para informar sobre interrupções e alterações de serviços		
Não	94,3	88,3-97,3
Sim	5,7	-

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Este estudo traz um panorama da continuidade do tratamento das DCNT no maior estado do País, o primeiro a apresentar casos de Covid-19 e a desenvolver um plano para enfrentamento da pandemia, inclusive com produção de vacinas.

O desenvolvimento do estudo ocorreu no final do ano de 2020, ou seja, após quase um ano de início da pandemia. Naquele momento da pesquisa, esperava-se que os serviços de saúde já estivessem reorganizados para o enfrentamento de outros agravos, fora a Covid-19 – em particular, das DCNT.

Observou-se que os serviços que apresentaram maiores percentuais de descontinuidade referiam-se às cirurgias eletivas, aos serviços de reabilitação, ao diagnóstico e tratamento das DCNT, ao tratamento de transtornos mentais, ao diagnóstico e tratamento de câncer

e aos cuidados paliativos. A atenção de forma oportuna, por exemplo, a confirmação do diagnóstico em até 30 dias e o início do tratamento em até 60 dias no Sistema único de Saúde (SUS)^{15,16} às pessoas com câncer são de fundamental importância para o melhor prognóstico e evolução dessa doença, o que demandaria a retomada do atendimento da forma mais breve possível^{10,11}.

As pessoas portadoras de DCNT constituem grupo de risco para Covid-19, e o distanciamento social se impõe como uma das medidas efetivas para diminuir a exposição ao vírus. No entanto, ainda que essa providência vise à segurança, ela acaba aumentando a carga das DCNT, pois determina mudanças nos hábitos de vida das pessoas, com o incremento de inatividade física, do número de cigarros fumados, do consumo de bebidas alcoólicas, além de alterações no padrão da dieta, com

maior consumo de alimentos processados e de alta densidade calórica⁷. Também existe o medo que assola o indivíduo de expor-se ao vírus quando comparece a uma consulta ou para realização de exames de rotina (conduta essa que colabora para o controle/gerenciamento da doença).

A descontinuidade do acesso à saúde e as graves consequências vêm sendo apontadas em estudos internacionais. Estudo realizado em serviços de saúde nos Estados Unidos da América mostrou que os pacientes que demandavam cuidados intensivos de saúde ou procedimentos emergenciais foram priorizados, em detrimento de pacientes em cuidados de rotina ou em procedimentos de acompanhamento¹⁷.

Outro exemplo é o estudo qualitativo, realizado no Paquistão, envolvendo pacientes portadores de DCNT, que tinha como objetivos entender o efeito na rotina de saúde e determinar os desafios enfrentados por esses pacientes. Quase metade (45%) relatou efeitos sobre sua saúde, mas, entre os pacientes com transtorno mental, o efeito sobre a saúde foi ainda maior (71%). Além disso, 53% dos pacientes informaram que faltaram em alguma consulta de rotina, 42% não realizaram algum teste de acompanhamento, e 66% não puderam continuar seus exercícios físicos diários¹⁸.

Ademais, revisão de literatura apontou consequências da pandemia, como a gestão e a progressão da DCNT em curto e longo prazos¹⁹. Apontou, ainda, que os pacientes com DCNT têm menor acesso a consultas ambulatoriais e que, em alguns casos, pode ocorrer dificuldade no acesso aos medicamentos, prejudicando a adesão ao tratamento. O estudo também ressalta que os pacientes com DCNT mais afetados, em longo prazo, serão aqueles com múltiplas ou severas condições, os quais requerem monitoramento regular dos sintomas e ajuste de regimes de medicamentos¹⁹.

A descontinuidade da atenção às DCNT poderá resultar no aumento das complicações agudas e crônicas, mortalidade, sistema de saúde sobrecarregado pelo acúmulo de cuidados adiados, além de elevado número

de subnotificações da doença em virtude de diagnósticos perdidos pela falta de exames de rotina¹⁷. Fato que exemplifica as consequências da descontinuidade da atenção às DCNT é o aumento da proporção de óbitos em domicílio entre pessoas idosas. Em nota técnica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), verificou-se aumento de 54% no número de óbitos em domicílio entre pessoas com mais de 60 anos no estado do Rio de Janeiro, comparando-se os meses de abril a junho de 2020 com o triênio de 2017 a 2019²⁰. No estado de São Paulo, avaliação de dados do Tabnet da SES-SP apontou aumento de 12% de óbitos em domicílio, por DCNT, entre pessoas com mais de 60 anos, no período de 2019 a 2020²¹.

Os resultados do presente estudo são consistentes com os achados verificados pela OMS e pela Opas. A OMS avaliou a continuidade da atenção às DCNT durante a pandemia nos serviços de saúde de cinco regiões (África, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental) entre maio e julho de 2020. Os resultados da pesquisa apontaram que quase a totalidade dos países (90%) experimentou alguma interrupção da atenção às DCNT, em especial, os países de baixa e média renda. Entre os serviços com maiores percentuais de interrupção, destacam-se o diagnóstico e o tratamento de doenças não transmissíveis no geral (69%) e do câncer (55%)¹⁰. Especificamente nos 25 países das Américas, incluindo o Brasil, a Opas verificou, entre os meses de maio e junho de 2020, que os serviços de atenção às DCNT foram mantidos, mas com acesso parcial em 18 países (64%) e acesso total em apenas sete países (25%). A interrupção dos serviços de atenção às DCNT afetou todos os tipos de doenças, em especial, o de diabetes *mellitus*¹¹. O presente estudo, em comparação com os estudos da OMS e OPAS, apresentou maior percentual de descontinuidade da atenção às DCNT. Entretanto, a pandemia pela Covid-19 pode ser subdividida em quatro fases: contenção, mitigação, supressão e recuperação²², e o presente estudo e os desenvolvidos pelas organizações internacionais

foram conduzidos em momentos diferentes da pandemia.

Uma pesquisa on-line dirigida para profissionais de saúde do mundo inteiro verificou mudanças na qualidade da atenção aos pacientes com DCNT durante a pandemia²³. Os profissionais de saúde informaram que diabetes *mellitus* (38%) foi a doença mais afetada pela redução dos recursos de saúde devido à Covid-19, seguida pela doença pulmonar obstrutiva crônica (9%), hipertensão arterial (8%), doença cardíaca (7%), asma (7%), câncer (6%) e depressão (6%). Com relação à qualidade da atenção aos pacientes com DCNT, os profissionais comentaram que os cuidados ofertados poderiam ser classificados como razoáveis (48%) ou bons (26%). Entretanto, a maior parte desses profissionais de saúde (67%) relatou efeitos moderados ou severos em seus pacientes devido a mudanças nos serviços de saúde. Além disso, a maioria dos profissionais relatou adoção de métodos de cuidados à distância, como telefone ou telemedicina (86%)²³.

Além das consequências previamente apontadas, essas mudanças na atenção às DCNT decorrentes da pandemia podem apresentar efeitos deletérios na adesão ao tratamento medicamentoso, visto que a adesão depende dos cuidados e do acompanhamento de rotina pelos profissionais de saúde, para que o paciente possa compreender, concordar e participar de seu próprio tratamento¹⁹.

Com relação aos serviços de emergências ou de atendimento pré-hospitalar, o presente estudo verificou que, no geral, o funcionamento se manteve normal. Porém, os demais serviços de saúde apresentaram algum tipo de descontinuidade.

Nesse contexto, a maioria dos municípios do estado definiu um conjunto de serviços de saúde que deveria ser mantido. Entretanto, vários municípios ainda não possuíam um plano de ações de enfrentamento de DCNT, conforme diretrizes do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, de 2011, que recomendam a elaboração desses

planos, com o intuito de alcançar as metas para enfrentar e deter as DCNT no Brasil²⁴.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 2.994, de 3 de novembro de 2020, que estabeleceu o incentivo financeiro para as DCNT para alguns municípios brasileiros e definiu um instrutivo para orientar os gestores sobre as normativas de solicitação e utilização dos recursos financeiros²⁵. Entre os municípios que responderam à pesquisa, a maioria relatou que houve repasse de fundos governamentais adicionais destinados à garantia de serviços de saúde às DCNT, porém, um pouco mais de um quarto do orçamento das DCNT foi redistribuído para Covid-19. Como destaca Palmer et al.¹⁹, essa realocação de recursos para combater o surto de Sars-CoV-2 provavelmente terá efeitos a longo prazo sobre os sistemas nacionais de saúde em diversos países, afetando pacientes tanto com doenças não transmissíveis como com doenças transmissíveis.

Com relação aos aspectos que interferiram na continuidade da atenção às DCNT, a OMS verificou os seguintes: baixa demanda da população, diminuição da oferta de atenção e problemas financeiros. O aspecto da baixa demanda pode ser decorrente da menor procura da atenção à saúde devido ao *lockdown* ou à quarentena, ou à presença de problemas financeiros do paciente, que dificultam o acesso à atenção. O aspecto oferta de serviços é influenciado pelo cancelamento de serviços eletivos e pela realocação de trabalhadores da área da saúde para serviços direcionados ao atendimento de Covid-19. Por fim, o aspecto problema financeiro está relacionado à insuficiência de EPI e à interrupção no fornecimento de equipamentos médicos e de produtos para saúde¹⁰.

No presente estudo, destacaram-se os aspectos relativos à baixa demanda da população aos serviços de saúde e à diminuição da oferta de atenção. Tais aspectos foram apontados por Palmer et al.¹⁹, que descrevem que a baixa demanda dos serviços pode ser decorrente do medo da infecção e das consequências à saúde por parte de alguns pacientes. Já a diminuição da oferta deve-se à falta de profissionais de

saúde qualificados, além de que muitos acabam sendo infectados com Sars-CoV-2, o que exige afastamento do serviço¹⁹.

Diante desse panorama, é importante que os serviços de saúde adotem estratégias inovadoras. Entre elas, destaca-se a telemedicina. No Brasil, a telemedicina é parte da estratégia da Telessaúde, uma iniciativa em âmbito nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção primária no SUS com a incorporação de tecnologias de informação e de comunicação nos sistemas de saúde. Recentemente, o Ministério da Saúde regulamentou, em caráter excepcional e temporário, prática de atendimentos médicos à distância durante epidemia de Covid-19, segundo Portaria nº 467, de 20 de março de 2020²⁶. Essas ações podem contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial e de consulta, monitoramento e diagnóstico, na saúde privada e pública, por meio de canais de comunicação que sejam mais acessíveis para cada paciente, como aplicativo de comunicação no celular.

Essa estratégia tem sido implantada em outros países²⁷, pois tem demonstrado reduzir a ansiedade dos pacientes e aumentar a confiança na gestão da condição crônica, além de reduzir as necessidades dos pacientes em consultas presenciais nos serviços de saúde. Por exemplo, estudo conduzido na Austrália para investigar a experiência dos pacientes com Telessaúde apontou que eles estavam satisfeitos com o atendimento, por ser oportuno e prático, mas relataram que há necessidade de uma boa relação médico-paciente, e que o atendimento à distância poderia continuar, mas combinado com consultas presenciais. No entanto, os pacientes identificaram desafios, incluindo dificuldades para se expressar e realizar exames. Nesse estudo, o atendimento com Telessaúde foi utilizado pelos profissionais de saúde para renovação da prescrição, discussão dos resultados dos testes e acompanhamento de rotina²⁷.

O estudo tem limitações. Não foram avaliadas as DCNT separadamente, mas, sim, o conjunto. Devido à baixa taxa de respostas, foi utilizado peso de pós-estratificação.

Entretanto, apesar disso, os municípios envolvidos representam 51% da população do estado de São Paulo, o que permite trazer um panorama inicial da continuidade da atenção às DCNT em um estado que concentra riquezas, mas, também, grandes diversidades. Por fim, o estudo tem relevância para a área de saúde pública, uma vez que os resultados são consistentes com a literatura levantada e que o seu caráter inédito possibilita descrever o cenário da atenção às DCNT durante pandemia da Covid-19 no estado de São Paulo.

Os serviços de atenção às DCNT dos municípios não foram totalmente interrompidos com a pandemia de Covid-19, entretanto, sofreram algum tipo de descontinuidade. Isso aponta a necessidade de implantar planos de retomada dos serviços, com reforço de estratégias que envolvam estratificação de risco, gestão de doenças e gestão de casos, além da inclusão de abordagens inovadoras de atenção às DCNT.

Colaboradores

Duarte LS (0000-0001-9173-607X)* contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo, realizou as análises estatísticas, escreveu a primeira versão do manuscrito. Shirassu MM (0000-0001-8059-0044)* contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo, interpretou os resultados, contribuiu criticamente para a revisão das versões preliminares e da versão final do manuscrito. Atobe JH (0000-0002-4417-2096)* e Moraes MA (0000-0001-9834-5960)* contribuíram para a concepção e o delineamento do estudo, contribuíram criticamente para a revisão das versões preliminares e da versão final do manuscrito. Bernal RTI (0000-0002-7917-3857)* contribuiu para a concepção e o delineamento do estudo, implementou o método rake, interpretou os resultados, contribuiu criticamente para a revisão das versões preliminares e da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019). World Population Prospects 2019, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/426). [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf.
2. World Health Organization. Non communicable diseases – key fact. [acesso em 2021 maio 13]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. [acesso em 2021 jul 31]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. [acesso em 2021 jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. [acesso em 2021 jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil. Painel Coronavírus. [acesso em 2021 jul 31]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
7. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(4):e2020407.
8. Fundação Seade. SEADE Painel – Demografia – população 2020. São Paulo; 2020. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em <https://www.seade.gov.br/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. CNES – Estabelecimentos por nível de atenção – São Paulo. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencsp.def>.
10. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic 2020. Genebra: World Health Organization; 2020. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
11. World Health Organization. Rapid Assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic in the Americas 2020. Genebra: World Health Organization; 2020. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52250/PAHONMHNVCVID-19200024_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
12. Flores-Cervantes I, Brick JM, Jones ME, et al. Weighting for nontelephone household in the 2001 California Health Interview Survey. In: Proceedings of the Joint Statistical Meetings Section on Survey Research Methods 2002; 11-15. New York. p. 1002-7.
13. Nick Winter, 2002. “SURVWGT: Stata module to create and manipulate survey weights,” Statistical Software Components S427503, Boston College Department of Economics, revised 11 Feb 2018. [acesso em 2021 ago 3]. Disponível em: <https://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s427503.html>.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violên-

- cias e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. [acesso em 2021 ago 3]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_1ed_2019.pdf.
15. Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Diário Oficial da União. 31 Out 2019.
 16. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 Nov 2012.
 17. Tapper EB, Asrani SK. The COVID-19 pandemic will have a long-lasting impact on the quality of cirrhosis care. *Journal of Hepatology*. 2020; (73):441-445.
 18. Saqib MAN, Siddiqui S, Qasim M, et al. Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. *Diabetes Metab Syndr*. 2020; 14(6):1621-1623.
 19. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res*. 2020; 32(7):1189-1194.
 20. Fundação Oswaldo Cruz. Nota técnica n. 01 GISE/LIS/ICICT/Fiocruz. O excesso de óbitos de idosos no município do Rio de Janeiro analisado segundo o local de ocorrência. [acesso em 2021 ago 3]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_idoso_equipe_gise_14.09.2020.pdf.
 21. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde do São Paulo. Informações de Saúde. Tabulações de Saúde – TABNET. [acesso em 2021 ago 2]. Disponível em: http://tabnet.sau.gov.br/deftohtm.exe?tabnet/sim_ccd.def.
 22. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00068820.
 23. Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*. 2020; 14(5):965-967.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. [acesso em 2021 set 14]. Disponível em: https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view#:~:text=O%20plano%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Estrat%C3%A9gicas,a%20dirimir%20desigualdades%20em%20sa%C3%BAde.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 29 de outubro de 2020. Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do novo coronavírus. Diário Oficial da União. 29 Out 2020.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Regulamenta a utilização da Telemedicina, em caráter de excepcionalidade e enquanto durarem as medidas de enfrentamento ao coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 23 Mar 2020.
 27. Javanparast S, Roeger L, Kwok Y, et al. The experience of Australian general practice patients at high risk of poor health outcomes with telehealth during the Covid-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2021; 22(1):69.

Recebido em 17/09/2021

Aprovado em 10/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Concessão privatista do saneamento e a incidência da Covid-19 em favelas do Rio de Janeiro

Privatizing sanitation concessions and the incidence of COVID-19 in slums in Rio de Janeiro

Adriana Sotero Martins¹, Maria José Salles², Elvira Carvajal³, Priscila Gonçalves Moura², Luis Eduardo Martin⁴, Rejany Ferreira dos Santos⁵, Maria de Lourdes Aguiar-Oliveira⁶

DOI: 10.1590/0103-11042021E206

RESUMO O objetivo foi avaliar a relação espacial dos indicadores de saneamento (acesso à água e ao esgoto), considerando a modelagem da concessão da Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (Cedae), e a sua possível relação com a incidência da Covid-19, nos bairros com e sem áreas de favelas. Os dados de casos confirmados da Covid-19 analisados foram obtidos no Painel Saúde do Rio de Janeiro. Foi considerado o fracionamento do município em quatro blocos regionais. Nos 163 bairros da cidade, a taxa de incidência média foi de 9,78 casos/1.000 hab. Os bairros com as menores taxa de incidência foram aqueles com predominância de aglomerados subnormais (favelas), baixa renda per capita e cobertura de saneamento, sugerindo maior lacuna de testagem e subnotificação de casos. Reduzir a inequidade e o racismo estrutural deveria ser prioritário. A sindemia da Covid-19 contribuiu fortemente para perdas socioeconômicas e de saúde pública significativas. Em um cenário de reconstrução, é imprescindível retomar o compromisso para com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas.

PALAVRAS-CHAVE Incidência. Covid-19. Abastecimento de água. Saneamento. Áreas de pobreza.

ABSTRACT *This assessment aimed to evaluate the putative spatial relationship between sanitation indicators (access to water and sewage) considering the Rio de Janeiro State Water and Sewage Company (CEDAE) parameters and the COVID-19 incidence among districts with and without slum areas. The data of confirmed COVID-19 cases analyzed were obtained from the Rio de Janeiro Health Panel. We considered the division of the municipality into four regional blocks. The mean COVID-19 incidence was 9.78 cases/1,000 inhabitants in the 163 city districts. The lowest COVID-19 incidence rate was most reported in slum regions, with lower per capita income and sanitation coverage, suggesting a significant gap in testing and case underreporting. Reducing inequality and structural racism should be a priority. The COVID-19 syndemic strongly contributed to significant socioeconomic and public health losses. Our commitment to the Sustainable Development Goals of the 2030 agenda of the United Nations is pivotal in a backdrop of reconstruction.*

KEYWORDS *Incidence rate. COVID-19. Water supply. Sewage coverage. Poverty areas.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio Janeiro (RJ), Brasil.
adrianasotero@ensp.
fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade do Estado do Rio Janeiro (Uerj), Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes (Ibrag), Departamento de Biologia Celular (DBC) - Rio Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - Rio Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Presidência, Cooperação Social - Rio Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Laboratório de Vírus Respiratórios e Sarampo - Rio Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

Em meio ao cenário recente de aprovação da Lei federal nº 14.026/2020¹, que mudou o Marco Regulatório do Saneamento (Lei nº 11.445/2007)², pró-mercado e favorecendo a entrada de empresas privadas no setor, os debates e o histórico da construção que lhe deram origem, bem como os exemplos internacionais e nacionais apontando os riscos da concessão dos serviços à iniciativa privada – principalmente para os municípios menos rentáveis³, foram desconsiderados. Dessa forma, com uma agenda privatista, o Brasil caminhou na contramão da tendência mundial de cidades e países, que têm retomado o controle da gestão da água e do esgotamento sanitário⁴.

A privatização/concessão da Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (Cedae) ficou ligada à renegociação da dívida do estado com a União; iniciando o processo de concessão dos serviços de água e esgotamento sanitário⁵. O projeto de concessão foi desenvolvido pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em que o Município do Rio de Janeiro (MRJ) foi o único que teve seu território contemplado no projeto de forma fracionada, com os bairros divididos em quatro blocos. As etapas de consulta para o recebimento de propostas e de audiências públicas aconteceram de forma remota, durante o período de pandemia da Covid-19, momento em que grande parte da população se encontrava desmobilizada, tal como a comunidade científica, absorvida nas questões e demandas impostas pelo maior desafio em saúde pública contemporâneo. Por essa razão, diferentes atores se colocaram contrários ao acontecimento da consulta, em meio ao cenário de calamidade pública de ordem global. Tendo em vista que a audiência pública é um instrumento de participação social – fundamental ao processo democrático e decisório de aprovação do objeto sob consulta pública –, e visando ao interesse público, os princípios constitucionais da legalidade, da liberdade, da igualdade, da ampla defesa, da isonomia, do contraditório,

da simetria, da proporcionalidade da lei, e da vontade popular deveriam ter sido assegurados de forma soberana⁶.

A avaliação de políticas de saneamento ambiental e das estratégias de integração envolvendo as diferentes áreas de gestão de uma região pode ser realizada por meio da análise dos impactos gerados pelas modificações no meio ambiente. Uma das formas de medir a efetividade de uma política de saneamento ambiental é captar o seu impacto por intermédio de indicadores de saúde ou da ausência deles⁷.

Nesse contexto, avaliar os casos da Covid-19 e a sua possível correlação às condições de saneamento constituiria um indicador atual e estratégico no norteamento de políticas públicas. Outrossim, a higienização das mãos, do domicílio, dos alimentos, o uso de máscaras e o distanciamento social constituem medidas não farmacológicas relevantes na mitigação da transmissão do Sars-CoV-2. Portanto, o acesso à água é central para o controle desta pandemia⁸. Ademais, a alta vulnerabilidade de parcela da população a Doenças Relacionadas com o Saneamento Inadequado (DRSAI) ou ausente tem sido descrita. Além disso, doenças como dengue, malária e leptospirose podem ser agravadas no atual contexto da Covid-19, dada a possibilidade da transmissão comunitária do vírus por meio do esgoto não tratado ou pela água contaminada⁹.

Neste estudo, investiga-se a possível relação espacial entre a taxa de incidência da Covid-19 (casos/habitantes), indicadores econômicos (renda per capita) e de saneamento (índice de acesso à água e índice de coleta de esgoto), em bairros com e sem áreas de favelas, considerando os blocos regionais propostos no modelo de concessão da Cedae.

Material e métodos

Trata-se de estudo observacional, ecológico e analítico, contemplando a incidência da Covid-19 no MRJ, com base nos dados disponibilizados no portal da prefeitura, Painel Rio Covid¹⁰.

consultados até 8 de julho de 2020. As estatísticas sobre a população de cada bairro foram obtidas na base do Instituto Pereira Passos¹¹, e os dois índices de saneamento (acesso à água e coleta de esgoto) foram obtidos na base do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), para o ano de 2018¹².

Os bancos de dados foram construídos em Sistema de Informação Geográfica (SIG), contemplando como dados secundários: casos confirmados de Covid-19; renda per capita; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹³; índices de acesso à água e coleta de esgoto do MRJ, de bairros e de Aglomerados Subnormais (ASN) do MRJ.

Os blocos propostos pelo projeto de concessão da Cedae⁵ foram considerados na comparação: bloco 1 (Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca, Vidigal); bloco 2 (Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Curicica, Freguesia (Jacarepaguá), Gardênia Azul, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Pechincha, Recreio dos Bandeirantes, Tanque, Taquara, Vargem Grande, Vargem Pequena); bloco 3 (Bangu, Barra de Guaratiba, Campo dos Afonsos, Campo Grande, Cosmos, Deodoro, Gericinó, Guaratiba, Inhoaíba, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Paciência, Padre Miguel, Pedra de Guaratiba, Realengo, Santa Cruz, Santíssimo, Senador Camará, Senador Vasconcelos, Sepetiba, Vila Kennedy, Vila Militar); e bloco 4 (Abolição, Acari, Água Santa, Alto da Boa Vista, Anchieta, Andaraí, Bancários, Barros Filho, Benfica, Bento Ribeiro, Bonsucesso, Brás de Pina, Cachambi, Cacuia, Caju, Campinho, Cascadura, Catumbi, Cavalcante, Centro, Cidade Nova, Cidade Universitária, Cocotá, Coelho Neto, Colégio, Complexo do Alemão, Cordovil, Costa Barros, Del Castilho, Encantado, Engenheiro Leal, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Estácio, Freguesia, Galeão, Gamboa, Grajaú, Guadalupe, Higienópolis, Honório Gurgel, Inhaúma, Irajá, Jacarezinho,

Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Lapa, Lins de Vasconcelos, Madureira, Mangueira, Manguinhos, Maracanã, Maré, Marechal Hermes, Maria da Graça, Méier, Moneró, Olaria, Oswaldo Cruz, Paquetá, Parada de Lucas, Parque Anchieta, Parque Colúmbia, Pavuna, Penha, Penha Circular, Piedade, Pilares, Pitangueiras, Portuguesa, Praça da Bandeira, Praça Seca, Praia da Bandeira, Quintino, Ramos, Ribeira, Ricardo de Albuquerque, Rio Comprido, Rocha, Rocha Miranda, Sampaio, Santa Tereza, Santo Cristo, São Cristóvão, São Francisco Xavier, Saúde, Tauá, Tijuca, Todos os Santos, Tomás Coelho, Turiaçu, Vasco da Gama, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vigário Geral, Vila da Penha, Vila Isabel, Vila Kosmos, Vila Valqueire, Vista Alegre, Zumbi).

A construção dos mapas temáticos foi realizada no programa de geoprocessamento QGIS, versão 2.18.13, e TerraView Políticas Sociais, versão 4.2.2, com aplicação da análise estatística espacial de Moran¹⁴. A relação entre duas variáveis foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman para o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$), por meio do programa BioEstat 5.3¹⁵.

Resultado e discussão

A incidência da Covid-19

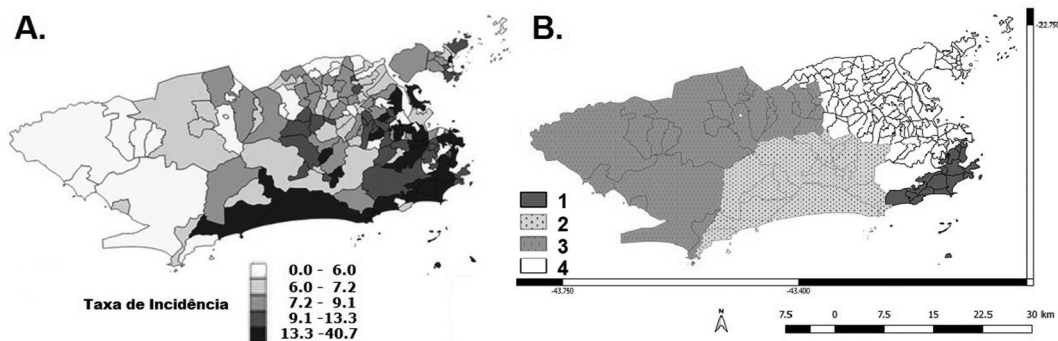
A taxa de incidência média para os 163 bairros do MRJ foi de 9,8 casos/1.000 habitantes (hab.), e a mediana foi de 9,8 casos/1.000 hab. A maior taxa de incidência foi observada no bairro de Bonsucesso com 40,7 casos/1.000 hab., e o valor mínimo foi na Vila Kennedy com 1,1 caso/1.000 hab. Nos bairros de Gericinó e Grumari, não houve casos confirmados até a data analisada. Quando considerados os blocos segundo a classificação da Cedae, no bloco 1 – composto pelos bairros da Zona Sul –, a média foi de 16,6 casos/1.000 hab., em que a Gávea e a Rocinha apresentaram a maior (39,5

casos/1.000 hab.) e a menor (4,1 casos/1.000 hab.) taxa de incidência respectivamente. No bloco 2, a incidência acumulada média foi de 11,5 casos/1.000 hab., em que Camorim apresentou a maior taxa (32,4 casos/1.000 hab.), e a Cidade de Deus, a menor (6,2 casos/1.000 hab.). No bloco 3, composto pelos demais bairros da Zona Oeste, a incidência média da Covid-19 foi de 6,0 casos/1.000 hab., em que os extremos foram representados por Jardim Sulacap (13,1 casos/1.000 hab.) e Vila Kennedy (1,1 caso/1.000 hab.). No bairro de Gericinó, não havia registro de casos confirmados até o momento da análise. Nos bairros da Zona Norte, integrantes do bloco 4, a taxa média de incidência foi de 8,9 casos/1.000 hab., liderada por Bonsucesso (40,7 casos/1.000 hab.). No Complexo do Alemão, um dos maiores

aglomerados subnormais do município, surpreendentemente, a incidência média da Covid-19 foi da ordem de 0,2 caso/1.000 hab.

Com base nos dados oficiais, os blocos 1 (Zona Sul) e 2 (Jacarepaguá e Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Gardênia, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande, Vargem Pequena) foram os que exibiram as maiores taxas de incidência da Covid-19 (figura 1). Em contraste, as menores incidências foram reportadas em bairros com predomínio de aglomerados subnormais (ASN/favelas), evidenciando a existência de relevantes lacunas de acesso à testagem para a Covid-19 nesses territórios – conforme informado no Boletim Epidemiológico da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)¹⁶, com consequente subnotificação.

Figura 1. Mapas temáticos. A. Distribuição das taxas de incidência da Covid-19 (até dia 08/07/2020)/1.000 hab., nos bairros da cidade do Rio de Janeiro; B. Bairros por blocos do projeto da modelagem do BNDES



Fonte: elaboração própria.

Bloco 1: Zona Sul (cinza escuro liso); Bloco 2, bairros de Jacarepaguá e Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Gardênia, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena (cinza claro pontilhado); Bloco 3: Zona Oeste (cinza escuro pontilhado); Bloco 4: Zona Norte (branco).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo do ano de 2010 –, o MRJ apresenta a maior quantidade de ASN do estado (57,3%, 763/1.332 ASN), compreendendo 69% de domicílios e 68,8% dos moradores da cidade do Rio de Janeiro^{17,18}. Durante a pandemia da Covid-19, a organização Voz das Comunidades produziu dados a

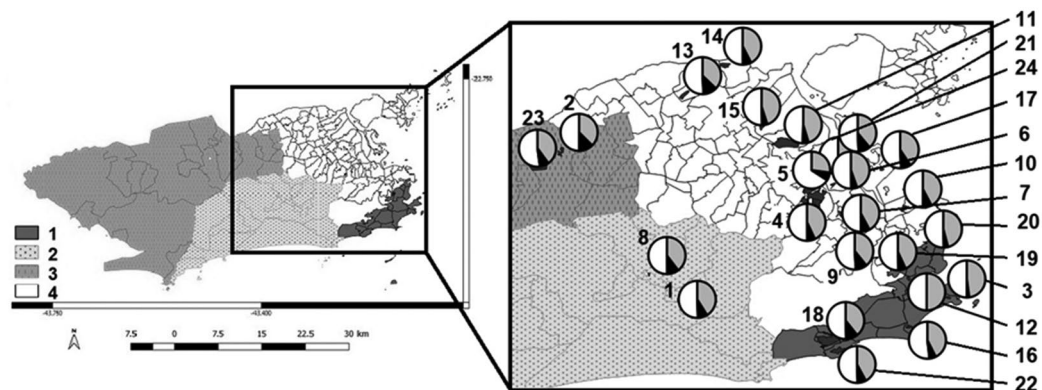
partir de informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, das clínicas de saúde da família e das próprias comunidades organizadas, que foram registrados no Painel de Atualização de Coronavírus nas Favelas do Rio de Janeiro¹⁶. Os dados de 24 ASN descritos pela organização Voz das Comunidades foram analisados espacialmente, considerando

a população estimada para cada um deles¹⁷.

Com base nas taxas de incidência acumulada, taxa de mortalidade e taxa de recuperação para Covid-19, foi observado que os ASN localizados nos bairros de Gardênia Azul e Cidade de Deus, ambos do bloco 2, foram os que apresentaram as maiores taxas de incidência para Covid-19. Os ASN situados nos bairros Jacaré, Penha, Maré, Caju, Manguinhos, Complexo do Alemão, Tijuca e Jacarezinho, da região do bloco 4, também demonstraram valores significativos para a taxa de incidência. Na região do bloco 1, os ASN localizados nos bairros Catete, Leme, Copacabana e Vidigal se destacaram

com as maiores taxas (figura 2). Não foram disponibilizados dados para os ASN situados nos bairros da região do bloco 3. Esses achados sugerem que uma parcela relevante de casos da Covid-19 na população residente em ASN não foi computada nas estatísticas oficiais, corroborando a subnotificação de casos nessas áreas. Dessa forma, a incorporação de outros agentes na condução da vigilância epidemiológica nesses territórios é estratégica – notadamente, da própria comunidade organizada –, reduzindo o viés de notificação e propiciando um cenário epidemiológico mais próximo à realidade local.

Figura 2. Distribuição espacial dos dados da Covid-19 analisados para as 24 comunidades descritas no site Voz das Comunidades¹⁷, com gráficos das proporções das taxas de incidência, taxa de mortalidade e taxa de recuperação da Covid-19



Fonte: elaboração própria.

1. A. M. Novo Rio Jacarepaguá; 2. Batam; 3. Chapéu Mangueira; 4. Dois de Maio; 5. Jacarezinho; 6. Mandela de Pedra; 7. Mangueira (RA São Cristóvão); 8. Moquiço (RA Cidade de Deus); 9. Morro da Formiga; 10. Morro da Providência; 11. Morro do Alemão; 12. Morro Santa Marta; 13. Parque Acari; 14. Parque Furquim Mendes; 15. Parque Proprietário do Grotão; 16. Pavão-Pavãozinho; 17. Quinta do Caju; 18. Rocinha; 19. São Carlos; 20. Tavares Bastos; 21. Timbau; 22. Vidigal; 23. Vila Vintém; 24. Vila Turismo.

Indicadores socioeconômicos e de saneamento

Os indicadores socioeconômicos (IDH e renda média per capita) encontraram-se significativamente correlacionados ao acesso à água, em

todos os blocos de bairros classificados pela Cedae. No que concerne à coleta de esgoto, resultados similares foram observados, exceto para os blocos 3 e 4, em que não foram encontradas associações significativas entre esses e os indicadores socioeconômicos (tabela 1).

Tabela 1. Correlação de Spearman entre taxa de incidência de Covid-19 e renda per capita dos bairros da cidade do Rio de Janeiro, segundo os blocos definidos pela Cedae

Taxa de incidência de Covid-19	Renda per capita
Bloco 1	0.3419 (p)= < 0.0001
Bloco 2	0.2293 (p)= 0.3759
Bloco 3	0.2429 (p)= 0.2761
Bloco 4	0.1640 (p)= 0.0978

Fonte: elaboração própria.

Nota: Bloco 1 (bairros da Zona Sul), Bloco 2 (bairros de Jacarepaguá e Anil, Barra da Tijuca, Camorim, Gardênia, Grumari, Itanhangá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena), Bloco 3 (bairros da Zona Oeste), e o Bloco 4 (bairros da Zona Norte). Os resultados foram considerados significativos quando $p < .005$.

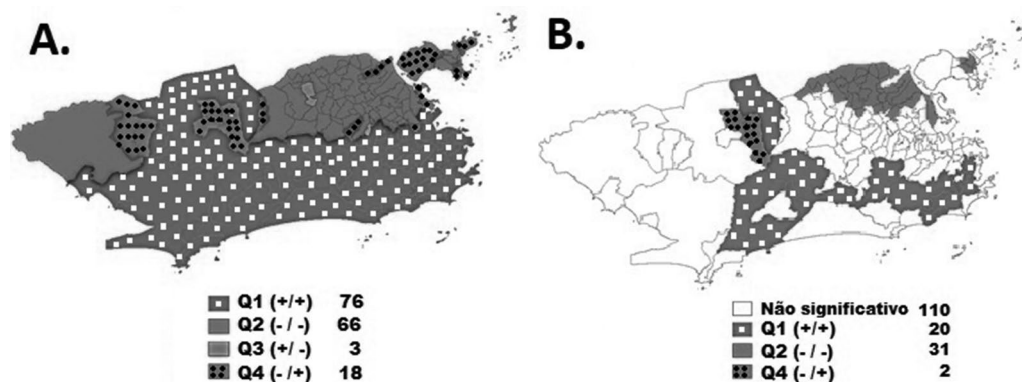
Na cidade do Rio de Janeiro, a maior concentração de renda foi observada nos bairros da Zona Sul, com exceção da Barra da Tijuca (Zona Oeste). Ipanema e Lagoa lideraram a estatística, seguidos por Barra da Tijuca e Leblon e, finalmente, pelos demais cinco bairros do bloco 1: Botafogo, Copacabana, Flamengo, Humaitá e Leme. Os bairros que possuem a quarta maior renda da cidade dividiram-se entre a Zona Sul (Gávea, Jardim Botânico e Laranjeiras), Zona Norte (Grajaú, Jardim Guanabara, Maracanã e Tijuca) e Zona Oeste, representada pelo Recreio dos Bandeirantes. Os bairros com a quinta maior renda da cidade – Andaraí, Cachambi, Lins de Vasconcelos, Méier, Rio Comprido, Todos os Santos, Vila da Penha, Vila Isabel, São Conrado, Vidigal, Centro, Santa Teresa, Freguesia (Jacarepaguá), Itanhangá, Pechincha e Vila Valqueire – distribuíram-se entre os diferentes blocos. Dos 160 bairros do município, 33 apresentaram renda per capita entre 2 e 14 salários mínimos, de modo que a renda se concentrou em menos que 21% da população – expressivamente residente na Zona Sul e na Barra da Tijuca. Nos demais 127 bairros da cidade, a renda per capita foi da ordem de 0 a 2 salários mínimos. Esses resultados não apenas retratam inequivocamente

a desigualdade social no município como também ressaltam a importância do debate sobre as tarifas sociais no processo de concessão do saneamento, considerando que mais de 79% da população é constituída por indivíduos de baixa renda.

Nos ASN do município e do estado, o IDH médio foi da ordem de 0,71, que é um índice alto de acordo com as faixas adotadas pelo ‘Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil’¹¹. Contudo, a renda per capita nos ASN era de R\$ 728,81 em 2010 (ou seja, abaixo do valor correspondentes a 2 salários mínimos na época). Segundo o Instituto Pereira Passos⁹, a renda média mensal per capita dos domicílios em reais, nas favelas do município, era da ordem de 1,5 salário mínimo.

Sob a perspectiva espacial, o índice de Moran foi de 0,436 (p-valor 0,01) para o indicador renda per capita, demonstrando a existência de associação espacial entre os bairros (*figura 3*). O Box Map apontou 76 bairros com associação espacial positiva do tipo Q1; e 20 desses bairros apresentaram dependência espacial estatisticamente significativa no Moran Map (*figura 3*). Coincidentemente, parte deles se destacou pela alta incidência da Covid-19, representada na *figura 1*.

Figura 3. Análise estatística espacial de Moran (A. Global; e B. Local) para renda per capita dos bairros da cidade do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria, 2020.

O processo de concessão no contexto do saneamento: *quo vadis?*

Cerca de 75% das residências da cidade têm acesso à água pela rede de distribuição. Ainda, o Rio de Janeiro encontra-se no grupo dos 4 municípios onde 50% a 75% têm acesso à coleta de esgoto sanitário¹⁸. Ou seja, constitui uma cidade que apresenta condições de saneamento básico relativamente adequadas. Entretanto, observa-se a deficiência de acesso à água em 8,9% dos ASN, o que significa que em torno de 209.386 pessoas não usufruem da rede oficial de abastecimento. Esse déficit é ainda mais expressivo no contexto da coleta de esgoto, impactando cerca de 21,7% desses territórios e 510.077 pessoas.

No edital para o processo de concessão, os critérios para a distribuição das empresas responsáveis pela cobertura do saneamento nas áreas socio ambientalmente vulnerabilizadas não se encontram apontados. Apenas 28 dos 42 municípios do estado que abrigam ASN fazem parte dos blocos descritos no projeto de concessão da Cedae. Nesse contexto, cabe destacar que o MRJ – que subsidiava 77% da arrecadação da Cedae¹⁸ e que foi fracionado de forma desigual nos quatro blocos – detém o maior percentual de ASN de todo o estado

(57,3%). A cobertura de saneamento não se encontra claramente definida para parte dos territórios com ASN, de forma que uma parcela significativa da população poderá permanecer descoberta com a adoção do atual modelo de projeto – o que caracterizaria uma modalidade de racismo estrutural. Portanto, no contexto do atendimento às favelas, ainda perduram relevantes indefinições.

A proposta apresentada pelo BNDES não contém garantias da aplicação da tarifa social, não apresenta detalhamento sobre as metas de universalização nas áreas dos aglomerados subnormais, nem mesmo se os investimentos descritos por blocos serão suficientes para atingir a universalização do saneamento nas áreas irregulares em cada bloco de concessão. A eventual não adesão de algum município ensejará a alteração dos percentuais de repartição da outorga, prevista no contrato. Ademais, não se pode obrigar o MRJ a aderir ao projeto de forma fracionada, a fim de garantir a viabilidade do processo de transferência de concessão para o estado. Finalmente, não há respaldo jurídico e econômico que possa sustentar o serviço público concedido nos moldes do subsídio cruzado para permitir a viabilidade, uma vez que não se pode remunerar um serviço deficitário.

Considerações finais

A dificuldade de universalização da saúde e dos serviços públicos está intimamente relacionada com as desigualdades sociais. As favelas têm sido consideradas territórios problemáticos desde o seu surgimento, devido à forma desestruturada de ocupação do espaço urbano, à grande densidade populacional, à baixa renda per capita, à crescente violência^{19,20}, ao acesso precário ou ausente à água potável e esgotamento, à alta frequência de DRSAI), à pobreza⁹ e, mais recentemente, à Covid-19^{21,22}. Dessa forma, o presente estudo contribui para melhor desvendar o cenário da Covid-19 nas favelas cariocas, visando subsidiar o desenho e a adequação de ações de saúde voltadas para essa população, particularmente vulnerável no município.

Reduzir a desigualdade, a inequidade e o racismo estrutural, marcado pelo acesso diferenciado entre moradores dos aglomerados

subnormais e dos locais formalizados, deveria ser prioritário, seja sob a perspectiva socioeconômica, seja sob o ponto de vista da saúde pública. Em ambos os contextos, a sindemia da Covid-19 contribuiu fortemente para perdas significativas. Em um cenário de reconstrução, é imprescindível retomar o compromisso para com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas²³.

Colaboradores

Martins AS (0000-0002-4312-7699)*, Salles MJ (0000-0001-8801-6477)*, Carvajal E (0000-0001-7368-515X)*, Moura PG (0000-0003-2553-1214)*, Martin LE (0000-0001-7673-6055)*, Santos RF (0000-0001-7191-6807)* e Aguiar-Oliveira ML (0000-0002-2472-5263)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Lei Federal nº 14.026, de 16 de julho de 2020. Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei 9.984/2020, atribuindo a Agência Nacional de Águas – ANA competência para regulação dos serviços públicos de Saneamento Básico. Diário Oficial da União. 16 Jul 2020. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14026-15-julho-2020-790419-publicacaooriginal-161096-pl.html>.
2. Brasil. Lei Federal nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico. Diário Oficial da União. 8 Jan 2007. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm.
3. Pinto JR, Noronha S. “Quem são os proprietários do saneamento no país?”. Instituto Mais Democracia Fundação Boll Brasil. 2017. [acesso em 2020 jun 26].

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Disponível em: <https://br.boell.org/pt-br/2018/04/16/quem-sao-os-proprietarios-do-saneamento-no-brasil>.
4. Morosini L. Mais caros, menos eficientes. *Revista Radis*. 2018 [acesso em 2020 jun 26]; (189). Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis184_web.pdf.
 5. Rio de Janeiro. Consulta Pública sobre Concessão da CEDAE. [acesso em 2020 maio 30]. Disponível em: <http://rj.gov.br/consultapublica/Documentos.aspx>.
 6. Dal Bosco MG. Audiência pública como direito de participação. OAB - Mato Grosso do Sul. 2013. [acesso em 2020 jun 26]. Disponível em: <https://oab-ms.jusbrasil.com.br/noticias/1645537/audienciapublica-como-direito-de-participacao>.
 7. United Nations Children's Fund, World Health Organization (UNICEF/WHO). Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus. [acesso em 2020 maio 30]. Disponível em: <https://wash.unhcr.org/download/covid-19-wash-technical-brief/>.
 8. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA - Impactos na saúde e no sistema único de saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde; 2010.
 9. Zhang H, Kang Z, Gong H, et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCov infection: a bioinformatics 2 analysis based on single-cell transcriptomes. *bioRxiv*. [Preprint]. [acesso em 2020 maio 30]. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927806>.
 10. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Painel Rio Covid-19. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.data.rio/datasets/painel-rio-covid-19>.
 11. Instituto Pereira Passos. Data. Rio Informações sobre a cidade. [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.data.rio/>.
 12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional, Secretaria Nacional de Saneamento (SNS), Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), Programa Web "Série Histórica". [acesso em 2020 jul 8]. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/>.
 13. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Como ler o IDHM 2010. [acesso em 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/.
 14. Anselin L. Local Indicators of Spatial Association - LISA. *Geog. Anal.* 1995 [acesso em 2020 jul 25]; 27(2):93-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x>.
 15. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Cengage; 2004.
 16. Cannabrava MC. Favelas do Rio registram 11 novos casos de COVID-19 nesta quinta-feira(23). [acesso em 2020 jul 25]. Disponível em: <https://www.vozdascomunidades.com.br/COVID19nasfavelas/favelas-do-rio-registram-11-novos-casos-de-COVID-19-nesta-quinta-feira-23/>.
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sidra Banco de Tabelas Estatísticas. [acesso em 2020 nov 24]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/>.
 18. Sotero-Martins A, Salles MJ, Carvajal E, et al. Spatial Analysis of the Municipalities of the State of Rio de Janeiro in Regional Sets for Concession to Privatization of the Main Sanitation Company. 2020. Preprints Scielo. [acesso em 2020 novembro 25]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1041>.
 19. Motta E. Resistência aos números: a favela como realidade (in)quantificável. *MANA*. 2019 [acesso em 2020 julho 25]; 25(1):072-094. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n1p072>.
 20. Ezzati M, Pearson-Stuttard J, Bennett JE, et al. Acting on non-communicable diseases in low- and middle-income tropical countries. *Nature*. 2018 [acesso em 2020 jul 8]; 559(7715):507-516. Disponível em: <http://10.1038/s41586-018-0306-9>.

21. Gray DM, Anyane-Yeboa A, Balzora S, et al. COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020 [acesso em 2020 jul 8]; 17(9):520-522. Disponível em: <http://10.1038/s41575-020-0330-8>.
22. Byrareddy SN. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Public Health*. 2020 [acesso em 2020 ago 25]; (8):406. Disponível em: <http://10.3389/fpubh.2020.00406>.
23. Mejia R, Hotez P, Bottazzi ME. Global COVID-19 Efforts as the Platform to Achieving the Sustainable Development Goals. *Curr Trop Med Rep*. 2020 [acesso em 2020 ago 25]; (20):1-5. Disponível em: <http://10.1007/s40475-020-00209-y>.

Recebido em 18/06/2021

Aprovado em 06/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), MCTI/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit (N. 402547/2020-0) e Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), projeto número E-26/210.196/2020

Do ‘Mais Médicos’ à pandemia de Covid-19: duplo negacionismo na atuação da corporação médica brasileira

From ‘More Doctors’ to the COVID-19 pandemic: dual denialism in the Brazilian medical corporation’s performance

Henrique Sant’Anna Dias¹, Luciana Dias de Lima¹, Maria Stella de Castro Lobo²

DOI: 10.1590/0103-11042021E207

RESUMO O ensaio analisa a dinâmica de atuação corporativa da medicina brasileira na pandemia de Covid-19, de março de 2020 a julho de 2021, a partir de documentos e material institucional das entidades médicas nacionais, de organizações estudantis e de coletivos de médicos de expressão nacional, além de matérias jornalísticas e publicações da literatura científica sobre o tema. O período é marcado pela politização da agenda corporativa e pelo alinhamento com os discursos negacionistas do governo de Jair Bolsonaro. Argumenta-se que esse processo é resultado de uma politização anterior: o embate contra o Programa Mais Médicos no período de 2013, ano de seu lançamento, a 2019, quando foi encerrado pelo governo. Os dois momentos históricos revelam um duplo negacionismo da corporação médica – acentuando fragilidades, contradições e dilemas da encruzilhada da profissão – que exigirá diálogos internos e com a sociedade, para novos consensos da identidade corporativa e do projeto profissional da medicina. A compreensão dos entrelaçamentos, disputas e sentidos das dinâmicas e rumos da atuação corporativa da medicina permitem identificar problemas estruturais de raízes políticas que impedem maiores avanços na consolidação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Médicos. Sociedades médicas. Covid-19. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT *This essay analyzes the dynamics of Brazilian medical practice’s corporate action in the COVID-19 pandemic, from March 2020 to July 2021, from documents and institutional material of national medical entities, student organizations, groups of nationally reputed physicians, and journalistic articles and scientific literature publications on the subject. This period is marked by the politicization of the corporate agenda and the alignment with the denialist discourses of Jair Bolsonaro’s administration. It is argued that this process stems from a previous politicization: the clash against the More Doctors Program from 2013, the year of its launch, to 2019, when the Government deactivated it. The two historical moments reveal the dual denialism of the medical corporation, emphasizing weaknesses, contradictions, and dilemmas of the profession’s crossroads, which will require internal and social dialogues for a new consensus on corporate identity and the professional project of Medicine. Understanding the intertwining, disputes, and meanings of the dynamics and directions of the corporate action of Medicine allows identifying structural problems of political roots that prevent further advances in the consolidation of the Unified Health System.*

KEYWORDS Physicians. Societies, Medical. COVID-19. More Doctors Program.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
henrique.dias@ensp.fiocruz.br

²Universidade Federal Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A pandemia de Covid-19 impõe desafios significativos aos profissionais de saúde. No cenário global, as incertezas e as lacunas quanto às evidências científicas para manejo da doença permeiam o cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Observam-se jornadas exaustivas de trabalho, alta frequência de contágio e morte de trabalhadores; além de fragilidades na regulação profissional para contornar problemas de distribuição e escassez de pessoal em período de crise sanitária^{1,2}.

A efetividade das medidas de controle do vírus demanda políticas de gestão da Força de Trabalho em Saúde (FTS), considerando distintos atributos dos profissionais envolvidos^{3,4}. Ficaram evidentes lacunas de planejamento da expansão e adequação da capacidade de atendimento, bem como a necessidade de incorporar novas competências e liderança na qualificação de recursos humanos para ampliar as respostas às emergências globais de saúde pública^{5,6}.

Tais aspectos se expressam na FTS brasileira, que apresenta, ainda, um alto nível de iniquidade em termos de contágio e letalidade, percepção de risco e proteção conferida aos profissionais de saúde. São registrados problemas quanto à escassez de insumos básicos e de infraestrutura nos serviços que agravam as condições de trabalho e ampliam a exposição dos trabalhadores ao vírus⁷⁻⁹.

A categoria médica é representativa desse processo, em razão de problemas historicamente não equacionados, como insuficiência da oferta e inadequação da distribuição territorial dos profissionais; lacunas de formação; e fragilidades de sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰⁻¹³. O caráter nuclear da profissão na assistência à população também se destaca pela mobilização de vários especialistas, haja vista a abrangência de manifestações e sequelas da Covid-19. Nesse aspecto, é também relevante o trabalho de epidemiologistas, sanitaristas, médicos de família e comunidade, entre outros.

Repensar estratégias de intervenção durante e após a pandemia suscita o envolvimento das organizações representativas da medicina. Entende-se que a orientação política e os posicionamentos de entidades e coletivos de médicos podem influenciar (e ser influenciados pelas) decisões governamentais. Na pauta corporativa, evidenciam-se os interesses da categoria para proteção dos profissionais e adesão e articulação das políticas de enfrentamento.

De março de 2020 a julho de 2021, a resposta do governo federal à emergência sanitária foi marcada por tensões e disputas políticas, alicerçadas em discursos negacionistas, que desconsideram as recomendações científicas de controle, tais como: rejeição ao isolamento social; aposta na 'imunidade de rebanho'; falsa oposição entre preservação da economia e da vida humana; questionamentos acerca da segurança da vacina; e defesa do uso de medicamentos sem eficácia comprovada para o chamado 'tratamento precoce'¹⁴⁻¹⁷.

No mesmo período, a dinâmica de atuação da profissão revelou narrativas e posicionamentos contraditórios em resposta à pandemia, em um processo de politização da agenda corporativa e de alinhamento de interesses políticos de grupos médicos com o governo do presidente Jair Bolsonaro. Nesse sentido, os desdobramentos da postura governista têm repercutido, de forma crescente, nas divergências e polêmicas no interior da representação profissional e na opinião pública.

Neste ensaio, argumentamos que o predomínio de uma articulação 'orgânica' das agendas corporativa e governamental nacional e os tensionamentos dela decorrentes, no contexto da Covid-19, resultam de uma politização anterior: a dinâmica de atuação corporativa no embate contra o Programa Mais Médicos (PMM), lançado pelo governo Dilma Rousseff em 2013.

O período de questionamento do PMM pelas entidades médicas consolidou uma oposição crescente ao governo federal, dada a incidência do programa em bandeiras de

luta da medicina, presentes desde as origens e consolidadas nas trajetórias dessas organizações. O 'Mais Médicos' revelou um acúmulo de tensões da categoria com o governo federal desde 2003, quando se ampliou o diálogo com outros atores em torno de mudanças nas políticas prioritárias de trabalho e regulação da formação médica¹⁸.

Compõe também esse processo, uma atuação expressiva em defesa do *impeachment* presidencial em 2016, destacando, assim como em outros momentos históricos, a orientação 'liberal-conservadora'¹⁹ da corporação. O restabelecimento da agenda da medicina, simbolizada pelo fim do PMM, encontrou abrigo no governo de Jair Bolsonaro (2019), alinhamento que definiu os rumos da atuação política dos médicos na pandemia de Covid-19, a partir de 2020.

Este ensaio tem como objetivo analisar a dinâmica de atuação corporativa da medicina brasileira no contexto da pandemia de Covid-19. Define-se a corporação médica como a identificação e a defesa de interesses profissionais pelo conjunto de entidades e grupos representativos de médicos. Outrossim, a dinâmica de atuação da medicina incorpora as disputas, as divergências e as contraposições dessas organizações profissionais.

Foram analisados documentos e material institucional, coletados nas páginas e redes sociais das entidades médicas nacionais, com destaque para a Associação Médica Brasileira (AMB), atuante na qualificação profissional e na emissão de títulos de especialista, e o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão fiscalizador do exercício profissional; de organizações estudantis na medicina; e de coletivos de médicos de expressão nacional. Outras fontes consistiram em matérias jornalísticas e publicações da literatura científica sobre o tema abordado.

Nas duas seções seguintes, abordamos, respectivamente, o embate da corporação médica contra o PMM (2013 a 2019); e seu alinhamento à resposta federal à pandemia de Covid-19 (março/2020 a julho/2021). A seção

final apresenta reflexões sobre os percursos da categoria no Brasil nesses momentos, considerando dilemas e perspectivas de futuro da medicina e suas dinâmicas de atuação política.

O embate da corporação médica contra o Programa Mais Médicos (2013 a 2019)

Em 2013, o lançamento do PMM pelo governo Dilma Rousseff provocou forte reação das entidades médicas. O programa governamental incidiu em várias bandeiras de luta histórica da categoria, como o combate à expansão e questionamento da qualidade de escolas médicas, a obrigatoriedade da revalidação de diplomas estrangeiros e a defesa de uma carreira pública nacional de Estado²⁰⁻²².

A reação envolveu a divulgação de uma carta de posicionamento unificado do CFM, da AMB, da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR)²³. As discordâncias provocaram um ambiente de tensões, que culminou em diversas medidas de contestação jurídica e de busca de apoio parlamentar para a derubada da iniciativa²⁴.

Um movimento de enfrentamento foi articulado no XII Encontro Nacional de Entidades Médicas (Enem), convocado emergencialmente, abrangendo instituições de ensino e profissionais da rede assistencial pública e privada, com manifestações e ameaças de greve da categoria. Os estudantes de medicina contaram com o apoio da Fenam à ocupação de reitorias, em protesto à proposta de ampliação da graduação para 8 anos e ao envolvimento de docentes com a tutoria dos participantes do programa^{25,26}.

Sob alegação de inexistência de diálogo e posição governamental autoritária, a corporação médica comunicou o rompimento das relações com o governo federal, marcado pela saída de representantes das entidades de fóruns, comissões e grupos de trabalho

institucionais. Paralelamente, buscou incrementar sua atuação no Congresso Nacional em razão das discussões e negociações em torno da conversão da Medida Provisória do PMM em lei.

A unidade corporativa e o apoio de parlamentares oposicionistas resultaram na desistência do governo em aumentar a duração do curso. No entanto, a vinda de médicos para exercício na Atenção Primária à Saúde (APS) sem revalidação do diploma, com destaque para o caso cubano intermediado pela Organização Pan-Americana da Saúde, manteve-se na lei do programa. A chegada dos profissionais daquele país foi marcada por protestos de cunho xenófobo dos médicos brasileiros²⁴.

Alguns descompassos na estratégia de enfrentamento da categoria se evidenciaram na tramitação legislativa, dividindo a AMB e o CFM, com recusa da primeira em acatar resultados de negociações do Conselho, que concedeu a função de registro temporário aos médicos participantes para o Ministério da Saúde (MS). A AMB, com o apoio de parlamentares da oposição, contra-argumentou que a concessão do registro pelos conselhos era uma conquista histórica da categoria, portanto, inegociável²⁷.

Esses conflitos e a insuficiência dos pequenos avanços obtidos no Legislativo contribuíram para a permanência das tensões internas e com o governo. A derrota das entidades, com a promulgação da lei do PMM, suscitou questionamentos de grupos de médicos quanto à legitimidade e à efetividade da representação pelas entidades nacionais na pauta política, o que incorporou novas organizações na luta contra o programa.

Ainda em 2013, o movimento estudantil da medicina, historicamente representado pela Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), viu surgir a Associação dos Estudantes de Medicina do Brasil (Aemed-BR), que buscou assumir a representação estudantil nacional, com a bandeira da qualidade formativa e da ampliação da voz dos estudantes. Sua

atuação caracterizou-se pela proximidade com a AMB, que a formalizou como um departamento científico acadêmico da entidade^{28,29}.

A Denem buscou reforçar o não reconhecimento da legitimidade de representação da Aemed-BR que, por sua vez, a considerava uma entidade ideologicamente de esquerda. Ressalte-se que a Denem também se posicionou contra o PMM, embora de maneira distinta da rejeição unificada das entidades médicas. Com teor menos corporativo, ainda que com temas convergentes, sinalizava para uma intensificação do mercado formativo privado, precarização do trabalho e o caráter médico-centrado do programa, limitando mudanças estruturais no SUS^{30,31}.

Os protestos e os anúncios de greves em diversos estados projetaram um grupo de médicos, inicialmente articulados com a Fenam, que concretizaram, também em 2013, a criação da Ordem dos Médicos do Brasil (OMB). A motivação alicerçava-se em questionamentos quanto à incapacidade das entidades tradicionais, especialmente AMB e CFM, em barrar medidas como o Mais Médicos e os vetos presidenciais a trechos da lei de regulamentação profissional (lei do ato médico), sancionada naquele ano.

A OMB, formalizada como entidade associativa em novembro de 2013, intencionou protagonizar a política corporativa, visando à defesa profissional e à influência em reformas no SUS. Sinalizava lacunas de atuação das entidades existentes ao considerar insuficiente a organização de uma bancada de parlamentares médicos e certa permissividade com gestores públicos da saúde, tidos como incompetentes³². Ressalte-se que a OMB, de 2013, não é a concretização da proposta de unificação da AMB e do CFM, presente na agenda corporativa do início dos anos 2000, sem desdobramentos concretos.

A luta contra o PMM passou a compor uma agenda de oposição ao governo Dilma e a orientar um conjunto mais amplo de críticas às ações que envolviam a política de saúde e iniciativas estratégicas dos governos do

Partido dos Trabalhadores, como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Deu-se destaque a problemas na gestão dos recursos públicos, fortalecendo uma associação com movimentos ligados à Operação Lava Jato, deflagrada em março de 2014, e as medidas anticorrupção defendidas pelo Ministério Público Federal.

Essa dinâmica também foi motivada para rebater colocações pela rejeição dos médicos à interiorização proposta no Mais Médicos. A não adesão da categoria também era justificada pelas deficiências estruturais dos serviços e ausência de uma carreira médica no SUS²⁵. Foram frequentes editoriais e matérias das entidades com esse propósito, assim como o contra-argumento de que o problema residia na má distribuição territorial.

Em 2014, o contexto eleitoral intensificou a aversão da categoria ao governo Dilma, que concorreu à reeleição com uma pauta de continuidade e ampliação do 'Mais Médicos'. Esse cenário abriu caminho para uma maior aproximação de grupos e entidades médicas com os candidatos opositores, concretizando-se, no segundo turno, com as declarações públicas e a participação na campanha do candidato Aécio Neves, que concorreu pelo Partido da Social Democracia Brasileira. No caso da AMB, seu conselho deliberativo formalizou posicionamento institucional contrário à figura da presidente³³.

A reeleição de Dilma frustrou as expectativas de encerramento do PMM a partir de 2015, intensificando tensões em torno de desdobramentos do programa, como a implantação do Cadastro Nacional de Especialistas, promessa de campanha da presidente. Apesar de alguma disposição para retomada do diálogo com o MS, mais evidente nos sindicatos médicos e na Fenam²⁴, a crise política, instalada desde o resultado eleitoral de 2014 e com o avanço da Operação Lava Jato, propiciou a rejeição da corporação ao governo reeleito.

O referido cadastro foi formalizado por decreto em agosto de 2015, mas derrubado em uma articulação corporativa com o Legislativo,

que o substituiu por outro integralmente proposto pela corporação médica³⁴, em um contexto de crescimento das manifestações pela saída da presidente; perda de sua popularidade; e problemas na relação com o Congresso Nacional.

O apoio às manifestações pelo *impeachment*; à Lava Jato, ao Juiz Sergio Moro e aos movimentos em torno do discurso de combate à corrupção^{35,36} foram consolidando uma associação aos partidos e aos parlamentares de direita. O acolhimento e a vocalização das demandas da corporação se deram por atores desse campo, como, por exemplo, o senador Ronaldo Caiado e o deputado Luiz Henrique Mandetta, ambos médicos, com mandatos pelo partido Democratas.

A orientação política conservadora se confirmou majoritária na medicina brasileira também nesse período, sustentando um alinhamento ao antipetismo, bastante explorado nos posicionamentos dos grupos e entidades da corporação. Vale lembrar, por exemplo, que a AMB pediu a inabilitação da ex-presidente Dilma no Supremo Tribunal Federal, já que o Senado havia preservado seus direitos políticos ao votar o *impeachment*.

Um contraponto, no entanto, foi o surgimento da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares (RNMMP) em 2015, reunindo profissionais e estudantes de medicina com uma agenda voltada para a defesa do SUS e a articulação com movimentos populares, partidos políticos e sindicatos. A rede está presente em todas as regiões brasileiras, alcançando 14 estados em julho de 2021³⁷.

Pouco mais tarde, em março de 2016, surgiu no Ceará o coletivo Médicas e Médicos pela Democracia, com questionamento da legitimidade dos posicionamentos das entidades nacionais (CFM e AMB) e regionais (Sindicato dos Médicos do Ceará) acerca da adesão à saída da presidente, considerada um golpe de Estado. Na Bahia, o coletivo se oficializou em julho, com uma agenda similar à do Ceará e de participação no movimento médico baiano, apresentando chapas em eleições sindicais e

do conselho regional daquele estado.

Esses coletivos foram precursores da Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD), fundada em outubro de 2019, com a representação de médicos de dez estados, também em contraponto à oposição declarada ao governo federal. Sua atuação deu-se, inicialmente, nos coletivos estaduais no contexto do *impeachment*, reafirmando a existência de médicos progressistas e humanistas, próximos à Esquerda, em defesa da democracia³⁸.

O afastamento presidencial em 2016 foi considerado pela corporação o encerramento de interferências ideológicas sobre a 'medicina baseada em evidências', narrativa adotada para questionar a formação dos médicos cubanos; e do dito viés negativo conferido à categoria pelo governo³⁹. Criou-se a expectativa de reversão do PMM, como a interrupção da ampliação de escolas médicas; a reversão da permissão para atuação com diplomas não revalidados; e a efetivação da carreira de Estado.

No governo Temer (maio/2016 a 2018), retomaram-se as relações da corporação com o MS, receptivo às novas organizações originadas na luta contra o PMM. Dirigentes da Aemed-BR e da OMB foram acolhidos em reuniões com o ministro da saúde, favoráveis à revisão do papel e do tamanho do SUS, discutida na gestão Ricardo Barros²⁹. No período, a Aemed-BR expandiu regionalmente e influenciou representações tradicionais da categoria, expressa na eleição de um dos seus fundadores à presidência da ANMR em 2018⁴⁰.

O diálogo favorável possibilitou acolhimento a pleitos como a suspensão pelo Ministério da Educação da abertura de novos cursos de medicina por cinco anos; certo compromisso governamental de priorização dos médicos brasileiros no PMM; e articulações da Frente Parlamentar de Defesa da Medicina, lançada em 2017, com o apoio do então deputado Luiz Henrique Mandetta.

Por outro lado, não ocorreram avanços com a Carreira de Estado e o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida),

impondo limites às expectativas do diálogo retomado e ao encerramento definitivo do PMM pela gestão Temer. Permaneceu, assim, algum grau de frustração da corporação pela impossibilidade em fazer valer integralmente sua agenda sobre o programa, bem avaliado pela população e defendido por muitos gestores municipais.

Em 2018, essas questões foram discutidas no XIII Enem, sucedido pela divulgação do 'Manifesto dos Médicos em Defesa da Saúde do Brasil'⁴¹, entregue aos candidatos à presidência. Objetivou influenciar as propostas para a saúde das campanhas, reafirmando a defesa da carreira médica de Estado, revalidação de diplomas médicos do exterior, respeito ao 'Ato Médico' e controle da qualidade da formação e do número de escolas médicas.

Os desdobramentos da crise política de 2014, com destaque para o *impeachment* de Dilma em 2016 e a inabilitação da candidatura do ex-presidente Lula, repercutiram nas eleições de 2018. Na medicina, esse cenário expressou o caminho de atuação política corporativa: conservador, liberal, de direita e antipetista. Posição alinhada à candidatura de Jair Bolsonaro, que firmou compromisso com a carreira médica e a obrigatoriedade do Revalida, selando o apoio dos médicos e suas entidades representativas, com minoritária resistência da RNMMP e da ABMMD.

O apoio à campanha vitoriosa de Bolsonaro garantiu à corporação médica espaço no processo decisório governamental a partir de 2019. A gestão do MS ficou a cargo do ex-deputado Luiz Henrique Mandetta, um dos aliados das entidades na luta contra o PMM, e com quadros oriundos das entidades nacionais e regionais. Um exemplo foi a nomeação da médica Mayra Pinheiro, oriunda do Sindicato dos Médicos do Ceará, para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Os médicos tiveram papel central nas ações do governo que culminaram com o encerramento do Mais Médicos em 2019, antecedido pela finalização da parceria com Cuba, que

ordenou retorno do efetivo médico participante do PMM em razão de críticas do presidente eleito. O ‘lobby’ da categoria resultou em adiamentos das convocações de profissionais estrangeiros ainda em 2018, em uma tentativa de ampliar a participação de profissionais brasileiros⁴².

O ambiente favorável à possibilidade de, finalmente, avançar na agenda corporativa conferiu às entidades médicas uma conduta governista. A permeabilidade da gestão federal iniciada em 2019 aos seus pleitos resultou em reconhecimento de autoria e, portanto, de defesa das iniciativas governamentais propostas naquele ano: o Programa Médicos pelo Brasil e a Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), marcos do fim do PMM; e a lei do Revalida – ambas sancionadas com vetos presidenciais demandados pelas entidades^{43,44}.

O Médicos pelo Brasil e a Adaps foram considerados pela corporação a efetivação da carreira médica, porém sua focalização na APS em áreas remotas e previsão de inserção profissional mediante uma bolsa-estudo nos dois primeiros anos, seguida de contratação por meio da Consolidação das Leis do Trabalho, indicou o contrário⁴⁵. Ressalte-se que a proposta apresentada era bastante distinta do pleito original, inspirado na carreira da magistratura federal como aposta de interiorização profissional.

A RNMMP, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, mobilizou-se pela resistência e luta contra essas iniciativas, indicando o risco de ampliação da mercantilização do SUS⁴⁶, bem como registram-se as ameaças à abertura da APS ao setor privado⁴⁷.

O alinhamento governista da corporação médica na pandemia de Covid-19 (março/2020 a julho/2021)

O ano de 2020 se iniciou influenciado pelas boas relações das entidades médicas com o governo federal, após as conquistas com o

Revalida e a ‘carreira médica’ (fim do PMM) em 2019. A avaliação positiva de dirigentes das entidades representativas em relação à conduta governamental não foi afetada com a declaração da pandemia de Covid-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Inicialmente, as preocupações das entidades giraram em torno da validação de protocolos assistenciais e de cobranças pela garantia da oferta de equipamentos de proteção individual e preservação de estoques de insumos médico-hospitalares e de medicamentos nos serviços de referência para a Covid-19. Não se visualizaram, naquele momento, maiores questionamentos do papel do governo na resposta à pandemia.

Esse ambiente se alterou, motivado pelo pronunciamento do presidente Bolsonaro, minimizando a gravidade da crise e o isolamento social recomendado por especialistas e em implementação por governadores e prefeitos. As reações divergentes à narrativa presidencial partiram da Sociedades Brasileiras de Imunizações, de Infectologia e de Hipertensão, assim como da Associação Paulista de Medicina. A Federação Médica Brasileira reagiu reafirmando a importância da ciência para o enfrentamento da emergência sanitária⁴⁸.

O negacionismo orientou a resposta do governo federal, marcada por polêmicas acerca da promoção do uso precoce de medicamentos sem eficácia científica. Essa questão abriu uma crise com o então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, que havia solicitado ao CFM posicionamento sobre a prescrição da cloroquina e da hidroxicloroquina para a Covid-19 em meio a controvérsias dos resultados de testes de eficácia. O posicionamento divergente do discurso presidencial resultou na exoneração do ministro.

Em abril de 2020, o CFM publicou parecer autorizando os médicos brasileiros a prescreverem cloroquina/hidroxicloroquina⁴⁹. Acompanhado pela AMB, adotou uma narrativa de defesa da autonomia profissional, transferindo a responsabilidade e o consentimento

para o médico e seu paciente. Em vista disso, as incertezas sobre a doença e a alta ocorrência de óbitos foram utilizadas como justificativa para o uso da substância, tida como de poucos efeitos colaterais. Dessa forma, a repercussão da decisão levou o presidente do CFM a alegar que se tratava de autorização, sem conotação de recomendação aos médicos⁵⁰.

O parecer desconsiderou posicionamentos das sociedades de infectologia, de terapia intensiva e de pneumologia, contrários à autorização do uso *off label* de cloroquina/hidroxicloroquina em casos sintomáticos iniciais, somados aos da Sociedade Brasileira de Imunologia e da Academia Nacional de Medicina (ANM)⁵¹. A confirmação da ineficácia por novas pesquisas clínicas levou à suspensão de testes pela OMS e a um pedido de abandono do uso das substâncias pela Sociedade Brasileira de Infectologia e pela ANM. Em paralelo, o MS publicava orientações de terapia medicamentosa precoce com os medicamentos⁵².

O cenário já evidenciava a disseminação da prescrição desses medicamentos por médicos pelo País, envolvendo distribuição destes dentro do chamado 'Kit Covid' por gestores do SUS e operadoras de planos privados⁵³. Naquele momento, noticiaram-se, ainda, relatos sobre efeitos colaterais graves pelo uso de ivermectina, um dos medicamentos do *kit*⁵⁴.

Agora comandado pelo general Eduardo Pazuello, após saída de outro ministro médico, Nelson Teich, no cargo por 29 dias, o MS expandiu o 'tratamento precoce' para diferentes quadros da doença, paralelamente à intensificação da compra de cloroquina e sua produção pelo exército brasileiro⁵⁵. A narrativa da AMB e da CFM pró-autonomia do médico permaneceu, incorporando em julho a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

A propaganda governamental do 'tratamento precoce' também ganhou força pela articulação com o 'Movimento Brasil vencendo a Covid', motivado por experiências tidas como bem-sucedidas; e críticas à 'ciência tradicional', que seria influenciada por interesses

ideológicos e econômicos nas sociedades médicas⁵⁶. A relação com a presidência da República remonta a fevereiro de 2020, evidenciada em agosto em evento presidencial pró-tratamento precoce, com presença de lideranças e membros do CFM e da AMB⁵⁷.

Esse movimento se aglutinou na Associação Médicos pela Vida Covid-19, que buscou constituir uma rede de médicos em questionamento à segurança da vacina e em prol do tratamento precoce, que organiza manifestos às autoridades e à opinião pública⁵⁸. Suas relações com instâncias corporativas e de poder permitiram ampla disseminação de desinformação na mídia, mesmo representando parcela minoritária dos médicos brasileiros.

Integrantes desses grupos originam-se de movimentos médicos locais, de cunho conservador e religioso, como é o caso do movimento 'Ainda Há Bem' no Ceará, contrário à descriminalização do aborto. O apoio público de parlamentares governistas e de integrantes do governo Bolsonaro, notadamente da secretária da SGTES, Mayra Pinheiro, evidencia as pontes erguidas com esses atores, assim como com empresários bolsonaristas e a indústria farmacêutica para financiamento de suas ações^{59,60}.

O recrudescimento da pandemia e o colapso do sistema de saúde em Manaus (AM), no início de 2021, expuseram a omissão do governo na adoção de medidas de reversão, ao passo que priorizaram o lançamento do aplicativo TrateCov, que recomendava ao cidadão o uso precoce de medicamentos para a Covid-19. Sua repercussão negativa motivou o CFM a pedir a descontinuidade da medida. Na ocasião, posicionamentos das sociedades de infectologia e de pneumologia e fisiologia reafirmaram a inexistência da eficácia dos fármacos⁶¹.

Esse contexto e o conturbado início da imunização emergencial contra a doença motivaram a divulgação de uma carta de ex-presidentes e ex-conselheiros do CFM, pedindo posicionamento da entidade em favor da vacinação e das medidas não farmacológicas. Buscou-se dar visibilidade à percepção

de omissão do conselho em um momento crucial da compra e distribuição de vacinas contra a Covid-19, aspecto secundarizado pelo governo⁶².

A AMB, após eleição de uma nova diretoria em 2021, rompeu com a visão negacionista alinhada ao governo, passando a condenar o uso de remédios ineficazes contra a Covid-19 e defendendo o isolamento social e o uso de máscaras – medidas reiteradas pela ANM em nota de pesar pelo falecimento por Covid-19 de um de seus membros, o médico Ricardo Cruz⁶³.

O CFM manteve a posição pró-cloroquina, agora isolada entre as entidades tradicionais, negando revisão do parecer autorizativo de abril de 2020. Insistiu-se na ausência de consenso científico sobre a eficácia da droga e na narrativa da autonomia médica. Uma tentativa de diminuir as críticas foi a defesa das medidas não farmacológicas efetivas e de investigação de eventos adversos do uso *off label* de medicamentos para a Covid-19⁶⁴.

Um ponto da agenda corporativa que se sobressaiu, em contraponto à baixa frequência de apoio às medidas não farmacológicas, consistiu em articulações para barrar judicialmente pedidos individuais e coletivos (um deles era dos governadores do Nordeste) de permissão para o exercício de médicos formados no exterior. Levantada como possibilidade para auxiliar gestores do SUS a prover médicos na pandemia, a flexibilização do Revalida foi objeto de projetos de lei, que também não avançaram em razão do *lobby* das entidades⁶⁵.

Em abril de 2021, a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal, para investigar a atuação do governo federal na pandemia, evidenciou mais aspectos do alinhamento corporativo com o governo. Foi revelada uma audiência de representantes da Associação Médicos Pela Vida Covid-19, médicos pró-cloroquina, incluindo a médica Nise Yamaguchi e representantes do CFM, com o presidente da República. De caráter informal e articulado pelo médico Osmar Terra, cumpriu papel de um ‘gabinete paralelo’ para sustentação da agenda negacionista⁶⁶.

O negacionismo também se fez preponderante no interior do MS, na figura da médica Mayra Pinheiro, da SGTES, conhecida como ‘Capitã Cloroquina’. Sua permanência, mesmo após a saída de dois ministros médicos, revelou que o acesso ao governo, conquistado em 2019, impôs submissão ideológica e às narrativas contrárias às evidências científicas; estas que foram defendidas no embate contra o PMM.

A CPI também expôs a conduta governista da medicina pelas reações ao tratamento prestado a médicas governistas depoentes. O CFM enviou ofício ao presidente do Senado Federal denunciando o que chamou de ambiente tóxico da CPI nas arguições de Nise Yamaguchi e Mayra Pinheiro. A autarquia também publicou uma moção de repúdio exigindo respeito e civilidade nas oitivas da CPI, com apoio público do presidente da República⁶⁷.

O questionamento da legitimidade de representação coube novamente à ABMMD e à RNMMMP, que divulgaram nota de repúdio à conduta do CFM, responsabilizando-o pelas mortes e pelo apoio aos tratamentos ineficazes. Essas organizações submeteram à CPI documento pedindo investigação da diretoria do conselho⁶⁸. A ANM, juntamente com as Academias Nacional de Ciências e de Ciências Farmacêuticas, também atuou na defesa da evidência científica como guia do enfrentamento da pandemia.

A medicina corporativa na encruzilhada

A dinâmica de atuação da corporação médica brasileira na pandemia de Covid-19 expôs fragilidades, contradições e dilemas da profissão, revelando a situação de encruzilhada da categoria. As repercussões políticas, sociais e profissionais impõem esforços de diálogos internos e na sociedade que viabilizem a construção de outros consensos em torno da identidade corporativa e do projeto profissional da medicina

A politização que marca os caminhos para barrar o PMM e que ressalta a postura governista na pandemia produz um duplo negacionismo da corporação. A luta contra o programa simbolizou a negação de uma política que, mesmo com limites, objetivava alterar a crônica escassez de profissionais. O número de médicos praticamente dobrou em 20 anos, atingindo a marca de 500 mil em 2020 (relação de 2,4 médicos/1.000 habitantes). Entretanto, permaneceram concentrados nas capitais (5,65/1.000 habitantes ante 1,49/1.000 habitantes no interior)⁶⁹ e no setor privado.

Além disso, evidenciou a rejeição de mudanças na formação dos profissionais. Em 2014, no âmbito do PMM, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina enfatizaram uma formação interdisciplinar, centrada na atenção básica e nas necessidades de saúde (o que já vinha sendo desenhado desde 2001)⁷⁰. Com o PMM, cadastros de médicos de família e comunidade aumentaram em mais de 30% à medida que a saída dos médicos cubanos, iniciada em 2018, registrou déficit de 10%⁷¹.

A recuperação do rumo da agenda corporativa, obtida com o governo Bolsonaro, consolidou o distanciamento da profissão de uma perspectiva mais social, crucial na efetivação do SUS. Em retribuição à abertura governamental, que respondeu com uma proposta controversa de carreira médica e uma legislação genérica pró-Revalida, a corporação se posicionou alinhada ao negacionismo científico, marcante na conduta federal em resposta à crise sanitária.

Essas dinâmicas de atuação oferecem elementos comuns de sustentação aos negacionismos observados. Um deles é a narrativa de liberdade e autonomia do médico, aspecto central e originário da agenda corporativa. De um lado, seu uso para rechaçar intervenções estatais que ameacem o protagonismo corporativo na desejada autorregulação profissional; de outro, sua defesa controversa, nos limites da ética profissional, como estratégia permissiva ao discurso governamental negacionista.

Outro destaque é a seletividade na defesa da evidência científica orientando a formação e a prática profissionais. A crítica à atuação de médicos com diplomas não revalidados na APS do SUS, pelo PMM, enfatizou a medicina baseada em evidências, supostamente ignorada naquela política pública; ao passo que tal preocupação não se evidencia na mesma intensidade na pandemia. Essa contradição registra lacunas na formação médica, em particular, na análise crítica de estudos e interpretação das evidências. Torna-se questionável a alegada preocupação com a qualidade da formação.

O combate ao charlatanismo, estruturante da profissionalização da medicina, fragiliza-se diante da aceitação a tratamentos ineficazes para a Covid-19, esmaecendo a fronteira que separa o 'profissional' e o 'não profissional', ainda que cumprida a habilitação formal para o exercício da profissão. São também importantes o enfraquecimento dos compromissos éticos do não dano e da não exposição de pacientes a riscos desnecessários; e impactos na legitimidade social do médico, ameaçando elos de confiança da população e a relação médico-paciente.

Os dois momentos apresentados evidenciaram a emergência de grupos e organizações médicas que contestam a capacidade de articulação política e a legitimidade das entidades representativas tradicionais, como a AMB e o CFM. Também, tensionam os limites institucionais da representação formal e legal, possibilitando preferências ideológicas e partidárias mais claras. Além disso, constituem-se em movimentos que adquirem poder político e práticas de influência nos projetos da medicina para a sociedade.

No interior da corporação, esse processo resulta em intensificação da politização, com fragmentação, divisões e polarização dos interesses e valores que permeiam a categoria médica. Põe em evidência, ainda, sua inserção no cenário internacional/global dos movimentos antivacina e anticiência; bem como dos interesses econômicos que, apesar de não ser um fenômeno novo, requer aprofundamento dos

efeitos da relação com a indústria farmacêutica e o mercado de tratamentos experimentais/ineficazes.

Na relação com o SUS, o alinhamento governista sinaliza contradições entre o apoio explícito das entidades ao governo e a fragilização das bases de financiamento da saúde, que dificultam as aspirações da corporação inseridas no plano de governo eleito em 2018. Como implementar a carreira médica federal na vigência de um regime fiscal contracionista, por exemplo?

Neste estudo, adotamos uma perspectiva analítica que valoriza as relações entre entidades médicas, diferentes grupos representativos

da profissão e autoridades políticas e governamentais. A compreensão dos entrelaçamentos, disputas e sentidos das dinâmicas e rumos da atuação corporativa da medicina permitem identificar problemas estruturais de raízes políticas que impedem maiores avanços na consolidação do SUS.

Colaboradores

Dias HS (0000-0003-3419-2496)*, Lima LD (0000-0002-0640-8387)* e Lobo MSC (0000-0003-2168-546X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ricci G, Pallotta G, Sirignano A, et al. Consequences of Covid-19 Outbreak in Italy: Medical Responsibilities and Governmental Measures. *Front Public Health*. 2020; (8):588852.
2. Zapata T, Buchan J, Azzopardi Muscat N. The health workforce: Central to an effective response to the COVID 19 pandemic in the European Region. *Int J Health Plann Manage*. 2021; (36):9-13.
3. Nittayasoot N, Suphanchaimat R, Namwat C, et al. Public health policies and health-care workers' response to the Covid-19 pandemic, Thailand. *Bull World Health Organ*. 2021; (99):312-8.
4. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 mar 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>.
5. Czabanowska K, Kuhlmann E. Public health competences through the lens of the Covid 19 pandemic: what matters for health workforce preparedness for global health emergencies. *Int J Health Plann Manage*. 2021; (36):14-9.
6. Hawkins R, Ruebush E, Plescia M. Public Health Strengths During the COVID-19 Response. *J Public Health Manag Pract*. 2021; (27):329-31.
7. Duarte MMS, Haslett MIC, Freitas LJA, et al. Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. *Epid. Serv. Saúde*. 2020; (29):e2020277.
8. Lotta G, Fernandez M, Corrêa M. The vulnerabilities of the Brazilian health workforce during health emergencies: Analysing personal feelings, access to resources and work dynamics during the

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- COVID-19 pandemic. *Int J Health Plann Manage.* 2021; (36):42-57.
9. Viana Campos AC, Pereira Colares Leitão L. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *J Health NPEPS.* 2021; (6):22-34.
 10. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; (22):1165-80.
 11. Maciel Filho R, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/64g49>.
 12. Miotto BA, Guilloux AGA, Cassenote AJF, et al. Physician's sociodemographic profile and distribution across public and private health care: an insight into physicians' dual practice in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2018; (18):299.
 13. Balzan NC, Wandercil M. Formando médicos: a qualidade em questão. *Aval Rev Aval Educ Super Camp.* 2019; (24):744-65.
 14. Barberia LG, Gómez EJ. Political and institutional perils of Brazil's Covid-19 crisis. *The Lancet.* 2020; (396):367-8.
 15. Campos GWS. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab Educ e Saúde.* 2020; (18):e00279111.
 16. Sodr e F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ e Saúde.* 2020; (18):e00302134.
 17. Daniels JP. Health experts slam Bolsonaro's vaccine comments. *The Lancet.* 2021; (397):361.
 18. Dias HS. Do diálogo   ruptura: intera o es governo-corpora o médica na política nacional de trabalho e educa o na saúde. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Funda o Oswaldo Cruz; 2018. 187 p.
 19. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde: entre a estatiza o e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina. São Paulo: Editora Hucitec; 1988.
 20. Alessio MM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2017; (21):1143-56.
 21. Gomes LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2017; 21:1103-14.
 22. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produ o científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Soc.* 2018; (27):794-808.
 23. Conselho Federal de Medicina, Associa o Médica Brasileira, Federa o Nacional dos Médicos, et al. Residentes. Carta das entidades médicas aos brasileiros. Brasília, DF: CFM; AMB; FENAM; ANMR; 2013.
 24. Soares CM, Freitas MS, Teixeira CF, et al. Análise do posicionamento das Entidades Médicas - 2015-2016. *Saúde debate.* 2017; 41(esp3):74-86.
 25. Silva VO, Rios DRS, Soares CLM, et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na m dia. *Saúde debate.* 2018; 42(117):489-502.
 26. Colleta RD. Federa o de médicos e estudantes apoiam ocupa o de faculdades contra o "Mais Médicos". O Estado de São Paulo. 2013 jun 26. [acesso em 2021 jun 13]. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral/federacao-de-medicos-e-estudantes-apoiam-ocupacao-de-faculdades-contra-o-mais-medicos.1057696>.
 27. Mensagem de Ronaldo Caiado a todos os médicos do Brasil. Ordem dos Médicos do Brasil. 2014 jun 20. [acesso em 2021 jun 13]. Disponível em: <https://ordemdosmedicosdobrasil.blogspot.com/2014/01/mensagem-de-ronaldo-caiado-todos-os.html>.
 28. Associa o dos Estudantes de Medicina do Brasil. Home. [acesso em 2021 jun 13]. Disponível em <https://pt-br.facebook.com/AEMEDBR/>.

29. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde de Joaquim Venâncio. Agenda controversa. 2016 jun 3. [acesso em 2020 maio 5]. Disponível em: <https://www.epsiv.fiocruz.br/noticias/reportagem/agenda-controversa>.
30. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Deliberações dos Grupos de Discussão e Trabalho do ECEM Rio de Janeiro 2012 e ECEM Belém 2013. [local desconhecido]: DENEM; 2014.
31. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Resultado dos grupos de discussão e trabalho do 44o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina. [local desconhecido]: DENEM; 2014.
32. Ordem dos Médicos do Brasil. Home. [acesso em 2021 jun 13]. Disponível em: <https://ordemdosmedicosdo-brasil.blogspot.com>.
33. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2014; 55(1392):1-34.
34. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2016; 56(1402):1-36.
35. Conselho Federal de Medicina. Jornal Medicina CFM. 2016; 31(254):1-12.
36. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2017; 57(1403): 1-37.
37. Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. Home. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://medicospopulares.org/>.
38. Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. Associação Nacional de Médicas e Médicos pela Democracia. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://medicospopulares.org/><https://abmmd.com.br/>.
39. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2016; 56(1401):1-34.
40. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2018; 58(1407esp):1-32.
41. Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, et al. Manifesto dos Médicos em Defesa da Saúde do Brasil'. [Brasília, DF]: CFM; AMB; FENAM; FMB; ANMR; 2018.
42. Pinheiro BJ. O lobby da classe médica que influenciou a decisão de encerrar o programa. El País. 2019 jun 6. [acesso em 19 de junho de 2021]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549488445_129358.html.
43. Conselho Federal de Medicina. Jornal Medicina CFM. 2019; 34(298):1-12
44. Associação Médica Brasileira. Jornal da Associação Médica Brasileira. 2019; (1411):1-35.
45. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cad. Saúde Pública. 2019; (35):e00178619.
46. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Posição da Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares sobre ADAPS e novo financiamento da APS. 2019 nov 20. [acesso em 2021 maio 18]. Disponível em: <https://cebes.org.br/posicao-da-rede-nacional-de-medicas-e-medicos-populares-sobre-adaps-e-novo-financiamento-da-aps/20848/>.
47. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Prevenir Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública. 2020; (36):e00040220.
48. Federação Médica Brasileira. É preciso confiar na ciência e nos médicos! 2020 mar 25. [acesso em 2021 jul 7]. Disponível em: <http://portalfmb.org.br/2020/03/25/e-preciso-confiar-na-ciencia-e-nos-medicos/>.
49. Conselho Federal de Medicina. Parecer no 4/2020. Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. Brasília, DF: CFM; 2020.

50. Gullino D, Ferreira P. Conselho de Medicina diz a Bolsonaro que não há evidência de benefício da cloroquina, mas autoriza prescrição por médicos. *Jornal O Globo*. 2020 abr 23. [acesso em 2021 jul 7]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/conselho-de-medicina-diza-bolsonaro-que-nao-ha-evidencia-de-beneficio-da-cloroquina-mas-autoriza-prescricao-por-medicos-1-24389317>.
51. Sociedade Brasileira de Imunologia. Parecer Científico da Sociedade Brasileira de Imunologia (SBI) sobre a utilização da Cloroquina/Hidroxicloroquina para o tratamento da COVID-19. São Paulo: SBI; 2020.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações do Ministério da Saúde para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da Covid-19. [data desconhecida]. [acesso em 2021 jul 7]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>.
53. Esteves B. Jalecos em guerra. *Revista Piauí*. ed. 196. 2020 out. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/jalecos-em-guerra/>.
54. Carvalho C. Ao menos quatro pacientes que tomaram “kit-Covid” aguardam transplante de fígado em hospitais de SP. *Jornal O Globo*. 2021 mar 24. [acesso em 2021 ago 2]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ao-menos-quatro-pacientes-que-tomaram-kit-covid-aguardam-transplante-de-figado-em-hospitais-de-sp-1-24938473>.
55. Castro C. O gasto público do governo com cloroquina em 4 atos. *Nexo Jornal*. 2021 fev 12. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/02/12/O-gasto-p%C3%BAblico-do-governo-com-cloroquina-em-4-atos>.
56. Alvim M. O grupo de “10 mil” médicos pró-cloroquina que se aproximou de Bolsonaro com ‘evento histórico’. *BBC News Brasil*. 2020 set 3. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53994532>.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento precoce contra Covid-19 é defendido por médicos para aumentar chance de cura. 2020. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/tratamento-precoce-contracovid-19-e-defendido-por-medicos-para-aumentar-chance-de-cura>.
58. Associação Médicos pela Vida Covid-19. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: medicospelavidacovid19.com.br.
59. Correia M. Movimento de médicos que mistura aborto com cloroquina tem ligações com Ministério da Saúde. *A Pública*. 2021 abr 19. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://apublica.org/2021/04/movimento-de-medicos-que-mistura-aborto-com-cloroquina-tem-ligacoes-com-ministerio-da-saude/>.
60. Quem está por trás do “informe publicitário” negacionista e pró-cloroquina em jornais. *Brasil de Fato*. 2021 fev 24. [acesso em 2021 jul 14]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/02/24/quem-esta-por-tras-do-informe-publicitario-negacionista-e-pro-cloroquina-em-jornais>.
61. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Posicionamento da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia sobre o colapso em Manaus e tratamento preventivo e precoce da covid-19. 2021 jan 17. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2021/01/Posicionamento-SBPT-tratamento-precoce-COVID19-17-01-2021-1.pdf>.
62. Martins L. Médicos do CFM participaram de reunião de “gabinete paralelo” com Bolsonaro. *UOL*. 2021 jun 2021. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/06/08/cfm-gabinete-paralelo-bolsonaro-conselheiros.htm?cmpid=copiaecola>.
63. Médico Ricardo Cruz, um dos cirurgiões mais respeitados do país, morre de Covid-19. *Jornal O Globo*. 2020 dez 8. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/medico-ricardo-cruz-um-dos-cirurgioes-mais-respeitados-do-pais-morre-de-covid-19-24787121>.

64. Conselho Federal de Medicina. Nota do CFM aos médicos e à população; Reflexões sobre o enfrentamento da pandemia de covid 19. 2021 mar 25. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/03/notaoficialcfmco-vid.25.03.2021.pdf>.
65. Lazzeri T. Apesar da pandemia, CFM dificulta alternativas de validação de diplomas estrangeiros. The Intercept Brasil. 2021 maio 10. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://theintercept.com/2021/05/10/apesar-pandemia-cfm-dificulta-alternativas-validacao-diplomas-estrangeiros/>.
66. 'Gabinete paralelo' de Bolsonaro teve presença de conselheiros do CFM. Rede Brasil Atual. 2021 jun 8. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/06/gabinete-paralelo-de-bolsonaro-teve-presenca-de-conselheiros-do-cfm/>.
67. Muratori M. Bolsonaro posta vídeo do presidente do CFM com críticas à CPI da COVID. Estado de Minas. 2021 jun 3. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2021/06/03/interna_politica,1273240/bolsonaro-posta-video-do-presidente-do-cfm-com-criticas-a-cpi-da-covid.shtml.
68. Associação Nacional de Médicas e Médicos pela Democracia, Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares. O Conselho Federal de Medicina na Pandemia de Covid-19; pela apuração das responsabilidades da atual diretoria na CPI da Pandemia. Fortaleza: ANMMD; RNMMP: 2021.
69. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2020. 2020. [acesso em 2021 ago 5]. Disponível em: https://www3.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.
70. Brasil. Governo Federal. Programa Mais Médicos; o novo currículo. [data desconhecida]. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/o-novo-curriculo>.
71. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Ciênc. Saúde Colet. 2020; (25):1327-38.

Recebido em 16/08/2021

Aprovado em 06/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Chamada Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nº 4/2021 - Bolsas de Produtividade em Pesquisa - PQ. Processo: 309295/2021-1. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Programa Cientista do Nosso Estado 2020. Processo: E-26/201.123/2021.

Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores

COVID-19 in the working environment and its consequences on the health of workers

Maria de Fátima Moreira¹, Luiz Claudio Meirelles¹, Luiz Alexandre Mosca Cunha¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E208

RESUMO Este trabalho apresentou as consequências do novo coronavírus no ambiente de trabalho e reflexos na saúde do trabalhador. O Sars-CoV-2 possui elevado nível de transmissão pelas gotículas exaladas, afetando órgãos como pulmões, coração, fígado, rins e cérebro. Atividades produtivas e sociais foram interrompidas, mas muitas seguiram operando por pressão do mercado. Profissionais da saúde estão entre os mais expostos, porém atividades que exigem grande número de pessoas no mesmo ambiente se encontram sob risco elevado de exposição ao novo coronavírus. O trabalho pode favorecer e acelerar a destruição causada pelo vírus. Políticas econômicas e sociais inadequadas contribuíram para agravamento da crise sanitária, aumentando a crise econômica e social, marcada pela perda de postos de trabalho e aumento da precarização do trabalho. Controles e medidas de prevenção são necessários para a redução de risco, mas precisam contemplar a natureza das relações no ambiente de trabalho e sociais. Isolamento social, higienização das mãos e uso de máscaras são providências recomendadas, além de Equipamentos de Proteção Individual e medidas coletivas para trabalhadores. O impacto da pandemia marca cada trabalhador envolvido, diversos estressores surgem ou se agravam, afetando psicologicamente muitos funcionários. O retorno ao trabalho com planejamento adequado requer segurança para minimizar riscos e proteger os trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Ambiente de trabalho. Saúde do trabalhador. Segurança. Retorno ao trabalho.

ABSTRACT *This study showed the consequences of the new Coronavirus in the working environment and its effects on workers' health. SARS-CoV-2 has a high transmission level through exhaled droplets, affecting organs such as the lungs, heart, liver, kidneys, and brain. Productive and social activities were interrupted, but many continued to operate due to market pressure. Health professionals are among the most exposed, but activities requiring many people in the same environment are at substantial risk of exposure to Coronavirus. Work can favor and accelerate the destruction caused by the virus. Inadequate economic and social policies contributed to the deterioration of the health crisis, increasing the economic and social crisis, marked by the loss of jobs and increased work instability. Control and prevention measures are required to reduce risk, but they should consider the nature of relationships in the work and social environment. Social isolation, hand hygiene, and masks are recommended measures, besides Personal Protective Equipment and collective measures for workers. The impact of the pandemic marks every worker involved. Several stressors arise or deteriorate, psychologically affecting many employees. Returning to work with adequate planning requires safety to minimize risks and protect workers.*

KEYWORDS COVID-19. Working environment. Occupational health. Safety. Return to work.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fmoreira@ensp.fiocruz.br



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia da Covid-19 (Sars-CoV-2) em março de 2020. Essa declaração significou que a doença infecciosa Covid-19 havia se propagado pelos continentes, e de forma sustentada¹. Diferentemente do que se pensava, o novo coronavírus causa efeitos danosos maiores e mais demorados à saúde humana, que permanecem após o fim da fase aguda da doença².

As diferentes rotas de transmissão do novo coronavírus precisam ser mais bem conhecidas para que se possa planejar intervenções que consigam quebrar a cadeia de transmissão, visto que o Sars-CoV-2 se destaca pela elevada transmissibilidade, principalmente entre pessoas com distância física muito próxima, por meio de gotículas exaladas³.

A principal forma de contenção desse vírus passou por medidas de isolamento social, interrompendo diversas atividades produtivas e sociais e resultando em importante impacto para a economia. Entretanto, diversas atividades econômicas seguiram em operação, e não apenas aquelas consideradas essenciais, por força da pressão do mercado. Assim, inúmeras categorias de trabalhadores acabaram ainda mais expostas e adoecidas⁴.

Tal contexto colocou o retorno ao trabalho com planejamento adequado como uma preocupação global. As empresas precisam de um plano cuidadoso de retorno, elaborado por profissionais preparados. Em geral, os ambientes de trabalho são fechados, climatizados ou com ventilação insuficiente, facilitando a aglomeração de pessoas, situações que favorecem a transmissão do vírus. Portanto, a retomada do trabalho é um desafio, a qual deve vir acompanhada por medidas de segurança que minimizem os riscos e protejam os trabalhadores em seu retorno⁵.

O nível de exposição de alguns profissionais é maior devido à natureza dos ambientes e processos de trabalho⁶. Por exemplo, os profissionais da área de saúde estão entre os grupos mais expostos, tendo em vista sua atuação

direta com pacientes contaminados com o Sars-CoV-2⁷. Da mesma forma, outras categorias, como os atendentes de telemarketing, trabalhadores de frigoríficos e de fábricas, que se aglomeram no mesmo ambiente devido ao processo de trabalho, encontram-se sob grande risco de exposição ao novo coronavírus^{8,9}.

Além das condutas recomendadas à população, como a higienização das mãos, os trabalhadores, em decorrência de suas atividades, necessitam de outros meios de proteção. Nesses casos, a legislação brasileira impõe aos empregadores o desenvolvimento de Programas de Proteção ao Trabalhador. O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e medidas de proteção coletiva devem subsidiar medidas de controle de risco^{10,11}.

No entanto, a pandemia proporcionou perdas de emprego significativas, elevando o nível da informalidade e atingindo, com maior intensidade, aqueles que já viviam do trabalho precário¹². Assim, as atividades que carecem de contato direto com a população, como serviços gerais, comércio, transporte e entregas, inclusive plataformas digitais, estabelecem uma via dupla de risco de contágio, uma vez que podem atingir a população atendida, bem como os trabalhadores desses serviços. Em contrapartida, esses indivíduos exercem uma função essencial à sociedade, mesmo à custa de maior exposição ao vírus¹³. Para essa população, como não foi possível parar de trabalhar, consequentemente, não houve 'retorno ao trabalho'.

O trabalho pode favorecer e acelerar a destruição causada pelo novo coronavírus. Entretanto, a sobreposição de diversos fatores externos faz com que a pandemia atinja mais profundamente o mundo do trabalho, com alto poder de destruição de vidas, especialmente, dos mais pobres e vulneráveis. Nesse sentido, ações governamentais são cruciais para garantir a proteção e sobrevivência dos trabalhadores. Assim, controles e medidas de prevenção e vigilância são necessários para a redução do risco¹⁴. Cabe ressaltar ainda que outras enfermidades, como a saúde mental,

também podem afetar o trabalhador⁶. Dessa forma, o trabalho assume papel fundamental na mitigação da Covid-19 pelas condições de trabalho e vida oferecidas.

O objetivo deste ensaio foi mostrar como a Covid-19 pode se disseminar no ambiente de trabalho e trazer consequências de curto e longo prazo para a saúde dos trabalhadores. Dessa forma, os temas a seguir limitaram a composição deste ensaio: quais são os efeitos conhecidos do novo coronavírus sobre a saúde humana? De que modo acontecem a transmissão e a propagação desse vírus no ambiente de trabalho? Existem medidas para mitigação da exposição do trabalhador ao Sars-CoV-2 no ambiente de trabalho? Apenas a população trabalhadora de atividades essenciais pode ser considerada exposta? É possível proteger os trabalhadores sem alteração dos processos e ambientes de trabalho no modo presencial durante a pandemia? Este artigo procurou abordar o ambiente de trabalho e a saúde dos trabalhadores em meio à pandemia da Covid-19 de forma pragmática, salientando a magnitude da doença e a necessidade de fortalecimento de medidas preventivas e políticas públicas adequadas para o efetivo enfrentamento do novo coronavírus.

Aspectos metodológicos

Este ensaio foi trabalhado com informações secundárias provenientes de fontes de acesso público para gerar todas os dados essenciais. O levantamento bibliográfico utilizou a revisão da literatura sobre a produção científica nacional e internacional quanto às relações entre a pandemia da Covid-19 e a saúde do trabalhador. O período considerado para a busca foi de 2020 a 2021, nos idiomas português, espanhol e inglês, nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed, Google Acadêmico e Google, além das publicações da Fiocruz-Covid, Centers for Disease

Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO), Occupational Safety and Health Administration (OSHA), Ministério da Saúde e Ministério da Economia. Os descritores utilizados foram: “novo Coronavírus”, “Sars-CoV-2”, “covid-19”, “trabalho”, “trabalhador”, “ambiente de trabalho”, “efeitos à saúde”, “transmissão”, “exposição ocupacional”, “medidas de controle” e “políticas públicas”.

Os artigos selecionados foram analisados a fim de identificar os principais objetos do ensaio. Após essa etapa, estabeleceu-se a estrutura conceitual, com a criação de categorias em torno de pontos relevantes para a discussão no intuito de poder subsidiar políticas públicas de prevenção e controle da pandemia no Brasil.

A pandemia e seus efeitos sobre a saúde humana

Todos os possíveis efeitos causados pela Covid-19 ainda estão longe de serem conhecidos. Entretanto, o grande número de casos ocorridos no mundo em um período de aproximadamente 22 meses já permite o conhecimento de efeitos prevalentes nesse intervalo.

A infecção causada pela Covid-19 pode produzir danos pulmonares, renais, cardíacos e circulatórios, além de lesão no sistema nervoso¹⁵. Os sintomas dessa doença mais relatados na literatura são: febre, tosse ou aperto no peito, e dispneia, além de dor de cabeça, mialgia, anosmia, ageusia, entre outros¹⁶. No entanto, conjuntivite aguda, congestão nasal e dor de garganta também são sinais frequentes e relacionados com locais de contato do vírus no início da doença¹⁷. Além disso, o Sars-CoV-2 foi encontrado nas secreções conjuntivais de pacientes com conjuntivite, caracterizando a transmissão ocular como possível rota^{16,18}.

Um dos efeitos da Covid-19 é uma pneumonia aguda. A maioria dos pacientes com febre, tosse seca e dispneia apresenta opacidade

bilateral na imagem da tomografia computadorizada de tórax, com sinais e sintomas se localizando nas vias aéreas inferiores. Entretanto, o Sars-CoV-2 não se limita ao trato respiratório, visto que também pode causar doenças neurológicas^{15,19}. Estas incluem sintomas relacionados com o sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e lesão musculoesquelética²⁰.

Da mesma forma, a doença cerebrovascular aguda, em especial, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), também tem surgido como uma complicação importante. Existem relatos de pacientes com AVC, apresentando eventos vasculares relacionados com um estado hipercoagulável pró-inflamatório. Inúmeros pacientes apresentaram eventos cerebrovasculares, tais como derrames isquêmicos, hemorragias intracerebrais, vasculite do sistema nervoso central, entre outros²¹.

A infecção por Covid-19 pode causar lesão renal aguda^{22,23}. Os pacientes com doença renal crônica e de transplante renal, bem como aqueles em terapia contínua de substituição renal, são mais suscetíveis ao desenvolvimento da infecção por Covid-19²².

Essa doença também pode dar origem a um considerável dano cardiovascular devido ao agravamento de condições preexistentes, bem como de eventos agudos proporcionados pela inflamação, tais como doenças inflamatórias do coração/isquemia, arritmias ventriculares, distúrbios de condução intraventricular, trombos nos pulmões e ativação sistêmica da cascata de coagulação, possibilitando a disseminação de coagulação intravascular²⁴.

Pesquisas verificaram que um estado de hipercoagulabilidade também está associado à Covid-19. Os dados iniciais sugerem altas taxas de tromboembolismo e trombose microvascular pulmonar localizada, que podem ser importantes na insuficiência respiratória progressiva^{25,26}. Micro e macrotromboses, venosa e arterial, são manifestações habituais da Covid-19. O tromboembolismo venoso é a complicação mais comum, acometendo os pacientes mais graves²⁷.

As gestantes, os fetos e os recém-nascidos também podem ser mais suscetíveis ao Sars-CoV-2. Entretanto, até o momento, os resultados são controversos, pois não conseguiram confirmar as associações entre o novo coronavírus e as diferentes complicações neonatais e aquelas ocorridas nas gestações²⁸⁻³⁰.

Os efeitos da Covid-19 em médio e longo prazo têm sido confirmados. Pacientes com a doença também apresentaram a síndrome pós-terapia intensiva, anteriormente bem descrita em outros pacientes críticos. No entanto, além desses, sequelas persistentes de médio e longo prazo têm sido observadas em pacientes não hospitalizados, com Covid-19 leve e moderada, bem como em crianças^{31,32}.

Quais as principais formas de transmissão e propagação do novo coronavírus?

Por se tratar de um vírus respiratório, existe um consenso de que essa propagação ocorre principalmente pelo ar atmosférico. Todos os infectados, inclusive os assintomáticos, são capazes de transmitir o vírus pelo ar exalado³³. O novo coronavírus é transmitido principalmente por secreções infectadas, como saliva, mucos e gotículas respiratórias formadas por aerossóis de tamanho menor do que 5 × m de diâmetro, entre indivíduos com distância física menor do que 2 m. Por isso, as vias aéreas têm importância decisiva na infecção de pessoa para pessoa. O potencial de permanência no ar por mais tempo desses aerossóis é maior. Após a deposição, o Sars-CoV-2 pode sobreviver por períodos, que variam de horas a alguns dias, em diferentes superfícies. O vírus pode permanecer viável para infecção por até 72h em plásticos e aço inoxidável, por exemplo. Entretanto, a lavagem das mãos e a limpeza regular das superfícies com desinfetantes reduzem a possibilidade de transmissão desse vírus por essa rota³⁴.

A transmissão pode ocorrer pelo contato entre as pessoas por meio de tosse, espirro, fala e canto. Assim, os aerossóis contaminados podem atingir boca, nariz e olhos de uma pessoa suscetível, resultando em infecção. Igualmente, o contato direto com objeto ou superfície contaminada também é possível. Outros modos de transmissão, como urina, fezes e a transmissão vertical e infecção neonatal, ainda não foram confirmados^{35,36}.

Locais fechados são associados à propagação de doenças infecciosas. Com o novo coronavírus não é diferente. A maior parte dos contágios acontece em ambientes fechados, envolvendo mais de três pessoas e transmissão pelo ar. Dessa forma, o controle dos aerossóis no interior dos recintos é decisivo para reduzir sua transmissão aérea, que pode ser alcançado com o uso de máscaras e distanciamento físico, além de medidas de engenharia como maior ventilação e melhor filtração³⁷. Entretanto, a aglomeração de pessoas facilita a transmissão, independentemente de ser local aberto ou fechado. Obviamente, a probabilidade de contaminação em uma aglomeração a céu aberto, com o distanciamento recomendado, é muito menor do que em um ambiente fechado e mal ventilado, mesmo obedecendo a distância de 2 m³⁸.

É possível reduzir a disseminação do Sars-CoV-2 no ambiente de trabalho?

A emergência sanitária do Covid-19 impõe uma série de desafios para seu enfrentamento. As instituições têm um longo caminho de aprendizagem na organização dos seus processos de trabalho a fim orientar de forma adequada o conjunto da sua força de trabalho. Um dos desafios das instituições e profissionais é mitigar a exposição dos trabalhadores ao novo coronavírus e as patologias decorrentes, visto que, até agora, as pesquisas publicadas são de estudos de pequeno porte, suscetíveis a vieses

e fatores de confundimento. Dessa forma, mais pesquisas sobre o risco de exposição ocupacional ao Sars-CoV-2 e doenças relacionadas são necessárias para estabelecer evidências suficientemente fortes para instituir políticas claras de prevenção e controle da doença³⁹.

Medidas preventivas para Covid-19 – como critérios para trabalho remoto, restrição de entrada no local de trabalho, distanciamento físico, triagem de rotina, isolamento de pessoas infectadas, rastreamento e quarentena de contactantes, desinfecção frequente do local de trabalho (especialmente superfícies de contato excessivo), higiene das mãos, monitoramento ambiental e uso adequado de EPI – encontram apoio nas evidências científicas⁴⁰ e recomendações da WHO³⁹ e da ILO⁴¹.

O uso dos EPI é a última medida para a proteção do trabalhador. Antes de utilizá-los, o empregador deve adotar medidas coletivas e administrativas que reduzam a exposição⁴². Os EPI são reconhecidamente providências paliativas e secundárias de segurança, preconizados hierarquicamente na Norma Regulamentadora 01 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos, atualizada pela Portaria SEPRT nº 6.730, de 9 de março de 2020⁴³.

Os empregadores devem fornecer os EPI específicos para as atividades. No caso do novo coronavírus, o protetor respiratório recomendado é o PFF2/N95. Na impossibilidade de acesso à máscara PFF2/N95, aliada à baixa exposição, as máscaras de uso não profissional podem ser utilizadas para reduzir o risco de contaminações⁴⁴. Embora as máscaras de tecido não sejam consideradas EPI, atuam como barreiras físicas, reduzindo a propagação do vírus e, conseqüentemente, a exposição e o risco de infecções. Entretanto, nesse grupo, incluem-se diferentes tipos de tecido, como algodão e materiais sintéticos, cujas eficiências variaram de 15% a 70%, conforme pesquisa realizada com vários modelos vendidos no País. Nesse mesmo estudo, as máscaras cirúrgicas e aquelas do tipo PFF2/N95 alcançaram de 90% a 98% de filtração das partículas de aerossol⁴⁵.

Como as máscaras faciais não profissionais

reduzem a incidência das infecções, pequenas medidas como essa têm grande impacto na redução da transmissão. Os resultados serão ainda melhores caso tais ações estejam combinadas com medidas preventivas complementares, como higienizar as mãos e adotar as medidas de higiene respiratória ao tossir ou espirrar, evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca e realizar a higiene das mãos com água e sabonete ou preparação alcoólica a 70%. É importante afirmar que, mesmo de máscara, a distância mínima de 1 m entre as pessoas precisa ser mantida, e algumas situações devem ser observadas no uso, limpeza e descarte das máscaras de tecido. Da mesma forma, o uso de máscara não significa que as outras medidas de higiene recomendadas possam ser abandonadas. Logo, é importante que todos sigam o conjunto de medidas de higiene já estabelecidas⁴⁴.

O uso de luvas não é aconselhado, visto que a contaminação do trabalhador não acontece por meio das mãos, e, sim, pelo contato das mãos com as mucosas, gotículas respiratórias ou aerossóis produzidos por outros indivíduos. Por isso, a higienização frequente das mãos é o mais adequado. As luvas têm maior eficácia para a prevenção da contaminação dos profissionais de saúde e na redução da transmissão de micro-organismos nos procedimentos de assistência^{46,47}.

A higienização do ambiente de trabalho deve ocorrer sempre que houver possibilidade de sedimentação de aerossóis ou contato com diversas pessoas. Túneis de desinfecção e/ou aplicação de produtos desinfetantes sobre os trabalhadores não são recomendados⁴². Estudos mostraram que desinfetantes domésticos comuns, como sabão ou solução de alvejante, podem inativar o vírus em superfícies, necessitando de apenas 10 minutos de contato. Dessa forma, produtos antissépticos que sequem em tempo menor não são eficientes⁴⁸.

Medidas simples e de baixo custo podem evitar a propagação do vírus, garantindo assim a proteção desde o trabalhador até o consumidor. A limpeza regular de superfícies e objetos com desinfetante, distribuição de dispensadores com

álcool em gel 70% para limpeza das mãos e incentivo à lavagem das mãos e higiene respiratória por meio de cartazes distribuídos pela empresa são algumas dessas providências, que, combinadas com outras medidas de comunicação, como orientação dos funcionários de segurança e saúde ocupacional, instruções em reuniões e informações pela intranet para promover a lavagem das mãos, são atitudes necessárias que contribuem para a redução da propagação do Sars-CoV-2. Igualmente, o acesso aos locais para a lavagem das mãos com água e sabão e o acesso a máscaras e lenços de papel devem ser garantidos⁴².

No caso de suspeita de Covid-19, o afastamento de trabalhadores, familiares e amigos de seus locais de trabalho, com a orientação de permanecerem em quarentena por 14 dias, é consenso entre as organizações, nacionais e internacionais. O retorno ao trabalho deve se basear no princípio da precaução, estabelecido pela WHO, em que a liberação do isolamento só poderá acontecer após dois testes negativos (RT-PCR), com intervalo de 24 horas. Se, porventura, o teste não for possível, os indivíduos devem permanecer isolados por mais duas semanas após o término dos sintomas, visto que podem continuar a disseminar o vírus⁴⁹.

Covid-19 e a saúde dos trabalhadores

A relação entre a pandemia e o trabalho é muito intensa, visto que o trabalho tem o poder de favorecer e acelerar a destruição causada pelo vírus da Covid-19. A sobreposição desordenada dos determinantes políticos, sociais, econômicos e biológicos faz com que a pandemia atinja profundamente o mundo do trabalho. É um círculo vicioso, de velocidade crescente e com elevado poder de destruição de vidas, em especial, dos mais pobres e vulneráveis. Por outro lado, o equilíbrio entre a proteção dos trabalhadores e a garantia de sua sobrevivência mostra a necessidade de ações governamentais coordenadas, que permitam essa estabilidade¹⁴.

Muitos trabalhadores se mantiveram em atividades presenciais, de modo a disponibilizar serviços essenciais, como energia elétrica, água potável, alimentação, serviços de saúde e funerários, entre outros³⁸. A população trabalhadora de atividades essenciais e aquela sem condição de permanecer em trabalho remoto foram as mais afetadas pela doença. Outras ocupações essenciais, como de supermercados, farmácias e entregas, também estão expostas ao risco de contaminação e adoecimento⁵⁰. Em alguns setores, o risco de transmissão é aumentado para empregados domésticos, de limpeza, educação, processamento de carnes, hotelaria, segurança pública, construção e do serviço social³⁹. Inesperadamente, muitos trabalhadores viram sua profissão se tornar 'de risco' para o novo coronavírus; entre eles, estão também os profissionais de transportes coletivo e particular. Entretanto, aqueles que atuam diretamente em contato com pacientes infectados, como os trabalhadores da saúde, são os principais afetados⁵¹. Os surtos de Covid-19 têm maior probabilidade de ocorrer em locais de trabalho com maior concentração de pessoas e contato físico direto. Condições ambientais como ventilação inadequada, acomodações e áreas de alimentação compartilhadas, meios de transporte de massa colaboram para agravar esse quadro³⁹.

Segundo o Ministério da Saúde, em seus boletins epidemiológicos sobre o novo coronavírus – N44⁵² e N59⁵³ –, entre os 2.139.242 casos de Síndrome Gripal (SG) em profissionais de saúde, notificados como suspeitos de Covid-19 até o dia 19 de abril de 2021 (incluídas 53 semanas epidemiológicas de 2020 e 15 de 2021), 24,5% foram confirmados. Técnicos e auxiliares de enfermagem (172.069; 32,8%), seguidos de enfermeiros (80.864; 15,4%), médicos (57.698; 11,0%) e agentes comunitários de saúde (26.822; 5,1%) apareceram entre os trabalhadores com maior número de casos confirmados de SG por Covid-19.

A atividade de mineração também foi incluída na lista de atividades essenciais e continuou como se a pandemia não existisse,

sem seguir protocolos de exposição. Os trabalhadores ficam expostos ao vírus, bem como suas famílias⁵⁴. Outro segmento é a central de atendimento, setor cuja totalidade de trabalho poderia ser realizada de casa. Um estudo realizado na Coreia do Sul encontrou 44% dos trabalhadores de um *Call Center* com Sars-CoV-2, mostrando como o novo coronavírus pode ser extremamente contagioso em um escritório lotado⁸. Da mesma forma, os trabalhadores das indústrias de abate e processamento de carnes, frigoríficos e laticínios estão entre aqueles com elevado risco de exposição ao novo coronavírus⁹. Diversos frigoríficos tiveram suas atividades paralisadas no segundo trimestre de 2020, impactando a produção e a exportação de alimentos, devido a surtos da Covid-19 em suas instalações. Diante disso, o governo federal publicou a Portaria nº 19/2020, com medidas de prevenção e controle para transmissão da doença. Entretanto, essa portaria contém muitas medidas em comum com os programas de boas práticas e autocontrole já necessários a esse tipo de indústria. Assim, embora traga alguns aperfeiçoamentos às providências já existentes nesses programas para um ambiente de produção de alimentos, não deveria haver dificuldades para o setor se adaptar à nova realidade⁵⁵.

Por outro lado, grande parte das atividades do setor de petróleo e gás é classificada como de baixo ou médio risco de exposição ao Sars-CoV-2. Aquelas tarefas que não exigem contato próximo e frequente entre trabalhadores, bem como funções realizadas em locais restritos, sem contato com outras pessoas, são consideradas de baixo risco. Entretanto, o contato próximo e frequente com colegas em locais confinados eleva o nível de risco para médio. Além disso, o transporte dos trabalhadores até as plataformas de petróleo potencializa o risco de exposição, incrementando a possibilidade de contágio⁵⁶.

Pesquisadores do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia (Coppe), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mapearam o índice

de risco de contaminação dos trabalhadores brasileiros pelo novo coronavírus segundo suas atividades profissionais. De acordo com a pesquisa, o risco de contágio é acima de 50% para os profissionais da área de saúde. Entre esses, estão os técnicos de saúde bucal, com 100% de risco, devido ao ambiente de trabalho e proximidade física com os pacientes. Da mesma forma, os vendedores varejistas, operadores de caixas, entre outros profissionais do comércio, apresentam, em média, 53% de risco de serem infectados. O risco também é elevado, acima de 70%, para motoristas de ônibus e professores. No entanto, profissionais do setor artístico e intelectual, como roteiristas, escritores e poetas, bem como trabalhadores de atividades específicas, que trabalham em áreas rurais, operadores de motosserra, por exemplo, apresentam risco de contágio menor do que 20% por exercerem atividades mais solitárias⁵⁷.

O reconhecimento da Covid-19 como doença relacionada com o trabalho é justo pelo risco aumentado diante da necessidade de manter as atividades ditas essenciais durante a pandemia. Alguns argumentos, entre outros, fundamentam essa tese, como: infectados assintomáticos podem transmitir sem saber; o uso de medidas de controle necessárias pode não ser possível; o trabalho fora de casa é feito por necessidade, e não por vontade própria; e as medidas para contenção da disseminação do vírus tomadas pelos governos não atendem às necessidades da população. Logo, pode-se dizer que a Covid-19 acometida nas pessoas em trabalho presencial é provavelmente uma doença relacionada com o trabalho. Ao revogar a Medida Provisória nº 927, o Supremo Tribunal Federal confirmou que os casos de contaminação pelo novo coronavírus são considerados ocupacionais, sem necessidade de comprovação donexo causal. Da mesma forma, outra medida importante foi a revogação da Medida Provisória nº 905/19, que abolia o acidente de percurso, cuja consequência é a presunção do nexocausal, no caso de contaminação durante o deslocamento ao trabalho. O reconhecimento da Covid-19

como doença ocupacional permite admitir que o adoecimento foi originado no trabalho, independentemente do vínculo empregatício, permitindo ao trabalhador ter seus direitos garantidos⁵⁸.

As Portarias Conjuntas nº 19 e nº 20/2020, publicadas pelo governo federal, tratam de medidas de prevenção e controle do risco de transmissão da Covid-19 em locais de trabalho. Entretanto, apresentam erros técnicos e falhas severas, com algumas medidas sem qualquer base científica. Tais portarias colocam em risco a vida e a saúde dos trabalhadores, em especial, daqueles da indústria de abate e processamento de carnes e derivados destinados ao consumo humano e laticínios, objeto da Portaria Conjunta nº 19, além da defesa de interesses do setor patronal⁵⁹.

A distribuição do adoecimento e morte por Covid-19 mostra que determinantes sociais, como raça, gênero e classe social, sobrepõem-se, após análise das diferenças relacionadas com idade, ocupação, escolaridade e precarização do trabalho, ao aumento e aos prejuízos do trabalho informal. Durante a pandemia, o padrão de vulnerabilidade seguiu as desigualdades estruturais da sociedade brasileira, com negros e mulheres, as negras em especial, sendo os mais afetados no mundo do trabalho, por estarem em grupos socioeconômicos de poder aquisitivo mais baixos, com acesso limitado a serviços de saúde ou sem proteção social. Os negros constituem a maior parte da informalidade, enquanto as mulheres negras integram, em sua maioria, a prestação de serviços domésticos, cujas atividades foram bastante afetadas⁶⁰.

Políticas econômicas e sociais inadequadas contribuíram para o agravamento da crise sanitária, aumentando a crise econômica e social, marcada pela perda de postos de trabalho e aumento da precarização do trabalho¹⁴. No Brasil, a pandemia coincidiu com o fato de que os trabalhadores já acumulavam perdas significativas relativas à previdência social e direitos trabalhistas, além das desigualdades preexistentes no trabalho e sociais, como

baixos salários e condições precárias das moradias respectivamente^{38,50}.

Políticas sociais adotadas, como o auxílio emergencial, poderiam garantir alguma proteção aos trabalhadores de menor poder aquisitivo. Outrossim, a precária gestão e o planejamento das ações para efetivação do acesso aos pagamentos acabaram gerando distorções. Dificuldades e irregularidades nos cadastros e recebimentos, negativas de acesso ao auxílio por critérios gerenciais, lentidão na liberação, falta de regularidade nos pagamentos, desvios e golpes no sistema não possibilitaram a garantia de mínima dignidade e dissuasão de exposição ao novo coronavírus^{14,61}.

Em especial, nesta pandemia, a composição da sociedade do trabalho apresenta grandes desigualdades quanto aos riscos de exposição nas diferentes categorias profissionais. Controles e medidas de prevenção e vigilância são essenciais para a redução do risco⁵⁰. Entretanto, essa precaução e controle da doença precisam contemplar a natureza das relações no ambiente de trabalho e sociais, bem como as condições domiciliares. Por outro lado, a principal forma de enfraquecimento da disseminação do vírus, o distanciamento social, é restrito a grupos em situação socialmente mais estável, com proteção previdenciária ou trabalhista^{14,62}. Dessa forma, o trabalho assume papel fundamental na mitigação da Covid-19 pelas condições de trabalho oferecidas e situações de vida permitidas.

O distanciamento social e as outras medidas de prevenção não funcionam desvinculados de um contexto mais amplo, em que a vontade política e a estruturação do estado são fundamentais. René Mendes sinaliza claramente o desafio do enfrentamento da pandemia da Covid-19 no Brasil ao afirmar:

Tão virulentas e devastadoras quanto o vírus Sars-CoV-2 têm sido as políticas públicas do Estado brasileiro, no manejo da crise sanitária e, principalmente, no manejo da crise social e econômica. As medidas mitigatórias mostram-se insuficientes, injustas e altamente

discriminatórias, em prejuízo dos trabalhadores e trabalhadoras informais, desempregados, desalentados e incapacitados¹⁴⁽¹⁶⁴⁾.

Cabe ainda ressaltar que insumos estratégicos para a sociedade, como energia elétrica, gás, água e esgoto, foram onerados brutalmente em momento de maior necessidade. Assim, o capital se privilegiou novamente pela falta de regulamentação, utilizando o trabalho remoto, em que o trabalhador teve seus gastos elevados, maior consumo de energia elétrica, entre outros, enquanto o empregador foi agraciado com a redução de seus custos operacionais⁵⁰. Embora essa mudança pareça uma vantagem para o trabalhador, por permitir maior proximidade com a família e mais proteção contra a Covid-19, é importante destacar que essa nova modalidade de trabalho produziu diferentes ônus aos trabalhadores e suas famílias, uma vez que o trabalho remoto, de forma abrupta e não planejada, trouxe consequências no aspecto legal e normativo, assim como para as rotinas domésticas, cujo ambiente privativo se tornou público, acessível ao mundo exterior. Uma dessas consequências é o aumento da carga de trabalho devido à introdução de ferramentas e plataformas eletrônicas, necessárias à conexão externa. Igualmente, a velocidade de resposta do trabalhador remoto é diretamente maior, com índices de desempenho e controle que aumentam o trabalho de maneira progressiva, podendo ocasionar problemas, em especial, no campo da saúde mental⁶³.

No Brasil, mais de 24 milhões de trabalhadores não puderam realizar o teletrabalho em suas casas por serem informais ou atuarem por conta própria. Entre aqueles 8 milhões em trabalho remoto, 30% tinham curso superior e pós-graduação, enquanto os indivíduos com nível de instrução muito baixo constituíam apenas 0,3% dos trabalhadores que conseguiram trabalhar de casa. Portanto, o teletrabalho é uma possibilidade para poucos, visto que é preciso ter recursos para ficar em casa. Necessita-se de espaço, local para isolamento, instalações para poder trabalhar e, além disso,

um trabalho possível de ser realizado nessa modalidade^{14,50}.

O tipo de transporte utilizado pelos trabalhadores é um dos instrumentos importantes para prevenção da doença. No entanto, basicamente, empresas de grande porte garantem que seus empregados usem os próprios veículos, ou, ainda, oferecem um meio de transporte específico para seus funcionários. Esse aspecto merece especial atenção, uma vez que a aglomeração recorrente no transporte público coletivo tem sido uma das principais fontes de contaminação pelo vírus³⁸.

Diante da impossibilidade de garantir o distanciamento social, a testagem e a vacinação são mecanismos de controle garantidores da mitigação da doença. Uma das estratégias de enfrentamento e retomada das atividades é a realização de testes com regularidade⁶². Por outro lado, a vacinação é uma das formas mais econômicas de evitar doenças. No Brasil, as vacinas são gerenciadas pelo Programa Nacional de Imunização, um dos maiores programas públicos de imunização do mundo, cujos benefícios epidemiológicos e socioeconômicos são bem conhecidos⁶⁴. Por isso, não é possível a sua aquisição pelas empresas, que possuem um importante papel de garantir que seus trabalhadores estejam vacinados de acordo com os critérios de prioridade estabelecidos pelos planos municipais.

Atualmente, quase toda a população acima de 12 anos já iniciou o processo de vacinação contra a Covid-19, dentro dos critérios determinados pelos seus municípios, embora a vacina não impeça a contaminação das pessoas e a transmissão da doença. Logo, o retorno ao trabalho presencial é iminente para aquela parte da população que ainda se encontra em trabalho remoto. Entretanto, o ambiente de trabalho remete a outros aspectos de adoecimento além do risco de contaminação pelo Sars-Cov-2. O receio de ser infectado e de transmitir a doença para um familiar, a incerteza quanto à prevenção da doença, a morte de amigos e a ansiedade e o estresse gerados pelo medo de se contaminar com o vírus no local de trabalho

são alguns temas relacionados com a saúde mental que precisam ser analisados. A literatura mostra várias situações de transtornos psicológicos apresentados por trabalhadores da ativa. Entre os mais afetados, estão os profissionais de saúde pelo elevado risco de exposição e distúrbios na saúde mental^{38,60}. Uma pesquisa chinesa encontrou sintomas como estresse, ansiedade, depressão e insônia entre trabalhadores após o retorno. Medidas de prevenção da psiconeuroimunidade pessoal, incluindo a prática frequente de higiene das mãos, uso de máscaras faciais, e medidas organizacionais, como melhoria da higiene no local de trabalho e preocupações da empresa com o estado de saúde física, foram associadas ao menor número de sintomas psiquiátricos nos empregados⁶⁵.

Considerações finais

A emergência sanitária da Covid-19 impõe uma série de desafios para seu enfrentamento, alterando profundamente os ambientes sociais e de trabalho. As instituições têm um longo caminho de aprendizagem na organização dos seus processos de trabalho a fim de orientar o conjunto de seus trabalhadores de forma adequada. Um dos desafios das instituições e profissionais é evitar ou mitigar a exposição dos trabalhadores ao novo coronavírus e suas consequências, visto que apenas pesquisas de pequeno porte, suscetíveis a erros, foram publicadas até o momento. Dessa forma, mais trabalhos sobre o risco da exposição ocupacional ao Sars-CoV-2 e doenças relacionadas são necessários para estabelecer evidências suficientemente fortes para instituir políticas públicas claras de prevenção e controle da doença.

A negação da intensidade de extermínio do Sars-Cov-2 por autoridades, a pressão econômica para impedir o isolamento social, as condições precárias no ambiente de trabalho, a lentidão na adoção de medidas para impedir o contágio e a morosidade na vacinação estão

relacionadas com severos impactos em várias categorias de trabalhadores, demandando uma resposta rápida da sociedade, das instituições comprometidas e das organizações dos trabalhadores.

Embora a pandemia tenha afetado todos os trabalhadores, seus efeitos foram mais sentidos em algumas regiões do País, assim como em alguns grupos de trabalhadores dos diferentes setores econômicos. A população trabalhadora de atividades essenciais e aquelas categorias sem condição de permanecer em trabalho remoto, muito afetadas pela doença, necessitam, com urgência, da adoção de medidas para controle do vírus no ambiente de trabalho.

A pandemia agravou as desigualdades estruturais da sociedade brasileira, que ganharam maior visibilidade com o desmonte da rede de proteção social dos trabalhadores, principalmente em razão das reformas trabalhista e previdenciária, como também pela crise econômica resultante da crise sanitária, que incrementou desemprego, trabalho informal, redução da renda familiar e precarização dos serviços de assistência à saúde.

Além dos danos causados pela Covid-19, também efeitos psicológicos têm afetado a saúde dos trabalhadores. Distanciamento social, isolamento e ansiedade, aliados a desemprego, perda de renda e medo do futuro, todos ao mesmo tempo, influenciam seriamente a saúde mental desses indivíduos. Neste cenário, as medidas de controle e prevenção

necessárias para mitigação do impacto da pandemia, além de prevenir a transmissão da doença, contribuem para a recuperação da saúde mental.

Por fim, fica claro que a relação entre a pandemia e o trabalho é intensa e indissociável, razão pela qual ocorreram fortes impactos da doença nas diversas categorias de trabalhadores. É importante destacar que a sobreposição desordenada dos diferentes determinantes contribuiu para o agravamento da pandemia, atingindo profundamente o mundo do trabalho e a população mais vulnerável.

A pandemia estabeleceu uma urgência na construção de políticas econômicas e de saúde pública, de forma a mitigar as consequências ocasionadas pelo novo coronavírus. Por exemplo, a implementação de políticas voltadas para a saúde mental, entre outras, por se tratar de um agravo significativamente observado durante a pandemia, e para o qual os serviços de saúde não estão adequadamente preparados. Assim, as medidas protetivas devem garantir o acesso dos trabalhadores ao acolhimento social e cuidado emocional.

Colaboradores

Moreira MF (0000-0002-4521-1050)*, Meirelles LC (0000-0001-6601-1093)* e Cunha LAM (0000-0003-0049-9246)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev. Enferm. UERJ* 2020 [acesso em 2021 abr 26]; (28):e49596. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49596/33146>.
2. Andrade RO. Os efeitos da Covid-19. *Pesquisa FAPESP* 2020 [acesso em 2021 nov 26]; (295):18-24. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/os-efeitos-da-covid-19/>.
3. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020 [acesso em 2021 maio 3]; (395):1973-1987. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931142-9>.
4. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. Bras. Saude Ocup.* 2020 [acesso em 2021 jul 5]; (45):e14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpgYbjgc57RCn/?format=pdf&lang=pt>.
5. Jackson Filho JM, Algranti E. Desafios e paradoxos do retorno ao trabalho no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev. Bras. Saude Ocup.* 2020 [acesso em 2021 maio 3]; 45:e23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/VQJYf5Bbfpv4sTRDxjHb78C/?format=pdf&lang=pt>.
6. Silva LS, Machado EL, Oliveira HN, et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Rev. Bras. Saude Ocup.* 2020 [acesso em 2021 maio 4]; 45:e24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/ZGgHY5SyGH36ySQgnvrgvpR/?format=pdf>.
7. Omidia L, Moradib G, Sarkarib NM. Risk of COVID-19 infection in workplace settings and the use of personal protective equipment. *Work*. 2020 [acesso em 2021 maio 4]; 66(2):377-378. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/work/wor203188>.
8. Park SY, Kim YM, Yi S, et al. Coronavirus Disease Outbreak in Call Center, South Korea. *Emerg. Infect. Dis.* 2020 [acesso em 2020 set 16]; 26(8):1666-1670. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/8/20-1274_article.
9. Brosseau LM, Rosen J, Harrison R. Selecting Controls for Minimizing SARS-CoV-2 Aerosol Transmission in Workplaces and Conserving Respiratory Protective Equipment Supplies. *Ann. Work Exp. Health.* 2021 [acesso em 2021 fev 16]; 65(1):53-62. Disponível em: <https://academic.oup.com/annweh/article/65/1/53/5895199>.
10. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria de Inspeção do Trabalho. Norma Regulamentadora No. 9 (NR-9). Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Portaria SEPRT nº 1359, 09 de dezembro de 2019. [acesso em 2021 jul 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-09-atualizada-2019.pdf/view>.
11. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria de Inspeção do Trabalho. Norma Regulamentadora No. 7 (NR-7). Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Portaria MTb nº 1031, de 06 dezembro de 2018. [acesso em 2021 jul 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-07.pdf>.
12. Costa SS. Pandemia e desemprego no Brasil. *Rev. Adm. Publica.* 2020 [acesso em 2021 dez 1]; 54(4):969-978. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?format=pdf&lang=pt>.
13. Vasconcelos JEM, Mello LE, Oliveira MCS. Os Trabalhadores das Plataformas de Entregas: essencialidade em tempos de Covid-19 e desproteção legislativa e judicial. *Rev. Direito e Prax.* 2021 [acesso em 2021 dez 1]; 12(3):2044-2074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/W5HqBckvgd3K9dFCkm7gbHL/?format=pdf&lang=pt>.

14. Mendes R. Trabalho, saúde e barbárie social: O caso da pandemia da Covid-19 no Brasil, sua determinação social e a importância do mundo trabalho. In: Alves G, Vizzaccaro-Amaral AL, organizadores. Trabalho, Saúde e Barbárie Social - Pandemia, Colapso Ecológico e Desenvolvimento Humano. Marília: Projeto Editorial Praxis; 2021. p. 163-184.
15. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, et al. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem. Neurosci.* 2020; 11: 995-998.
16. Durán SC, Mayorga DC. The eye: “An organ that must not be forgotten in coronavirus disease 2019 (COVID-2019) pandemic”. *J. Optom.* 2021 [acesso em 2021 jul 15]; 14(2):114-119. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888429620300790?via%3Dihub>.
17. Magnavita N, Tripepi G, Di Prinzio RR. Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2021 jan 21]; 17(14):5218. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/14/5218/htm>.
18. Kuo IC, O'Brien TP. COVID-19 and ophthalmology: An environmental work hazard. *J. Occup. Health.* 2020 [acesso em 2020 set 15]; (62):e12124. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12124>.
19. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *J. Med. Virol.* 2020 [acesso em 2020 set 15]; (92):552-555. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jmv.25728>.
20. Aghagoli G, Gallo Marin B, Katchur NJ, et al. Neurological Involvement in COVID-19 and Potential Mechanisms: A Review. *Neurocrit. Care.* 2021 [acesso em 2020 out 10]; (34):1062-1071. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12028-020-01049-4>.
21. Ellul MA, Benjamin L, Singh B, et al. Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neurol.* 2020 [acesso em 2020 out 10]; (19):767-783. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1474-4422%2820%2930221-0>.
22. Adapa S, Chenna A, Balla M, et al. COVID-19 pandemic causing acute kidney injury and impact on patients with chronic kidney disease and renal transplantation. *J Clin Med Res.* 2020; 12(6): 352-361.
23. Joseph A, Zafrani L, Mabrouki M, et al. Acute kidney injury in patients with SARS-CoV-2 infection. *Ann. Intensive Care.* 2020 [acesso em 2020 out 10]; 10:117. Disponível em: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-020-00734-z>.
24. Mai F, Pinto R, Ferri C. COVID-19 and cardiovascular diseases. *J. Cardiol.* 2020 [acesso em 2020 nov 29]; 76(5):453-458. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7375273/>.
25. Iba T, Levy JH, Levi M, et al. Coagulopathy of Coronavirus Disease 2019. *Crit. Care Med.* 2020 [acesso em 2020 out 10]; 48(9):1358-1364. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467443/>.
26. Miesbach W, Makris M. COVID-19: Coagulopathy, Risk of Thrombosis, and the Rationale for Anticoagulation. *Clin. Appl. Thromb. Hemost.* 2020 [acesso em 2020 nov 29]; 26:1076029620938149. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370334/>.
27. Inspiration Investigators. Effect of Intermediate-Dose vs Standard-Dose Prophylactic Anticoagulation on Thrombotic Events, Extracorporeal Membrane Oxygenation Treatment, or Mortality Among Patients With COVID-19 Admitted to the Intensive Care Unit - The INSPIRATION Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2021 [acesso em 2021 abr 26]; 325(16):1620-1630. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777829?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jama.2021.4152.
28. Godoi APN, Bernardes GCS, Nogueira LS, et al. Características clínicas e resultados materno-fetais de

- mulheres grávidas com COVID-19. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2021 [acesso em 2021 dez 1]; 43(05):384-394. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/hnGRtYTVNHVYPOy9VbVr9Xn/?format=pdf&lang=en>.
29. Leyser M, Marques FJP, Nascimento OJM. Risco potencial de danos cerebrais e de alterações de desenvolvimento em crianças expostas ao SARS-COV-2 no período pré-natal: uma revisão sistemática. *Rev. Paul. Pediatr.* 2022 [acesso em 2022 mar 1]; (40):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/VjMSnDKGrSMtWvCqNL86zRr/?format=pdf&lang=pt>.
 30. Foratori-Junior GA, Mosquim V, Valarelli TMO, et al. COVID-19 e sua relação com a gravidez e neonatos: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021 [acesso em 2021 dez 1]; 21(03):729-759. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YkPwVXcSq4N3KpcGpjZSNG/?format=pdf&lang=pt>.
 31. World Health Organization. COVID-19 Clinical management: living guidance. Geneve: WHO; 2021. [acesso em 2021 abr 29]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>.
 32. Havervall S, Rosell A, Phillipson M, et al. Symptoms and Functional Impairment Assessed 8 Months After Mild COVID-19 Among Health Care Workers. *JAMA.* 2021 [acesso em 2021 abr 29]; 325(19):2015-2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2778528>.
 33. Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA.* 2020; (261).
 34. Marquès M, Domingo JL. Contamination of inert surfaces by SARS-CoV-2: Persistence, stability and infectivity. A review. *Environ Res.* 2021 [acesso em 2021 ago 5]; 193:110559. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7706414/>.
 35. World Health Organization. Transmission of Sars-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Geneve: WHO; 2020. [acesso em 2021 jul 29]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
 36. Wali AA, Abd-El-Fatah SM. Prognosis and Outcomes of COVID-19 infection During Pregnancy. In: El-Goly AMM, editor. Prognosis and outcomes of COVID-19 infection during pregnancy. *Covid-19 Infections and Pregnancy.* Cairo: Elsevier; 2021. p. 145-165. [acesso em 2021 ago 5]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8298323/pdf/main.pdf>.
 37. Allen JG, Ibrahim, AM. Indoor Air Changes and Potential Implications for SARS-CoV-2 Transmission. *JAMA.* 2021 [acesso em 2021 ago 5]; 325(20):2112-2113. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779062>.
 38. Maeno M. Doenças ocupacionais relacionadas à pandemia de COVID-19: fatores de risco e prevenção. *Rev TRT02.* 2021 [acesso em 2021 ago 6]; 25:108-121. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/185786/2021_maeno_maria_doencas_ocupacionais.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 39. World Health Organization. Preventing and mitigating COVID-19 at work. Geneve: WHO; 2021. [acesso em 2021 jul 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-workplace-actions-policy-brief-2021-1>.
 40. Allen JG, Ibrahim AM. Indoor Air Changes and Potential Implications for SARS-CoV-2 Transmission. *JAMA.* 2021 [acesso em 2021 jul 14]; 325(20):2112-2113. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779062>.
 41. International Labour Organization. Resolution concerning a global call to action for a human-centred recovery from the COVID-19 crisis that is inclusive, sustainable and resilient. ILC, 109/Resolution I 2021. Geneve: ILO; 2021. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_806092.pdf.

42. United States. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. OSHA 2020. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3990.pdf>.
43. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria de Inspeção do Trabalho. Norma Regulamentadora No. 1 (NR-1). Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Portaria SEPRT nº 6730, 09 de março de 2020. [acesso em 2021 maio 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-01-atualizada-2020.pdf>.
44. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Orientações para máscaras de uso não profissional. Abr 2020/Atualizada Jan 2021. [acesso em 2021 maio 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/covid-19-tudo-sobre-mascaras-faciais-de-protecao/orientacoes-para-mascaras-de-uso-nao-profissional-anvisa-08-04-2020-1.pdf/view>.
45. Moraes FG, Sakano VK, Lima LN, et al. Filtration efficiency of a large set of COVID-19 face masks commonly used in Brazil, Aerosol Sci. Tech. 2021 [acesso em 2021 jul 19]; 55(9):1028-1041. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02786826.2021.1915466>.
46. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Interim Guidance. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).
47. World Health Organization. COVID-19 Clinical management. Living guidance Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>.
48. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% na desinfecção de superfícies, durante a pandemia da COVID-19. NOTA TÉCNICA Nº 47/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA. 2020. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/552json-file-1>.
49. Fernandes RCP, Pena PGL, Lima MAG, et al. Prevenção da COVID-19 em locais de trabalho: orientações para proteção da saúde de trabalhadoras e trabalhadores. Fac. Med. BA/UFBA. 2020. [acesso em 2021 jul 19]. Disponível em: https://fmb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/tcc/programa_de_prevencao_da_covid-19_em_locais_de_trabalho2.pdf.
50. Bridi MA. A pandemia Covid-19: crise e deterioração do mercado de trabalho no Brasil. Estud. Avanç. 2020 [acesso em 2021 fev 11]; 34(100):141-166. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/178763/165381>.
51. Lan FY, Wei CF, Hsu YT, et al. Work-related Covid-19 transmission in six Asian countries/areas: A follow-up study. PLoS One. 2020 [acesso em 2021 maio 3]; 15(5):e0233588. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7237000/>.
52. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial doença pelo coronavírus Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/07/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf.
53. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial doença pelo coronavírus Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2021 jul 27]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/22/boletim_epidemiologico_covid_59.pdf.
54. Redação RBA. COVID-19 - Mineração segue a todo vapor e expõe trabalhador a mais riscos sob coronavírus. Rede Brasil Atual. 2020 abr 3. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/trabalho/2020/04/coronavirus-mineracao->

- segue-a-todo-vapor-e-expoe-trabalhadores-a-mais-riscos/.
55. Garrido MF. Frigoríficos e indústrias de laticínios versus medidas de prevenção da covid: o que mudou com a Portaria 19?. *Rev Hig Alim*. 2020. [acesso em 2021 jul 27]. Disponível em: <https://higienealimentar.com.br/frigorificos-e-industrias-de-laticios-versus-medidas-de-prevencao-da-covid-o-que-mudou-com-a-portaria-19/>.
56. Sodré ACCB, Cavalcante ALM, Campos AS, et al. Trabalhadores e empregadores da indústria de petróleo e gás. Rede de informações sobre a exposição ao SARS-CoV-2 em trabalhadores no Brasil: informe 5. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2020. 14 p. [acesso em 2021 abr 29]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43368>.
57. Lima Y, Souza JM. Pesquisadores da Coppe mapeiam atividades profissionais mais ameaçadas pelo Covid-19. *Planeta Coppe Notícias*. 2020 abr 6. [acesso em 2021 jul 27]. Disponível em: <https://coppe.ufri.br/pt-br/planeta-coppe-noticias/noticias/pesquisadores-da-coppe-mapeiam-atividades-profissionais-mais>.
58. Maeno M, Carmo JC. A COVID-19 é uma doença relacionada ao trabalho. 2020. [acesso em 2021 dez 2]. 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).
59. Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores. Nota técnica conjunta 2/20: “Análise crítica das portarias conjuntas 19 e 20 do Governo Federal (18/6/2020), que tratam de medidas de prevenção e controle do risco de transmissão da COVID-19 em locais de trabalho”. 2020. [acesso em 2021 dez 2]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/FRENTE-AMPLA-NOTA-T%C3%89CNICA-CR%C3%8DTICA-DAS-PORTARIAS-CONJUNTAS-19-E-20-1.pdf>.
60. Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(12):e00178320.
61. Cardoso BB. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. *Rev Adm Pública*. 2020 [acesso em 2021 jul 19]; 54(4):1052-1063. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bxKszgD4DmnWc8HmFWw3Ssj/?lang=pt>.
62. Santos UP, Maeno M. Cuidados com a saúde dos trabalhadores no contexto da pandemia de COVID-19. *ObMed*. 2020. [acesso em 2021 jul 29]. Disponível em: <http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/cuidados-com-a-saude-dos-trabalhadores-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19-por-ubiratan-de-paula-santos-e-maria-maeno/>.
63. Araújo TM, Lua I. O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2021 [acesso em 2021 jul 19]; (46):e27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/LQnfJLrjgrSDKkTNYVfgnQy/?lang=pt&format=pdf>.
64. Oliveira BLCA, Campos MAG, Queiroz RCS, et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021 [acesso em 2021 ago 5]; (55):1-12. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-012/1518-8787-rsp-55-012-pt.x51180.pdf.
65. Tan W, Hao F, McIntyre RS, et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunology prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav Immun*. 2020; (87):84-92.

Recebido em 13/08/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Monitoramento da Covid-19 nas favelas cariocas: vigilância de base territorial e produção compartilhada de conhecimento

Monitoring COVID-19 in Rio's favelas: territorial-based surveillance and shared production of knowledge

Jussara Rafael Angelo¹, Bianca Borges da Silva Leandro², André Reynaldo Santos Périssé³

DOI: 10.1590/0103-11042021E209

RESUMO Apresenta-se um ensaio crítico-reflexivo sobre a ocorrência da Covid-19 em espaços periféricos do município do Rio de Janeiro, tendo como metodologia principal a análise documental dos três boletins socioepidemiológicos Covid-19 nas favelas, publicados no âmbito do Observatório Covid-19 da Fiocruz. Os resultados dos referidos boletins foram apresentados e problematizados a partir do referencial teórico da epidemiologia crítica e da determinação social do processo saúde-doença, discutindo a magnitude da doença nas favelas. Ademais, compreendeu-se que este debate visibiliza e fortalece a reflexão sobre os impactos sanitários e sociais da Covid-19 nas áreas de periferia de todo o País. Foram descritos o processo de trabalho para a elaboração dos boletins, os desafios metodológicos enfrentados para monitorar processos epidêmicos em espaços periféricos, e problematizados os principais resultados à luz das desigualdades históricas que ficaram ainda mais evidentes com a atual pandemia.

PALAVRAS-CHAVE Áreas de pobreza. Práticas interdisciplinares. Acesso à informação. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT *This is a critical reflection essay on COVID-19 in suburban areas in Rio de Janeiro through documental analysis of the three socio-epidemiological bulletins COVID-19 in the favelas, published in FIOCRUZ COVID-19 Observatory. The results of these bulletins were presented and discussed grounded on critical epidemiology and the social determination of the health-disease process, discussing the magnitude of the disease in the favelas. Furthermore, we understood that this debate elicits and strengthens the discussion about the health and social impacts of COVID-19 in the Brazilian suburbs. We described the work process to prepare the bulletins and the methodological challenges of monitoring diseases in the suburbs. Lastly, the main results were analyzed and discussed, considering the historical inequalities that became more evident with the current pandemic.*

KEYWORDS *Poverty areas. Interdisciplinary placement. Access to information. Public health surveillance.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jussara.angelo@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (Lires) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Os impactos sanitários e socioeconômicos da Covid-19 são desiguais no espaço urbano, atingindo, com maior intensidade, as populações de favelas e periferias que estão integradas de forma precária à economia urbana e que, historicamente, têm seus direitos de cidadania violados. Nas áreas em que a pobreza urbana é mais acentuada, o novo coronavírus (Sars-CoV-2), que leva ao adoecimento por Covid-19, avança de forma mais rápida – isso porque esses territórios não contam com políticas públicas de qualidade que deem suporte à proteção coletiva. Além disso, as condições de vida dificultam muito a adoção de estratégias individuais de prevenção por parte da população, largamente difundidas nas orientações de controle, como o distanciamento social. Na falta de resposta estruturada por parte do poder público, moradores se organizaram em redes de solidariedade, a fim de divulgar informações para prevenção da Covid-19, elaborar campanhas de doações, pressionar governos, apropriar-se de tecnologias de sanitização e desenvolver sistemas de gestão territorial e de informações epidemiológicas^{1,2}.

Fleury e Menezes², no âmbito da pandemia de Covid-19, identificaram experiências inovadoras e construíram tipologias sobre as formas de organização e os tipos de ação, as quais compreendem garantia da subsistência, comunicação comunitária, prevenção, mapeamento, produção de dados, críticas ao poder público e elaboração de planos de ação. As ações envolveram a apropriação de conhecimento sobre a pandemia e dos meios para sua melhor divulgação aos moradores, bem como a produção de conhecimento sobre a própria favela, com o desenvolvimento de mapeamentos das famílias em situação de maior vulnerabilidade e a criação de painéis de incidência de morbimortalidade no território. Desse modo, as autoras concluíram que “existem no território potencialidades e capacidades que podem ser mobilizadas pelo conjunto das relações sociais que ali se desenvolvem”².

Tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença, faz-se necessária a compreensão do espaço e sua dinâmica para o melhor entendimento dos modos de viver, adoecer e morrer dos indivíduos, grupos sociais e populações. Tratando-se especificamente do espaço urbano, deve-se salientar que ele é desigual e muito heterogêneo, apresentando uma dinâmica intensa de transformação. Entretanto, essas mudanças nem sempre conseguem ser apreendidas pela forma como os dados da saúde são disponibilizados. É nesse intuito que foram elaborados, no âmbito do Observatório Covid-19 Fiocruz, três boletins socioepidemiológicos da Covid-19 nas favelas, como um instrumento que fomenta a discussão sobre o processo saúde-doença de modo mais próximo às periferias urbanas¹.

Este artigo, no formato de ensaio crítico-reflexivo, tem como metodologia principal a análise documental crítica dos três boletins socioepidemiológicos Covid-19 nas favelas, publicados no âmbito do Observatório Covid-19 da Fiocruz. O arcabouço teórico sustenta-se no referencial teórico da epidemiologia crítica e da determinação social do processo saúde-doença.

Ao discutir sobre a conceituação de ensaios no âmbito científico, Meneghetti³ aponta esse tipo de texto como uma forma de geração de conhecimento interdisciplinar. De acordo com o autor, são meios antigos de produção de conhecimento em diversas áreas como a filosofia e as ciências sociais que, por meio da relação intersubjetiva, possibilitam a construção de saberes para a compreensão de distintos fenômenos da realidade. Não se trata de uma formulação aleatória ou fragmentária, refere-se à busca de compreensão de determinado objeto, mobilizando também o leitor para reflexões, em um movimento reflexivo constante que pode caminhar em concordância ou discordância dos autores.

Desse modo, este ensaio enseja apresentar e problematizar os resultados das análises realizadas nos referidos boletins, discutindo a magnitude da doença nas favelas, compreendendo

também que este debate visibiliza e fortalece a reflexão sobre os impactos sanitários e sociais da Covid-19 nas áreas de periferia de todo o País. Foram descritos o processo de trabalho para a elaboração dos boletins, os desafios metodológicos enfrentados para monitorar processos epidêmicos em espaços periféricos, e problematizados os principais resultados à luz das desigualdades históricas que ficaram ainda mais evidentes com a atual pandemia.

Resultados e discussão

Processo de construção dos boletins e os desafios metodológicos

A necessidade de elaboração de boletins sobre a Covid-19 para as áreas de favelas emergiu da inquietude de pesquisadores que compõem o Observatório Covid-19 da Fiocruz em compreender como seria o processo de difusão da doença nas periferias urbanas, sobretudo das grandes cidades dos países subdesenvolvidos – considerando que grande parte das recomendações e medidas de controle da doença, estabelecidas no início da pandemia, centralizava-se no nível individual, o que pressupõe o mínimo de condições materiais de vida para serem colocadas em prática.

Em um país no qual cerca de 17 milhões de pessoas vivem em domicílios considerados ‘aglomerados subnormais’ pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, marcados por um acesso deficitário ao saneamento básico e com o acesso à água incipiente e irregular, práticas como o distanciamento e o isolamento social e lavar as mãos com frequência são limitadas pela histórica violação de direitos sociais a que as populações residentes nesses territórios estão submetidas⁵. Especificamente em relação à cidade do Rio de Janeiro, segundo dados do Instituto Pereira Passos (IPP)⁶, o município possui 163 bairros, em que cerca de 86% da área deles é constituída por favelas. Entre esses bairros, alguns

apresentam grande extensão territorial de áreas ocupadas por favelas, como Rocinha, Jacarezinho, Complexo do Alemão e Vila Kennedy. Contudo, a maioria das favelas é menor e está localizada ‘dentro’ de um bairro ou ‘atravessando’ mais de um. Há uma quantidade relevante de favelas que são invisibilizadas com o modo de organização dos dados em saúde^{7,8}.

Apesar de a necessidade de monitorar a ocorrência da Covid-19 nas periferias urbanas – e particularmente nas favelas cariocas – ser consensual, há um desafio metodológico, relacionado com a escala dos dados disponíveis para análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro. Os dados públicos disponíveis no Painel da Prefeitura são disponibilizados apenas na escala de bairros e Código de Endereçamento Postal (CEP)⁹. Portanto, para que o monitoramento epidemiológico pudesse ser realizado, foram pensadas aproximações metodológicas que pudessem dar visibilidade à ocorrência da Covid-19 nas favelas e possibilitassem a produção de informação capaz de fortalecer a luta por direitos sociais, sobretudo o direito à informação em saúde.

A informação é um privilégio do aparelho do Estado e dos grupos econômicos hegemônicos. No topo, encontram-se os que podem captar as informações, orientá-las a um centro coletor, que as seleciona, organiza e redistribui em função do seu interesse próprio. Aos demais, cabe o papel de receptores, sobretudo os menos capazes de decifrar os sinais e os códigos com os quais a mídia formal trabalha¹⁰. Em uma sociedade cuja informação fosse, de fato, socializada, caberia a organização de um sistema de dados concernentes à vida social, em que os desejos da periferia pudessem se materializar mediante um acordo em que a sociedade e o Estado se (re)produzam garantindo cidadania à população¹⁰. Há desigualdades no processo de produção, distribuição e uso de informação entre as populações que precisam ser evidenciadas. Martins¹¹ a defende como um bem público e afirma que o direito da população à informação deve ser considerado

tão prioritário quanto os demais, como educação, saúde e alimentação. Trata-se de um aspecto fundamental para o fortalecimento da democracia.

Os boletins foram desenvolvidos articulando três perspectivas de vigilância em saúde: vigilância epidemiológica clássica, vigilância civil e vigilância de base territorial local, as quais atuaram de forma complementar e possibilitaram uma aproximação mais fidedigna da realidade. Foram utilizados enfoques metodológicos quantitativos e qualitativos. A abordagem quantitativa centrou-se, principalmente, na epidemiologia crítica descritiva, e a qualitativa se apoiou na relatoria da ouvidoria coletiva¹², por meio da realização de rodas de conversa on-line com interlocutores das favelas, pessoas que moram e/ou trabalham nos territórios. Esse esforço apresenta uma possibilidade de articular diferentes saberes e perspectivas, como aponta Breilh¹³:

[...] precisamos de uma boa matemática, mas também de bons procedimentos de observação intensiva e de análise qualitativa para fitar a realidade... para podermos articular o discurso da ciência, do acadêmico, com discursos que fazem parte de outras formas de saber que têm muito a fazer na luta pela saúde.

A abordagem da vigilância epidemiológica clássica/tradicional foi realizada a partir da análise dos dados disponibilizados no Painel Covid-19 da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, resultados apresentados no primeiro e segundo boletim; e dados de síndrome gripal, disponibilizados no OpenDataSUS, apresentados no terceiro boletim. A fim de transpassar a ausência de dados epidemiológicos para as favelas cariocas e encontrar uma alternativa metodológica capaz de ser um *proxi* das realidades dos espaços periféricos do município do Rio de Janeiro, os bairros foram classificados por tipologia urbana baseada no percentual de área do bairro coberta por favelas. Para isso, utilizou-se a versão mais recente da malha cartográfica de favelas disponibilizada pelo

IPP. Os bairros da cidade foram classificados em cinco grupos: Sem favelas; Baixa (<10%); Média (11-20%); Alta (21-50%); e Altíssima (>50%) concentração de favelas. Entre as limitações metodológicas, ressalta-se que um bairro sem favelas ou com baixa proporção de favelas não deve ser compreendido, necessariamente, como uma área com boas condições materiais de vida. Os bairros com extensa área territorial podem ter percentuais baixos de favelas, mas apresentarem outras formas de expressão da pobreza urbana, tais como ocupações e cortiços⁸.

Para as classes da tipologia supracitada, foram calculados indicadores de taxa de incidência, taxa de mortalidade e taxa de letalidade. Para a construção dos indicadores, também foi necessário fazer a projeção populacional¹. No primeiro boletim, foram analisados dados de março a 21 de junho de 2020; e no segundo, dados de 22 de junho a 28 de setembro de 2020. Os dados de síndrome gripal, analisados no terceiro boletim, são referentes ao período de março a 1º de agosto de 2020^{1,7,14}.

A vigilância civil da saúde foi desenvolvida nos anos de 1990 pelo pesquisador Victor Vicent Valla. Fundamenta-se no reconhecimento da cultura local e na educação popular de Paulo Freire, agregando processos de construção compartilhada do conhecimento e de ouvidoria coletiva a fim de corporificar a participação popular. Espera-se que a vigilância civil possa contribuir para a transformação social e complementar, por sua vez, a tradicional vigilância epidemiológica¹².

Seguindo essa ideia central de complementaridade das diferentes formas de fazer vigilância em saúde, para a produção dos boletins, as análises dos dados epidemiológicos foram preliminarmente apresentadas e discutidas com os interlocutores dos territórios de favelas que possuem conhecimento da realidade baseados em suas experiências de vida⁸. Reflexões, dados e apontamentos trazidos por esses indivíduos são essenciais para a qualificação da informação em saúde, levantando outras perspectivas de compreensão do problema/

fenômeno e apresentando processos socioespaciais que não conseguem ser apreendidos, apenas, pelos indicadores de saúde e captados pelos sistemas de informações em saúde. O fluxo de trabalho desenvolvido para a elaboração dos boletins aproximou-se do processo de produção compartilhada de conhecimento cuja ideia central não é facilitar a transmissão da informação, mas, sim, a de construir conhecimento com os movimentos sociais e interlocutores locais, integrando saberes e elaborando informações em saúde que evidenciem as desigualdades sociais e fortaleçam a luta por direitos sociais.

A metodologia da construção compartilhada do conhecimento supõe a possibilidade de reduzir hierarquias dos saberes técnico-científico e popular ao mínimo. Desde suas origens, buscava oferecer subsídios tanto às organizações civis de caráter popular, para dar consistência técnica às suas reivindicações, como aos planejadores do setor saúde, de modo a promover a adequação dos serviços ao atendimento das necessidades da população^{15,16}.

Por fim, a perspectiva da vigilância de base territorial local teve como referência as metodologias de vigilância local desenvolvidas no âmbito do Projeto de Monitoramento Epidemiológico dos municípios do entorno do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Projeto Comperj), realizado no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz), entre 2009 e 2018. Um dos componentes dessa vigilância pressupunha utilizar, como unidade de análise, a área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a obtenção de indicadores locais a partir da compatibilização da área da saúde da família com a base cartográfica dos setores censitários do IBGE^{17,18}.

Sobre a forma dos boletins e sua importância para a comunicação popular

Boletins elaborados no âmbito dos serviços de saúde, em especial, os que se debruçam sobre

dados epidemiológicos, são instrumentos importantes para a análise dos dados coletados pelos sistemas de informações em saúde, tanto para a problematização da realidade quanto para a publicização da informação produzida, seja para profissionais de saúde ou usuários¹⁹. Apesar da orientação de que boletins sejam feitos em uma linguagem adequada e clara, usualmente, há uma diversidade de boletins epidemiológicos que não trazem a clareza necessária da informação em saúde, sobretudo para os grupos socialmente vulnerabilizados. Tendo em vista que os interlocutores principais dos boletins socioepidemiológicos são moradores de favelas e periferias urbanas, refletir sobre a forma do boletim foi um aspecto tão importante quanto o conteúdo.

O processo de comunicação em saúde e de divulgação científica, com ênfase em uma perspectiva popular, é parte essencial no processo de produção do conhecimento científico, sobretudo quando se trabalha com grupos socialmente vulnerabilizados, cuja linguagem acadêmica pode dificultar a apreensão e a problematização do conteúdo produzido. Considerando que o objetivo central dos boletins foi produzir informação que fortalecesse a luta por direitos sociais, em especial, o direito à saúde, era necessário que a informação produzida, nesse monitoramento, fosse construída com os grupos populares e apropriada por eles. Os boletins socioepidemiológicos Covid-19 tiveram um formato não convencional a fim de ‘traduzir’ o conhecimento produzido em uma linguagem mais popular e de contribuir com a democratização do acesso à informação, considerando as especificidades dos grupos socialmente vulnerabilizados.

A necessidade de que as análises dos dados epidemiológicos de Covid-19 fossem publicizadas em um formato mais acessível ao público geral foi uma demanda trazida pelos próprios movimentos sociais. Em resposta a essa necessidade, foram incluídas, por exemplo, explicações sobre como proceder à leitura de gráficos¹⁴, bem como foi desenvolvido um vídeo curto com linguagem acessível²⁰.

Teixeira²¹ aponta que a temática do acesso à informação, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ganhou progressiva importância no debate médico-sanitário, sobretudo depois que se institucionalizou a Lei dos Conselhos de Saúde (nº 8.142/1990), tornando-se central a discussão sobre garantir a democratização da informação. Contudo, em termos práticos, manteve-se o predomínio do modelo de comunicação em que a proposta de um diálogo não consegue disfarçar a unilinearidade implícita na proposta de decodificação retórica – do ‘técnico’ ao popular –, sugerindo que a ‘Consciência Sanitária’ corresponda, de fato, a um comportamento predefinido pelos técnicos²¹.

Diversos são os desafios impostos para que haja avanços no processo de comunicação em saúde, de modo que seja um processo elaborado de forma compartilhada em uma relação dialógica. No entanto, reconhece-se que uma comunicação mais próxima dos grupos populares, nesse novo formato desenvolvido para os boletins, foi alcançada parcialmente – isso porque se conseguiu que a informação fosse apropriada com maior facilidade pelas mídias tradicionais e por lideranças e integrantes de movimentos sociais. Todavia, ainda estão bem distantes de circular amplamente pela maior parte dos grupos historicamente subalternizados. Ademais, avalia-se, como um aspecto positivo, a construção de boletins com dados epidemiológicos que possam ter outros formatos, sendo mais utilizados, inclusive, por profissionais de saúde.

Refletindo sobre os principais resultados

Com base na premissa de que toda e qualquer situação de saúde deve ser analisada no seu contexto histórico, social e geográfico, foram feitas as análises dos dados dos boletins socioepidemiológicos de Covid-19 das favelas cariocas. As particularidades do espaço geográfico e dos processos de organização espacial foram contextualizadas, assim como foram identificadas as características históricas, sociais e ambientais que determinam e condicionam o perfil de adoecimento e morte por Covid-19 no município do Rio de Janeiro.

Para Santos²², trabalhar com a noção de causa e efeito é lidar com o que se vê. Já quando se trabalha com a noção de contexto, debruça-se também sob o que não se vê e, frequentemente, é ainda mais importante do que o que é visível; já que, olhar para o contexto, permite uma visão para além da forma e da aparência, abarcando o que está por detrás do fenômeno. Esse mesmo raciocínio pode ser transpassado para a reflexão sobre o processo saúde-doença, uma vez que um adoecimento não pode ser compreendido isoladamente, somente pela racionalidade da causa e efeito; para a compreensão contextualizada do processo saúde-doença, faz-se necessário o entendimento da lógica de produção econômica, dos aspectos históricos, sociais, culturais e biológicos, da forma como se entende a saúde e a doença e do desenvolvimento científico da humanidade²³.

Quadro 1. Comparação das taxas de incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 entre o 1º e o 2º Boletim

Tipologia	1º Boletim	2º Boletim	Situação
Taxa de Incidência (por 10.000 habitantes)			
Sem favelas	115,58	135,68	Aumentou
Baixa	74,98	73,19	Permaneceu
Mediana	58,11	58,97	Permaneceu
Alta	32,62	27,03	Diminuiu
Altíssima	23,94	22,34	Permaneceu
Município do Rio de Janeiro	70,71	67,74	Diminuiu
Taxa de Mortalidade (por 10.000 habitantes)			
Sem favelas	10,67	2,21	Diminuiu
Baixa	8,90	3,15	Diminuiu
Mediana	7,79	2,23	Diminuiu
Alta	5,36	1,29	Diminuiu
Altíssima	4,66	0,71	Diminuiu
Município do Rio de Janeiro	8,30	2,63	Diminuiu
Taxa de Letalidade (%)			
Sem favelas	9,23	1,63	Diminuiu
Baixa	11,88	4,30	Diminuiu
Mediana	13,41	3,78	Diminuiu
Alta	16,43	4,79	Diminuiu
Altíssima	19,47	3,18	Diminuiu
Município do Rio de Janeiro	11,73	3,89	Diminuiu

Fonte: elaboração própria baseada nos boletins socioepidemiológico Covid-19 nas favelas 1 e 2¹⁷.

A comparação dos dados dos boletins 1 e 2, apresentados no *quadro 1*, mostrou que os bairros classificados como ‘sem favelas’ apresentaram a maior taxa de incidência por Covid-19 no município do Rio de Janeiro. No primeiro boletim, nos bairros classificados como sem favelas, a taxa de incidência foi de 116 por 10 mil habitantes, enquanto nos bairros classificados como alto e altíssimo percentual de área coberta por favelas, variou de 33 a 24 casos por 10 mil habitantes. Esse resultado, analisado apenas de forma descritiva, sem um olhar crítico dos processos socioespaciais, poderia levar a uma interpretação equivocada da realidade. Levantou-se a hipótese explicativa de que o acesso à testagem para a confirmação do adoecimento por Covid-19 era desigual e incipiente, principalmente na

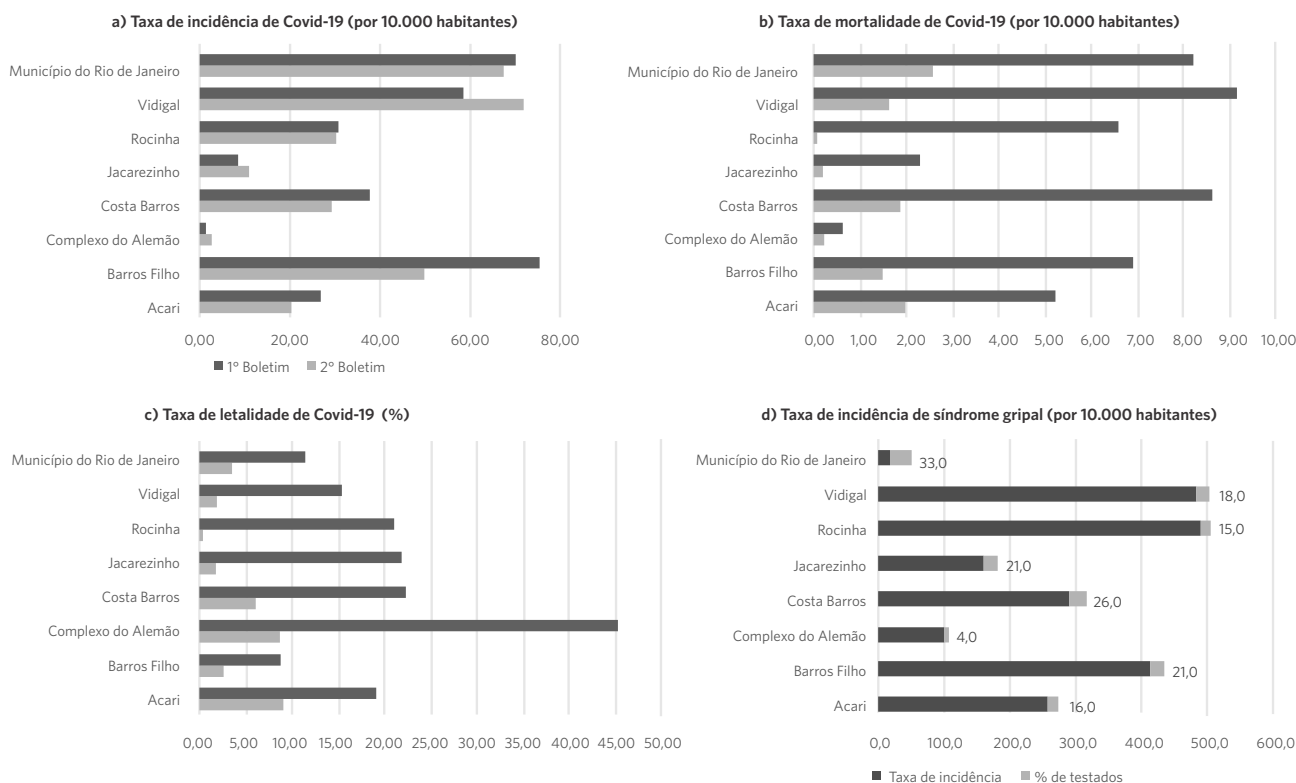
periferia da cidade. Essa suposição de acesso desigual à testagem foi confirmada por meio da análise dos dados de síndrome gripal realizada no terceiro boletim.

Em junho de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já afirmava que o Brasil fazia poucos testes em relação ao seu tamanho populacional. Em setembro do mesmo ano, a testagem aproximava-se de 7%, quando o objetivo era de testar um quarto da população (25%)²⁴. A não disponibilidade suficiente de testes, apesar de ser um argumento que, no início da pandemia, poderia se apoiar na justificativa da baixa oferta, com o passar do tempo, não se mostrou mais como um argumento plausível. Essa não oferta se reflete também na histórica e sistemática não disponibilização de outras políticas públicas essenciais para a manutenção da vida nas favelas e

periferias urbanas, tais como: equipamentos de saúde, lazer, cultura, saneamento básico, políticas de educação inclusivas. Ademais, a não realização adequada de testagem também torna invisível a confirmação dos casos de Covid-19:

O que torna nebuloso o real conhecimento da evolução da doença nas diferentes localidades do país, sobretudo nas regiões com maior vulnerabilidade socioambiental como é o caso das favelas²⁴.

Figura 1. Taxa de incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 e taxa de incidência de síndrome gripal nos bairros com altíssima classificação de favelas



Fonte: elaboração própria baseada nos boletins socioepidemiológicos Covid-19 1, 2 e 31714.

Contudo, mesmo com essa desigualdade no acesso à testagem, foi possível identificar situações singulares, como o caso de Barros Filho, um bairro classificado com altíssima proporção de área com favelas e localizado na Zona Norte da cidade. Em junho de 2020, apresentou uma taxa de incidência de 76 por 10 mil habitantes, maior que a taxa média do município do Rio de Janeiro (71 por 10 mil habitantes) (figura 1).

Outro resultado que merece uma reflexão importante é o da taxa de letalidade, apesar das limitações em utilizar esse indicador em um contexto de baixa testagem. O primeiro boletim evidenciou que a letalidade nos bairros com altíssima porcentagem de área coberta por favelas (19,5%) foi mais que o dobro quando comparada aos bairros sem favelas (9,2%) (quadro 1). A letalidade é uma medida que expressa a relação entre óbitos e

total de casos, permitindo identificar populações em que ocorrem casos mais graves que evoluem rapidamente ao óbito²⁵. Apesar de semelhanças biológicas da forma de adoecer quando vistas no nível individual, uma diferença tão acentuada desse indicador aponta para desigualdades que se expressam no nível populacional, como a oferta insuficiente de leitos, a demora na assistência médica, a não existência de suporte social, a impossibilidade de realizar o isolamento, entre outras situações que podem ser apontadas como relevantes nesse processo de determinação social.

No segundo boletim, que trouxe resultados de junho a setembro de 2020, apontou-se um atraso na entrada das notificações de Covid-19 na plataforma oficial da prefeitura. Apesar de ser compreensível o tempo diferenciado do registro dos dados pelas unidades de saúde, tornam-se relevantes a defesa contínua da disponibilização da informação em saúde e a formulação de um fluxo de informação que ocorra o mais breve possível, possibilitando a atualização das informações que subsidiem a tomada de decisão. Uma vez que a situação de saúde-doença não é estática, mas é complexa, dinâmica, mista e não compartimentalizada, é necessário avançar

Na compreensão do significado das informações, em linguagem adequada, que desnudem/desvendem os condicionantes e os determinantes sociais, políticos e econômicos da situação de saúde-doença-cuidado²⁶⁽⁶⁵¹⁾.

Se a informação em saúde não for utilizada, irá se tornar estéril, não terá contribuição para a produção de conhecimento, não apoiará a tomada de decisão, cumprirá uma função meramente estética e decorativa²⁶.

Ainda no segundo boletim, observou-se que a taxa de incidência se manteve alta em praticamente todas as tipologias urbanas estudadas, apesar da redução expressiva da taxa de mortalidade, acompanhando o decréscimo observado para toda a cidade (*quadro 1*). Na análise intramunicipal, percebeu-se que a

maior parte dos óbitos ocorreu em bairros da Zona Oeste (Campo Grande, Bangu, Realengo, Santa Cruz, Taquara, Guaratiba, Freguesia e Cosmos). Esses bairros apresentam baixo percentual de área coberta por favelas por terem grande extensão territorial. Contudo, existem favelas localizadas nesses bairros que apresentam pouca visibilidade se comparadas às mais integradas à Zona Sul da cidade. Por essa razão, buscou-se dar visibilidade às pequenas favelas nomeando-as no texto do boletim e produzindo uma crítica sobre a ausência e deficiência de equipamentos públicos urbanos na Zona Oeste da cidade⁷. Outra análise importante que emergiu aos interlocutores sociais dos territórios de favelas tratou-se da temática da mobilidade urbana evidenciada pela fala da militante da favela da Rocinha:

[...] Apesar de Campo Grande ter uma centralidade de oferta de trabalho, muita gente que trabalha no centro da cidade, mora na Zona Oeste. Então, elas se deslocam mais na cidade, são mais expostas à contaminação [por Covid-19], pois elas precisam adentrar em transporte público e a gente sabe que é precário, lotado e sem manutenção. Acho que isso tem a ver também. A falta de acesso à mobilidade e o transporte público precário [...]7.

As temáticas identificadas, sobre mobilidade urbana e acesso ao transporte público devem ser ressaltadas como processos de determinação do adoecimento por Covid-19, atingindo de forma desigual determinado contingente populacional quando comparado a outro. A circulação, o trabalho, a recreação e a habitação são elencadas como funções básicas da cidade que deveriam ser disponibilizadas para a garantia do cotidiano urbano de qualidade²⁷.

Malta et al.²⁸ apontam que a Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro apresenta a segunda maior população do município, tendo os três bairros mais populosos da cidade: Campo Grande, Bangu e Santa Cruz. As referidas autoras propuseram um índice de

vulnerabilidade socioambiental e caracterizaram a Zona Oeste como de alta vulnerabilidade, tendo pequenos recortes territoriais classificados como muito alta. As autoras indicam que a vulnerabilidade socioambiental está relacionada com a urbanização no Brasil e afirmam que a formação desigual da estrutura social se expressa na estrutura urbana, ou seja, o direito à cidade não é justo e igual para todos os seus moradores²⁸. Especificamente, no caso do Rio de Janeiro, nota-se um processo de urbanização excludente.

O direito à cidade enquanto outro tema que emerge do conjunto dos três boletins socioepidemiológicos também merece reflexão conceitual. Esse direito é caracterizado como de terceira dimensão no âmbito dos direitos, pois indica uma titularidade coletiva, ou seja, é preservada a dimensão individual, mas sua ênfase é centralizada no suporte coletivo, na garantia da cidade para o povo, para a vivência social, com base no princípio da solidariedade. Possui amparo legal na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto das Cidades de 2001. Faz referência à viabilização de um espaço que proporcione dignidade ao ser humano, melhorando a qualidade de vida dos cidadãos, valorizando o patrimônio social e cultural, garantindo o direito à moradia, transporte público e demais direitos sociais²⁷.

David Harvey²⁹ complementa esse entendimento, propondo que é necessário reivindicar o direito à cidade; e afirma que se trata de um direito que deve ser um objeto de ambição coletiva, fundamentado na discussão dos direitos humanos, sobrepondo-se à lógica neoliberal na qual é hegemônico o direito, puro e simples, à propriedade privada e à lucratividade acima

dos direitos essenciais para a manutenção da vida em sociedade. Assim, reivindicar o direito à cidade é avançar na compreensão da determinação social do processo saúde-doença, ratificando que a garantia da saúde como um direito social para as populações de favelas e periferias urbanas passa, também, pela garantia da cidade como direito.

Avançando na problematização sobre os principais resultados dos boletins, evidencia-se a temática da raça/cor enquanto uma das dimensões relevantes dos estudos sobre desigualdades e saúde, uma vez que as desigualdades raciais encontram reflexos na precariedade no acesso aos serviços de saúde. No primeiro boletim, o não preenchimento do campo raça/cor das fichas de informação de adoecimento ou morte por Covid-19 (45% de ignorado entre os casos e 42% de ignorados entre os óbitos) foi um fator que dificultou o dimensionamento do real padrão de adoecimento e mortalidade de Covid-19 por raça/cor na cidade do Rio de Janeiro. Esse é um exemplo concreto de como a não informação impossibilita a análise e a estruturação de políticas públicas adequadas às distintas realidades da cidade.

No segundo boletim, identificou-se uma melhoria expressiva no preenchimento do campo raça/cor nas fichas de informação (14% de ignorado entre os casos e 20% entre os óbitos), sendo possível descrever a magnitude da ocorrência e da gravidade da Covid-19 por essa variável. Essa mudança foi induzida por uma ação pública do Ministério Público Federal com o envolvimento dos movimentos negros que exigiu a obrigatoriedade de preenchimento desse campo de informação nas fichas de notificação³⁰.

Tabela 1. Taxa de incidência e mortalidade por Covid-19 por raça/cor e gênero (por 10,000 habitantes)

Raça/Cor	Incidência		Mortalidade		Letalidade	
	Branca	Preta	Branca	Preta	Branca	Preta
Sem favelas	80,23	176,71	1,19	2,12	1,48	1,20
Baixa	50,04	72,59	1,72	3,43	3,45	4,72
Mediana	43,56	54,51	1,65	2,09	3,78	3,83
Alta	19,98	25,58	0,65	1,17	3,24	4,56
Altíssima	18,65	19,78	0,92	0,50	4,92	2,53
Município do Rio de Janeiro	54,53	70,08	1,75	2,90	3,21	4,14
Gênero	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Sem favelas	121,09	152,85	1,79	2,69	1,48	1,76
Baixa	73,38	74,20	2,75	3,64	3,75	4,91
Mediana	59,93	57,88	2,02	2,46	3,37	4,26
Alta	27,91	26,07	1,06	1,56	3,79	5,97
Altíssima	25,27	19,18	0,69	0,74	2,72	3,85
Município do Rio de Janeiro	67,78	68,49	2,32	3,01	3,42	4,40

Fonte: elaboração própria baseada no 'Boletim Socioepidemiológico Covid-19 nas Favelas' 27.

Evidenciou-se, portanto, que, para a cidade do Rio de Janeiro, o risco de adoecer e morrer por Covid-19 foi maior para a população negra quando comparada com a população branca. Especificamente, nos bairros classificados como 'sem favelas', a taxa de incidência na população negra foi cerca de duas vezes maior quando comparada com a população branca. A desigualdade entre brancos e negros se torna ainda maior quando se considera que os bairros sem favelas são compostos, predominantemente, por brancos, cerca de 70% da população. Sobre esse resultado, não se pode deixar de trazer para reflexão o histórico confinamento, real e simbólico, da população negra em áreas urbanas degradadas e precárias³¹. Garcia sinaliza que

[...] a distância social entre negros e brancos, mesmo quando há proximidade espacial, revela a singularidade da segregação urbana brasileira e seus antagonismos de classe e de raça que a fundamentam³¹.

Para Oliveira et al.³², esse desigual comportamento da doença entre as populações brancas e negras ratifica as análises sobre as

desigualdades raciais, resultantes de nossa matriz colonial que naturaliza o lugar de mundo destinado a cada um a depender de sua raça, a qual também é uma construção política. Sobre a insatisfatória qualidade das informações segundo raça/cor, o não registro dessa variável revela o racismo, nos moldes institucionais, pois impede que seja vista a verdadeira magnitude da exclusão da população negra.

Garcia³¹ defende o conceito de segregação racial urbana e defende a hipótese de que a segregação brasileira não deve ser olhada apenas pelo prisma da dimensão socioeconômica. Com base na análise de indicadores de ocupação, renda, bens urbanos e serviços de consumo coletivos, espacializados e estratificados por raça/cor, a autora evidenciou a relação entre desigualdades raciais e a segregação urbana na cidade do Rio de Janeiro. Esse processo está vinculado à forma como o racismo se introduz no Brasil, uma vez que a conformação das cidades, quando se aborda a distribuição populacional por raça-cor, recria e, em alguns contextos, cristaliza a lógica da casa grande e senzala.

Em relação à dimensão do gênero, os boletins apontaram que, apesar do risco de adoecer ter sido similar entre homens e mulheres, a mortalidade é mais alta entre os homens. A desigualdade de gênero se torna menor nas áreas de alta e altíssima concentração de favelas, possivelmente porque, nessas áreas, as precárias condições materiais de vida são preponderantes na determinação do processo saúde doença se comparadas à questão de gênero (*tabela 1*). A maior mortalidade entre homens pode estar associada à demora para buscar os serviços de saúde, o que levaria ao agravamento da doença, evoluindo para o óbito, como também a inserção desse contingente populacional em atividades laborais precarizadas¹.

Como mencionado, o terceiro boletim destina-se ao estudo das notificações por síndrome gripal (adoecimento considerado como caso suspeito de Covid-19 e que dispara o processo de investigação e testagem para a confirmação do caso). Desde o início da pandemia de Covid-19, a notificação por síndrome gripal tornou-se obrigatória em todos os estabelecimentos de saúde do País, públicos e privados. Antes da pandemia, essa ação era restrita, enquanto vigilância sentinela, somente a algumas unidades de saúde. Portanto, a partir desses dados, sobretudo em um contexto de baixa testagem, como é o caso do Brasil, foi possível conhecer em profundidade a dinâmica de transmissão da doença, pelo fato de essas notificações virem, em sua maior parte, das unidades de emergência e de Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁴.

Tabela 2. Distribuição percentual de bairros com exames sem informação por tipologia urbana no município do Rio de Janeiro

	Até 50%	50 - 80%	> 80%	Total
Sem favelas	18,2	72,7	9,1	100%
Baixa	19,0	64,6	16,5	100%
Mediana	2,4	90,4	7,1	100%
Alta	0	58,3	41,7	100%
Altíssima	0	42,9	57,1	100%

Fonte: 3º Boletim Socioepidemiológico Covid-19 nas Favelas¹⁴.

O uso desses dados possibilitou comprovar o contexto de baixa testagem e de acesso desigual aos testes na cidade do Rio de Janeiro. Foi feita a análise, para o município, para todo o ano de 2020, porém, na escala intramunicipal, só foi possível proceder à análise até agosto desse ano devido a não disponibilização do banco de dados com a identificação de CEP e bairro pelo Ministério da Saúde. Apesar dessa limitação, evidenciou-se que os bairros com maior proporção de favelas foram os que menos testaram até aquele momento – os bairros com alta e altíssima proporção de favelas tinham mais de 50% das notificações sem informação

sobre a realização do teste (*tabela 2*). A fala do integrante do Movimento Negro Unificado (MNU) da favela do Jacarezinho, na roda de conversa realizada para discussão do primeiro boletim, já apontava esse cenário:

É muito grave a subnotificação e não ter teste para todo mundo. Os laboratórios privados fazem teste à vontade para quem pode pagar, mas, no público, as pessoas não fazem e, quando fazem, demora muito para saber o resultado [...] O governo quer dar um ar de normalidade com esses dados¹.

A complexidade dos processos envolvidos na subnotificação dos casos de Covid-19 também ficou evidente nas falas da integrante do jornal 'Voz da Comunidades' e do integrante do Grupo Eco no Santa Marta, em que ressaltam o desafio de integração com a população, o diálogo necessário para a melhor compreensão dos processos saúde-doença e o papel importante da informação em saúde como um instrumento que garante a democracia e fortalece o direito à saúde:

Aqui no Alemão nós tivemos a presença dos 'Dados do Bem' que ficou quase um mês na quadra da estrada do Itararé. E, como veículo de comunicação local, eu digo que foi muito difícil da gente convencer os moradores a realizarem o teste. Eu não sei dizer exatamente o que pode ter acontecido para muitos deles não terem interesse [...] eu queria também encontrar uma resposta para isso: Por que as pessoas não realizaram os testes?¹⁴.

A Clínica da Família aqui no Santa Marta está fazendo teste, mas eu não sabia disso, muita gente não sabe disso, essa informação não foi publicizada. Falta algum elemento que dê à população o domínio desta informação para se relacionar efetivamente com o processo de produção dessa doença e qual é o papel do serviço público⁷.

Não há como interpretar essa informação trazida pela experiência da sociedade civil organizada sem considerar o contexto político e econômico, colocando na centralidade da discussão o aumento da taxa de desemprego, o fim do auxílio emergencial e a precariedade das relações de trabalho a que grande parte dos moradores das periferias estão submetidos. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)³³, o Brasil bateu recorde no primeiro semestre de 2021 com a maior taxa de desocupação da série iniciada em 2012 (14,7%), o que corresponde a quase 15 milhões de pessoas em busca de trabalho no País.

A testagem, seguida da confirmação do caso positivo para Covid-19 e, por sua vez, do cumprimento da medida de isolamento social, significa para os grupos subalternizados a não possibilidade de se deslocar pelo território, o que, na ausência de seguridade social, é o único meio que possuem para garantir a sobrevivência, seja no trabalho informal, seja nas mobilizações das ações de solidariedade para arrecadação de cestas de alimentos. Santos et al.³⁴ discutiram o papel do engajamento comunitário, particularmente as ações dos movimentos sociais e da sociedade civil no enfrentamento da Covid-19. Esses autores apontaram que, diante do contexto político brasileiro, no qual é evidente a presença do mecanismo necropolítico no enfrentamento da pandemia, as ações de solidariedade e de luta, promovidas pelos movimentos sociais, buscaram assegurar não apenas segurança alimentar e de higiene dos grupos mais vulneráveis, mas também a mobilização de recursos para ofertar informações acessíveis sobre a conjuntura atual, condizentes com as condições sociais e étnicas, assegurando o seu papel enquanto promotoras da saúde.

Complementando esse raciocínio, sinaliza-se que a identificação das pessoas que estão adoecendo e/ou morrendo por Covid-19 por meio da sua inserção no mercado de trabalho ou sua ocupação³⁵ foi um tema emergente, sendo destacado no segundo boletim. O baixo preenchimento do dado de ocupação nas fichas de notificação contribui para uma política de apagamento da realidade de quem está se expondo, adoecendo e morrendo.

Frutuoso e Viana³⁶ apontam que a discussão e as decisões sobre a fome ganham complexidade por meio de corpos em risco na busca de comida e/ou recursos e na luta pela vida que não se distancia dos contornos do mercado neoliberal. A adaptação da venda de restaurantes por *delivery*, ainda que possa garantir a sobrevivência desse setor, evidencia o trabalho precarizado de entregadores de plataformas virtuais que se mantêm trabalhando em condições insalubres de vulnerabilidade

ao vírus no desenvolvimento de um serviço considerado essencial³⁷.

Com relação à faixa etária, a mortalidade e a letalidade foram expressivamente maiores para a população idosa (maior de 60 anos) tanto no primeiro quanto no segundo boletim em todas as tipologias urbanas. Além disso, no segundo boletim, foi observado um aumento discreto no risco de adoecimento na população de 40 a 59 anos¹⁷. Em março de 2021, a discussão sobre o rejuvenescimento da pandemia foi evidenciada pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz para todo o País, visto que os pesquisadores observaram um aumento de casos de 626% para a respectiva faixa-etária, o que sugere um deslocamento da pandemia para os mais jovens³⁸.

Na perspectiva da vigilância de base territorial local, foram utilizados os dados disponibilizados no *site* do jornal 'Voz das Comunidades', que inicialmente eram obtidos nas unidades básicas de saúde de diferentes territórios de favelas pela própria equipe do jornal³⁹. Após a seleção de algumas favelas, foi feita a compatibilização cartográfica entre a área de abrangência das unidades de saúde e os setores censitários, de modo a obter uma base populacional que permitisse os cálculos de indicadores locais (*tabela 3*). Dentre as áreas de atuação da ESF cujos dados estavam disponíveis, foi observado que a taxa de incidência e de mortalidade por Covid-19 foi maior na Cidade de Deus, sendo, respectivamente, 224,7 e 43,1 por 10 mil habitantes¹.

Tabela 3. Taxa de incidência, mortalidade e letalidade em favelas do município do Rio de Janeiro

	Taxa de Incidência (por 10,000 hab.)	Taxa de Mortalidade (por 10,000 hab.)	Taxa de Letalidade (%)
Alemão ¹	14,7	4,7	32,3
Cidade de Deus ²	224,7	43,1	19,2
Pavão-Pavãozinho-Cantagalo ²	23,7	9,3	39,1
Manguinhos ¹	49,3	11,4	23,2
Jacarezinho ²	41,9	4,9	11,8
Rocinha ²	37,6	7,4	19,8

Fonte: 'Boletim Socioepidemiológico Covid-19 nas Favelas'¹.

Para Sabroza¹⁸, nos anos de 1980, houve um avanço na vigilância de base territorial com a gestão da informação em saúde na escala municipal. Contudo, essa escala não é mais suficiente para garantir uma atuação territorializada do SUS, principalmente nos municípios com mais de 30 mil habitantes. Além da escala intramunicipal, com a análise em nível de bairros, é necessária a disponibilidade de dados na escala submunicipal para a criação de indicadores locais que levem em consideração a ESF como modelo orientador para a organização da rede de atenção à saúde. Apesar

de diversas iniciativas emergentes nessa perspectiva, não há nada institucionalizado. O autor aponta a importância da vigilância de base territorial local, exemplificando com a análise de dados de tuberculose no município de Itaboraí/RJ, onde foram desenvolvidos indicadores para áreas consideradas críticas segundo condições materiais de vida. Essas áreas foram mapeadas em trabalho de campo e compatibilizadas com setores censitários, mostrando que a taxa de incidência da tuberculose foi duas vezes maior em áreas críticas se comparadas com outras áreas¹⁸.

No segundo boletim, não foi possível dar continuidade ao monitoramento nessa escala em decorrência de mudanças na coleta dos dados pelo jornal 'Voz das Comunidades' e pela dificuldade de conseguir os dados por meios institucionais. Todavia, o exercício metodológico realizado no primeiro boletim apresenta uma alternativa capaz de aproximar a produção da informação em saúde à realidade das periferias urbanas, particularmente das favelas cariocas, mostrando um dos caminhos possíveis para o desenvolvimento de uma cartografia de favelas. Essa perspectiva pode ser complementada por um pronunciamento feito pelo militante do grupo Eco, do morro Santa Marta, que reforça a necessidade de um rearranjo territorial para atender à necessidade de disponibilidade de dados e fortalecimento da luta pelo direito em informação em saúde para as favelas:

Temos que ser ousados e propor uma nova cartografia que tenha esse objetivo, se aproximar da realidade com todas as inconsistências e incertezas que nós temos: ousar mesmo na imprecisão, mesmo na incerteza. Eu acho que vale a pena errar, mas vale a pena apontar para a necessidade e mostrar possibilidade de novos arranjos técnicos que sejam capazes de nos aproximar dessas realidades¹.

Reflexões finais

Este estudo trouxe para o centro da reflexão e análise as peculiaridades sobre a ocorrência da Covid-19 nos espaços urbanos periféricos, particularmente nas favelas cariocas. A leitura dos dados e informações, ancorada na visão de mundo de interlocutores sociais dos territórios, mostra a necessidade do desenvolvimento de outras possibilidades de construção compartilhada de conhecimento. Os boletins socioepidemiológicos mostraram-se como uma estratégia possível de produção de informação em saúde crítica, contextualizada, qualificada e articulada com saberes populares.

A manutenção de áreas com alta densidade populacional com precárias condições materiais de vida no espaço urbano, o acesso deficitário aos serviços de saúde, a precariedade do transporte público, entre outras condições que colocam as populações periféricas em situação de vulnerabilidade social, devem ser enfrentadas de forma prioritária pelo poder público – sobretudo, mediante diálogo com a sociedade civil organizada que se mobiliza na luta pelo acesso aos direitos sociais que garantam a dignidade humana e a construção de políticas públicas equitativas.

O enfrentamento de questões estruturais da vida em sociedade, principalmente relacionadas com as históricas desigualdades e injustiças sociais, e a construção de uma cidadania plena que pontue que o direito à cidade não seja restrito a um direito de poucos são os únicos caminhos possíveis para mudanças sociais significativas. Isso para que, diante de uma nova emergência sanitária, não se tenha que discutir, refletir e problematizar sobre os mesmos problemas sociais e sanitários referentes às populações vulnerabilizadas e subalternizadas.

Como nos lembra Breilh¹³⁽¹⁶¹⁾, precisa-se

[...] devolver à epidemiologia sua identidade e sua capacidade de sonhar – identidade como ciência com um horizonte emancipador, de luta pelo humano e oposta ao poder que nos oprime, e capacidade de voltar a sonhar num mundo diferente, no qual a busca aponte para a conquista da saúde no trabalho, na cidade cotidiana, na vida cultural e política e em nossa relação com a natureza.

É necessário esforços das autoridades e dos gestores públicos para que ocorram melhorias na qualidade da informação em saúde e a formulação de estratégias e arranjos técnicos de disponibilização dos dados que deem visibilidade aos espaços periféricos. Afinal, se a forma como a informação em saúde está organizada não permite análises epidemiológicas para determinados grupos sociais e territórios,

ela deve ser repensada e reestruturada, pois informação em saúde é um direito.

A estrutura tradicional da vigilância epidemiológica precisa ser repensada na medida em que as ações realizadas não têm sido suficientes para acompanhar as realidades de favelas e outras periferias no âmbito local. Outrossim, torna-se urgente o desenvolvimento de uma vigilância em saúde mais próxima da vida das pessoas, em

interação constante com a APS e articulada com os movimentos populares.

Colaboradores

Angelo JR (0000-0003-2324-1053)*, Leandro BBS (0000-0002-2589-8115)* e Périssé ARS (0000-0002-5253-5774)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Angelo JR, Leandro BBS, Périssé ARS. Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas. Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas favelas. 2020 [acesso em 2020 set 5]; (1). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/42662/2/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf.
2. Fleury S, Menezes P. Pandemias nas favelas: entre carências e potências. Saúde debate. 2020 [acesso em 2020 set 5]; 44(esp4):267-280. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xSgrb6jrj3tLnGszjZ4QcWt/?lang=pt&format=pdf>.
3. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? Rev Adm Contemp. 2011 [acesso em 2020 set 5]; 15(2):320-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-6552011000200010>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados subnormais 2019: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jul 29]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/bibsmc/media/comoreferenciarecitarsegundooEstilo-Vancouver_2008.pdf.
5. Gonçalves LS, Silva CR. Pandemia de Covid-19: sobre o direito de lavar as mãos e o “novo” marco regulatório de saneamento básico. Rev Cient. Foz. 2020 [acesso em 2020 set 5]; 3(1):71-92. Disponível em: <https://revista.ivc.br/index.php/revistafoz/article/view/170>.
6. Instituto Pereira Passos. [homepage na internet]. [acesso em 2020 set 5]. Disponível em: <https://www.data.rio/>.
7. Angelo JR, Leandro BBS, Périssé ARS. Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas. 2º Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas favelas. 2020 [acesso em 2020 set 5]; (2). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/44450/2/2o.BoletimSocioepidemiologicoCOVIDFavelas.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Lima ALS, Périssé ARS, Leandro B, et al. Covid-19 nas favelas: cartografia das desigualdades. In: Matta GC, Rego S, Souto EP, et al., organizadores. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora Fiocruz; 2021. p. 111-121. [acesso em 2020 set 5]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>.
9. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade. Painel Rio Covid-19. 2021. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>.
10. Santos M. O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Edusp; 2012.
11. Martins F. Ética, informações e serviços de saúde. In: Leandro BBS, Rezende FAVS, Pinto JMC, organizadores. Informações e registros em saúde e seus usos no SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
12. Sevalho G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. *Physis Rev Saúde Colet.* 2016; 26(2):611-32.
13. Breilh J. Obstáculos de possibilidades diante de uma epidemiologia sem memória e sem sonhos: balanço preliminar de um debate. In: Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 131-154. [acesso em 2021 dez 3]. Disponível em: https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3618/1/Breilh_0J-CON-213-Epidemiologia_Critica.pdf.
14. Perissé ARS, Leandro B, Genaro C, et al. Análise da distribuição e incidência da síndrome gripal em favelas cariocas. 3º Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas favelas. 2021 [acesso em 2020 set 5]; (3). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/am/icict/46320/2/covid19nasfavelas_ed3.pdf.
15. Stotz E. Entre a academia e a rua: Víctor Vincent Valla (1937-2009). *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2009; 13(31):461-6.
16. Valla VV. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
17. Toledo LMT, Borges B, Sabroza P. Práticas de atuação em rede na vigilância em saúde. In: Souza RMP, organizadora. *Vigilância em saúde e atuação em rede.* Rio de Janeiro: ENSP; 2016. p. 40-59. [acesso em 2021 jul 30] Disponível em: http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/livro_vigilancia_em_sau-de.pdf.
18. Sabroza P. Paulo Sabroza fala sobre a vigilância em saúde de base territorial [vídeo]. Youtube. 42 min. 2016 ago 17. [acesso em 2021 jul 30]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xcKODy3XN1A>.
19. Leandro BBS, Rezende FAVS, Soares MF. O uso da informação em saúde: algumas possibilidades. In: Martins F, Munck S, organizadores. *Uma experiência de qualificação de trabalhadores do SUS: diagnóstico da gestão de documentos e informações em saúde no Piauí.* Rio de Janeiro: EPSJV; 2019. p. 111-126. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_lires.pdf.
20. Leandro B, Angelo J, Perrisé A. 2º boletim socioepidemiológico Covid-19 nas favelas. [vídeo] Youtube. 2021 jan 26. 5 min. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QKVY8ohsdMw>.
21. Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 1997 [acesso em 2021 jul 28]; 1(1):7-42. Disponível em: <https://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/v.1-n.1-agosto-1997.pdf>.
22. Santos M. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. 6. ed. São Paulo: EDUSP; 2004. 285 p.
23. Sabroza P. Concepções sobre saúde e doença. Contexto – tema 1. Curso de Aperfeiçoamento de Ges-

- tão em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Educação a Distância, 2007. [acesso em 2021 jul 27]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=141&ext=.pdf&titulo=Concep%E7%F5es%20sobre%20Sa%FAde%20e%20Doen%E7a.
24. Leandro BBS, Pinto JMC, Cavalcante JR. Informações e registros em saúde durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: e o SUS como fica? In: Silva LB, Dantas AV. Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV; 2020. p. 209-223. [acesso em 2021 dez 4]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/crise-e-pandemia-quando-a-excecao-e-regra-geral>.
 25. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2. ed. Geneva: World Health Organization; 2006. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9241547073_eng.pdf?sequence=1.
 26. Moraes IHS. Sistema de Informações em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 649-665.
 27. Battaus DMA, Oliveira EAB. O direito à cidade: urbanização excludente e a política urbana brasileira. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 2016 [acesso em 2021 jul 28]; (97):81-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-6445081-106/97>.
 28. Malta FS, Costa EM, Magrini A. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(12):3933-3944.
 29. Harvey D. Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana. São Paulo: Martins Fontes; 2014.
 30. Lisboa V. Justiça determina registro obrigatório de raça em casos da covid-19. Agência Brasil. 2020 maio 5. [acesso em 2020 set 5]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/justica-determina-registro-obrigatorio-de-raca-em-casos-da-covid-19>.
 31. Garcia AS. Desigualdades raciais e segregação urbana em antigas capitais: Salvador, cidade D'Oxum e Rio de Janeiro, cidade de Ogum. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/23493676/desigualdades-raciais-e-segregacao-urbana-em-ippur-ufri>.
 32. Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2021 jul 28]; 36(9). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?format=pdf&lang=pt>.
 33. Barros A. Desemprego mantém recorde de 14,7% no trimestre encerrado em abril. Agência IBGE Notícias. 2021 jun 30. [acesso em 2021 jul 28]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31050-desemprego-mantem-recorde-de-14-7-no-trimestre-encerrado-em-abril>.
 34. Santos HLPC, Maciel FBM, Martins PC, et al. A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. Saúde debate. 2021 [acesso em 2021 jul 28]; 45(130):763-777. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YdpFBc4PPmdwTQ5Xb3syhgF/#>.
 35. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19. Rev Bras. Saúde Ocup. 2020 [acesso em 2021 jul 28]; (45). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGgpgYbjgc57RCn/>.
 36. Frutuoso MFP, Viana CVA. Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação: uma discussão necessária em tempos de pandemia. Interface - Comun Saúde, Educ. 2021 [acesso em 2021 jul 28]; (25). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LPHP93S94TgNtKbGtRZtDcs/?format=pdf&lang=pt>.
 37. Abílio LC, Almeida PF, Amorim H, et al. Condições de trabalho de entregadores via plataforma digital durante a COVID-19. Rev Juríd. Trab. Desenv. Hum.

2020 [acesso em 2021 out 22]; 3. Disponível em: <http://www.revistatdh.org/index.php/Revista-TDH/articulo/view/74>.

38. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19: Semanas epidemiológicas 10 e 11: 7 a 20 de março de 2021. Portal Fiocruz. 2021. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_10-11-red.pdf.

39. Voz das Comunidades. Covid-19 nas favelas. 2021 out 22. [acesso em 2021 jul 30]. Disponível em: <https://painel.vozdascomunidades.com.br/>.

Recebido em 02/08/2021

Aprovado em 01/11/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Um nada ‘admirável mundo novo’: medo, risco e vulnerabilidade em tempos de Covid-19

A not so ‘brave new world’: fear, risk, and vulnerability in times of COVID-19

Alberto Najar¹, Leonardo Castro¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E210

RESUMO Um novo coronavírus, designado inicialmente como 2019-nCoV e pouco depois como Sars-CoV-2, surgiu em Wuhan, China, no final de 2019. Em janeiro de 2020, pelo menos 830 casos haviam sido diagnosticados em diversos países. O Sars-CoV-2 é o terceiro coronavírus a surgir na população humana nas últimas duas décadas – uma emergência que colocou as instituições globais de saúde pública em alerta máximo. Pouco mais de um ano depois, registram-se casos e óbitos na escala dos milhões no mundo, com o Brasil ocupando posição destacada tanto em número de casos quanto de óbitos. A sucessão de eventos desse período recente atualizou questões de grande importância: o esgarçamento civilizacional, a potencialização das vulnerabilidades de toda ordem e os riscos decorrentes. Neste ensaio, propõe-se uma reflexão sobre as consequências sociais da pandemia a partir de uma perspectiva socioantropológica, revisitando temas clássicos da saúde e das ciências sociais, como medo, risco e vulnerabilidade. Observou-se o recrudescimento de tendências e acirramento de tensões que fazem olhar o horizonte com preocupação, especialmente com relação à expansão de dispositivos de biopoder. Assim, o presente artigo associa-se ao esforço reflexivo em curso sobre efeitos potenciais da pandemia da Covid-19 sobre as formas de socialidade e as relações de poder no mundo atual.

PALAVRAS-CHAVE Pandemia por Covid-19. Medo. Alto risco social. Vulnerabilidade social. Biopoder.

ABSTRACT A new coronavirus, initially designated as 2019-nCoV and after that as SARS-CoV-2, emerged in Wuhan, China, in late 2019. By January 2020, at least 830 cases had been diagnosed in several countries. SARS-CoV-2 is the third coronavirus to emerge in the human population in the last two decades – an emergency that has set global public health institutions on high alert. A little more than a year later, cases and deaths are counted in millions worldwide, with Brazil holding a prominent position in the number of cases and deaths. The succession of events in this recent period brought up highly relevant issues: civilizational fraying, increased vulnerabilities, and resulting risks. In this essay, we propose some reflections on the social consequences of the pandemic from a socio-anthropological perspective, revisiting classic public health and social sciences themes such as fear, risk, and vulnerability. We observed resurging trends and escalating tensions, which leaves us with a horizon of great concern, especially regarding the expanding biopower devices. Thus, we join the ongoing reflexive effort on the potential effects of the COVID-19 pandemic on sociality and power relationship forms in today’s world.

KEYWORDS Pandemic, COVID-19. Fear. High social risk. Social vulnerability. Biopolitics.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio Janeiro (RJ), Brasil. najar@ensp.fiocruz.br

Introdução

Ninguém sobreviveu como a pessoa que tinha sido.

John Gray¹

A pandemia da Covid-19 pôs em evidência, de maneira dramática, o problema das iniquidades em saúde. Como amplamente demonstrado pela pesquisa epidemiológica, diferenças nas condições de saúde estão associadas a fatores sociais – aspectos nutricionais e hábitos cotidianos; diferenças de gênero e étnico-raciais; ocupação, trabalho e renda; condições de moradia e aspectos ambientais diversos; acesso à educação e a serviços de saúde; assim como a fatores de natureza macrosocial, como as políticas de saúde e macroeconômicas, organização do Estado e o 'contexto socioeconômico e político' em sentido amplo. As iniquidades em saúde apresentam-se nas sociedades nacionais sob formas diversas, como, por exemplo: doenças transmissíveis endêmicas, que resultam em perdas evitáveis de anos de vida por morte ou incapacitação, e afetam proporcionalmente mais os pobres; acesso desigual a cuidados e tecnologias de saúde e a recursos culturais e educacionais; ambientes insalubres e contextos sociais precários e violentos^{2,3}.

Tendo como ponto de partida a China, o vírus se difundiu através de portos e aeroportos, chegando em poucas semanas à Europa e às Américas. Os portadores do vírus, ao que tudo indica, foram grupos de indivíduos que transitam entre diferentes lugares do mundo como turistas ou a negócios. Não por acaso, as portas de entrada do vírus na América e na Europa foram as grandes metrópoles e os centros financeiros, industriais e comerciais.

O adoecimento e a morte de um grande número de pessoas e a pressão sobre os serviços de saúde por si sós afetariam em grande amplitude toda a economia. Os medos, ansiedades, incertezas e instabilidades geradas pelo desenrolar da pandemia – incerteza quanto a

sua duração e impacto e quanto ao tempo de manutenção de medidas protetivas; dúvidas, ainda, quanto à possibilidade de reincidência da própria virose; a possibilidade de emergência de novos patógenos com poder destrutivo análogo e, finalmente, incerteza quanto ao tempo de restabelecimento da própria economia e quanto à demanda futura por bens e serviços – influenciarão a economia global de forma duradoura^{4,5}. Se, por um lado, as medidas sanitárias para o enfrentamento da pandemia estão postas – distanciamento social, monitoramento da disseminação do vírus e vacinação em massa –, por outro, as diversas dimensões relacionadas com as questões da sociabilidade ainda estão por ser devidamente matizadas, sendo, em seu conjunto, uma questão em aberto^{6,7}.

A pandemia da Covid-19 por um vírus respiratório de alta transmissibilidade surge em um momento em que o trânsito internacional de pessoas é intenso e no qual grandes contingentes populacionais vivem em aglomerados urbanos de elevada densidade demográfica. Houve outros episódios recentes em que vírus com características semelhantes irromperam: a Síndrome Respiratória Aguda Grave de 2003 (coronavírus pertencente à mesma família do Sars-Cov-2 atual e igualmente surgido na China); e a pandemia de gripe A de 2009 (H1N1). Outros vírus perigosos foram detectados nas últimas décadas, incluindo outros tipos de influenza. Nenhum destes, porém, teve impacto semelhante ao do Sars-Cov-2. O evento mais recente comparável ocorreu há mais de cem anos: a pandemia de influenza-vírus que varreu o mundo entre 1918 e 1920, também provocada pelo H1N1, que ficou conhecida como epidemia da 'gripe espanhola'. Estima-se que tenha infectado cerca de 500 milhões de pessoas, aproximadamente um quarto da população mundial à época, e ocasionado cerca de 17 milhões de mortes.

Sendo um vírus novo, possivelmente, mutação recente de algum subtipo de coronavírus endêmico em espécies asiáticas de morcegos que adquiriu capacidade de transmissão

inter-humanos, o contingente de suscetíveis à infecção pelo patógeno consistia, virtualmente, na totalidade da população humana do planeta. Como consequência, o número potencial de pacientes excederia a capacidade instalada de leitos, equipamentos e profissionais mesmo nos países com sistemas de saúde mais organizados e potentes. Diante desse cenário, atualizaram-se medos que rondam o imaginário humano. O medo de uma doença com capacidade para dizimar a espécie. O medo da peste^{8,9} e das diversas doenças que assolaram as populações humanas ao longo dos séculos^{10,11}, em especial, a chamada peste negra (1346/1352) que teve grande número de casos na Europa – mas não exclusivamente –, e que matou, segundo estimativas, entre 75 e 200 milhões de pessoas (30% a 60% da população mundial)¹². Correlacionado a isso, questões relativas ao nosso despreparo para enfrentar as emergências sanitárias¹³, e a impotência ontológica¹⁴, por sua vez, atualizaram um dos medos mais profundos, que é o da falência civilizacional¹⁵⁻¹⁸. Segundo Giddens¹⁹, algo estruturalmente diferente está em curso, pois o mundo estaria vivendo uma digidemia, em que se combinam digitalização, robotização e o presente surto pandêmico, com potencial para remodelar o mundo contemporâneo política, econômica e culturalmente.

O presente ensaio foi escrito por dois pesquisadores que têm em comum diversas coisas, entre as quais, uma inquietação intelectual pelo contemporâneo, mas, além dessa característica, o fato de sermos pais de três crianças por cujo futuro tememos. Com toda certeza, o medo que sentimos pelo seu porvir e, por extensão, pelo de outras crianças, que, em diversas fases de seu desenvolvimento, vivenciam essa longa tormenta sanitária, política e econômica, muito nos influenciou na elaboração e sistematização dessa reflexão que, em parte, aqui registramos. Nesse artigo, pretendemos, portanto, fazer uma reflexão sobre medo, risco e vulnerabilidade tendo como referência o contexto contemporâneo de acirramento das tensões, rumo

ao recrudescimento de tendências que nos permitem olhar o horizonte com preocupações relativas ao crescimento do biopoder e da chamada necropolítica, perfilando-nos ao grande esforço reflexivo em curso, por causa da pandemia da Covid-19, com inúmeras possibilidades e sugestões de mudanças futuras. Ressalte-se que esta reflexão sobre medo, risco e vulnerabilidade no tempo pandêmico atual é necessariamente incompleta.

Medo e risco: risco do medo; medo do risco

Eu vi o pai eu vi a mãe eu vi a filha
Vi a novilha que é filha da novilhá
Eu vi a réplica da réplica da bíblia
Na invenção dum cantador de ciência
Vi o cordeiro de Deus num ovo vazio
Fiquei com frio te pedi pra me esquentá

‘Cego com Cego’, Tom Zé e José Miguel Wisnik

A pauta de reflexões sobre o medo e a ansiedade é antiga²⁰⁻²³, geral e global²⁴⁻²⁶. Sentimo-nos, em consequência, crescentemente vulneráveis e sob constante risco^{13,27,28}. Crise sanitária, desigualdades sociais extremas e crise política que se desnudaram^{29,30} e emergiram³¹⁻³³, sem qualquer dúvida, colocam-nos diante de uma agenda de desafios bastante complexa e, em alguns casos, inéditas^{34,35}. Quem sabe o que virá³⁶⁻³⁹? Como será o tão comentado ‘novo normal’^{40,41}? Como a sociabilidade será afetada⁴²? O ‘novo normal’ será uma distopia com aumento da coerção social, viabilizada pelo crescimento da biopolítica digital aliada a uma psicopolítica, ambas apoiadas no *streaming* do *big data*⁴³? Ante a experiência da Ásia no controle da pandemia da Covid-19, com o uso e compartilhamento de dados das pessoas, estaríamos com caminhos abertos para um regime policial digital⁴² e a implementação de um sistema de crédito social? E o tema da soberania, também em questão devido à pandemia⁴³: estaríamos diante de

mais uma grande mudança na definição de soberania, pois, diante do compartilhamento de dados e da hiperconectividade, é soberano aquele que dispõe dos dados ou é soberano o Estado que decide quem vai viver ou morrer⁴⁴; e, nessa perspectiva, podemos trazer o tema da vigilância digital, que atualiza as formulações foucaultianas: o poder soberano moderno é biopolítico, um poder articulado na produção, gestão e administração da vida.

Outro conjunto de questões, conectado às precedentes, são as reflexões a respeito do medo na sociedade contemporânea, em especial, no século XXI. A maneira como um grupo social responde a uma ameaça, tal como uma pandemia, é mediada pela percepção da ameaça, seu senso de segurança existencial e a capacidade de dar sentido às experiências imprevisíveis. Essas reações são fortemente influenciadas pelas diversas formas de interação social⁴⁵ que formam uma espécie de *script* cultural⁴⁶ abrangente, a respeito de risco e incerteza. São essas interações sociais que fornecem às pessoas meios de aferir sobre quão perigosas são as ameaças e sobre o risco de algo, como, por exemplo, uma pandemia e como traduzir tudo isso em relação ao seu cotidiano. Os *scripts* culturais influenciam a percepção das pessoas sobre sua própria vulnerabilidade e sua capacidade de resiliência. Eles comunicam regras sobre como as pessoas devem se sentir diante do perigo. Obviamente, os indivíduos interpretam essas regras de acordo com seus repertórios biográficos, suas próprias circunstâncias e temperamentos. Aqui temos um bom encadeamento sobre risco, vulnerabilidade e resiliência. Frank Furedi^{39,46,47} comenta que, entre os principais recursos do '*script* cultural' que estariam influenciando as reações sem precedentes à Covid-19, seriam: 1) a mudança da resiliência para a vulnerabilidade; 2) a psicologização da vida cotidiana; e 3) um maior senso de insegurança existencial.

Vivemos em um mundo no qual a incerteza predomina. Sem saber quais questões devemos priorizar no futuro próximo, vivemos cada vez mais tomados pelo medo e pela ansiedade^{48,49},

pautados pelas mídias sociais, pelas *fake news*; perplexos diante de uma agenda que nos escapa completamente⁵⁰; massacrados por um volume cada vez maior de informações, porém, cada vez mais incapazes de decidir⁵¹. A quantidade de informações nos paralisa. Somos entulhados de notificações, mas com uma constante sensação de vazio, que tentamos preencher⁵². Vivemos em uma Babel de versões, em uma batalha de narrativas, potencializadas por uma hiperconectividade. A vida digitalizada se instala como uma camada transparente, porém ativamente mediadora e indutora da percepção e do comportamento dos indivíduos. É uma camada que se sobrepõe ao real como o mundo da fricção^{43,51}, da resistência. E de repente, temos um vírus não digital, provocando uma comoção: o real retoma o seu lugar e volta a se fazer notar no formato de um vírus inimigo, causando uma comoção pela realidade. É a vingança do real nas palavras de Gimenez⁵³.

A palavra risco tem vasto e controverso campo semântico⁵⁴, possuindo quatro acepções gerais: perigo, oportunidade, acaso e incerteza. Em epidemiologia, risco é uma medida de associação, que expressa a relação entre exposição e desfecho, por exemplo, morbidade e mortalidade, sendo, portanto, uma aferição da probabilidade de ocorrência. Por sua vez, risco epidemiológico é a probabilidade de ocorrência de um evento relacionado com a saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado recente.

A partir dos anos 1950, consolida-se um campo interdisciplinar, denominado de análise de risco, que engloba quatro áreas de especialidade: o cálculo dos riscos, a percepção dos riscos, a gestão dos riscos e a comunicação dos riscos⁵⁵. A partir de alguns anos mais recentes, constata-se o crescimento de uma das acepções de risco citadas anteriormente, a saber, a de perigo, evidente na conexão entre risco e aventura que se explicita em inúmeros jogos de vertigem, aventuras *off-the-road*, prática de canoagem em rios perigosos, escalada em gelo, rapel em cachoeiras, trilhas de montanha

etc.^{56,57}. Essa problemática nos remete à pergunta: seria possível o controle da incerteza – uma das acepções de risco –, e, portanto, do futuro, por exemplo, por meio de instrumentos de gestão de riscos? Essa questão ganhou uma resposta interessante em alguns trabalhos de Giddens, ao que ele chama de colonização do futuro^{58,59}.

O medo é um instinto primal²¹ com papel fundamental na adaptabilidade, na evolução e na sobrevivência humana e na conformação da sociedade. No entanto, a natureza do medo muda²⁶, assim como mudam as relações sociais. Medo pode ser entendido tanto como determinado estruturalmente quanto socialmente transformador. Podemos especular que o núcleo do medo moderno é formado pela insegurança ontológica e pela ansiedade existencial^{21,27}. Ainda que se levem em consideração esses medos essenciais, não há dúvida que sua distribuição não é equânime, pois os riscos de adoecer e morrer – questão diretamente ligada à segurança ontológica – são fortemente determinados pelos fatores sociais⁶⁰, e isso é especialmente verdadeiro nos níveis socialmente mais básicos em que os cuidados com a saúde e o acesso a esses serviços encontram, em geral, grande dificuldade. No nosso mundo neoliberal, aqueles que estão mais integrados nesse projeto têm mais segurança ontológica, ou seja, a segurança ontológica, para grande parcela da população, é um luxo. Outro ponto de vista – o da antropologia das emoções – discute o medo como uma emoção construída no interior das relações sociais. Ademais, o medo é compreendido como uma emoção significativa para o entendimento e análise das formações societárias. A questão relevante, assim, é a de que o medo é uma emoção socialmente disposta e uma construção social de sentidos. Uma emoção, portanto, fundamental para pensar os processos de sociabilidades e de formação dos instrumentos da ordem e da desordem em um social qualquer³².

O medo faz parte da experiência humana, enquanto categoria social que lida com o processo de criação, com os modos de

conhecimento de si próprio e do outro relacional. Processos e modos que permitem a construção social, não apenas enquanto projeção, mas como uma construção objetiva de realidades possíveis.

No sentido de uma compreensão mais detalhada da perspectiva que aqui adotamos, a saber, refletir sobre a articulação entre medo e risco, discutiremos algumas formulações de Simmel⁴⁵ e Elias⁶¹. Começaremos sobre os conceitos de cultura subjetiva e cultura objetiva: a partir dos mundos subjetivos, interiores e infinitos de cada indivíduo, são inúmeras as possibilidades de interação que se estabelecem a partir da dinâmica de um encontro, desenhando um campo comum de comunicação. Esse campo comum é um ‘nós’. Essa intersecção, esse nós, funda-se nas trocas e interações de culturas subjetivas e dá sentido a “uma sociabilidade culturalmente contextualizada”³²⁽⁷⁰⁾ a que Simmel denominará de cultura objetiva. Essa cultura objetiva “gera sentidos e formas novas dispostas em uma rede de sentidos já existentes”³²⁽⁷⁰⁾. Nesse sentido, a cultura objetiva é uma relação; e, consequentemente, repleta de riscos, ambiguidades e tensões, pois, por ser um encontro entre seres humanos, é uma troca, mas é, ao mesmo tempo, veículo de expectativas entre aqueles que se encontram, e, quase nunca, preenche o vazio das expectativas. Esse ‘espaço’ do ‘nós’, criado do encontro de indivíduos a partir de suas subjetividades, é justamente o tecido social no qual celebramos acordos, divergências, concessões, frustrações, dor e prazer. Toda essa ação de submissão às regras do ‘nós’, sendo uma realidade objetiva, não apaga os elementos subjetivos das individualidades, ou das culturas subjetivas, em intensa relação.

O surgimento de um espaço do ‘nós’ não apaga, bem entendido, o sujeito relacional com sua cultura subjetiva. Esse sujeito relacional, portador da cultura subjetiva, age/reage a cada novo evento da relação, mantendo/administrando esse espaço do ‘nós’, construído no contexto da troca^{32,45}. O ‘espaço’ do ‘nós’ é repleto de tensões em razão das partes em

relação, que, por sua vez, aportam suas respectivas culturas subjetivas. Esse espaço é constantemente redesenhado, mediado pela negociação, ajustes e de novidades, devido ao moto-contínuo dos indivíduos em relação. Sua principal marca é o conflito, a tensão, em que está embutido o risco. Esse 'nós', formado por partes em relação, constitui uma 'cultura emotiva' na designação de Koury³².

A relação dos indivíduos – um tênue encontro de mundos subjetivos – está sempre em relação tensa, e se ancora naquilo que Elias⁶¹ designou de a balança eu-nós – sendo a relação marcada por esse equilíbrio, esse outro, sempre um outro relacional, em que o indivíduo se vê projetado em suas expectativas as quais procura preencher. Não o faremos aqui, mas para um aprofundamento dessas questões, pode-se consultar Goffman⁶².

Uma relação seria, desse ponto de vista, o encontro, o intercurso, de duas, ou mais, culturas subjetivas. Pelo fato de sermos animais sociais, temos um impulso para o outro, que é sempre mediado pelo medo de não ser entendido. A busca desse outro relacional acaba sendo uma busca de algo que possa espelhar a nós mesmos em um processo de comunicação pleno de riscos e mediado pelo medo, conforme já se anotou. Isso enseja, de um lado, a criação social e o estabelecimento de uma cultura emotiva, em que, de outro lado, nos ajustamentos das partes envolvidas, são produzidos códigos morais que se objetivam e tendem a se cristalizar em um plano estável e consolidado de práticas comuns, com direitos, deveres e sanções. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, nas quais o indivíduo almeja mais e mais a sua individualidade, essa ambiguidade e essa ambivalência do encontro se transformam em uma forma tensa e ansiosa do encontrar-se e ser encontrado e, ao mesmo tempo, do receio e dos riscos produzidos no e pelo ato relacional. Julgamos essa questão interessante para refletir, por exemplo, sobre as diferentes respostas dadas pelos países asiáticos, comparadas, por exemplo, às da Europa, à eclosão da pandemia da Covid-19,

tema, aliás, abordado sob diversos pontos de vista em inúmeros artigos^{33-35,37,39,40} – assim como as consequências, decorridos mais de um ano da pandemia^{4,5,63-66}.

O cenário que se configurou com a pandemia nos leva a especular um mundo distópico⁶⁷ em que, ainda que as ações dos indivíduos sejam levadas a efeito na esperança de que tudo se ajeite no futuro, apostando abstratamente no 'tudo vai dar certo', uma vez que se siga a trilha pré-traçada, com o desarranjo político, sanitário e econômico, a ansiedade da derrocada, do fracasso vieram para a ordem do dia, em um mundo novo no qual diversas certezas foram colocadas em xeque, inclusive, e em certos contextos, principalmente, a da própria cura. Toda ação que projeta o futuro, qualquer finalidade e sentido atribuído às ações presentes para controlar o futuro estaria, desse ponto de vista, em questão. Um cenário em que a quantidade de ajustes de rumo, negociações, renegociações e discussões se agigantam, obrigando a um reajuste que só tem a oferecer riscos e conflitos, atualizando em ciclo prolongado a ansiedade e o medo do fracasso uma vez que estaria impregnado nesse cenário o eterno reinício do jogo social, por sua natureza tenso, conflituoso e crescentemente incerto e indeterminado. O mote desse cenário poderiam ser versos inquietantes de uma canção infantil: 'Quero (re)começar, mas não sei por onde, onde será que o (re)começo se esconde?' ('Quero começar', Tiquêque).

Risco e vulnerabilidade

Há momentos decisivos na história das coletividades como nas vidas dos indivíduos. São fases em que as coisas saem dos eixos, quando um estado de coisas é repentinamente alterado por alguns eventos-chave⁵⁹.

Em seu importante livro, Beck⁶⁶ apresenta os argumentos de que os desenvolvimentos científico e industrial têm por desdobramentos

uma série de riscos que não sofrem contenção em uma escala espacial ou temporal⁶⁷. Como consequência, não seria possível imputar a nenhum grupo social a responsabilidade “pelos danos causados por esses riscos, e aqueles afetados não podem ser compensados, devido à dificuldade de cálculo desses danos”⁶⁸⁽²³⁾. Os fatores que tornam geral a exposição aos riscos seriam: 1) o conjunto de riscos ecológicos; 2) a precarização crescente e massiva das condições de existência; e 3) a individualização da desigualdade social e da incerteza quanto às condições de emprego.

Em consequência dessa impossibilidade de contenção espaçotemporal do risco, chamou a sua distribuição de transescalar, ou seja, a distribuição desses males, os riscos, é transversal às classes sociais. A sua produção é local, porém a sua atribuição é global, em particular, um tipo de risco classificados por Beck como riscos ambientais, financeiros e aqueles ligados ao terrorismo. Essa postura em relação à distribuição transescalar dos riscos recebeu aguda crítica, uma vez que as desigualdades de acesso aos recursos econômicos têm grande peso e são determinantes para minimizar a exposição aos riscos^{68,69}; portanto, aos menos favorecidos, impõe-se a confrontação aos riscos, de natureza global, criados pela sociedade⁷⁰.

Destacamos, a partir dos trabalhos citados, dois argumentos importantes e atualíssimos de Beck, quais sejam: 1) a relação cada vez mais forte entre acionamento de estados de exceção como reação aos riscos, como ‘técnicas’ de gestão de risco; e 2) questões ligadas à gestão dos riscos contemporâneos. A primeira questão tem sido desenvolvida por Agamben, por exemplo, suas reações às medidas de exceção decretadas pelo Estado Italiano no início da pandemia da Covid-19^{9,42}; e a segunda tem informado os desenvolvimentos da gestão de riscos ambientais^{71,72}.

As contribuições de Giddens⁵⁸ e Beck⁶⁶ são de especial interesse para a área da saúde coletiva, pois trazem importante reflexão sobre o risco como ‘fato social’ nas sociedades contemporâneas e propõem novos conceitos

para descrevê-la e explicitar seus principais dilemas. No *core* do argumento, a perda da centralidade do conflito distributivo no capitalismo avançado, deslocado pelo conflito sobre a distribuição social dos riscos – sanitários, ambientais, laborais e outros – inerentes às sociedades hipercomplexas. Giddens, ao apresentar as noções de ‘modernização reflexiva’, ‘incertezas artificiais’ e ‘sistemas peritos’ (e ‘confiança em sistemas peritos’), estabelece um novo léxico que permite descrever vários fenômenos de grande relevância para a pesquisa em saúde, relacionados não só com os modos como indivíduos e grupos sociais lidam com riscos e incertezas presentes na vida atual, mas também com a ampla circulação de informação sobre estes riscos e incertezas, assim como vários outros aspectos da vida nas sociedades contemporâneas. Daí a importância atribuída por Giddens e Beck à ‘reflexividade’ como característica distintiva do que, em sua concepção, seria uma segunda fase da modernidade ou, ainda, uma segunda modernização reflexiva⁷³.

Apesar de as formulações originais de Giddens e Beck antecederem à ampliação da digitalização e à robotização da vida cotidiana em larga escala, elas podem ser consideradas derivadas de segunda ordem da revolução reflexiva, assim como outras questões relevantes da atualidade. A imensa quantidade de informação oriunda de fontes anônimas circulando amplamente pelas redes digitais coloca em xeque a autoridade dos ‘sistemas peritos’ e amplia significativamente as incertezas, atingindo centenas de milhões de pessoas ao redor do mundo, afetando, inclusive, os processos de disputa política em todas as configurações sociais. Recentemente, Giddens nomeou essa dinâmica de digidemia¹⁹, que repercute em medida própria o conceito de infodemia, cunhado em 2003, a propósito da epidemia de Sars⁷⁴, levando a Organização Mundial da Saúde a realizar uma primeira conferência sobre infodemiologia⁷⁵⁻⁷⁷.

A teoria da modernização reflexiva de Giddens/Beck, portanto, prenuncia o quadro

atual, mas alguns aspectos particularmente problemáticos da 'segunda modernidade' que emergiram na última década estão em processo de serem perspectivados: o aquecimento global articulado ao negacionismo climático coloca o problema em outro patamar de complexidade e torna-se um risco em si mesmo. Quando a incerteza se dissemina e novas crises se alinham, as ideologias conservadoras/populistas encontram correligionários mais convictos assim como novos militantes⁷⁸. Na medida em que os indivíduos se tornam socialmente desconectados, podem se tornar mais ligados a um passado imaginado, a uma tradição imaginada⁷⁹ e menos tolerantes com aquilo que leem como desvios de uma suposta tradição, desses valores criados e valorizados por discursos conservadores⁸⁰. O clima de dissolução dos laços sociais poderia ensejar reações, que se manifestam no fundamentalismo religioso, bem como no ressurgimento de organizações neofascistas de direita, que, por sua vez, asseguram um retorno a supostos valores tradicionais, prometem continuidade social e segurança ao ressignificar e sugerir um novo propósito e autoestima aos indivíduos^{78,79}. Em função disso, estaríamos muito mais limitados para imaginar novos futuros sociais?

Segundo Furedi⁴⁶, a mudança mais importante na maneira como os indivíduos são vistos no século XXI é a mudança de uma presunção de resiliência para a definição de indivíduos por sua vulnerabilidade. Atualmente, ainda segundo o autor, a vulnerabilidade é uma das características definidora da personalidade. Concomitantemente, há um campo semântico que se consolida, para circunscrever e, talvez, evocar os medos e os riscos. Independentemente da efetividade dos riscos, o medo vem sendo cultivado. Tem-se uma cultura de sentir medo e de sentir-se em risco. O medo é uma forma de governar, mais do que isso, é uma forma de condução de populações. Esse campo semântico inclui palavras como: extinção, pandemia, epidemia, mudança climática, eventos extremos, clima extremo etc. Um senso de ansiedade sobre o futuro é refletido

por meio da popularização desse novo idioma do medo. Uma expressão-chave na evocação dessa mesmerização coletiva é 'ponto de inflexão', uma vez que evoca o temido cenário do ponto de não retorno. Dessa forma, outra passagem é operada, qual seja, a do medo para o medo extremo ou pavor.

O surgimento da vulnerabilidade como característica definidora da condição humana alimentou uma nova tendência para psicologizar os problemas da vida cotidiana e da existência. Nesse sentido, problemas de saúde estão proliferando nos dias de hoje, e um número crescente de condições anteriormente consideradas normais recebe agora um diagnóstico. Assim, timidez, estresse, baixa autoestima, medo, angústia e tristeza foram renomeados como patologias médicas. Como resultado, o chamado '*script* cultural' contemporâneo tende a relativizar a capacidade das pessoas de lidar com experiências adversas. A atual exaltação da vulnerabilidade pode inflar a sensação de desamparo que muitos de nós sentimos quando confrontados com emergências.

Conforme já assinalamos, risco e vulnerabilidade são conceitos que só podem ser discutidos se associados a diferentes contextos histórico-sociais e a diferentes disputas de paradigmas das áreas científicas que os desenvolveram. Portanto, dependendo do ponto de vista, 'sob risco', pode-se encontrar grande parte das populações e comunidades que vivem em situação de vulnerabilidade, principalmente em grandes centros urbanos dos países da África, da Ásia, da América Latina e do Caribe. Nunca é demais destacar a forte dependência do contexto socioantropológico no delineamento dos grupos expostos a riscos e/ou vulneráveis – para um desenvolvimento desse argumento, consultar Douglas⁸¹. Vivemos presentemente uma situação em que isto fica muito claro: diante da ameaça de um vírus como o Sars-CoV-2, todos estamos sob risco, porém, a sua vulnerabilidade é dependente, em parte, de qualificações relativas às condições socioespaciais, culturais,

econômicas e da concomitância das chamadas comorbidades; e, em parte, também dos mecanismos de resiliência.

Conclusão: a atualização de nossas precariedades, medos e incertezas

Não há nenhum padrão de coisas por vir.

H. G. Wells⁸²

Trazemos aqui a pergunta feita para todos nós por Agamben⁹: como chegamos até aqui? O que é uma sociedade que não tem outro valor que não seja a sobrevivência? No caso do Brasil e de toda a América Latina, acostumamo-nos a viver décadas seguidas em condições de crise e de emergência constantes que, conforme assinala Agamben⁹, reduz a vida a uma condição puramente biológica, perdendo, em consequência, suas dimensões social, política, humana e afetiva. Uma sociedade que vive em constante estado de premência não pode ser uma sociedade livre, está fadada ‘a viver em um perene estado de medo e de insegurança’. Seriam as atuais crises sanitária, política e econômica um quase experimento para uma nova arquitetura política e social do futuro próximo da humanidade?

Em pouco mais de um ano de pandemia, a incerteza aumenta. Todos esperamos ansiosamente um depois, mas, em certo sentido, podemos presumir que o depois não haverá, podemos especular sobre um prolongamento do presente que dura e muda, produzindo,

nessa mudança, outra realidade. É como no filme *Matrix Reloaded*: Neo está em coma, e acorda na estação de trem cujo nome é Mobil Ave. Mobil é um anagrama para Limbo, e é isso que a estação realmente é, um lugar nenhum. Fica preso em um lugar entre esse mundo e o mundo das máquinas⁸³. Ainda não emergimos desse evento global. Estamos presos em um, simultaneamente, mesmo e, também, diferente lugar, em uma espécie de limbo.

Uma diversidade de medos e motivações contraditórias encontra-se na desordem das reações à pandemia. Lembramos aqui da ideia de pânico moral⁸⁴ que assinalaria a virada do século XXI. Insegurança, incerteza e medo estão solidamente alinhados. Há uma relação circular entre os três termos que torna possível compreender o renascimento, neste século, não apenas da política do medo, mas também de previsões de catástrofes globais⁸⁵ e relatos escatológicos de toda ordem, na medida em que as incertezas sociais e políticas, bem como as ecológicas, aumentam, dando origem a novos medos⁸⁶. A pandemia da Covid-19 pode ter ampliado ainda mais esse ambiente inseguro e a imaginação dele resultante, tornando-a, nas palavras de Furedi³⁹, um desastre sem precedentes.

Colaboradores

Najar A (0000-0002-9529-4034)* contribuiu para a concepção, planejamento, análise conceitual, redação e revisão crítica do manuscrito. Castro L (0000-0002-9376-5103)* contribuiu para a análise conceitual, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gray J. A busca pela imortalidade: a obsessão humana em ludibriar a morte. Rio de Janeiro: Record; 2014.
2. Commission on Social Determinants of Health. CSDH Final Report: Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(7):2097-108.
4. Barret P, Chen S. Social Repercussions of Pandemics. IMF. 2021. [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2021/01/29/Social-Repercussions-of-Pandemics-50041>.
5. Barret P, Chen S, Li N. COVID's Long Shadow: Social Repercussions of Pandemics. IMF Blog. 2021. [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: <https://blogs.imf.org/2021/02/03/covids-long-shadow-social-repercussions-of-pandemics/>.
6. Carpallo SC. Tédio social ou por que não vamos mais com a cara de ninguém depois da pandemia. *EL PAÍS.* 2021. [acesso em 2021 jul 24]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/estilo/2021-06-10/tedio-social-ou-por-que-nao-vamos-mais-com-a-cara-de-ninguem-depois-da-pandemia.html>.
7. Arrigoni A, Ferragina E. The Rising Invisible Majority. Books & ideas. 2021 mar 1. [acesso em 2021 jul 24]. Disponível em: <https://booksandideas.net/The-Rising-Invisible-Majority.html>.
8. Defoe D. Um diário do ano da peste. Porto Alegre: L&PM; 1987.
9. Agamben G. Reflexões sobre a peste: ensaios em tempos de pandemia. São Paulo: Pandemia Capital; 2020.
10. Lewinsohn R. Três epidemias: lições do passado. Campinas: Editora da Unicamp; 2003.
11. Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1990. (Col. Saúde em Debate 33).
12. Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro: Editora SENAC; 2003.
13. Lakoff A. Unprepared: global health in a time of emergency. Oakland, California: University of California Press; 2017.
14. Reis RR. A besta desamarrada. *Natureza Humana.* 1999; 1(2):265-82.
15. Ehrlich PR, Ehrlich AH. Can a collapse of global civilization be avoided? *Proc R Soc B.* 2013.
16. Knodell AR. Collapse and Failure in Complex Societies - Understanding Collapse: Ancient history and modern myths. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
17. Chemin A. La peur de l'apocalypse climatique, entre catastrophisme et clairvoyance. *Le Monde.fr.* 2021 jan 2. [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/01/02/la-peur-de-l-apocalypse-ecologique-entre-catastrophisme-et-clairvoyance_6065010_3232.html.
18. University of Cambridge. Centre for the Study of Existential Risk. [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: <https://www.cser.ac.uk/>.
19. Giddens A. Anthony Giddens: What's next? Covid-19 and the future world order - Centre for Development and the Environment. 2020. [acesso em 2021 mar 3]. Disponível em: <https://www.sum.uio.no/english/research/networks/arne-naess-programme/arne-naess-symposia/events/anthony-giddens-covid-19-and-the-future-world-of-order.html>.
20. Bader-Saye S. Thomas Aquinas and the Culture of Fear. *J. of the Soc. Christ. Ethics.* 2005; 25(2):95-108.

21. Freud S. O futuro de uma ilusão, O mal estar na civilização e outros trabalhos (1927 - 1931). Rio de Janeiro: Editora Imago; 1972. 157 p. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; vol. XXI).
22. Riezler K. The social psychology of fear. *AJS*. 1944; 49(6):489-98.
23. Strong P. Epidemic psychology: a model. *Soc. Healt. Illness*. 1990; 12(3):249-59.
24. Tudor A. A (Macro) Sociology of Fear? *The Sociological Review*. 2003; 51(2):238-56.
25. Svendsen L. A philosophy of fear. London: Reaktion Books Ltda; 2008.
26. Wrenn M. Fear and Institutions. *Journal of Economic Issues*. 2013; 47(2):383-90.
27. Johnston JS. Paradoxes of the Safe Society: A Rational Actor Approach to the Reconceptualization of Risk and the Reformation of Risk Regulation. *University of Pennsylvania Law Review*. 2003; 151(3):747.
28. Alcabes P. Dread: how fear and fantasy have fueled epidemics from the black death to avian flu. New York: Public Affairs; 2009.
29. Laderchi CR, Saith R, Stewart F. Working Paper Number 107. Does it matter that we do not agree on the definition of poverty? A comparison of four approaches. 2003; (107):1-41.
30. Kraus MW, Piff PK, Mendoza-Denton R, et al. Social class, solipsism, and contextualism: how the rich are different from the poor. *Psychol. review*. 2012; 119(3):546-72.
31. Hubbard P. Fear and loathing at the multiplex: everyday anxiety in the post-industrial city. *Cap. Class*. 2003; 27(2):51-75.
32. Koury MGP. Cultura emotiva e ordem moral: medo e risco na nova sensibilidade contemporânea. *SPP*. 2020 [acesso em 2020 ago 20]; (92). Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/sociologiapp/article/view/13614>.
33. Butler J. Capitalism Has its Limits: Judith Butler discuss the COVID-19 pandemic, and its escalating political and social effects in America. Verso. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.versobooks.com/blogs/4603-capitalism-has-its-limits>.
34. Dalrymple T. A lost mandate in Europe: Covid-19 reveals that Europe is no longer in the forefront. 2020 mar 3. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.city-journal.org/covid-19-europe-bureaucracy>.
35. Dalrymple T. Between Complacency and Panic. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://alawliberty.org/between-complacency-and-panic/>.
36. Domingue SJ. "Who knows what comes tomorrow?" A study of resilience discourse, practice, and politics in a post-disaster field. *Env. Soc.* 2020; 6(1):19-30.
37. Zizek S. Pandemic!: COVID-19 Shakes the World. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: https://www.amazon.com.br/Pandemic-COVID-19-Shakes-World-English-ebook/dp/B08922D1F6/ref=sr_1_2?_mk_pt_BR=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&dchild=1&keywords=pandemic+covid+19+shakes+the+world&qid=1596060363&s=books&sr=1-2#reader_B08922D1F6.
38. Harvey D. Anti-Capitalist Politics in the Time of COVID-19. Reading Marx's Capital with David Harvey. 2020. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: <https://davidharvey.org/2020/03/anti-capitalist-politics-in-the-time-of-covid-19/>.
39. Furedi F. A disaster without precedent. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.spiked-online.com/2020/03/20/a-disaster-without-precedent/>.
40. Badiou A. On the epidemic situation. Verso; 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www>

- versobooks.com/blogs/4608-on-the-epidemic-situation.
41. Latour B. Imaginer les gestes-barrières contre le retour à la production d'avant-crise. AOC media – Anal. Opin. Critique. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://aoc.media/opinion/2020/03/29/imaginer-les-gestes-barrieres-contre-le-retour-a-la-production-davant-crise/>.
 42. European Journal of Psychoanalysis. Coronavirus and philosophers. Euro J. Psych. 2020. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.journal-psychoanalysis.eu/coronavirus-and-philosophers/>.
 43. Han B-C. O coronavírus de hoje e o mundo de amanhã, segundo o filósofo Byung-Chul Han. EL PAÍS Brasil. 2020; 1-10.
 44. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. Arte Ensaio. 2017; 2(32):122-51.
 45. Simmel G. On individuality and social forms: selected writings. Chicago: Edited by Levine, D. N., University of Chicago Press; 1971.
 46. Furedi F. How fear works: culture of fear in the 21st century. London: Bloomsbury Publishing; 2019.
 47. Furedi F. Moral Panic and Reading: Early Elite Anxieties About the Media Effect. Cult. Soc. 2016; 10(4):523-37.
 48. Williams A. How anxiety became society's prevailing condition. The Independent. 2017. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: http://www.independent.co.uk/news/long_reads/anxiety-prozac-nation-depression-mental-health-disorder-america-panic-usa-memoirs-self-help-book-a7785351.html.
 49. Dickinson T. How Roger Ailes Built the Fox News Fear Factory. Rolling Stone. 2011. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.rollingstone.com/politics/politics-news/how-roger-ailes-built-the-fox-news-fear-factory-244652/>.
 50. Strauss N. Why We're Living in the Age of Fear - Rolling Stone. 2016. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: <https://www.rollingstone.com/politics/politics-features/why-were-living-in-the-age-of-fear-190818/>.
 51. Han B-C. Sociedade da transparência. Petrópolis: Editora Vozes; 2017. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: https://www.amazon.com.br/Sociedade-transpar%C3%Aancia-Byung-Chul-Han-ebook/dp/B074QRZL6F/ref=sr_1_8?__mk_pt_BR=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crd=2V3RG70FESALY&dchild=1&keywords=byung-chul+han+livros&qid=1596112717&srefix=byung-%2Caps%2C378&sr=8-8#reader_B074QRZL6F.
 52. Han B-C. No enxame: Perspectivas do digital. Petrópolis: Editora Vozes Limitada; 2018. 83 p.
 53. Gimenez S. A vingança do real, por Stella Jimenez. GGN. 2020. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/artigos/a-vinganca-do-real-por-stella-jimenez/>.
 54. Magne L. Histoire sémantique du risque et de ses corrélat. 2010. [acesso em 2021 mar 22]. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00465954>.
 55. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11):2339-48.
 56. Duarte LFD. Império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999.
 57. Zavalij AG, Aristidou M. Courage: A Modern Look at an Ancient Virtue. J of Milit. Ethics. 2014; 13(2):174-89.
 58. Giddens A, Fiker R. As conseqüências da modernidade. 5. reimpr. São Paulo: Ed. Unesp; 1991.
 59. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda; 2002. [acesso em 2021 dez 3]. Disponível em: <https://posgradsoc.ufc.br/wp->

- [-content/uploads/2021/11/giddens-anthony.-modernidade-e-identidade.-1.pdf](#).
60. Buss P, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2007; 17(1):77-93.
 61. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Zahar; 1994.
 62. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. *Antropologia*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1975. (Coleção Antropologia).
 63. Brussevich M, Dabla-Norris E, Khalid S. Who will Bear the Brunt of Lockdown Policies? Evidence from Tele-workability Measures Across Countries. Washington, D.C.: Inter Monet. Fund; 2020. [acesso em 2020 nov 25]. Disponível em: <http://elibrary.imf.org/view/IMF001/29091-9781513546285/29091-9781513546285/29091-9781513546285.xml>.
 64. Chen W. The Value of Real-Time Data in the COVID Crisis – IMF F&D. [acesso em 2020 nov 25]. Disponível em: https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2020/12/value-of-real-time-data-in-covid-crisis-chen.htm?utm_medium=email&utm_source=govdelivery.
 65. Cambridge University. Centre for the Study of Existential Risk. [acesso em 2020 nov 25]. Disponível em: <https://www.cser.ac.uk/>.
 66. Beck U. *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*. v. 521. Paris: Champs; Flammarion; 2001.
 67. Mendes JM. Ulrich Beck: a imanência do social e a sociedade do risco por José Manuel Mendes. *Inst. Ciênc. Soc. Uni Lisboa*. 2015; (214):7.
 68. Curran D. Risk society and the distribution of bads: Theorizing class in the risk society. *Brit. J. Soc.* 2013; 64(1):44-62.
 69. Curran D. What is a critical theory of the risk society? A reply to Beck. *Brit. J. Soc.* 2013; 64(1):75-80.
 70. Cutter SL, Carolina S, Boruff BJ, et al. Social Vulnerability to Environmental Hazards. 2003; 84(2).
 71. Coumou D, Rahmstorf S. A decade of weather extremes. *Nature Clim Change*. 2012; 2(7):491-6.
 72. Arouri M, Nguyen C, Youssef AB. Natural Disasters, Household Welfare, and Resilience: Evidence from Rural Vietnam. *World Dev.* 2015; (70):59-77.
 73. Beck U, Giddens A, Lash S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Ed. UNESP; 2012.
 74. Rothkopf DJ. When the Buzz Bites Back. *Washington Post*. 2003. [acesso em 2020 nov 25]. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2003/05/11/when-the-buzz-bites-back/bc8cd84f-cab6-4648-bf58-0277261af6cd/>.
 75. World Health Organization. Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. [acesso em 2020 nov 25]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.
 76. World Health Organization. 1st WHO Infodemiology Conference. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>.
 77. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. Brasília, DF: Opas/OMS; 2020. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf.
 78. Salzman MB. Globalization, religious fundamentalism and the need for meaning. *Inter. J. Inter. Relations*. 2008; 32(4):318-27.
 79. Teitelbaum B. War for Eternity: inside Bannon's far-right circle of global power brokers. v. 1. 2020. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www>.

- [amazon.com/War-Eternity-Bannons-Far-Right-Brokers/dp/0062978454/ref=sr_1_1?crd=2EVARH4126R9C&dchild=1&keywords=war+for+eternity&qid=1596075243&sprefix=war+for+eter%2Cspeci alty-aps%2C572&sr=8-1#reader_0062978454](https://www.amazon.com/War-Eternity-Bannons-Far-Right-Brokers/dp/0062978454/ref=sr_1_1?crd=2EVARH4126R9C&dchild=1&keywords=war+for+eternity&qid=1596075243&sprefix=war+for+eter%2Cspeci alty-aps%2C572&sr=8-1#reader_0062978454).
80. Kinnvall C. Globalization and Religious Nationalism: Self, Identity, and the Search for Ontological Security. *Polit. Psych.* 2004; 25(5):741-67.
81. Douglas M, Wildavsky A. Risk and culture an essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley: Calif.: Univ. of California Press; 2010.
82. Wells HG. Mind at the end of its tether. San Francisco: Millet Books; 1974. [acesso em 2021 dez 8]. Disponível em: <https://www.worldcat.org/title/mind-at-the-end-of-its-tether/oclc/2235188>.
83. Ottoni A. Matrix Interpretations. Omelete. 03:00:00+00:00. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.omelete.com.br/matrix-revolutions/matrix-interpretations>.
84. Bauman Z. Medo líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
85. Kopenawa D. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
86. Agier M. Que faire de nos peurs?. *AOC media - Analyse Opinion Critique*. 2021. [acesso em 2020 ago 25]. Disponível em: <https://aoc.media/opinion/2021/02/28/que-faire-de-nos-peurs/>.

Recebido em 18/06/2021

Aprovado em 06/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj) - projeto número E-26/210.196/2020. Conselho Nacional para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPQ, MCTI/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit (N. 402547/2020-0)

Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa

Stressors and protective factors of the COVID-19 pandemic in the mental health of the world population: an integrative review

Tatiane Veríssimo da Silveira Meirelles¹, Mirna Barros Teixeira¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E211

RESUMO Este artigo visou analisar os fatores protetores e estressores da pandemia na saúde mental no Brasil e internacionalmente. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) no período de janeiro a dezembro de 2020. Foram analisados 29 artigos por autor, ano, país de estudo, metodologia; fatores estressores e protetores relacionados com a saúde mental. Conclui-se que pessoas que são submetidas às medidas restritivas impostas pelo período de pandemia da Covid-19 se mostram vulneráveis a problemas de saúde mental. Porém, apesar do impacto global, ainda são poucos os estudos que avaliaram os fatores psicossociais relacionados.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Isolamento social. Covid-19.

ABSTRACT *This paper aimed to analyze the mental health protective factors and stressors of the pandemic in Brazil and internationally. We conducted an integrative literature review by searching for scientific publications indexed in the LILACS and MEDLINE databases from January to December 2020. Twenty-nine papers have been analyzed by author, year, country of study, methodology; mental health stressors and protective factors related. We concluded that people subjected to restrictive measures imposed by the COVID-19 pandemic are vulnerable to mental health problems. However, very few studies have evaluated the related psychosocial factors despite the global impact.*

KEYWORDS *Mental health. Social isolation. COVID-19.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio Janeiro (RJ), Brasil.
psitatieverissimo@gmail.com



Introdução

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em que todos os países implementaram medidas de controle e combate à doença Covid-19¹. Pesquisadores e profissionais de saúde têm desempenhado uma função desafiadora nesse período de pandemia, visto que a doença não possui risco clínico completamente definido, assim como ainda é desconhecida a precisão dos padrões de transmissão, infecção, letalidade e mortalidade².

O Brasil foi o segundo país com maior número de casos acumulados (11.950.459) registrados na Semana Epidemiológica 11, no dia 20 de março de 2021. Considerando o nível de incidência, o País apresentou uma taxa de 56.435,1 casos para cada 1 milhão de habitantes, ocupando a 27^a posição de países com maior incidência (casos de Covid-19 por 1 milhão de habitantes). Em relação ao coeficiente de mortalidade, apresentou 138,2 óbitos por 100 mil habitantes, ocupando o 17^o lugar no ranking mundial da mortalidade por Covid-19. Porém, é importante ressaltar que cada país está em uma fase específica da pandemia, em que alguns estão em grande crescimento de casos, como no Brasil³.

Na atualização Epidemiológica Semanal da Covid-19, publicada no dia 28 de março pela OMS, o número de mortes mundial aumentou pela segunda semana consecutiva, com um crescimento de 5% comparado à semana anterior. O maior número de novos casos foi do Brasil (5533.024, crescimento de 5%), seguido dos Estados Unidos (421.936, crescimento de 13%) e da Índia (372.494, crescimento de 55%)⁴.

Além dos sintomas físicos causados pela infecção, a circulação do vírus tem efeitos na saúde mental das pessoas, gerando sentimentos de ansiedade e depressão⁵. O medo do desconhecido, a propagação da doença e o impacto na economia não só aumentam a ansiedade dos indivíduos com condições de

saúde mental preexistentes como também dos indivíduos saudáveis, visto que as pessoas tendem a se sentir ansiosas e inseguras quando o ambiente muda⁶.

Como uma das medidas mais eficazes de controle da pandemia, temos até o momento o isolamento social, realizado por meio da quarentena, e as vacinas⁷. Com isso, mostra-se necessário maior investigação dos efeitos psicológicos dessa medida de proteção na vida dos que estão em isolamento social. Além disso, é importante ressaltar que a abordagem dos aspectos psicológicos ajuda na adesão às medidas de controle como a quarentena^{8,9}.

Apesar da forte relevância sobre os aspectos psicológicos na população, a participação de profissionais do campo da saúde mental em projetos relacionados com um surto de pandemia permanece bastante limitada⁹. Além disso, o método da quarentena – utilizado para controle da infecção – tem recebido pouca atenção na literatura no que diz respeito aos seus efeitos psicológicos.

Apesar de as reações psicológicas da população desempenharem um papel crítico na disseminação da doença e na desordem social durante e após o surto, geralmente, não são fornecidos recursos necessários para reduzir os efeitos do impacto das pandemias na saúde mental⁸.

Partindo desse pressuposto, o presente artigo tem como objetivo analisar a literatura brasileira e internacional acerca dos efeitos da pandemia da Covid-19 na saúde mental dos adultos, de modo a compreender os fatores protetores e estressores associados à pandemia e refletir acerca de possíveis estratégias de intervenção em saúde mental.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre saúde mental no cenário da pandemia. A revisão integrativa é um método que promove a síntese do conhecimento por meio de seis fases que compõem o processo de

elaboração; produção da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos artigos que foram incluídos; discussão dos resultados; e, por fim, a apresentação da revisão integrativa¹⁰. As perguntas norteadoras são: ‘Quais os aspectos que afetam a saúde mental de adultos em decorrência da pandemia da Covid-19? Quais são os fatores protetores e estressores da saúde mental na pandemia da Covid-19?’.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento de artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). Como período de busca, utilizou-se de janeiro a dezembro de 2020, ano em que o novo coronavírus foi reconhecido como pandemia. Foram selecionados artigos em inglês, português e espanhol.

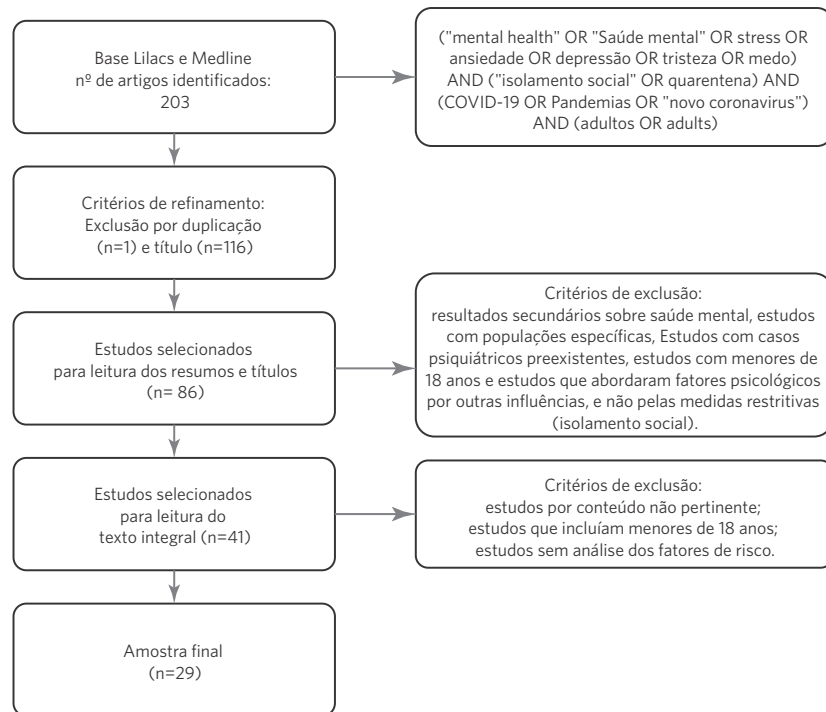
Para buscar os estudos científicos correspondentes aos objetivos desta revisão integrativa, foram utilizados os seguintes descritores: “Saúde mental”, “Isolamento social” e “Covid-19”, selecionados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH/PubMed). Todos foram cruzados entre si pelos operadores booleanos AND e OR. Os termos de pesquisa

foram: (“mental health” OR “Saúde mental” OR stress OR ansiedade OR depressão OR tristeza OR medo) AND (“isolamento social” OR quarentena) AND (COVID-19 OR pandemias OR novo coronavirus) AND (adultos OR adults).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão para seleção dos artigos: foram incluídos os artigos que abordam como tema principal a saúde mental na pandemia da Covid-19, publicados nas bases de dados no período definido na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Já como critérios de exclusão intencionais, utilizaram-se: 1. artigos que não abordam a saúde mental, pandemia e restrição social; 2. estudos que não abordam a relação entre fatores psicológicos e as medidas restritivas; 3. estudos em que apenas os resultados secundários abordam o tema da saúde mental; 4. estudos realizados com populações específicas; pesquisas com menores de 18 anos; 5. estudos com público-alvo idosos, sujeitos com doenças crônicas e/ou sujeitos graves internados.

A síntese do resultado da busca realizada nas bases pesquisadas se encontra sistematizada no fluxograma abaixo (*figura 1*). Ao se iniciar a leitura completa dos artigos, observou-se que 12 deles não atendiam ao objetivo da revisão, sendo, portanto, excluídos do estudo, ficando para a análise crítica 29 artigos completos.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos que constituíram a amostra



Fonte: elaboração própria.

Resultados

Dos 29 artigos que compõem esta revisão, foram listados 17 países, dando a dimensão da pandemia a nível mundial. Esse mosaico permitiu uma pesquisa diversificada sobre os efeitos da pandemia na saúde mental sobre uma ótica global, comparando os fatores de proteção e fatores estressores citados em diferentes regiões do mundo.

Entre os artigos selecionados para a revisão, encontram-se: 2 do Reino Unido, 1 do Brasil, 1 da Itália, 3 da China, 1 do Líbano, 3 da Índia, 7 da Espanha, 2 dos Estados Unidos, 1 da Nova Zelândia, 1 do Kuwait, 1 da Jordânia, 1 da Colômbia, 1 do Canadá, 1 da Alemanha, 1 da Bélgica, 1 da Áustria e 1 do Equador. Sobre o

desenho de estudo, a maioria possui caráter transversal quantitativo devido à emergência de produzir dados capazes de auxiliar o planejamento do enfrentamento da Covid-19. A natureza do estudo transversal, porém, impede o uso de inferências causais, gerando apenas uma hipótese de possível associação. Todos os estudos incluíram sujeitos de ambos os sexos.

Na análise dos artigos, dois eixos temáticos foram criados como categorias emergentes: 1. Fatores estressores relacionados com a saúde mental; 2. Fatores protetores relacionados com a saúde mental. Cada artigo foi analisado segundo esses eixos, o ano de publicação, a revista e o país de estudo. Além disso, os objetivos de cada estudo também são apresentados. Os itens supracitados estão sistematizados no *quadro 1*.

Quadro 1. Análise e sistematização dos artigos que compõem a revisão integrativa

Autor País/Região Revista	Metodologia Método População estudada	Objetivo Geral	Eixo 1: Fatores estressores relacionados com a saúde mental	Eixo 2: Fatores protetores relacionados com a saúde mental
Smith et al. (2020) Reino Unido Psychiatry Res	Estudo transversal quantitativo n= 932 Residentes do Reino Unido >18 anos, ambos os sexos	Avaliar o impacto do distanciamento social da Covid-19 na saúde mental.	Sexo feminino, idade mais jovem, menor índice anual de renda, ser fumante e apresentar multimorbidade física.	Sexo masculino, idade mais avançada, maior índice anual de renda, não ser fumante e não apresentar multimorbidade física.
Duarte et al. (2020) Brasil Ciênc. Saúde Colet.	Estudo transversal quantitativo n= 799 Residentes do Rio Grande do Sul 18 - 75 anos, ambos os sexos	Verificar os fatores associados a indicadores de sintomas de transtornos mentais em residentes do Rio Grande do Sul.	Sexo feminino, idade mais jovem, ter diagnóstico prévio de transtorno mental, não ser trabalhador da saúde, ter renda diminuída no período, fazer parte do grupo de risco e maior exposição a informações sobre Covid-19.	Sexo masculino, idade mais avançada, não ter diagnóstico de transtorno mental, ser profissional de saúde, não ter prejuízos econômicos, não ser do grupo de risco e sofrer menos exposição a informações sobre Covid-19.
Mazza et al. (2020) Itália Int. j. environ. res. public health (Online)	Estudo transversal quantitativo n=2766 Residentes da Itália >18 anos, ambos os sexos	Estabelecer a prevalência de sintomas psiquiátricos e identificar fatores de risco e proteção para sofrimento psíquico na população em geral.	Sexo feminino, idade mais jovem, não ter filhos, afeto negativo, distanciamento, histórico de situações estressantes, histórico de problemas médicos, ter um conhecido infectado com Covid-19, trabalhar fora.	Sexo masculino, idade mais avançada, ter filhos, afeto positivo não ter histórico clínico, não ter conhecidos infectados, trabalhar em casa.
Lei et al. (2020) China Med Sci Monit	Estudo transversal quantitativo n=1593 Residentes do Sudoeste da China >18 anos, ambos os sexos	Avaliar e comparar a prevalência e os fatores associados de ansiedade e depressão entre o público afetado pela quarentena e aqueles não afetados durante o surto de Covid-19.	Sexo feminino, idade mais jovem, ser estudante, ser divorciado, viúvo ou solteiro, baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade, autopercepção de saúde ruim, maior preocupação em ser infectado, alto nível de autoavaliação de conhecimento sobre o Covid-19, falta de apoio psicológico.	Sexo masculino, idade mais avançada, não ser estudante, ser casado, alta renda familiar, não apresentar perda econômica, alto nível de escolaridade, boa autopercepção de saúde, apoio psicológico ou aconselhamento da comunidade/agências governamentais.
Fawaz; Samaha (2020) Líbano Int J Soc Psychiatry	Estudo transversal quantitativo n=950 Residentes no Líbano >18 anos, ambos os sexos	Avaliar a prevalência de sintomatologia de estresse pós-traumático (PTSS) durante o período de quarentena do Covid-19 em cidadãos libaneses.	Práticas de quarentena.	Não se aplica (N/A).
Verma; Mishra (2020) Índia Int J Soc Psychiatry	Estudo transversal quantitativo n=354 Residentes da Índia >18 anos, ambos os sexos	Encontrar as taxas de prevalência de depressão, ansiedade e estresse e seus correlatos sociodemográficos entre a população indiana durante o bloqueio para conter a propagação do Covid-19.	Sexo masculino, desemprego, uso excessivo de álcool.	Sexo feminino, estar empregada.
Gopal; Sharma; Subramanyam (2020) Índia PLoS One	Estudo longitudinal quantitativo (período de 2 meses) n=159 > 18 anos, ambos os sexos	Investigar como os níveis de ansiedade, estresse e sintomas depressivos mudaram durante o confinamento entre adultos indianos.	Sexo feminino, histórico de problemas em saúde mental, maior responsabilidade doméstica.	Sexo masculino, menor responsabilidade doméstica, níveis mais altos de resiliência.

Quadro 1. (cont.)

Autor País/Região Revista	Metodologia Método População estudada	Objetivo Geral	Eixo 1: Fatores estressores relacionados com a saúde mental	Eixo 2: Fatores protetores relacionados com a saúde mental
Lee; Cadigan; Rhew (2020) Estados Unidos J Adolesc Health	Estudo longitudinal quantitativo n=564 Adultos jovens residentes de Seattle, WA. 22-29, ambos os sexos	Examinar o aumento da solidão em uma amostra de adultos jovens.	Sexo feminino, preocupações sobre o impacto do Covid-19 em suas relações sociais.	Sexo masculino, apoio social durante a pandemia.
Ammar et al. (2020) Estados Unidos PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=1047 Estudo Multicêntrico, residentes da Ásia, África, Europa e Américas >18 anos, ambos os sexos	Avaliar as mudanças emocionais e comportamentais associadas ao confinamento domiciliar durante o surto de Covid-19.	Enfraquecimento dos contatos físicos e sociais com a interrupção dos estilos de vida normais grupos de risco, viver em ambientes congregados, problemas com uso de substâncias, problemas psiquiátricos preexistentes.	Ausência de histórico psiquiátrico e de dependência química.
Losada-Baltar et al. (2020) Espanha Rev Esp Geriatr Gerontol	Estudo transversal quantitativo n=1501 Residentes da Espanha 18 a 88 anos, ambos os sexos	Analisar diferenças, com base na idade e autopercepção do envelhecimento, em ansiedade, tristeza, solidão e comorbidades durante o confinamento devido à Covid-19.	Idade mais jovem, autopercepção negativa sobre o próprio envelhecimento.	Idade mais avançada, principalmente meia-idade.
Guo et al. (2020) China J Med Internet Res	Estudo transversal quantitativo n=2331 Residentes da china >18 anos, ambos os sexos	Estimar a prevalência de ansiedade e sintomas depressivos e identificar fatores demográficos e psicossociais associados na população chinesa durante o período de quarentena pandêmica Covid-19.	Idade mais jovem, morar sozinho, ter perda financeira, preocupações com infecção, comportamento sedentário, má qualidade do sono, viver com câncer ou outras doenças crônicas, ou ter familiares com câncer.	Idade mais avançada, morar com outras pessoas, atividade física, não ter comorbidades, conexão e apoio social.
Every-Palmer et al. (2020) Nova Zelândia PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=2010 Residentes da Nova Zelândia 18 a 90 anos, ambos os sexos	Avaliar os níveis de sofrimento psicológico, ansiedade, bem-estar, ideação suicida, consumo de álcool e relações familiares.	Idade mais jovem, morar sozinho, desemprego ou redução no trabalho, problemas de saúde e diagnósticos anteriores de doença mental.	Idade mais avançada, gostar de trabalhar em casa, passar mais tempo com a família, flexibilidade no trabalho, coesão social, criação de hábitos saudáveis.
Hidalgo et al. (2020) Espanha Int. j. environ. res. public health	Desenho exploratório sequencial (pesquisa mista) fase qualitativa n=40 fase quantitativa n=67 89 Residentes da Espanha >18 anos, ambos os sexos	Analisar o impacto psicológico da pandemia Covid-19 e do bloqueio na população espanhola e identificar quais perfis populacionais foram mais afetados.	Sexo feminino, idade mais jovem, ser mãe, baixo ou médio nível socioeconômico.	Sexo masculino, meia-idade, maior nível socioeconômico.
Pérez-Fuentes et al. (2020) Espanha PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=1014 Residentes da Espanha 18 a 76, ambos os sexos.	Analisar o efeito de situações excepcionalmente estressantes, como o risco à saúde atual, sobre o estado cognitivo e emocional do indivíduo.	Maior percepção de ameaça e de suscetibilidade à doença.	Menor percepção de ameaça e de suscetibilidade à doença.

Quadro 1. (cont.)

Autor País/Região Revista	Metodologia Método População estudada	Objetivo Geral	Eixo 1: Fatores estressores relacionados com a saúde mental	Eixo 2: Fatores protetores relacionados com a saúde mental
Burhamah et al. (2020) Kuwait J Affect Disord	Estudo transversal quantitativo n=4132 Residentes do Kuwait >18 anos, ambos os sexos	Avaliar o impacto do surto de Covid-19 na saúde mental no Kuwait e explorar a influência dos fatores de risco.	Sexo feminino, idade mais jovem (<30), estar solteiro, perda do emprego, estresse financeiro, história psiquiátrica anterior, fumantes, ter membros da família com Covid-19, ser profissional de saúde, aumento do uso de redes sociais e informações sobre Covid-19, medo da infecção.	Sexo masculino, idade mais avançada, satisfação com o governo, confiança dos padrões de atendimento do país, ser aposentado.
Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) Espanha Cad Saude Publica	Estudo transversal descritivo exploratório n=976 Residentes da Comunidade Autônoma Basca >18 anos, ambos os sexos	Medir os níveis de estresse, ansiedade e depressão em uma amostra da Comunidade Autônoma Basca.	Idade mais jovem, ter doenças crônicas, confinamento.	Idade mais avançada, não ter doenças crônicas.
Massad et al. (2020) Jordânia East Mediterr Health J	Estudo transversal quantitativo n=5274 Residentes da Jordânia >18 anos, ambos os sexos	Estimar a prevalência de ansiedade relacionada à quarentena e seus correlatos socioeconômicos.	Sexo feminino, idade mais jovem, ter mais membros morando na casa, ter baixo suporte social, baixa renda.	Idade mais avançada, maior suporte e rede social e renda mais alta.
Martínez et al. (2020) Colômbia Med. U.P.B	Revisão sistemática n=16	Realizar uma revisão sistemática da tendência de investigação sobre sintomas de transtornos mentais durante a pandemia de Covid-19.	Sexo feminino, idade mais jovem, consumo de substâncias psicoativas, baixo rendimento escolar, perda de trabalho, baixa qualidade do sono, autocuidado precário e baixa percepção do estado de saúde durante a pandemia.	Sexo masculino, idade mais avançada, estar empregado, autocuidado satisfatório.
Nelson et al. (2020) Canadá PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=2065 Residentes dos Estados Unidos, Canadá e Europa >18 anos, ambos os sexos	Caracterizar se os níveis atuais de sintomas transdiagnósticos individuais de saúde mental (ou seja, ansiedade e depressão) são elevados quando comparados aos dados normativos históricos.	Maior preocupação com Covid-19, maiores casos de Covid-19 no país e no mundo, perda de emprego, adesão às recomendações rigorosas de quarentena.	Estar empregado, medidas mais flexíveis de quarentena.
Pandey et al. (2020) Índia PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=1395 Residentes da Índia 18 a 73 anos, ambos os sexos	Explorar o grau de sofrimento psicológico em termos de Depressão, Ansiedade e Estresse entre a população adulta da Índia durante o bloqueio obrigatório de 21 dias.	Sexo feminino, idade mais jovem, solteiros, maior tempo de <i>lockdown</i> , preocupações relacionadas à morbidade e mortalidade da doença, menor nível educacional.	Sexo masculino, idade mais avançada, casados ou divorciados, menor tempo de <i>lockdown</i> , maior nível educacional.
Peng et al. (2020) China J Affect Disord	Estudo transversal quantitativo n=2237 Residentes de Shenzhen, China, com infecção não confirmada de Covid-19 18 a 70 anos, ambos os sexos	Avaliar a prevalência e relatos clínicos de sintomas depressivos na população em geral colocada em quarentena durante o surto de Covid-19.	Idade mais jovem, solteiros, menor nível de escolaridade, má qualidade de sono.	Idade mais avançada, casados, maior nível de escolaridade, boa qualidade de sono.

Quadro 1. (cont.)

Autor País/Região Revista	Metodologia Método População estudada	Objetivo Geral	Eixo 1: Fatores estressores relacionados com a saúde mental	Eixo 2: Fatores protetores relacionados com a saúde mental
Becerra-García et al. (2020) Espanha Rev. esp. salud publica	Estudo transversal quantitativo n=151 Residentes da Espanha 18 a 76 anos, ambos os sexos	Analisar as diferenças nos sintomas psicopatológicos apresentados pela população espanhola durante a quarentena por Covid-19 com base em variáveis sociodemográficas, ambiental e ocupacional.	Idade mais jovem (<35), estar desempregado, conhecidos e parentes com Covid-19, não praticar esporte, morar sozinho, dedicar pouco tempo sobre informações da pandemia (<30 minutos).	Idade mais avançada, estar empregado, não ter conhecidos e parentes com Covid-19, prática de esporte diário, morar com mais de duas pessoas, dedicar mais tempo sobre informações da pandemia.
Benke et al. (2020) Alemanha Psychiatry Res	Estudo transversal quantitativo n=4335 Residentes da Alemanha 18 a 95 anos, ambos os sexos	Identificar potenciais preditores para as imediatas consequências em saúde mental na pandemia Covid-19.	Sexo feminino, idade mais jovem, menor nível educacional, estar desempregado, ser solteiro, morar sozinho, morar sem crianças, tratamentos psiquiátricos e psicológicos atuais ou passados, estar em autoquarentena, pertencer a um grupo de risco da Covid-19, medidas mais restritivas de saúde pública.	Sexo feminino, idade avançada, maior escolaridade, ter vínculo empregatício, morar com companheiro, morar com filhos, não ter histórico de tratamento psicoterapêutico ou psiquiátrico.
Glowacz; Schmits (2020) Bélgica Psychiatry Res	Estudo transversal quantitativo n=2871 Amostra não especificada 18 a 85 anos, ambos os sexos	Medir o sofrimento psíquico relacionado à crise do Covid19, as medidas de saúde pública para contenção e fornecer políticas de intervenção em saúde.	Idade mais jovem, proximidade de contaminação em jovens, sobrecarga do uso de redes sociais, intolerância à incerteza, níveis mais altos de atividades ocupacionais em pessoas mais velhas.	Idade mais avançada, tolerância à incerteza, menores atividades ocupacionais em pessoas mais velhas.
Pieh et al. (2020) Áustria PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=1005 Residentes da Áustria >18 anos, ambos os sexos	Avaliar a saúde mental durante o bloqueio Covid-19 na Áustria e o efeito da idade, sexo, renda, trabalho e atividade física.	Sexo feminino, idade mais jovem (adultos com menos de 35 anos), pessoas sem trabalho e baixa renda.	Sexo masculino, idade mais avançada, estar economicamente ativo, praticar atividade física.
Bu; Steptoe; Fancourt (2020) Reino Unido Public Health	Estudo transversal quantitativo com amostras pareadas antes (n=31064) e durante (n=60341) Residentes do Reino Unido > 18 anos, ambos os sexos	Comparar preditores sociodemográficos de solidão antes e durante a pandemia Covid-19.	Sexo feminino, adultos jovens, ser estudante, pessoas com menor escolaridade ou renda, inativos economicamente, pessoas que moram sozinhas e residentes em áreas urbanas, grupos étnicos minoritários.	Sexo masculino, idade mais avançada, pessoas com maior escolaridade e economicamente ativos, pessoas que não moram sozinhas, residentes em áreas rurais, grupos étnicos majoritários (raça branca).
Paz et al. (2020) Equador PLoS One	Estudo transversal quantitativo n=759 Sujeitos que faziam parte do programa de vigilância epidemiológica no Equador >18 anos, ambos os sexos	Identificar comportamentos durante o confinamento e variáveis sociodemográficas associadas ao estado de saúde mental de pacientes confirmados ou suspeitos Covid-19.	Sexo feminino, ser natural do Litoral do Equador.	Praticar atividade física, manter uma rotina diária e gastar uma hora ou menos diariamente em busca de informações.
López-Carral; Grechuta; Verschure (2020) Espanha PLoS One	Experimento online e estudo transversal quantitativo n=112 Residentes de 17 países (53,57% na Espanha)	Avaliar os efeitos das mudanças de humor induzidas pela quarentena, medidas implicitamente por meio de classificações subjetivas de estímulos emocionais.	Mudança de rotina, percepção negativa da situação atual, morar sozinho.	Gostar de trabalhar em casa, morar com outras pessoas.

Quadro 1. (cont.)

Autor	Metodologia		Eixo 1: Fatores estressores relacionados com a saúde mental	Eixo 2: Fatores protetores relacionados com a saúde mental
País/Região	Método			
Revista	População estudada	Objetivo Geral		
Gómez-Salgado et al. (2020)	Estudo observacional transversal n=4180	Analisar o sofrimento psicológico durante a pandemia de Covid-19.	Sexo feminino, idade mais jovem, trabalhar fora de casa em atividades essenciais durante a pandemia, estar em quarentena, baixa percepção de saúde, presença de sintomas de Covid-19, ter contato próximo com alguém infectado ou com suspeita de infecção.	Sexo feminino, idade mais avançada, melhor percepção de saúde, morar com crianças ou menores de 16 anos.
Espanha	Residentes da Espanha			
Int. j. environ. res. public health (Online)	>18 anos, ambos os sexos			

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Compreendemos a saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar biopsicossocial, dentro de uma visão integrativa. dessa forma, é de extrema relevância compreender os fatores associados à saúde mental neste momento de pandemia da Covid-19 que o mundo está vivendo. Para isso, elegemos dois grandes grupos temáticos para a discussão dos artigos: 1. Fatores estressores relacionados com a saúde mental; 2. Fatores protetores relacionados com a saúde mental.

Fatores estressores relacionados com a saúde mental no âmbito da pandemia da Covid-19

Os aspectos da saúde mental investigados nos artigos científicos foram ansiedade, depressão, estresse, solidão e sofrimento mental. Há um consenso majoritário dos fatores estressores abordados na literatura referente a sexo, idade, renda e ocupação laboral. Nível de escolaridade, dividir moradia, histórico progresso de problemas de saúde e estado civil também foram apontados como fatores estressores. Assim, 16 artigos (55%) citam o sexo feminino¹¹⁻²⁶; 20 artigos (69%), a idade mais jovem^{11-14,17-24,26-33}; e 11 artigos (38%), o desemprego ou

a perda financeira^{12,18,20,22-24,28,29,33-35}. Além disso, 7 artigos (24%) citam como fatores estressores a menor renda^{11,12,14,17,19,23,24}, enquanto 6 deles (20%) citam ser do grupo de risco^{11-13,28-30,36}, morar sozinho^{22,24,28,29,33,37} e apresentar histórico de problemas em saúde mental^{12,15,18,22,29,36}. Apenas 5 artigos (17%) indicam a baixa escolaridade^{14,21,22,24,31} e ser solteiro^{14,18,21,22,31} como fatores associados ao adoecimento mental.

Um estudo realizado na Índia apontou que o tempo de *lockdown* pode estar associado ao aumento de sofrimento psicológico²¹. A mudança de rotina imposta pelas medidas restritivas^{36,37}, as práticas de quarentena^{30,38} e a maior adesão às recomendações mais rigorosas para evitar a propagação do vírus³⁴ também foram apontadas como fatores estressores que afetam a saúde mental dos sujeitos. Esses achados na revisão corroboram um estudo inicial que indicou que, à medida que a duração do isolamento se estende, o aumento das queixas psicológicas parece aumentar, em que sintomas depressivos e ansiosos se tornam mais suscetíveis⁹.

Apenas um estudo, realizado na Índia, apontou o sexo masculino como o mais acometido pela pandemia referente à saúde mental³⁵. Para os autores, uma justificativa plausível para esse resultado, inconsistente com os outros

estudos, pode ser devido à questão cultural indiana: os homens não participam das atividades domésticas; e, devido ao confinamento, as responsabilidades estão sendo compartilhadas entre os casais. Como os homens não estão habituados ao gerenciamento da vida pessoal, profissional e familiar, a mudança do cenário pode ter provocado maior ansiedade a esse público.

Outro fator estressor foi o aumento de responsabilidade doméstica. O estudo mostrou que mulheres relataram um maior aumento em suas responsabilidades quando comparadas aos homens¹⁵. Assim, o motivo para a diferença entre os sexos pode estar relacionado com os papéis de gênero na sociedade. Mulheres que são mães, por exemplo, podem ter apresentado maiores níveis de estresse pela interrupção das aulas presenciais dos filhos¹⁷.

Algumas justificativas foram apontadas para os mais jovens serem mais vulneráveis aos problemas de saúde mental durante a pandemia. Os jovens são menos resilientes às adversidades e apresentam maiores dificuldades de compreensão sobre as mudanças radicais, porém necessárias, neste período de pandemia²⁶. Sendo assim, pessoas mais velhas estão lidando com essa situação atípica melhor do que os mais jovens²³, visto que são menos propensas a ter problemas psicológicos e se apresentam mais estáveis tanto financeira quanto emocionalmente¹⁹. Na população mais jovem, as mudanças nas atividades de ensino, com o novo formato de ensino remoto, parecem ter afetado a estabilidade emocional¹⁷ e as perspectivas educacionais³², em que ser estudante se tornou um fator estressor maior durante a pandemia do que em períodos normais²⁴. Um estudo realizado no Reino Unido levantou dados que mostram que pessoas que já apresentavam maior risco de solidão (jovens adultos, baixa renda e viver sozinho) experimentaram um risco ainda mais alto durante a pandemia da Covid-19²⁴. Vale destacar que a solidão pode ser um fator importante para o aumento dos sintomas depressivos durante a pandemia, e que as estratégias de intervenção

devem abordar aspectos que trabalham com a solidão, principalmente, para aqueles que tiveram maior ruptura com seu círculo social¹⁶.

Outra possível explicação é que pessoas mais jovens podem ter mais acesso a informações sobre a Covid-19 por meio da mídia social, podendo ocasionar o aumento do estresse²⁸. Em um estudo realizado no Brasil, foi identificado que sujeitos que são mais expostos a informações sobre o vírus e suas vítimas apresentam mais riscos de transtornos mentais menores¹². Outro estudo da revisão, realizado no Kuwait, identificou resultados semelhantes, em que as taxas mais altas de depressão foram associadas ao maior tempo dedicado às notícias da pandemia¹⁸. Porém, pesquisadores da Espanha relataram que adultos mais jovens que dedicavam menos tempo para informação apresentaram maiores índices de hostilidade, depressão e ansiedade. Sendo assim, os autores destacam que tanto um déficit quanto excesso de informações poderiam ser prejudiciais à saúde mental³³. Portanto, manter-se informado pode ser não apenas um fator estressor como também de proteção, dependendo da intensidade desse consumo²⁵.

Apesar de termos muitos fatores que causam estresse interferindo na saúde mental dos adultos, alguns artigos identificaram fatores de proteção à saúde mental das pessoas. Compreender esses fatores possibilita criar estratégias de intervenção na saúde pública da população que podem ser desenvolvidas por profissionais de saúde que cuidam das pessoas, assim como políticas públicas de saúde no âmbito desta pandemia.

Fatores de proteção da saúde mental no âmbito da pandemia da Covid-19

Dentre os fatores protetores relacionados com a saúde mental no período de pandemia, destacam-se: obtenção de apoio psicológico¹⁴ e social^{16,28,29}, níveis altos de resiliência¹⁵, maior suporte e rede social¹⁹, tolerância à incerteza³², praticar atividade física^{23,25,33} e estar empregado/estar economicamente estável^{12,14,18,20,22,23,28,29,33-35}.

Um artigo da China identificou que obtenção de suporte psicológico e social é uma importante estratégia para diminuir as chances de adoecimento mental gerado pela solidão e sentimentos de desamparo que podem ser intensificados em períodos de quarentena¹⁴. A conexão e o apoio social são considerados fatores de proteção, especialmente àqueles que moram sozinhos, devido à tendência dos sentimentos de solidão²⁸. Porém, um estudo realizado na Índia relatou que o maior nível de estresse e ansiedade do público feminino em relação ao masculino perdurou mesmo após a contabilização dos fatores de suporte social e resiliência. Tal achado sugere que os padrões de gênero persistem como fatores estressores mesmo após o exercício dos efeitos protetores¹⁵.

Além dos recursos psicológicos e sociais, a atividade física se mostrou uma forte aliada à promoção de saúde mental^{23,25,28}, em que praticar exercícios por mais de cinco vezes por semana se mostrou útil para evitar a depressão e a ansiedade¹⁸. A boa qualidade de sono também se apresentou como um fator protetor na literatura^{20,28,31}.

Gostar de trabalhar de forma remota e ter maior flexibilidade no trabalho também mostraram ser fatores de proteção^{29,37}. Um artigo realizado na Itália assinalou que trabalhar fora está associado ao maior grau de sofrimento mental¹³. Tal questão pode estar associada a maior percepção de ameaça e suscetibilidade à doença quando o trabalho é mantido de forma presencial, enquanto menores níveis de ameaça se tornam um fator protetor no período da pandemia³⁹. Além disso, estudos apontaram que prevalência de ansiedade e depressão no grupo positivado para Covid-19 é maior do que no grupo não foi afetado pelo vírus¹⁴. Ter pessoas próximas com Covid-19 também se mostrou como um fator estressor pela literatura^{18,26,33}.

Um estudo realizado no Brasil identificou que ser profissional de saúde tem 40% menos chance de apresentar transtornos mentais menores. Uma justificativa plausível seria

maior acesso aos serviços de saúde e melhor compreensão sobre a Covid-19¹². No entanto, outro estudo identificou que os profissionais de saúde estão mais propensos a desenvolver problemas psicológicos devido ao aumento da jornada de trabalho e à necessidade de se isolar de familiares para evitar o contágio¹⁸. Uma pesquisa realizada na Espanha corrobora esse resultado, visto que identificou como fator estressor trabalhar fora de casa em atividades essenciais durante a pandemia²⁶.

Ainda com relação à ocupação laboral, pessoas com doença mental de nível leve e moderado apresentam duas vezes mais chances de perderem seus empregos, e as taxas de desemprego de sujeitos com transtornos mentais graves são cinco vezes mais altas quando comparadas às pessoas sem transtorno, dados importantes citados em um artigo da Áustria²³. Considerando o impacto da pandemia na saúde mental¹³, intervenções voltadas para a promoção do bem-estar psicológico se mostram cada vez mais necessárias.

Considerações finais

Pessoas que são submetidas às medidas restritivas impostas pelo período de pandemia da Covid-19 se mostram vulneráveis a problemas de saúde mental, porém, ainda são poucos estudos que avaliaram os fatores psicossociais relacionados²⁸. Apesar de um tema de forte relevância e de impacto global, ainda há essa lacuna de conhecimento sobre o tema. Pesquisas sobre transtornos mentais durante a pandemia se mostram incipientes e escassas, especialmente se considerarmos as produções científicas desenvolvidas na América Latina²⁰.

Para a elaboração de estratégias de intervenções e de políticas públicas em pandemias, é necessário avaliar os diferentes grupos e suas necessidades. Os jovens, por exemplo, foram considerados os mais vulneráveis nas pesquisas realizadas por diferentes países, sendo um público que requer atenção. Além

disso, conhecendo melhor os fatores de risco e de proteção, recomenda-se que novos estudos investiguem possíveis estratégias de enfrentamento e práticas de autocuidado que possam diminuir os efeitos da pandemia na saúde mental.

Colaboradoras

Meirelles TVS (0000-0003-0341-8309)* e Teixeira MB (0000-0003-0088-9420)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52179/OPASWBACOV1920065_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Pereira MD, Oliveira LC, Costa CFT, et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Reserch, Soc. Dev.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 9(7):e652974548. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 55 Boletim epidemiológico especial. COE-COVID19. Semana epidemiológica 11 (14/3 a 20/3/2021). Brasília, DF: MS; 2006. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/25/boletim_epidemiologico_covid_55_atualizado.pdf.
4. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Genebra: WHO; 2021.
5. Jiao WY, Wang LN, Liu J, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (221):264-266.e1. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(20\)30336-X/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(20)30336-X/fulltext).
6. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Health Nurs.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 29(3):315-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262128/>.
7. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 395(10227):912-20. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext).
8. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 113(5):311-2. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMmp200801?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=crpub%20%20pubmed.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Huremović D, organizador. *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Switzerland: Springer International Publishing; 2019. [acesso em 2021 fev 20]. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9783030153458>.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. 2010 [acesso em 2021 mar 22]; 8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
11. Smith L, Jacob L, Yakkundi A, et al. Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental well-being associated with COVID-19: a cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Res*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (291):113138-113138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7258801/>.
12. Duarte MQ, Santo MAS, Lima CP, et al. Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 25(9):3401-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.
13. Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int j environ res public health*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 17(9). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093165>.
14. Lei L, Huang X, Zhang S, et al. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (26):e924609-e924609. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199435/>.
15. Gopal A, Sharma AJ, Subramanyam MA. Dynamics of psychological responses to COVID-19 in India: A longitudinal study. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(10):e0240650-e0240650. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7553269/>.
16. Lee CM, Cadigan JM, Rhew IC. Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. *J Adolesc Health*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 67(5):714-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576375/>.
17. Hidalgo MD, Balluerka N, Gorostiaga A, et al. The Psychological Consequences of COVID-19 and Lockdown in the Spanish Population: An Exploratory Sequential Design. *Int j environ res public health*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 17(22). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17228578>.
18. Burhamah W, AlKhayyat A, Oroszlányová M, et al. The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *J Affect Disord*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (277):977-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7476447/>.
19. Massad I, Al-Taher R, Massad F, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health: early quarantine-related anxiety and its correlates among Jordanians. *East Mediterr Health J*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 26(10):1165-72. Disponível em: <https://applications.emro.who.int/emhj/v26/10/1020-3397-2020-2610-1165-1172-eng.pdf>.
20. Martínez J, Bolívar Y, Yanez-Peñúñuri L, et al. Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Med UPB*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 39(2):24-33. Disponível em: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/5336>.
21. Pandey D, Bansal S, Goyal S, et al. Psychological impact of mass quarantine on population during pandemics-The COVID-19 Lock-Down (COLD) study. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(10):e0240501-e0240501. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240501>.
22. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, et al. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults

- from Germany. *Psychiatry Res.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (293):113462-113462. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7500345/>.
23. Pieh C, O'Rourke T, Budimir S, et al. Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(9):e0238906-e0238906. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238906>.
 24. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (186):31-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7405905/>.
 25. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, et al. Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(9):e0240008-e0240008. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240008>.
 26. Gómez-Salgado J, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, et al. Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Int j environ res public health.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 17(11). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17113947>.
 27. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, et al. Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 55(5):272-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269939/>.
 28. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, et al. Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 22(8):e20328-e20328. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7419152/>.
 29. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(11):e0241658-e0241658. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241658>.
 30. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad. Saúde Publica.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 36(4):e00054020-e00054020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>.
 31. Peng M, Mo B, Liu Y, et al. Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (275):119-24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7330582/>.
 32. Glowacz F, Schmits E. Psychological distress during the COVID-19 lockdown: The young adults most at risk. *Psychiatry Res.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (293):113486-113486. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518205/>.
 33. Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, et al. Psychopathological symptoms during Covid-19 quarantine in Spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors. *Rev esp salud pública.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; (94). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32515363>.
 34. Nelson BW, Pettitt A, Flannery JE, et al. Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(11):e0241990-e0241990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7419152/>.

- [tps://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241990](https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241990).
35. Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 66(8):756-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020934508>.
36. Ammar A, Mueller P, Trabelsi K, et al. Psychological consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(11):e0240204-e0240204. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240204>.
37. López-Carral H, Grechuta K, Verschure PFMJ. Subjective ratings of emotive stimuli predict the impact of the COVID-19 quarantine on affective states. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(8):e0237631-
-e0237631. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237631>.
38. Fawaz M, Samaha A. COVID-19 quarantine: Post-traumatic stress symptomatology among Lebanese citizens. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 66(7):666-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270572/>.
39. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Martos Martínez Á, et al. Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 mar 22]; 15(6):e0235305-e0235305. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7316299/>.

Recebido em 13/08/2021
Aprovado em 23/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil

Gender and the COVID-19 pandemic: a review of the Brazilian scientific production in health sciences

Ana Cristina Augusto de Sousa^{1,2}, Delaine Martins Costa², Sabrina Rodrigues Pereira³, Regina Ferro do Lago²

DOI: 10.1590/0103-11042021E212

RESUMO Este artigo analisou a produção científica brasileira do campo das ciências da saúde que incorpora questões de gênero aos estudos sobre a pandemia da Covid-19. A busca pelas publicações foi realizada nas bases bibliográficas da área da saúde; seus resultados foram categorizados em eixos temáticos e, em seguida, analisados. Busca-se não apenas caracterizar como a assimetria de gênero é tratada no campo das ciências da saúde, mas também apreender as repercussões da pandemia apontadas sobre a saúde das mulheres. Elas sofreram duramente com aumento do desemprego, da sobrecarga doméstica, da violência pelos parceiros, dos transtornos emocionais e de sua qualidade de vida mostrando que as ações políticas para o enfrentamento da pandemia, quando não pensadas sob as lentes das desigualdades de gênero, são potencialmente produtoras de maiores vulnerabilidades para grupos já vulneráveis antes da crise sanitária, como é o caso das mulheres, especialmente quando negras, pobres e idosas. Isso inclui a devida qualificação profissional da rede de assistência básica e dos profissionais de saúde no que tange à abordagem de gênero, como notou a literatura aqui revisada.

PALAVRAS-CHAVE Pandemias. Covid-19. Saúde da mulher. Gênero e saúde. Revisão.

ABSTRACT *This paper analyzes the Brazilian scientific production in health sciences, which incorporates gender issues into the COVID-19 pandemic studies. We searched for publications in the bibliographic health databases; their results were categorized into thematic axes and then analyzed. Our work does not only aim to characterize how gender asymmetry is addressed in health sciences but also acknowledges the repercussions of the pandemic pointed out on women's health. Women suffered severely from increased unemployment, domestic overload, partner violence, emotional disorders, and their quality of life, showing that political actions to fight the pandemic, when not inspected through the lens of gender inequalities, potentially prompt more significant vulnerabilities for groups already vulnerable before the health crisis, such as women, notably when racialized and poor, which also includes proper professional qualification of the primary care network and health professionals with regards to gender approaches, as noted in the literature reviewed.*

KEYWORDS *Pandemics. COVID-19. Women's health. Gender and health. Review.*

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rferrolago@ensp.fiocruz

³Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A pandemia causada pelo vírus Sars-CoV-2, causador da Covid-19, trouxe efeitos inimagináveis sobre as dinâmicas sociais e a saúde de diferentes grupos. Diversos estudos vêm sendo publicados, desde 2020, em diferentes áreas do conhecimento, visando compreender os efeitos provocados e as formas de mitigação. No campo da saúde coletiva, destaca-se, especialmente, a importância de conhecer como a pandemia intensificou as desigualdades em saúde no Brasil, atingindo fortemente grupos historicamente vulnerabilizados. No País, as mulheres, especialmente as negras e pobres, têm sido as mais afetadas pela injustiça social, por estarem sujeitas a condições mais precárias no mercado de trabalho e no acesso aos direitos sociais¹.

A teoria feminista e os estudos de gênero, em sua diversidade de perspectivas teóricas e abordagens, problematizaram a produção de conhecimento até então realizada, demonstrando que as relações de poder entre os sexos dificultavam ou mesmo inviabilizavam a abordagem de gênero na ciência².

Em suas primeiras configurações, esses estudos objetivavam desnaturalizar a crença da determinação biológica sobre os comportamentos. A ideia precursora era a de que a condição feminina foi criada culturalmente pelas estruturas socioeconômicas^{3,4}. A crítica à determinação biológica, associada às análises sobre a condição da mulher, revelou que essa condição trazia, em seu bojo, uma relação de opressão pelos homens.

Assim, a abordagem do gênero como uma categoria relacional e não universalista desenvolveu-se, e as perspectivas teóricas que emergiram chamaram atenção para a importância de articular tal categoria com outras, como classe social, raça, etnia, orientação sexual, geração, e território⁵⁻⁷. A análise dessas inter-relações vem se expandindo de forma interdisciplinar e se desenvolvendo em meio a perspectivas críticas e à consolidação do movimento social feminista em várias partes do mundo⁸⁻¹⁰.

Com base no referencial dos estudos de gênero e de teorias feministas, o artigo tem por objetivo analisar a produção científica brasileira do campo das ciências da saúde que incorpora questões de gênero aos estudos sobre a pandemia da Covid-19. Busca-se apreender as repercussões da pandemia sobre a saúde das mulheres e contribuir para o fortalecimento do enfoque de gênero nas políticas e ações de saúde.

Material e métodos

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consulta às bases Medline e Lilacs, uma vez que o objetivo foi pesquisar o campo da saúde coletiva. Em que pese reconhecer a saúde coletiva como um campo interdisciplinar, optou-se por trabalhar com as bases de dados características da saúde e não incorporar as de ciências sociais e humanas. Os resultados encontrados foram categorizados em eixos temáticos, os quais estruturam a análise.

A busca foi dirigida à produção brasileira, no período de março de 2020 a julho de 2021, e incluiu estudos de abrangência nacional, estadual e municipal. Foram realizadas duas buscas, com critérios amplos, com o intuito de abarcar todos os trabalhos. A primeira usou os seguintes filtros: 1) termos: (pandemia or coronavirus or covid) and (mulher or gênero or feminino); 2) termos presentes no título ou resumo ou assunto; 3) com texto completo ou não; 4) período 2020-2021; e 5) idioma 'português'. Na segunda busca, os termos foram os mesmos, exceto pelo quinto e último, que foi 'Brasil' (neste caso, o filtro idioma não foi utilizado). A mudança desse filtro teve o objetivo de encontrar publicações que abordassem a realidade brasileira, mas que tivessem sido publicadas em outro idioma.

Foram encontrados 1.048 registros. Inicialmente, foram eliminadas, pelo título, as repetições. Em seguida, foram excluídos os

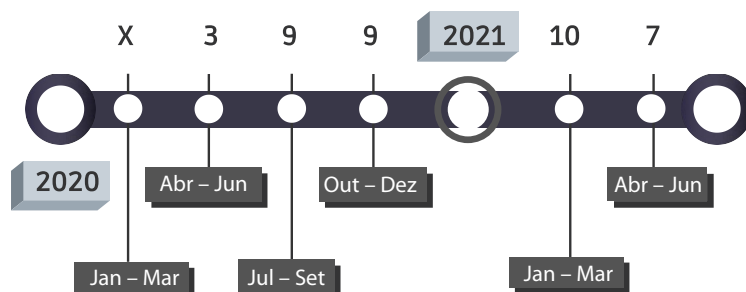
trabalhos publicados em revistas que não eram do campo do conhecimento ciências da saúde, conforme classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). No passo seguinte, foram lidos todos os resumos e foram descartadas as publicações fora do tema ou cujos resultados não poderiam ser analisados sob a perspectiva de gênero, como diretrizes terapêuticas, notas técnicas sobre aspectos clínicos, entre outros. No caso dos artigos científicos, foram também descartados aqueles que estavam na condição de *preprint*, ou seja, publicados nas bases antes do aceite final da revista aos quais foram submetidos. Essa situação foi frequente, sobretudo no primeiro ano da pandemia. Também foram excluídos os artigos de opinião, as reflexões e os relatos de experiência. Ao final, restaram 38

artigos científicos, que compuseram o *corpus* para análise.

Resultados

De acordo com a Capes, a grande área de ciências da saúde é composta pelas seguintes áreas de conhecimento: medicina, nutrição, odontologia, farmácia, enfermagem, saúde coletiva, educação física, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. As 38 publicações revisadas estão assim distribuídas: saúde coletiva (23), enfermagem (8), medicina (5) e educação física (2). Houve concentração de publicações no segundo semestre de 2020 e primeiro trimestre de 2021, conforme pode ser visto na *figura 1*:

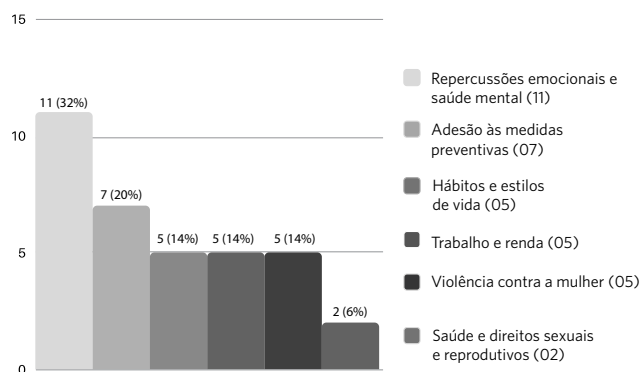
Figura 1. Linha do tempo das publicações, em ciências da saúde, sobre gênero e pandemia da Covid-19 no Brasil, de janeiro de 2020 a julho de 2021



Geralmente, as publicações possuíam mais de 3 autores, com uma média de 4 autores por publicação. Com exceção de 1 artigo, as mulheres estão presentes na autoria de todas as publicações aqui revisadas, sendo que, em 24 delas (63%), elas são a primeira autora. Diversos foram os temas abordados nas publicações, mas foi possível agrupá-los em eixos temáticos. Em sua maioria, eles eram consistentes com as questões centrais dos estudos de gênero. A exceção diz respeito à adesão a medidas preventivas contra a Covid-19, um

tema especificamente relacionado com a pandemia, que emergiu de forma relevante, como veremos adiante. Como a imunização no País ainda não estava em curso nesse período, apenas um artigo tratou das vacinas. Os eixos sistematizados foram: Repercussões emocionais e saúde mental (11); Trabalho e renda (8); Adesão às medidas preventivas (7); Hábito e estilo de vida (5); Violência contra a mulher (5); e Saúde e direitos sexuais e reprodutivos (2). A *figura 2* mostra a distribuição das publicações por eixo temático.

Figura 2. Distribuição proporcional das publicações revisadas por eixos temáticos



Os trabalhos apresentaram intersecção quanto aos eixos de análise, mas a classificação impõe escolhas quanto ao objeto considerado principal. Por exemplo, os estudos que tinham transtornos mentais como tema preponderante foram inseridos no eixo de repercussões emocionais e saúde mental ainda que, por vezes, apresentassem motivações econômicas como razão dos transtornos. Escolhas semelhantes foram feitas para os demais eixos.

Repercussões emocionais e saúde mental

Este eixo temático reuniu 11 artigos, distribuídos nas áreas de saúde coletiva (5), enfermagem (4) e medicina (2). Ele contém investigações que buscaram, no início da pandemia ou ao longo desta, conhecer as principais repercussões emocionais do isolamento e da pandemia, assim como os grupos sociais mais afetados emocionalmente. Foi constatado que as mulheres foram as mais afetadas pelos sentimentos de solidão, isolamento, ansiedade, tristeza, depressão, perda de suporte social, trauma ou estigma e discriminação.

Malta et al.¹¹ destacaram que esses sentimentos estavam associados ao aumento do consumo de cigarros e à piora da qualidade do sono e da saúde mental nas mulheres. Romero et al.¹² mostraram que a redução da renda e

o aumento da sobrecarga doméstica repercutiram negativamente na saúde emocional e mental de mulheres idosas, especialmente entre aquelas mais vulnerabilizadas socialmente. Moraes-Filho et al.¹³ discutiram a importância da amizade para superar tensões durante a pandemia. Eles indicaram que ser do sexo feminino, da raça branca e ter maior renda contribuíram para maiores níveis de tolerância nas relações de amizade.

Dos artigos aqui revisados, três tratavam de categorias profissionais da biomedicina. Mulheres demonstraram maior sofrimento psíquico em todos eles. Teixeira et al.¹⁴ abordaram especificamente os/as estudantes de medicina; já Santos et al.¹⁵ e Dal’Bosco et al.¹⁶, os/as profissionais de enfermagem. No caso da pesquisa com estudantes de medicina, as mulheres demonstraram maior prevalência de sofrimento psíquico (80%), o que também ocorria entre as enfermeiras do estudo realizado no setor privado (86,7% das respondentes), sendo que as mulheres racializadas, com renda mensal inferior a cinco salários mínimos, apresentaram mais sintomas sugestivos de transtornos mentais¹⁵. O estudo de Dal’Bosco et al.¹⁶ abordou profissionais majoritariamente brancas do sexo feminino e com renda maior que três salários mínimos. No entanto, chegou à conclusão similar, qual seja, a de que estas também padeciam de ansiedade e depressão. A

ansiedade prevaleceu (49%) sobre a depressão (25%), e mulheres casadas na faixa etária de 31 a 40 anos foram as mais atingidas.

Três estudos realizados nos primeiros meses da pandemia concluíram que as mulheres mais vulnerabilizadas tiveram piora da saúde mental. Zhang et al.¹⁷ constataram que ser mulher, ter baixa renda, menor nível educacional e ter sofrido redução de renda foram fatores relacionados com a piora da saúde mental. Souza et al.¹⁸, em estudo mais amplo, dedicaram-se ao tema do isolamento social durante os meses de abril e maio de 2020 e chegaram a resultados similares. Barros et al.¹⁹ abordaram os problemas de sono no início da pandemia e identificaram que mais de 40% de pessoas que não tinham problemas de sono passaram a ter, e que 50% das que já tinham problemas de sono tiveram o quadro agravado. Mulheres foram as mais afetadas em ambos os casos, segundo os autores. Lima et al.²⁰ verificaram, durante 30 dias no início da pandemia, o aumento ou a incidência dos problemas de sono segundo condições demográficas e econômicas prévias à pandemia. Em seguida, as compararam com as mudanças nas condições financeiras, ocupacionais e tarefas domésticas durante a pandemia. Entre os grupos que apresentaram maiores alterações do sono, mulheres foram as mais afetadas (82%), e isso podia ter a ver com o aumento da sobrecarga das tarefas domésticas, concluíram.

Apenas um estudo tratou especificamente de mulheres. Santos et al.²¹ investigaram a saúde mental das mulheres privadas de liberdade, a partir de auto relatos de sintomas de ansiedade relacionados com a Covid-19, em uma unidade prisional em Salvador, na Bahia. Nas narrativas colhidas de 41 mulheres (majoritariamente jovens), 95% destas relataram algum sintoma de ansiedade. Aspectos como ser de raça negra, pertencer às classes populares, ter baixa escolaridade, ser mãe solo e não ter contato com a família aumentavam as chances dessas mulheres para o desenvolvimento de transtornos psíquicos.

Trabalho e renda

Os oito estudos que se dedicaram ao impacto do trabalho sobre a saúde das mulheres durante a pandemia se distribuíram nas áreas de saúde coletiva (6) e enfermagem (2). Predominaram análises que destacaram a sobrecarga observada no trabalho do cuidado remunerado (*care*) e não remunerado (doméstico) das mulheres, em especial, profissionais da saúde, que enfrentaram também maior exposição ao contágio e ao burnout. Os estudos desse eixo apresentaram intersecções relevantes com os demais eixos aqui trabalhados, principalmente o de saúde mental.

Com dados do estado da Bahia, Almeida et al.²² indicaram que, nos casos notificados de março a setembro de 2020, 2.920 estiveram relacionados com o contágio no trabalho, com predominância no sexo feminino (64,5%), com faixa etária de 30 a 39 anos (39,9%). O setor da saúde foi o mais afetado em termos do quantitativo de profissionais infectados (37,1%), sendo que as categorias profissionais que mais se infectaram foram: técnicos e auxiliares de enfermagem (25,7%), seguidos por enfermeiros (13,3%), médicos (6,3%) e agentes comunitários de saúde (4,9%). Para as autoras, a maior frequência de casos de Covid-19 entre a força de trabalho feminina do setor de saúde decorre da divisão sexual do trabalho, que reserva às mulheres o trabalho mais direto no cuidado, quanto mais pobres e racializadas elas são. Bittencourt e Andrade²³ chamaram a atenção para o fato de que esse trabalho, desempenhado na sua maioria por mulheres das classes populares, é desvalorizado e mal pago, e tem se precarizado cada vez mais nas últimas décadas, com o aumento de contratos temporários, perdas de direitos trabalhistas, sobrecarga das atividades, péssimas condições de trabalho, entre outros. Na pandemia, essa condição foi ainda mais agravada pela falta de equipamentos de proteção individual, pelo medo do contágio, preocupações com

filhos e familiares, e as vivências diante da morte e o adoecimento de si e dos(as) colegas de profissão. Trata-se de um trabalho que não só exige do corpo, mas também das emoções. Bittencourt e Andrade²³ utilizaram as contribuições dos estudos de gênero para analisar o trabalho do cuidado realizado pelas mulheres, especialmente em saúde, na sua dupla face: a esfera produtiva e a reprodutiva, enfatizando as especificidades do cuidado enquanto trabalho. Elas se utilizaram do conceito da divisão sexual do trabalho e, também, do trabalho de *care*, problematizando as desigualdades entre homens e mulheres e as condições às quais estão expostas as mulheres na saúde e, em especial, na pandemia da Covid-19.

Por meio de conteúdos dos vídeos do YouTube™, Carvalho et al.²⁴ abordaram o protagonismo das enfermeiras na produção do cuidado durante a pandemia e a insegurança que elas enfrentam no exercício da profissão. Os autores apontaram a sobrecarga da função do cuidado na própria atividade profissional da enfermagem, historicamente submetida à precarização e à desvalorização na hierarquia do setor saúde.

Em comum, Carvalho et al.²⁴ destacaram que, ao trabalho do cuidado remunerado, soma-se o trabalho doméstico, este invisível porque não é remunerado. Além do provimento econômico, as mulheres também são, na maioria das vezes, as cuidadoras primárias de crianças, idosos e enfermos de suas famílias e vizinhanças. Ao analisar a saúde das crianças que nasceram prematuras na pandemia, Silva et al.²⁵ chamaram a atenção para a sobrecarga física e emocional das mães com os afazeres domésticos, a casa, a família, além dos próprios cuidados neonatais. Camarano²⁶ mostra que idosas ficaram também mais propensas ao risco de contágio, ao desemprego e à sobrecarga doméstica na pandemia, pois permanecem responsáveis primárias pelo cuidado da família.

Pizzinga²⁷ analisou a situação das trabalhadoras domésticas na pandemia da Covid-19

diante das vulnerabilidades da categoria e dos decretos federais que definiram as atividades essenciais. Ela analisou as diferenças entre homens e mulheres, verificando a inserção maior de homens nas atividades essenciais e das mulheres nas não essenciais e informais, o que as deixava mais suscetíveis à perda do vínculo durante a pandemia, conclusão corroborada também por Castro et al.²⁸. Pizzinga²⁷ detectou também sobrecarga doméstica nessas trabalhadoras que, quanto mais racializadas, tinham vínculos menos estáveis, aprofundando ainda mais as condições vulnerabilizantes em que se encontravam diante da crise gerada pela pandemia. Outro estudo que captou bem as condições sociais dessa categoria foi o de Manfrinato et al.²⁹, sobre a insegurança alimentar nas primeiras semanas da política de distanciamento físico em duas favelas no Brasil. Manfrinato et al.²⁹ revelaram que 88% dos domicílios atingidos pela insegurança alimentar incluíam mulheres jovens que trabalhavam como faxineiras ou ajudantes de cozinha e em serviços de vendas. Apenas um quinto delas recebia auxílio do programa Bolsa Família, e 92% das famílias tinham crianças. A incerteza sobre a aquisição ou recebimento de alimentos atingiu 89% dos participantes, 64% informaram comer menos do que se deveria, 46% não eram capazes de comer alimentos saudáveis e nutritivos e 39% pulavam uma refeição. No total, 47% dos participantes experimentaram insegurança alimentar moderada ou grave no período analisado.

Adesão a medidas preventivas

As medidas preventivas contra a Covid-19 incluem o uso de máscara, a restrição do contato interpessoal e os cuidados com a higiene. No período da busca, a imunização por vacinas ainda não estava disponível. Em um total de sete estudos que analisaram a adesão às medidas preventivas contra a Covid-19, das áreas de saúde coletiva (6) e enfermagem (1), demonstrou-se que as mulheres aderiram mais do que os homens.

Lima et al.³⁰, em uma pesquisa on-line, observaram que as mulheres se percebiam mais em risco de contaminação que os homens, situação creditada pelos autores ao maior senso de autocuidado das mulheres. Avaliaram que essa percepção de maior risco também poderia estar relacionada com a inclusão de muitos profissionais de saúde no estudo, força de trabalho predominantemente feminina e sob maior risco.

Batista et al.³¹ mediram a ocorrência de comportamentos de proteção contra a Covid-19 na população brasileira com 50 anos ou mais. O estudo mostrou maior adesão ao isolamento social (não sair de casa) entre as mulheres em comparação aos homens. A maior frequência de comportamento de proteção entre mulheres foi explicada pela sua maior conscientização sobre os hábitos relacionados com a prevenção de doenças e promoção da saúde, sobretudo por serem elas as principais provedoras dos cuidados às famílias e estarem mais restritas ao ambiente doméstico. O melhor desempenho das mulheres no isolamento social também foi encontrado por Lima-Costa et al.³², por meio de entrevistas telefônicas; e por Guimarães et al.³³ e Szwarcwald et al.³⁴, em inquéritos nas redes sociais, sendo que estes últimos evidenciaram que os homens tiveram quase o dobro de chances de não fazer qualquer restrição ou pouco restringir o contato físico comparativamente às mulheres.

Quanto ao uso e reuso inapropriado de máscaras, é possível discernir nos estudos de Pereira-Ávila et al.³⁵ os contrastes de gênero. Por meio de formulários individuais, disponibilizados em redes sociais, foi identificado que ser mulher aumentava a chance de usar máscaras e diminuía a possibilidade de reutilização de máscaras cirúrgicas – prática desaconselhada pelas autoridades sanitárias.

Por fim, Oliveira et al.³⁶ estimaram a prevalência e fatores associados à hesitação na vacinação contra o vírus Sars-CoV-2 no Maranhão, caso as vacinas estivessem disponíveis. Os autores mostraram que as mulheres

hesitaram mais e supuseram que, como elas são mais propensas a tomar decisões de saúde para seus filhos, também podiam estar mais propensas a buscar informações sobre vacinas e ser expostas a conteúdo antivacinação.

Hábitos e estilo de vida

Neste eixo, foram agrupados cinco trabalhos que buscaram discutir os impactos da pandemia nos hábitos, lazer e estilo de vida das mulheres. Eles foram publicados em periódicos de saúde coletiva (3) e educação física (2). Os estudos sobre a prática de exercícios físicos e mudanças de estilo de vida durante a pandemia detectaram prejuízo entre as mulheres porque estas se encontravam mais sobrecarregadas com o cuidado doméstico. Crochemore-Silva³⁷, Rodrigues et al.³⁸ e Gonçalves et al.³⁹ apontaram também que aquelas inseridas em contextos socioeconômicos piores eram ainda mais afetadas. Rodrigues et al.³⁸ e Malta et al.⁴⁰ salientaram que a discrepância entre os sexos na participação em atividades físicas já era anterior ao período da pandemia. Rodrigues et al.³⁸ sinalizaram ainda que isso pode ser explicado pela mesma sobrecarga de cuidados familiares e atividades domésticas, que penaliza historicamente as mulheres, sobretudo negras e pardas, retirando delas o tempo para o lazer e o autocuidado.

No que tange ao consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas, à alimentação e à atividade física durante o isolamento, Malta et al.⁴⁰ perceberam, em ambos os sexos, aumento do consumo de frituras, congelados, processados e, especificamente entre mulheres, de doces. Enquanto homens aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas, elas recorreram mais ao tabagismo como forma de compensar afetos negativos.

Por fim, o estudo de Teotônio et al.⁴¹, que examina a qualidade de vida no Brasil durante a pandemia, indicou a percepção de menor qualidade de vida entre as mulheres se comparada à percebida pelos homens, sem levantar hipótese que explique o resultado.

Violência contra a mulher

Apesar de ser considerada na literatura especializada um dos maiores problemas de saúde da mulher, especialmente durante a pandemia, o eixo de Violência contra a Mulher (VCM) concentrou apenas cinco artigos, distribuídos nas áreas de saúde coletiva (3), enfermagem (1) e medicina (1). Durante a pandemia, o Brasil recomendou e, por vezes, impôs o distanciamento social, com fechamento parcial de atividades econômicas, escolas e restrições de eventos e serviços públicos. Isso tornou a convivência familiar mais intensa na residência. Os artigos analisados argumentaram que o isolamento teria propiciado o aumento dos casos de violência doméstica e, ainda, dificultado às vítimas o acesso a redes e serviços públicos de informação e ajuda⁴²⁻⁴⁵.

Entre os fatores listados pela literatura que mais contribuíram para o aumento da violência masculina contra a mulher no Brasil em tempos de pandemia, Silva et al.⁴⁶ identificaram: o isolamento social com os parceiros; o consumo de álcool e demais drogas pelos parceiros; a pressão da crise econômica sobre o casal; a sobrecarga feminina; e o enfraquecimento da rede de apoio da mulher. Alguns estudos adicionaram o medo de adoecer e a incerteza da conjuntura entre esses fatores^{43,44}. Os elementos elencados acima figuraram, de forma mais ou menos abrangente, em todos os textos revisados nesse eixo.

Vieira et al.⁴⁴ enxergam a VCM não como uma consequência direta da pandemia, mas como a intensificação de uma violência historicamente estruturada, que expressa em um novo contexto o sistema de poder patriarcal. Ela apontou que o controle das finanças domésticas, a divisão das tarefas domésticas, o sentimento de posse e a sensação de perda do poder nos homens teriam sido fatores que atuaram no aumento da tensão dentro de casa, acionando nos parceiros comportamentos violentos, porém

ainda bastante tolerados porque a sociedade é patriarcal, androcêntrica e misógina. Para elas, o isolamento ampliaria a margem de ação do parceiro na manipulação psicológica da mulher e na vigília de sua comunicação com a rede de apoio, ao mesmo tempo que o acesso a essa rede, particularmente nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça, foi reduzido por causa do medo do contágio.

Todos os autores aqui revisados buscaram identificar os desafios da VCM e enfatizaram a necessidade de ampliar a rede de apoio/cuidado e de prover alternativas e meios para a proteção/acolhimento das mulheres^{42-44,46}. Entre os desafios mais relevantes elencados, figuram: a redução brusca da renda familiar; o aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas por parte dos parceiros; a qualificação profissional para a abordagem interseccional da rede de apoio; e o trabalho com os homens agressores.

Ao buscar conhecer as estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher divulgadas pelas mídias digitais no início da pandemia da Covid-19, Fornari et al.⁴² concluíram que a maior parte delas era adaptada de serviços já existentes, centradas na denúncia da violência pelas próprias mulheres. Entre as medidas propostas pela literatura revisada para mitigar o problema, estiveram: o uso de tecnologias digitais para o socorro; o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência; a devida divulgação dos serviços disponíveis. Também enfatizaram a necessidade de capacitar os trabalhadores da saúde para identificar situações de risco e de expandir e fortalecer redes de apoio, ampliando o número de vagas nos abrigos para mulheres sobreviventes, além de redes informais e virtuais de suporte social e material. Por fim, consideraram essencial também a mudança do discurso de governantes que acabam atuando na contramão do enfrentamento da VCM e a qualificação da rede assistencial para a abordagem de gênero.

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos

Duas publicações abordaram a saúde da mulher, ambas na área de conhecimento de medicina. O artigo de Wenling et al.⁴⁷ comparou a patogênese, a patogenia e características clínicas entre mulheres grávidas infectadas com Sars-CoV-2 e infectadas com Mers-CoV. Os autores destacam que, até 18 de junho de 2020, foram notificados 124 casos de morte materna no Brasil e salientaram que a alta mortalidade poderia ser um alerta para a pior evolução da doença e pior prognóstico. Apontam o cenário adverso, como número insuficiente de trabalhadores de saúde e restrição de recursos de cuidado intensivo como negativo para a saúde de mulheres grávidas.

Takemoto et al.⁴⁸ descreveram as características clínicas de grávidas com Covid-19 no Brasil e examinaram fatores de risco para mortalidade. Trabalhando com as mesmas notificações e baseados nas 124 mortes maternas, calcularam uma taxa de letalidade de 12,7% na população obstétrica. Essa alta taxa estaria relacionada não apenas com fatores de risco clínicos, como início da síndrome respiratória aguda no pós-parto, obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Os achados também indicaram que ser branca tinha um efeito protetivo, ao passo que barreiras de acesso à saúde, que afetam mais a população não branca, estavam relacionadas com o aumento da mortalidade.

Discussão

Os artigos aqui revisados tiveram o mérito de oferecer dados e discussões de diferentes áreas de conhecimento da saúde, que tornaram possível abordar a pandemia também sob a perspectiva das relações de gênero e suas interseccionalidades. Eles explicitaram aspectos que, com ou sem pandemia, subjazem às relações sociais assimétricas entre os sexos.

Embora a maior parte dos artigos não se dedique exclusivamente às mulheres, estas ocuparam boa parte das análises, seja por formarem um contingente significativo da força de trabalho responsável pelos cuidados em saúde, seja por viverem em condições sociais que historicamente as vulnerabilizam mais. Essas condições decorrem de situações que constituem objetos de interesse da literatura feminista, como divisão sexual do trabalho, assimetrias nas relações de poder e a socialização para o cuidado⁴⁹.

Categorias e conceitos do campo teórico feminista foram utilizados em boa parte das publicações revisadas, mostrando que o campo da saúde vem incorporando, progressivamente, as contribuições das ciências humanas e sociais sobre gênero. Contudo, os artigos, em geral, não aprofundam o diálogo com as teorias sociais ou mesmo explicitam suas perspectivas teóricas. A maior parte deles privilegiou o desenho dos estudos e seus achados em detrimento de aprofundamento teórico que explique a realidade encontrada. Essa pode ser uma característica das publicações desse campo, cuja forma e conteúdo privilegiam mais a empiria que as reflexões teóricas. As variáveis de sexo, raça, classe e orientação sexual, por sua vez, foram incorporadas nas publicações, o que se mostrou importante para a compreensão da diversidade que envolve as mulheres como grupo social.

A saúde coletiva foi a área de conhecimento que respondeu pelo maior número de publicações selecionadas²³, praticamente dois terços do material revisado. Essa é uma área interdisciplinar que dialoga com outras áreas de conhecimento, como a epidemiologia, as ciências sociais e humanas, a filosofia e a administração⁵⁰. Em segundo lugar, a enfermagem, com 8 artigos, privilegiou a abordagem de temas ligados ao exercício profissional na pandemia, como os direitos sociais, a maternidade, a violência, entre outros. Isso se deve, basicamente, à composição da força de trabalho da área, majoritariamente feminina e, principalmente, ao cuidado como razão do exercício profissional.

O eixo de trabalho e renda mostrou que as mulheres foram muito afetadas economicamente pela pandemia no Brasil, sobretudo as negras e pobres, o que evidenciou as injustiças sociais que, segundo a literatura feminista, afetam historicamente mais as mulheres^{51,52}. A literatura aqui revisada mostra que a preocupação com o sustento e o aumento do trabalho doméstico não remunerado tiveram efeitos diretos na saúde mental e emocional das mulheres. Vale destacar o forte impacto, em especial, sobre as trabalhadoras da enfermagem, como evidencia a literatura sobre o tema⁵³.

Os estudos revisados mostraram ainda que, na pandemia, o trabalho emocional ou a chamada 'carga mental', que diz respeito ao gerenciamento das tarefas domésticas e emocionais do entorno, aumentou. O esforço de antecipar e de atender às necessidades dos outros, típico do trabalho do cuidado, foi mais exaustivo emocionalmente para as mulheres do que já era antes. Isso se refletiu também na menor disposição e disponibilidade para a rotina de exercícios físicos (autocuidado) e na piora dos hábitos e estilo de vida. A socialização que subjetiva as mulheres para cuidado do outro, permitindo que elas tenham maior percepção do risco, hábitos de prevenção e higiene, entre outros, também explicaria a maior adesão delas às medidas preventivas contra a Covid-19⁵⁴.

Os estudos de gênero e as teorias feministas apresentam inúmeras contribuições para a compreensão da divisão social do trabalho entre os sexos ou divisão sexual do trabalho⁴⁹. As pesquisas sobre o *care*, em suas várias vertentes, têm revigorado as análises sobre o tema⁵⁵. A divisão desigual de tarefas domésticas, que sobrecarrega especialmente as mulheres casadas e com filhos, mostrou que a presença masculina no lar não representou, na pandemia, uma distribuição de tarefas; muito pelo contrário, sobrecarregou e até ameaçou a integridade física e emocional das mulheres, explicitando o ambiente do lar como mais uma esfera de exercício do poder masculino.

A VCM já era alta no Brasil antes da pandemia e aumentou mais após a Covid-19 em

todo o mundo⁵⁶. Ela costuma ocorrer no contexto familiar e doméstico, sendo perpetrada, na imensa maioria das vezes, por parceiros íntimos e parentes próximos. Stockl et al.⁵⁷ estimaram que uma em cada três mulheres em idade reprodutiva já sofreu violência física ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo durante a vida, e eles respondem por mais de um terço dos assassinatos de mulheres no mundo. Em que pese a relevância da VCM na agenda feminista⁵⁸, poucos foram os artigos dedicados ao tema. Em geral, os estudos enfatizaram a pressão do isolamento físico-social sobre os parceiros, com o aumento do consumo do álcool e outras drogas devido às tensões da conjuntura. As dificuldades para inserção econômica, que restringiram mais as mulheres ao âmbito doméstico, elevaram também a sua exposição à convivência com parceiros. Pouca atenção foi dada, entretanto, aos aspectos de socialização que expõem mulheres a relações violentas ou a ações que mirem nos agressores e na prevenção da agressão.

A questão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos é central nos estudos de gênero. No campo da saúde, múltiplos aspectos relacionados com a experiência do nascimento vêm sendo abordados, como acesso e atenção pré-natal e ao parto, violência obstétrica e desigualdades sociais⁵⁹⁻⁶¹, entre outras. Nesta revisão, sobressaíram, nos dois artigos analisados, os temas da morte e mortalidade maternas. Entretanto, esperava-se um número maior de artigos sobre esses tópicos, visto que representam um problema de saúde de grande magnitude no Brasil, amplificado pela pandemia da Covid-19^{62,63}. Uma possível explicação é que os artigos destinados a esses temas usem descritores específicos e, por isso, não tenham sido recuperados na busca realizada para este trabalho.

Considerações finais

Os estudos revisados mostram que a pandemia da Covid-19 trouxe duras consequências para as mulheres, como o aumento do desemprego,

da sobrecarga doméstica, dos transtornos emocionais e da violência dos parceiros. Isso evidencia que ações técnicas e políticas para o enfrentamento da crise sanitária, quando não pensadas sob as lentes das desigualdades de gênero, são, potencialmente, produtoras de mais injustiça social para grupos já vulnerabilizados, especialmente as mulheres negras, pobres e idosas. A literatura aqui revisada apontou para a necessidade de políticas públicas que fortaleçam as redes de proteção social e a qualificação dos(as) trabalhadores(as) de saúde no que tange à abordagem de gênero.

Vale destacar a presença de mulheres na autoria da maior parte das obras, em todos os eixos, o que reforça a importância do protagonismo feminino para a inserção de temas ligados ao gênero na agenda científica da saúde.

Como limitação deste estudo, deve-se mencionar que não foi feita a apreciação da qualidade dos artigos incluídos. Uma forma de mitigar essa limitação foi excluir do *corpus* da análise artigos em *preprint*, de opinião, reflexões e similares; e incluir apenas artigos científicos revisados por pares. Isso retirou publicações que abordavam as consequências da pandemia em grupos específicos, como lésbicas e mulheres trans, revelando uma lacuna quanto a essas populações nos artigos científicos. Outro hiato importante diz respeito

às mulheres indígenas, não contempladas em nenhum estudo aqui revisado. Vale ressaltar que elas não foram localizadas nem mesmo nas etapas iniciais da seleção dos artigos nas bases e áreas do conhecimento abarcados.

Para estudos futuros, recomenda-se estender a busca para a produção científica das ciências sociais e humanas no que concerne à saúde. Isso permitiria mapear outros temas e abordagens que envolvam as relações de gênero e, principalmente, ampliar o conhecimento dos efeitos da pandemia sobre as mulheres. Assim, será possível fortalecer as políticas e ações de saúde para esse grupo populacional, que compõe mais da metade da população mundial.

Colaboradoras

Sousa ACA (0000-0002-5288-2274)* contribuiu para concepção, análise dos dados, redação e aprovação da versão final. Costa DM (0000-0003-2222-5676)* contribuiu para análise dos dados, redação e aprovação da versão final. Pereira SR (0000-0002-5571-9261)* contribuiu para análise dos dados, redação e aprovação da versão final. Lago RF (0000-0002-5130-7411)* contribuiu para concepção, análise dos dados, redação e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Freitas FS, Stanchi M, Pimentel A. Desigualdades, direitos e pandemias. Brasil: Observatório de Direitos Humanos Crise Covid-19; 2021. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: https://assets-dossies-igp-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/02/Livro-Desigualdades-Direitos-e-Pandemi_3012_2021.pdf.
2. Chabaud-Rychter D, Descoutures V, Devreux AM, et al. O Gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour. Brasília, DF: UnB; 2014.
3. Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2019.
4. Mead M. Sexo e temperamento. São Paulo; 2015.
5. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. In: Lorde A, Haraway D, Spivak G, et al. Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019. p. 57-95.
6. Boltanski L, Fraser N, Corcuff P. Domination et émancipation, pour un renouveau de la critique sociale. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2014.
7. Hill Collins P. Intersectionality as critical social theory. Durham: Duke University Press Books; 2019.
8. Haraway D. "Gender" for a Marxist Dictionary: The Sexual Politics of a Word. In: Haraway D. Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature. Londres: Routledge; 2013. p. 127-148.
9. Oyèwùmí O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. CODESRIA Gender Serier; 2004 [acesso em 2021 dez 12]; (1):1-8. Disponível em: https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9_oy%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD_-_conceitualizando_o_g%C3%AAnero._os_fundamentos_euroc%C3%AAntrico_dos_conceitos_feministas_e_o_desafio_das_epistemologias_africanas.pdf.
10. Butler J. Gênero em tradução: além do monolinguismo. Cadernos de Ética e Filosofia Política: Dossiê II Encontro do GT Filosofia e Gênero. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 39-N.2:364-87. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/191642>.
11. Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRB, et al. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Cad. Saúde Pública. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 37(3):e00252220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000300506&tlng=pt.
12. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Cad. Saúde Pública. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 37(3):e00216620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000300505&tlng=pt.
13. Moraes-Filho IMM, Sousa TV, Filha FSSC, et al. Fatores sociodemográficos e emocionais associados à tolerância nas relações de amizade na pandemia pela covid-19. Revista de Enfermagem UFSM. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (11):e2. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/53180>.
14. Teixeira LAC, Costa RA, Mattos RMPR, et al. Saúde mental dos estudantes de Medicina do Brasil durante a pandemia da coronavirus disease 2019. J Bras. Psiq. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 70(1):21-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852021000100021&tlng=pt.
15. Santos KMR, Galvão MHR, Gomes SM, et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. Escola Anna Nery. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 25(esp):e20200370. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000500201&tlng=pt.
16. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at

- a regional university hospital. *Rev. Bras. Enf.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 73(supl2):e20200434. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400153&tlng=en.
17. Zhang SX, Wang Y, Jahanshahi AA, et al. Early evidence and predictors of mental distress of adults one month in the COVID-19 epidemic in Brazil. *J. Psych. Research.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; (142):110366. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399921000118>.
 18. Souza ASR, Souza GFA, Souza GA, et al. Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 55:5. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/183889>.
 19. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epid. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 29(4):e2020427. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400311&tlng=pt.
 20. Lima MG, Barros MBA, Szwarcwald CL, et al. Associação das condições sociais e econômicas com a incidência dos problemas com o sono durante a pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 37(3):e00218320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000300503&tlng=pt.
 21. Santos GDC, Simôa TC, Bispo TCF, et al. Covid-19 nas prisões: efeitos da pandemia sobre a saúde mental de mulheres privadas de liberdade. *Reva Baiana Enf.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 34. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/38235>.
 22. Almeida SM. Perfil epidemiológico dos casos de covid-19 relacionados ao trabalho no estado da Bahia. *Rev Baiana Saúde Púb.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 45(esp1):93-108. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3248/2777>.
 23. Bitencourt SM, Andrade CB. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 26(3):1013-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000301013&tlng=pt.
 24. Carvalho ESS, Vale PRLF, Pinto KA, et al. Contents related to nursing professionals during the COVID-19 pandemic on the Youtube™ platform. *Rev Bras. Enf.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 74(supl1):e20200581. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800203&tlng=en.
 25. Silva AF, Estrela FM, Soares CFS, et al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(9):3475-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903475&tlng=pt.
 26. Camarano AA. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(supl2):4169-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804169&tlng=pt.
 27. Pizzinga VH. Vulnerabilidade e atividades essenciais no contexto da COVID-19: reflexões sobre a categoria de trabalhadoras domésticas. *Rev Bras. Saúde Ocup.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; (46):e25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572021000101201&tlng=pt.
 28. Castro CMS, Vaz CT, Moreira BS, et al. Relação entre trabalho antes da epidemia e ter saído para trabalhar durante esse período entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: resultados da iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 36(supl3):e00193320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DSn6yDGgd6V45SDXZpRHPkG/?lang=pt>.
 29. Manfrinato CV, Marino A, Condé VF, et al. High prevalence of food insecurity, the adverse impact of CO-

- VID-19 in Brazilian favela. *Pub. Health Nutr.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 24(6):1210-5. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1368980020005261/type/journal_article.
30. Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(5):1575-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501575&tlng=pt.
 31. Batista SR, Souza ASS, Nogueira J, et al. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 36(supl3):e00196120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001505004&tlng=pt.
 32. Lima-Costa MF, Mambrini JVM, Andrade FB, et al. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 36(supl3):e00193920. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001505002&tlng=pt.
 33. Guimarães VHA, Oliveira-Leandro M, Cassiano C, et al. Knowledge About COVID-19 in Brazil: Cross-Sectional Web-Based Study JMIR. *Pub Health Surv.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 7(1):e24756. Disponível em: <http://publichealth.jmir.org/2021/1/e24756/>.
 34. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. *Epid. Serv. Saúde.* 2020 [acesso 2021 dez 12]; 29(5):e2020432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000500305&tlng=pt.
 35. Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Góes FGB, et al. Factors associated with the use and reuse of face masks among Brazilian individuals during the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Ame. Enf.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (28):e3360. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100404&tlng=en.
 36. Oliveira BLCA, Campos MAG, Queiroz RCS, et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Ver. Saúde Públ.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; (55):12. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/184862>.
 37. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Wendt A, et al. Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(11):4249-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001104249&tlng=pt.
 38. Rodrigues P, Reis EC, Bianchi L, Palma A. Fatores associados à prática de atividades físicas durante a pandemia da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Ativ Física Saúde.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (25):1-9. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14365>.
 39. Gonçalves L, Silva RR, Ferreira G, et al. Saúde de mulheres de dois grupos de atividade física: estudo de acompanhamento durante a COVID-19. *Rev Bras. Ativ. Física e Saúde.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (25):1-8. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14422>.
 40. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epid. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 29(4):e2020407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400315&tlng=pt.
 41. Teotônio I, Hecht M, Castro LC, Gandolfi L, et al. Repercussion of COVID-19 Pandemic on Brazilians' Quality of Life: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Inter. J Env Research Pub. Health.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 17(22):8554. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8554>.

42. Fornari LF, Lourenço RG, Oliveira RNG, et al. Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. *Rev Bras. Enf.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 74(supl1):e20200631. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800202&tlng=en.
43. Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 36(4):e00074420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt.
44. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. bras. epidemiol.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (23):e200033. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100201&tlng=pt.
45. Ribeiro-Junior MAF, Néder PR, Augusto SDS, et al. Current state of trauma and violence in São Paulo - Brazil during the COVID-19 pandemic. *Rev Col. Bras. Cirurg.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (48):e20202875. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912021000100205&tlng=en.
46. Silva RMM, Pancieri L, Zilly A, et al. Follow-up care for premature children: the repercussions of the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Ame. Enf.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; (29):e3414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100316&tlng=en.
47. Wenling Y, Junchao Q, Xiao Z, et al. Pregnancy and COVID-19: management and challenges. *Rev Inst. Med. Trop.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (62):e62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652020000100405&tlng=en.
48. Takemoto M, Menezes M, Andreucci C, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. *BJOG: Inter. J Obst. Gynaec.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 127(13):1618-26. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16470>.
49. Hirata H, Laborie F, Doaré HL, et al., organizadores. *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: UNESP; 2009. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4098403/mod_resource/content/1/Kergoat%20p.67-75%20in%20Dicionario_critico_do_feminismo%202009.pdf.
50. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* 2014 [acesso em 2021 dez 12]; 24(supl1):205-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&tlng=pt.
51. Federici S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante; 2017.
52. Carneiro S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro; 2011.
53. Minayo MCS, Freire NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(9):3555-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903555&tlng=pt.
54. Molinier P, Laugier S, Paperman P. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité (Petite Bibliothèque Payot) - French Edition*. Paris: Payot; 2009.
55. Guimarães NAG, Hirata H, Sugita K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. *Soc. Antrop.* 2011 [acesso em 2021 dez 12]; 1(1):151-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/kwYwJSWSd38BRbd5fCBGYmw/abstract/?lang=pt>.
56. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, et al. *Pandemics and Violence Against Women and Children*. Washington: Center For Global Development; 2020. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://www.cg>

- dev.org/sites/default/files/pandemics-and-violence-against-women-and-girls.pdf.
57. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013 [acesso em 2021 dez 12]; 382(9895). Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2961030-2>.
 58. Minayo MCS, Freire NP. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 25(9):3555-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903555&tlng=pt.
 59. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc. Est*. 2014 [acesso em 2021 dez 12]; 29(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/QDj3qKFJdHLjPXmvFZGsrLq/?format=pdf&lang=pt>.
 60. Leal MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 dez 12]; 34(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000500101&lng=pt&tlng=pt.
 61. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2022 mar 12]; 33(supl1):e00078816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt.
 62. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, et al. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord*. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (273):391-401. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503272030865X>.
 63. Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella RC, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. *Rev Brasil. Ginec. Obstet*. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 42(08):445-7. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0040-1715138>.
 64. Silva FV, Souza KV. The unacceptable tragedy of maternal mortality associated with COVID-19: (re) politicization of women's health and rights and the position of Brazilian nursing. *Rev. Bras. Enf*. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 73(supl4):e73supl04. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600100&tlng=en.

Recebido em 01/08/2021

Aprovado em 30/12/2021

Conflito de interesses: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Ações governamentais para enfrentamento da crise de desinformação durante a pandemia da Covid-19

Government actions to address the disinformation crisis during the COVID-19 pandemic

Maria Ligia Rangel Santos¹, Marcele Carneiro Paim¹, Catharina Leite Matos Soares¹, Deivson Mendes Santos¹, Raphael Santos Sande¹, Gabriela Rangel de Moura Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E213

RESUMO A profusão de notícias falsas disseminadas no contexto da pandemia da Covid-19 colocou novos desafios a governos, gestores e profissionais de saúde, mídia e entidades de defesa da saúde e da vida. As ações governamentais de diferentes países frente a esse problema são o objeto deste estudo de revisão integrativa, que analisou 16 artigos, após busca em três bases de dados bibliográficos, no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021, utilizando critérios de inclusão e exclusão. Agrupados por continentes (Ásia, Europa e América Latina), os resultados apontaram: existência de dispositivos reguladores; criminalização da desinformação; regulamentação da comunicação digital; uso de tecnologias para aproximar governo e cidadãos; monitoramento e verificação de notícias falsas; uso de plataformas refutadoras; redes digitais para identificação e remoção de notícias e contas; crise de desinformação como fomento para a divergência política; entre outros. Diferenças e desigualdades marcam as ações governamentais frente à desinformação no contexto da pandemia da Covid-19, refletindo coesão social, liderança, confiança institucional ou força coercitiva. Sugerem-se estudos aprofundados, que permitam compreender como as sociedades, com diferentes tipos de governo, economias e regimes políticos, definem as ações desenvolvidas para o controle da desinformação e seu potencial de eficiência.

PALAVRAS-CHAVE Comunicação. Desinformação. Covid-19.

ABSTRACT *The profusion of fake news disseminated in the context of the COVID-19 pandemic posed new challenges to governments, health care managers and professionals, media and entities committed to protect health and life. Government actions from different countries faced with this problem are the object of this integrative review study which analyzed 16 articles, after searching three bibliographic databases, from November 2020 to January 2021 using inclusion and exclusion criteria. Grouped by continents (Asia, Europe and Latin America), the results pointed to: the existence of regulatory devices; criminalization of disinformation; digital communication regulation; use of technologies to bring closer government and citizens; monitoring and verification of fake news; creation of rebuttal news platforms; digital network approaches for identification and removal of news and accounts; disinformation crisis as a foment for political divergence; among other issues. Differences and inequalities marked government actions against disinformation in the context of the COVID-19 pandemic reflecting social cohesion, leadership, institutional trust or coercive force. In-depth studies are suggested to understand how societies with different types of government, economies, and political regimes define the actions taken to control disinformation and their potential effectiveness.*

KEYWORDS *Communication. Disinformation. COVID-19.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
marcele.paim.isc@gmail.com



Introdução

A disseminação de notícias falsas na sociedade contemporânea tornou-se um problema de grande importância para a saúde pública, trazendo prejuízos às populações e aos grupos sociais no que se refere à adesão a medidas de prevenção e proteção da saúde. Como fenômeno mundial, que acompanhou a pandemia da Covid-19, tem sido objeto de estudo de pesquisadores de diversos campos do saber, tendo em vista a sua capacidade de influenciar a política, a cultura e as práticas sociais de várias naturezas¹⁻³.

Na sociedade contemporânea organizada em rede, na internet, em que a relação comunicacional é digitalizada e horizontalizada, multirreferencial e multidirecional, todos podem ser emissores e receptores de mensagens⁴. Isso propicia a expansão desse fenômeno, que não é novo, mas que existia em menor dimensão e gravidade. O uso massivo de computadores replicadores (robôs) de notícias falsas intensificou a disseminação de mentiras criadas e veiculadas, mediante a emissão massiva de postagens, cujo objetivo é massacrar opiniões divergentes⁵.

Tornou-se comum referir-se a esse fenômeno como *fake news*, cuja lógica é antiga e, de acordo com Silva⁶, afeta reputações, prejudica a imagem de pessoas e fomenta o ódio, visando a “[...] semear a desconfiança, confusão e intensificar divisões socioculturais existentes, usando tensões nacionalistas, étnicas, raciais e religiosas”⁷⁽⁴⁵⁾. Associa-se essa questão à crise da racionalidade científica, quando se observa que o discurso racional, a argumentação e o diálogo encontram-se, de certo modo, falidos, para dar lugar ao pensamento mágico que aponta para pseudossoluções, igualmente mágicas e salvadoras, em detrimento do enfrentamento dos problemas da sociedade em suas raízes⁵.

A novidade das *fake news* no contexto contemporâneo é a sua capacidade de intervir em decisões políticas, devido à transformação da política e da ação na internet, alterando

radicalmente os debates que exigem maior profundidade nos momentos de crise⁸.

Assim, o objetivo deste artigo é efetuar uma aproximação com os esforços de governos de diferentes países em todo o mundo, relacionados a ações ou omissões, no intuito de gerir esse gravíssimo problema da produção, distribuição e consumo de informações, que provoca o caos informacional e a desinformação circulante na pandemia da Covid-19, causando prejuízos à saúde da população.

Aproximações conceituais: desinformação, *fake news* e ações governamentais

O termo *fake news* tem sido difundido amplamente para se referir a diversos problemas de informação. Entretanto, alguns autores consideram que ele não traduz o fenômeno mundial e não traz ganho epistemológico, para identificar impactos e propor soluções^{9,10}. Isso porque é um termo polissêmico, sem consenso, utilizado tanto para fazer alusão a dados imprecisos/errados, publicados sem intenção de causar danos (*misinformation*), quanto para se referir a informação intencionalmente falsificada e divulgada para causar danos a terceiros (*disinformation*); e, ainda, quando se refere a fatos da vida privada levados a público para causar danos a pessoas que ocupam posição de destaque na sociedade, como governantes, políticos e outros (*mal-information*)^{7,10}.

Diante disso, alguns autores preferem denominar o fenômeno como ‘desinformação’, ressaltando o caráter de intencionalidade na produção e na propagação de informações falsas, equivocadas ou descontextualizadas para provocar uma crise comunicacional e, assim, obter ganhos econômicos e/ou políticos⁹, promovendo a desordem informacional.

Cabe destacar que acompanha a desinformação, na contemporaneidade, o fenômeno da pós-verdade, uma consequência da desordem informacional que se estabeleceu na internet na sociedade em rede⁴. Segundo Amaral e Santos¹¹⁽⁶⁸⁾, a emergência da era da pós-verdade

está relacionada ao declínio da confiança na ciência e à valorização de crenças e valores individuais, mostrando-se como “o rosto mais visível e episódico da desinformação”.

Entretanto, isso não acontece por acaso, mas por iniciativa das empresas gigantes na internet (Google e Facebook, principalmente), visando à circulação diferenciada e segmentada da informação, orientadas por interesses comerciais, e, a partir dos registros da pegada digital de cada utilizador, organizam algoritmos que conseguem manipular os dados (Big Data) existentes em larga escala, favorecendo a formação de bolhas, ou Eco Chambers, ou *filters*, de acesso a informações⁷. Nessas bolhas são conectados indivíduos que comungam uma mesma visão de mundo, de política, de sociedade e que se reforçam mutuamente para consolidar suas crenças, opiniões e visões dos fenômenos da vida, em detrimento de uma esfera pública onde possa ocorrer o debate sobre os temas de interesse da sociedade¹¹.

Assim, o termo desinformação passou a ser reconhecido como aquele que vai além das notícias falsas, e se refere a informações intencionais, de diferentes procedências, que não possuem fundamento científico e potencialmente causam danos a indivíduos e grupos sociais, sendo, portanto, necessárias ações governamentais para contê-las.

No campo da saúde, a disseminação de *fake news* tornou-se um fenômeno mundial e de interesse para a saúde dos povos, pois coloca em dúvida, para a sociedade, as normas científicas, a medicina baseada em evidências, bem como a qualidade das instituições públicas voltadas para a proteção e a promoção da saúde, contribuindo para acentuar a crise de confiança e credibilidade das instituições, já descrita por Giddens¹² como característica da modernidade. Ademais, as desigualdades sociais e as dificuldades de acesso a informações confiáveis conferem maior gravidade ao problema, uma vez que a falta de informação leva à adoção de ações individuais e coletivas, por vezes

negacionistas¹¹, que influenciam negativamente a adoção de resposta eficaz aos problemas e necessidades de saúde das populações.

Nessa conjuntura de crise sanitária mundial decorrente da pandemia da Covid-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou ‘infodemia’ esse fenômeno sociossimbólico caracterizado pela crise informacional; enquanto a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) utiliza o termo ‘desinfodemia’ para a definição da ‘desinformação básica sobre a doença de Covid-19’¹³.

Assim, a arena pública digitalizada¹⁴ pode ser caracterizada pela concorrência dos recém-produtos conhecimentos científicos com as crenças formuladas e disseminadas por distintos atores sociais acerca da doença, em um contexto de desconhecimento e grandes incertezas, em torno do novo coronavírus, seja no tocante às suas formas de transmissão, seja sobre os sinais e sintomas da doença, medidas de prevenção, proteção e tratamento. Vários exemplos são citados por Galhardi et al.¹⁵, que encontraram informações circulantes sobre a Covid-19 oriundas de crenças populares sem fundamento científico. A circulação desse tipo de informação é causadora de danos, na medida em que concorre, no mercado simbólico¹⁶, com aquelas recomendadas por especialistas e cientistas, que, efetivamente, propiciam alguma proteção contra o vírus.

Material e métodos

Por se tratar de um objeto em construção, dada a recente emergência do problema de pesquisa, realiza-se, neste estudo, uma revisão integrativa que permite, segundo Ercole et al.¹⁷, acessar informações amplas e sintetizar resultados de forma ordenada, sistemática e abrangente.

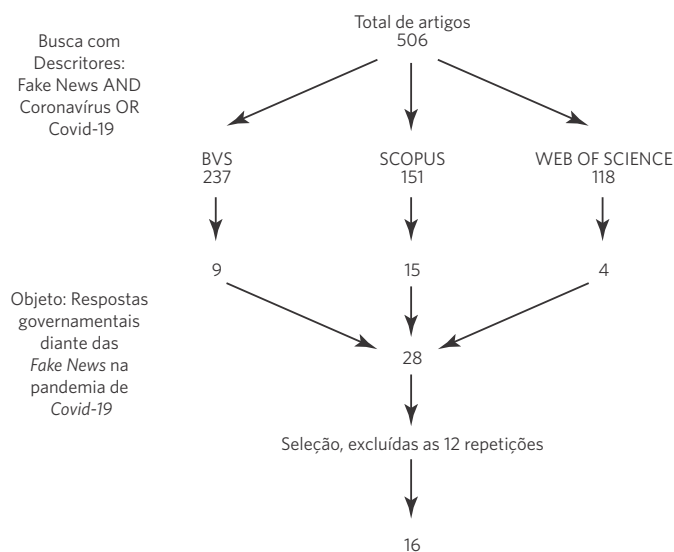
Assim, a partir da questão de investigação ‘Quais ações governamentais foram realizadas para o enfrentamento da infodemia de *fake*

news na pandemia da Covid-19?', realizou-se pesquisa em três bases de dados bibliográficos (BVS, Scopus e WEB OF Science), utilizando os descritores e operadores booleanos: Fake News AND Coronavírus OR Covid-19, no ano de 2020. A pesquisa foi realizada entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, com os seguintes critérios de inclusão dos artigos: ter no título, no resumo ou nas palavras-chave os descritores: fake news, notícias falsas, misinformation, infodemia; misleading information, conflito de informação; e ser de livre acesso e ter sido publicado em português, espanhol ou inglês.

Na BVS, em busca realizada em novembro de 2020, foi encontrado um total de 237 artigos, e,

após exclusão de repetições de artigos que abordavam as *fake news* sobre outros problemas de saúde (oncologia, drogas, entre outros), restaram apenas nove que se referiam às respostas governamentais diante das *fakes news* na pandemia do coronavírus. Na Scopus, foram encontrados 151 artigos, sendo que 15 versavam sobre as respostas governamentais diante das *fakes news* na pandemia do coronavírus. Na Web of Science, 118, sendo que apenas quatro versavam sobre o objeto deste estudo e eram de livre acesso. Ao todo, restaram 28 artigos que se adequavam aos critérios de inclusão, dos quais foram excluídas as 12 repetições. Ao final, 16 artigos foram selecionados para este estudo.

Figura 1. Fluxograma da busca dos artigos nas três bases de dados bibliográficos



Fonte: elaboração própria.

Os artigos foram traduzidos para a língua portuguesa, lidos na íntegra, destacando-se as ações governamentais para o enfrentamento da crise de desinformação, que acompanhou a crise sanitária pela Covid-19, nos diferentes países abordados nos estudos. Os dados foram organizados em matrizes de análise e sistematizados por países e tipos de ações. Na etapa de análise, procuraram-se ações comuns e divergentes, entre os diferentes países, registrando

os regimes de governos dos respectivos países, como categoria de potencial explicativo para as ações encontradas, e dialogando com a literatura existente relativa às *fake news*.

Resultados e discussão

Os resultados agrupados por países são descritos e analisados a seguir, considerando os

distintos continentes e refletindo sobre as relações das ações desenvolvidas com os regimes políticos de governos dos países estudados.

Crise de desinformação e ações governamentais em países da Ásia

Seis artigos do *corpus* contemplaram políticas e

ações de países asiáticos¹⁸⁻²³, destacando-se, na produção científica na Ásia: a China, epicentro da pandemia; a Índia, cujas ações governamentais para o enfrentamento da desinformação durante a pandemia da Covid-19 são opostas às do país anterior; além do Vietnã e da Malásia. O *quadro 1* sintetiza os principais resultados nos países da Ásia que compuseram o *corpus*.

Quadro 1. Artigos selecionados que compuseram o *corpus* do estudo, com destaque para os países abordados

Artigo	País (es)	Autores	Título
ÁSIA			
A1.	China e Índia	Rodrigues U, XU J.	Regulation of COVID-19 fake news infodemic in China and India. <i>Media International Australia</i> , 2020, 177 (1), pp. 125-131. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1329878X20948202 (acessado em 03/01/21).
A2.	China	Hua J, Shaw R.	Vírus Corona (Covid-19) “infodêmico” e questões emergentes através de lentes de dados: o caso da China. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 2020, 17 (7), art. n. 2309. https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2309 (acessado em 14/01/21).
A3.	China	Zou H, Shu Y, Feng T.	How Shenzhen, China avoided widespread community transmission: A potential model for successful prevention and control of COVID-19. <i>Infectious Diseases of Poverty</i> , 2020, 9 (1), art. n. 89. https://link.springer.com/article/10.1186/s40249-020-00714-2 (acessado em 14/01/21).
A4.	Vietnam	Nguyen TTP, Duy Cao Nguyen DC, Nguyen ATT, Nguyen LH, Vu GT, Nguyen CT, Nguyen TH, Le HT.	Fake News Affecting the Adherence of National Response Measures During the COVID-19 Lockdown Period: The Experience of Vietnam. <i>Frontiers in Public Health</i> , 2020, 8, art. n. 589872. https://internal-journal.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.589872/full (acessado em 13/01/21).
A5.	Vietnam	Linh TNQ, Hanh TTT, Shaw R.	COVID-19 initial preparedness and response in VIETNAM during the first six months of the pandemic and the lessons for Sendai framework implementation. <i>International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment</i> , 2020. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJDRBE-07-2020-0080/full/html (acessado em 14/01/21).
A6.	Malásia	Yusof ANM, Muuti MZ, Ariffin LA, Tan MKM.	Sharing Information on COVID-19: the ethical challenges in the MALAYSIAN setting. <i>Asian Bioethics Review</i> , 2020, 12 (3), pp. 349-361. https://link.springer.com/article/10.1007/s41649-020-00132-4 (acessado em 14/01/21).
EUROPA			
A7.	Espanha	Elías C.	Scientific experts and government communication in the age of fake news analysis of the information strategy of the COVID-19 in Spain. <i>Prisma Social</i> , 2020, (31), pp. 6-39. https://covid19.elsevierpure.com/zh/publications/scientific-experts-and-government-communication-in-the-age-of-fak-2 (acessado em 08/01/21).
A8	Itália	Falcone R, Sapienza A.	How COVID-19 Changed the Information Needs of Italian Citizens. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 2020, 17 (19), art. n. 6988, pp. 1-19. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579097/#:~:text=Italy%20was%20the%20first%20European,19%2C%20facing%20an%20unprecedented%20situation.&text=By%20making%20use%20of%20a,address%20the%20most%20reliable%20sources (acessado em 14/01/21).
A09	Espanha	Diaz J C L, Fernandez LR, Rojano FJP.	Governmental communication and emotions in the covid-19 crisis in Spain. <i>Revista Latina de Comunicacion Social</i> , 2020 (78), pp. 23-40. https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-966343 (acessado em 14/01/21).

Quadro 1. (cont.)

Artigo	País (es)	Autores	Título
A10	Itália e Espanha	De Blasio E, Selva D.	Affective governance during the COVID-19 crisis: Building leadership, trust, and good citizens. <i>Tripodos</i> , 2020, 1 (47), pp. 67-86. http://www.tripodos.com/index.php/Facultat_Co-municacio_Blanquerna/article/view/804 (acessado em 21/01/21).
A11	Ucrânia	Patel SS, Moncayo OE, Conroy KM, Jordan D, Erickson TB.	The landscape of disinformation on health crisis communication during the COVID-19 pandemic in Ukraine: hybrid warfare tactics, fake media news and review of evidence. <i>Journal of Science Communication</i> , 2020, 19 (5), art. n. A05. https://jcom.sissa.it/archive/19/05/JCOM_1905_2020_A02 (acessado em 14/01/21).
AMÉRICA LATINA			
A12	Peru	Alvarez-Risco A, Mejia CR, Delgado-Zegarra J, Del-Aguila-Arcntales S, Arce-Esquivel AA, Valladares-Garrido MJ, Del Portal MR, Villegas LF, Curioso WH, Sekar MC, Yáñez JA.	The Peru approach against the COVID-19 infodemic: Insights and strategies. <i>American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</i> , 2020, 103 (2), pp. 583-586. https://www.ajtmh.org/view/journals/tjmd/103/2/article-p583.xml (acessado em 14/01/21).
A13	República Dominicana	Tapia L.	COVID-19 and fake news in the Dominican Republic. <i>American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</i> , 2020, 102 (6), pp. 1172-1174. https://www.ajtmh.org/view/journals/tjmd/102/6/article-p1172.xml (acessado em 14/01/21).
A14	Equador	Luque A, Maniglio F, Casado F, García-Guerrero J.	Transmedia context and twitter as conditioning the Ecuadorian. <i>Tripodos, Communication</i> . 2020, 2 (47), pp. 47-68. https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1077268 (acessado em 14/01/21).
A15	Brasil	Henriques CMP, Vasconcelos W.	Crises dentro da crise: Ações, incertezas e desencontros no combate a pandemia da Covid-19 no Brasil. <i>Estudos Avançados</i> , 2020, 34 (99), pp. 25-44. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42723 (acessado em 14/01/21).
A16	Brasil	Ribeiro FA, Ribeiro FB, Leist AA.	Who is going to pay the price of COVID-19? Reflections about an unequal Brazil. <i>International Journal for Equity in Health</i> , 2020, 19 (1), art. n. 91. https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-574851 (acessado em 14/01/21).

Fonte: elaboração própria.

O desenvolvimento de alguma política de contenção das *fake news* foi comum a esses países, incluindo a criminalização, com medidas legais de punição e publicização de informações por canais oficiais, com maior ou menor capacidade de gestão.

A China – república socialista dirigida por um único partido, o Partido Comunista da China – enfatizou a segurança pública e a responsabilidade social, assim, justificando a censura a informações em plataformas de mídia social, construindo a imagem de um governo eficaz e responsável. Quando a pandemia do Sars-CoV-2 emergiu nesse país, já o encontrou preparado para enfrentar notícias falsas, pois as ações de controle de boatos (notícias falsas) iniciaram desde que o Presidente

Xi Jinping assumiu o poder, em 2012, com o objetivo de controlar as notícias sobre o seu regime de cunho autoritário. A partir daí, várias campanhas buscavam conter os boatos, chegando a 2018 com uma plataforma refutadora (<http://www.piyao.org.cn/>), articulada a 40 plataformas locais, para identificar desinformação, com uso de inteligência artificial¹⁸.

Nesse momento, a China já possuía mecanismos antirrumores, internet avançada e legislação de segurança cibernética desde 2017, e já regulava e censurava a circulação de informações de grupos de internet. Para enfrentar os ‘rumores’ em torno da Covid-19, foram criadas seções específicas nas plataformas, para refutar informações falsas, de modo que todas as que surgiram foram rapidamente

removidas; informações incorretas retificadas e esclarecidas, mediante campanhas dos governos locais, comissões de saúde e escritórios de polícia, utilizando as várias plataformas, com remoção das mensagens, além das sanções aplicadas, como o encerramento de contas que disseminavam notícias falsas/boatos e a detenção dos promotores de boatos.

A mensagem “Não produza, circule ou acredite em rumores e cumpra a lei, cidadãos”⁹⁽¹⁰⁾ foi amplamente divulgada nas vilas e cidades, acompanhada da informação sobre as sanções. Assim, a China enfrentou a pandemia da Covid-19 com a combinação de alguns esforços, que foram chave:

[...] forte governança, regulamentação estrita, forte vigilância da comunidade e participação do cidadão e uso inteligente de big data e tecnologias digitais [...] ¹⁹⁽¹⁰⁾.

Um estudo relata que a incorporação de tecnologia móvel, big data e inteligência artificial na resposta à Covid-19, na cidade de Shenzhen, com 22 milhões de habitantes, no sul da China, aumentou a acessibilidade aos serviços de saúde, reduziu a desinformação e minimizou o impacto de notícias falsas, destacando, ainda, os recursos utilizados²⁰.

A Índia – república composta por 28 estados e sete territórios da união, com um sistema de democracia parlamentar – enfrentou dificuldades e acabou não conseguindo equilibrar a censura de informações enganosas e o respeito à liberdade de expressão¹⁸. Nesse país, desde o início de seu governo, o primeiro-ministro lançou, em 2014, um serviço móvel acessível, que conectou um número crescente de pessoas das áreas urbanas e rurais da Índia à internet e às redes sociais, o que impossibilitou a detecção da fonte e da natureza das mensagens de *fake news* circulantes. Com a chegada da Covid-19, o governo lançou mão da lei de gestão de desastre para bloquear, por três semanas, a internet no País, a fim de conter o pânico, e considerou crime a disseminação de notícias falsas. Consultou as empresas de mídia social

(Facebook, Twitter, ShareChat e o WhatsApp), com o objetivo de remoção das notícias falsas, evitando que se espalhassem pelo País, e combinou essa iniciativa com campanha de conscientização em massa¹⁸, destacando o pânico que poderia daí decorrer.

Esse bloqueio foi precedido de um pedido de publicação de notícias positivas sobre Covid-19 aos proprietários e editores de mídia de notícias a fim de publicar histórias positivas, mas foram recebidas contestações dos meios e negação do recurso feito ao Supremo Tribunal de Justiça, para impedir publicações sem a autorização do governo. Este, ao contrário, ordenou o uso da versão oficial sobre os fatos relacionados à Covid, sob contestação de jornalistas, em nome da preservação da democracia e da liberdade de expressão. ‘Mygov Corona’ é o nome do *chatbot* (um programa de computador com base em inteligência – robôs – que imita conversas com usuários de plataformas e aplicativos diversos), criado no WhatsApp por uma empresa de telecomunicações gigante, contratada pelo governo indiano, visando a veicular informações do Ministério da Saúde sobre o coronavírus¹⁸.

No Vietnã – país com Estado socialista de partido único, em que o presidente é o mais alto cargo do Partido Comunista –, o enfrentamento das *fake news* na pandemia da Covid-19 motivou estudos que destacam os aspectos que afetaram a adesão às medidas de resposta nacional, bem como a menção explícita às notícias falsas entre as limitações dessas ações^{21,22}.

Desse modo, foram ressaltadas ações vietnamitas, como: a aplicação da Lei de cibersegurança (aprovada em 2018); o estabelecimento de canais de comunicação oficiais em *sites* de redes sociais, como a página de Informações do Governo no Facebook ou a página oficial do Ministério da Saúde em Zalo (um dos aplicativos sociais mais populares no País); reforço das medidas de prevenção para grupos étnicos minoritários no intuito de combater estigmas; atuação da agência policial no acompanhamento de casos e eliminação de informações falsas no ciberespaço e o contato telefônico

direto com cidadãos pelos Ministérios e departamentos, algo que nunca havia sido implementado antes. Os autores mencionam, ainda, os tipos de problemas causados pelas *fake news* no País, tais como estocagem, falta de produtos em farmácias e supermercados, automedicação, greves, desinformação sobre a vacina, entre outros²¹.

O estudo de Linh et al.²² acrescenta, entre as ações do governo do Vietnã, as regulamentações, acompanhadas de sanções econômicas, para garantir altos níveis de conformidade com as comunidades. Esses autores apontam o uso efetivo da tecnologia da informação para informar o risco de infecção, sintomas de doenças, medidas de prevenção e áreas de alto risco, e reforçam a frequência de compartilhamento e publicização dessas informações, de forma transparente e facilmente acessível.

Estudo sobre a resposta da Malásia – monarquia eletiva constitucional federal – discute como o compartilhamento de informações pode ser tratado de forma ética e defende a existência de duas categorias problemáticas de compartilhamento de informações nas redes sociais, a saber: informações pessoais de pacientes e suas famílias pelo público, as autoridades ou terceiros, e a divulgação de notícias falsas ou informações falsas²³. Em resposta ao compartilhamento desse tipo de informação, os autores consideram que as autoridades malaias responderam bem nas redes sociais e que inúmeras investigações criminais foram iniciadas pelas autoridades contra indivíduos que divulgam notícias falsas ou falsas informações.

Esse estudo destaca, ainda, as atualizações oficiais das autoridades competentes através das redes, como as páginas do Facebook do Conselho de Segurança Nacional e Canais do Telegram, bem como plataformas do Ministério da Saúde; o desenvolvimento e o lançamento

do aplicativo MySejahtera, para auxiliar no gerenciamento da pandemia de Covid-19 no País, fornecendo diretrizes básicas e atualizações regulares para o público; comunicado diário à imprensa pelo Diretor-Geral da Saúde²³.

Além disso, os autores ressaltam duas medidas adotadas para conter a disseminação de desinformação na Malásia: a) a Comissão de Comunicações e Multimídia da Malásia (MCMC), que é o órgão regulador para a indústria de comunicação e multimídia no País, lançou uma equipe de resposta rápida para monitorar notícias ou alegações suspeitas feitas na internet ou nas redes sociais sobre Covid-19. A equipe recebe e verifica os fatos de todas as postagens suspeitas de mídia social, blogs ou mensagens relatadas pelo público. Qualquer postagem ou artigo nas redes sociais, que requeira esclarecimentos, seria encaminhado às autoridades competentes para verificação. A postagem em mídia social ou o artigo em questão é postado no *site* *sebenarnya.my* (tradução: a verdade) e rotulado como notícia falsa; b) alertas ao público sobre penas por divulgar notícias falsas ou informações falsas sobre Covid-19, com base na Lei de Multimídia e Comunicações de 1998, que, mediante condenação, é passível de multa de até RM100.000,00 ou reclusão de até dois anos, ou ambos²³.

Ações governamentais e respostas da sociedade ao enfrentamento à desinformação na Europa

Cinco artigos²⁴⁻²⁸ evidenciam as estratégias discursivas e ações governamentais no enfrentamento à desinformação na Europa, apresentando análises sobre as experiências da Espanha, Itália e Ucrânia. O *quadro 2* sintetiza os principais resultados nos países da Europa que compuseram o *corpus*.

Quadro 2. Ações de controle da desinformação sobre a Covid-19 na Europa

Ações	Países
Regulamentação, Criminalização e Sanções (prisão, multas).	Ucrânia
Desenvolveu estratégias para recuperar a confiança do governo junto aos cidadãos.	Espanha
Contratou cientistas para influir na produção do conhecimento para intervenção institucional.	Espanha
Líderes governistas buscaram influenciar cidadãos na construção de confiança e credibilidade de informações sobre Covid-19 mediadas em práticas comunicacionais.	Itália, França

Fonte: elaboração própria.

Na Ucrânia, a crise geopolítica, decorrente do conflito envolvendo a Criméia e a Rússia, está implicada nas crises sanitária e informacional oriundas da pandemia nesse país da Europa Oriental (Patel et al.²⁴). Como uma das ações do governo ucraniano, encontra-se um projeto de lei, considerado no Parlamento, envolvendo multas e punições, com até sete anos de prisão, para a disseminação proposital de desinformação. Entretanto, apesar de o governo ter ampliado o acesso dos cidadãos aos serviços de telecomunicações durante a pandemia, as consequências da desinformação continuaram desastrosas, principalmente com a proliferação de *fake news*.

Já para os demais países da Europa, diferentemente de estudos realizados em outros continentes e países, os artigos priorizaram, na sua maioria, discutir conceitualmente ‘desinformação’ e ‘*fake news*’ e o comportamento dos cidadãos frente a esses fenômenos, do que analisar centralmente as possíveis ações governamentais dessas nações para gerir a crise informacional associada à pandemia da Covid-19. Entretanto, tais ações ficam evidenciadas nos estudos a partir da análise da relação Estado-sociedade realizada pelos autores.

No caso da Espanha, segundo Elías²⁵, a principal ação governamental para garantir a credibilidade da informação acerca das medidas propostas para o controle da pandemia, e a consequente adesão da população, baseou-se no uso de cientistas especializados na comunicação institucional. Essa estratégia já era utilizada pelo governo, funcionando como um escudo, em caso de fracasso das ações. Entretanto, os

‘cientistas’ não correspondem àqueles de carreira acadêmica, mas a ‘executivos’ contratados pelo governo, e que, como afirma esse autor, são desacreditados pelos cidadãos por estarem subordinados ao governo.

Díaz et al.²⁶, ao contrário, sugerem que as emoções também fazem parte da relação dos cidadãos entre si e entre Estado e cidadãos. Destacam que o apoio emocional é a segunda mensagem de maior valor, e a empatia é a característica mais proeminente das informações recebidas. Esses pesquisadores estudaram as reações de cidadãos frente às ações governamentais ao longo da pandemia da Covid-19 na Espanha, ou seja, como a comunicação institucional do governo espanhol procura conhecer e, conseqüentemente, dialogar com os cidadãos. Argumentam que a capacidade de empatia e compreensão por parte do governo é mais apreciada do que outros aspectos, como a clareza e a rapidez da emissão de mensagens.

A dimensão afetiva que envolveu a pandemia surge, em alguns estudos, como aspecto relevante na relação do governo com os cidadãos para fazer frente à desinformação. Nessa perspectiva, De Blasio e Selva²⁷ adotam conceitos de governança emocional, cidadania afetiva e liderança transformacional em suas análises sobre a ação de líderes políticos da Itália e da Espanha. O primeiro destaca a desinformação como uma complexa dimensão da crise, que enfraquece a Itália diante da falsidade e da mentira. De outra perspectiva, o líder espanhol entende que os cidadãos devem ter algum tipo de competência informacional no uso das mídias, para, de modo prudente, e

como um ato de civismo, buscar meios confiáveis de informação, reduzindo a incerteza e rompendo com as cadeias de transmissão das notícias falsas.

As buscas de informações, na Itália, são também observadas por Falcone e Sapienza²⁸ como comportamentos associados à confiança que os sujeitos têm nas instituições que lhes representam. Consultando 4.260 cidadãos italianos, os pesquisadores encontram resultados otimistas, pois a ciência foi considerada como tendo um papel importante, após o surto de Covid-19, referindo-se ao fato de que os italianos passaram a exercer uma vigilância às ações governamentais de forma criteriosa a partir da busca e da checagem de informações.

Esses autores²⁸ concluem que o comportamento de busca de informações dos italianos

foi fundamental para que esses cidadãos se sacrificassem em prol do cumprimento das medidas sanitárias – apesar dos ônus emocionais decorrentes, sobretudo, do isolamento social rigoroso nesse país, em algumas das fases da pandemia.

Caos informacional e ações governamentais em países da América Latina

Abordando as ações governamentais em países da América, cinco artigos²⁹⁻³³ focalizaram o Peru, a República Dominicana, o Equador e o Brasil. O *quadro 3* sintetiza os principais resultados nos países da América Latina que fizeram parte do *corpus*.

Quadro 3. Ações de controle da desinformação sobre a Covid-19 na América Latina

Ações	Países
Regulamentação, Criminalização e Sanções: prisão, multas, encerramento de contas.	Peru
Estabelecimento de canais de comunicação oficiais em sites de redes sociais, como a página de Informações do Governo no Facebook ou a página oficial do Ministério da Saúde.	República Dominicana
Padronização de condutas de diagnóstico e tratamento para enfrentar prescrições médicas sem base científica.	República Dominicana
Campanhas com publicação de notícias falsas, retificação e esclarecimento.	Peru
Abordagens de redes digitais – parceria com Facebook e Twitter para identificação e remoção de notícias e de contas.	Peru
Comunicação diária do MS com os meios de comunicação.	República Dominicana
Medidas educativas – inclusão de medidas preventivas de saúde nos currículos do ensino fundamental e médio [...] a promoção da alfabetização em saúde nas escolas.	Peru
Degradação da ação comunicativa do governo.	Equador e Brasil
Disseminação de informações falsas alimentaram a divergência política.	Brasil
Governo Central dificulta o acesso a informações com bases científicas e promove informações falsas.	Brasil
Falta de diretrizes para a população sobre como reagir ou no que acreditar permitiu a disseminação de notícias falsas.	Brasil
Realiza uma comunicação oficial em desacordo com as diretrizes da OMS.	Brasil
Medidas ignoram o perigo da crise da Covid-9 para a saúde pública, levando a uma propagação da epidemia em todo o País.	Brasil

Fonte: elaboração própria.

O Peru, uma república presidencialista, adotou nos primeiros 10 dias da pandemia medidas rígidas de isolamento, bloqueio nacional e de organização de *site* oficial conceitualmente alinhado a outros *sites* internacionais, que se mostraram capazes de identificar a expressiva quantidade de 500 boatos sobre a Covid-19²⁹. Houve uma grande disseminação de notícias falsas e boatos, relacionada, segundo os autores, ao analfabetismo e ao tempo livre decorrente dos bloqueios da Covid-19, além da baixa informação sobre saúde.

Os autores relatam que, em março de 2020, um repórter alarmou a população com a previsão de que haveria 125 mil mortes no País, o que foi rapidamente compartilhado nas redes sociais, assim como o anúncio falso de que o Ministro da Economia e o presidente teriam contraído a doença. Diante disso, o governo peruano passou a publicar resumos de notícias falsas em um *site* ‘Manual Covid-19 Peru’, semelhante aos *sites* de outros países. Além disso, o Ministério da Justiça e Direitos Humanos anunciou medidas punitivas, com pena de prisão de dois a quatro anos, para quem divulgasse notícias falsas, e de três a seis anos se a notícia causasse pânico, e criou a *hashtag* ‘Não espalhe #notícias falsas’.

Ainda, o Peru inaugurou, na América Latina, a implantação de sentenças de prisão por ato de criação e divulgação de notícias falsas. Segundo Alvarez-Risco et al.²⁹, as medidas governamentais foram bem-sucedidas, obtendo-se drástica redução do número de notícias falsas. Os autores apontam diversos esforços de mídia social e outras empresas de tecnologia, que têm sido desenvolvidos em outros países para conter a infodemia, a exemplo da disposição do Twitter de excluir contas que divulgassem notícias falsas; bem como os esforços da eBay e da Amazon, também dispostas a apagar mensagens com “ofertas de produtos comercializados como curas milagrosas”²⁹⁽⁵⁸⁴⁾. Ademais, destacam a

[...] proposta de inclusão de medidas preventivas de saúde nos currículos do ensino fundamental e médio [...] a promoção da alfabetização em saúde nas escolas [...]”²⁹⁽⁵⁸⁴⁾.

Na República Dominicana, com regime de democracia representativa, o panorama político foi um fator importante para entender como a população se portou diante da crise. Segundo Tapia³⁰, a desconfiança nas instituições públicas aumentou devido à falta de uma explicação clara para a crise eleitoral. O Ministério da Saúde realizou uma série de entrevistas coletivas matinais para manter a comunicação social na pandemia, fornecendo recomendações para a equipe médica e o público em geral. O governo dominicano investiu em anúncios de rádio, mídia social e televisão para informar a população sobre os melhores comportamentos preventivos e auxiliar na identificação de sintomas³⁰.

Além disso, o Ministério da Saúde lançou o ‘Protocolo Nacional de Diagnóstico e Tratamento para Covid-19’ para garantir a padronização dos procedimentos de diagnóstico, atendimento e prevenção de casos depois de um relatório apontar que os médicos estavam prescrevendo tratamentos e profilaxia com regimes como hidroxicloroquina e ivermectina, baseando-se em notícias falsas e não nas orientações das autoridades sanitárias locais³⁰. O autor afirma que todas as rápidas medidas tomadas pelo governo da República Dominicana não foram suficientes para reconquistar a confiança da população e impedir a rápida disseminação das *fake news*, pois, diante da crescente desconfiança nas instituições públicas, é necessária uma comunicação, por parte das universidades, que traduza a ciência em termos que possam ser compreendidos e acessíveis ao público, mirando o aumento do interesse. Seria necessário, também, engajar-se em soluções, sendo que a comunidade acadêmica poderia assumir, por exemplo, as diferentes plataformas de mídia social, ‘silenciando’ indivíduos mal-informados³⁰.

Já no Equador, uma democracia representativa, Luque et al.³¹ abordaram o poder das

mídias sociais para eclodir e produzir notícias falsas. Para tal, utilizaram o Twitter como elemento de análise, pois ele contribuiu para disseminar notícias e mídias com elementos catastróficos, especialmente da cidade de Guayaquil. A renúncia do Ministro da Saúde e políticas consideradas regressivas, envolvendo a dispensa de profissionais de saúde e a rescisão do acordo de saúde com Cuba, também desligando médicos cubanos em 2019, um ano antes da pandemia, semearam a desconfiança da opinião pública do Equador³¹.

Em um contexto político conturbado, a corrente política do presidente Rafael Correa é acusada de fazer uma campanha de notícias falsas para desestabilizar o atual governo. Luque et al.³¹ relatam pesquisa em tuítes com a hashtag #BastaDeNoticiasFalsas, além de *fake news*, evidenciando que, tanto na mídia nacional quanto na global, as histórias do Twitter tiveram um impacto direto e foram reproduzidas ou reescritas como relatórios ou novas postagens. Foi verificado que o *feedback* entre o Twitter e as histórias das diferentes mídias convergiu³¹. Como consequência, os autores afirmam que o impacto dos acontecimentos rapidamente resultou na degradação da ação comunicativa do governo.

Tentativas de desviar a atenção da opinião pública ou permanecer em silêncio não bastaram para o governo neutralizar as notícias falsas, principalmente no caso relacionado aos acontecimentos em Guayaquil.

No Brasil, república presidencialista, em um contexto de governo de ultradireita, Henriques e Vasconcelos³² identificam uma profunda crise de confiança nas instituições brasileiras e indicam que a disseminação de *fake news* contribuiu para sua produção, além de concretizá-la. Os autores apontam para a rejeição das instituições especializadas na produção e disseminação de conhecimento técnico e científico pela valorização de líderes religiosos e outras lideranças populares e ataque às organizações nacionais e internacionais para desacreditá-las. Afirmam, ainda, que informações falsas alimentam a divergência

política e se confundem com a própria decisão do governo federal de dificultar o acesso a informações. E que a infodemia implica desorientação das pessoas, fazendo com que elas percam a capacidade de reconhecer fontes e conteúdos confiáveis, ficando predispostas a aceitar aquilo que corresponde aos valores ou crenças disseminados pelas *fake news*³².

Analisando a mesma realidade, Ribeiro e Leist³³ apontam as discrepâncias governamentais no tratamento da pandemia da Covid-19 no Brasil. Segundo as autoras, a falta de diretrizes para a população sobre como reagir ou no que acreditar permitiu a disseminação de notícias falsas. Elas ainda destacam que, desde o surgimento da pandemia da Covid-19, o Brasil realiza uma comunicação oficial em desacordo com as diretrizes da OMS, e suas medidas ignoram o perigo da crise da Covid-19 para a saúde pública, levando a uma propagação do Sars-CoV-2 em todo o País.

Essas autoras utilizaram dados da alfabetização e escolaridade dos brasileiros, em que cerca de 30% da população com idade entre 15 e 64 anos são analfabetos funcionais, o que explicaria a dificuldade da população em interpretar as informações relacionadas à Covid-19, em especial, quando existe disseminação de mensagens conflitantes, como foi observado. Apontam, como medidas a serem tomadas, a promoção de campanhas governamentais com diretrizes claras em todo o País, com linguagem simples, utilizando informações baseadas em evidências científicas.

Discussão

As evidências apontam que há diferenças e mesmo desigualdades nas ações governamentais frente ao problema da desinformação no contexto da pandemia da Covid-19, as quais refletem o grau de coesão social, liderança e confiança institucional existente em cada uma dessas realidades. Ou, de outro modo, a força coercitiva empregada por alguns regimes de governo age sobre as informações confusas,

contraditórias, conflitantes, que deixam populações vulneráveis a manipulações de interesses de grupos sociais e desprotegidas da doença.

Recomendações para controlar esse fenômeno – a crise de desinformação –, em 2018, foram emanadas do relatório da comissão de monitoramento e ações resolutivas à desinformação na União Europeia³⁴, no qual ao menos quatro princípios são propostos pelo bloco para nortear as iniciativas de Estados-nações, organizações, empresas e cidadãos:

[...] transparência para que os cidadãos tenham informações claras sobre fontes de notícias e financiamento; diversidade de informações online e offline, porque isso alimenta o senso crítico; a credibilidade da informação deve ser óbvia para os cidadãos; e inclusão, pois não pode haver solução sustentável de longo prazo sem o comprometimento de todas as partes envolvidas³⁴⁽⁵⁾.

Também, o relatório sobre a desinformação e suas consequências com relação à pandemia da Covid-19, produzido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco)³⁵, aponta ao menos ‘nove temas principais da infodemia’, que devem ser objetos de reflexões e ações de resolução: 1) Origens e propagação da doença por coronavírus/Covid-19; 2) Estatísticas falsas e enganosas; 3) Impactos econômicos; 4) Descrédito aos jornalistas e meios de comunicação confiáveis; 5) Ciências médicas: sintomas, diagnóstico e tratamento; 6) Impactos na sociedade e no meio ambiente; 7) Politização de ações técnico-científicas; 8) Conteúdo impulsionado por ganho financeiro fraudulento entre meios de comunicação, mas, principalmente, via internet; e 9) Foco nas celebridades de desinformação – atores sociais (indivíduos, grupos sociais e instituições) que usam sua influência pública para contribuir para a desinformação.

Contudo, tais princípios e diretrizes não são suficientes para gerir uma infodemia, pois, se internamente a cada nação já é difícil articular esforços, são mais raras ainda as iniciativas

organizadas de forma colaborativa entre os países, para que sejam traçadas estratégias e desenvolvidas ações coordenadas sistematicamente nessa missão – principalmente, a partir do momento de instalação da pandemia por Covid-19.

Apreende-se da literatura revisada que os países que já possuíam dispositivos reguladores, como China, Vietnã e Malásia, contaram com esse fator facilitador para a adoção de medidas de controle mais eficientes. Iniciativas de regulamentação da comunicação digital e o recurso à criminalização da desinformação ocorreram em diversos países (China, Peru, Vietnã, Índia, Malásia, Ucrânia), implicando controle da informação e sanções a indivíduos propagadores de desinformação. A efetividade, vantagens e limitações dessas iniciativas devem ser objeto de estudos futuros.

De todo modo, em países com grande parque tecnológico, forte governança e vigilância da comunidade, combinados com a participação do cidadão e o uso inteligente de big data e tecnologias digitais, como a China, os resultados parecem ter sido mais favoráveis, a despeito da crítica quanto à perda da liberdade de expressão, especialmente quando houve a tentativa de impedir/censurar publicação de notícias sobre coronavírus sem a autorização do governo (Índia, China).

Ainda, a infodemia estimulou ações governamentais, com o uso de tecnologias, para aproximar governo e cidadãos (Vietnã, Malásia), mediante o estabelecimento de canais de comunicação oficiais em *sites* de redes sociais, como a página de Informações do Governo no Facebook ou a página oficial do Ministério da Saúde (Vietnã, Malásia, República Dominicana, Índia). Ademais, com o uso efetivo da tecnologia da informação para informar o risco de infecção, sintomas de doenças, medidas de prevenção em áreas de alto risco (Vietnã) e a padronização de condutas de diagnóstico e tratamento para enfrentar prescrições médicas sem base científica, como na República Dominicana, onde também se instalou a comunicação diária do MS com os meios de comunicação.

Medidas foram tomadas para monitoramento e verificação das notícias falsas (Malásia) e criação de plataformas refutadoras de notícias falsas (China, Malásia), bem como campanhas com publicação de notícias falsas, retificação e esclarecimento (China, Índia, Peru) e abordagens de redes digitais, com parceria com Facebook e Twitter para identificação e remoção de notícias e de contas (China, Peru); e medidas educativas, como a inclusão de ações de proteção da saúde nos currículos do ensino fundamental e médio e a promoção da alfabetização em saúde nas escolas (Peru).

Chama a atenção a aplicação da Lei de Gestão de Desastre para bloquear a internet no País, por três semanas, a fim de conter o pânico, na Índia. O governo continuou sua estratégia de fechar a internet em partes do País, de modo a conter a circulação de informações incorretas e mensagens de ódio, evidenciando a urgência e o despreparo do governo para conter a desinformação na pandemia.

Distinguem-se os países europeus por buscarem desenvolver estratégias para recuperar a confiança do governo junto aos cidadãos mediante a contratação de cientistas para orientar a produção do conhecimento para intervenção institucional (Espanha) ou recorrendo a lideranças governamentais para construção de confiança e credibilidade de informações sobre Covid-19.

É na América Latina, em especial, no Equador e no Brasil, que se encontra a degradação da ação comunicativa do governo, principalmente no Brasil, onde a disseminação de informações falsas alimentou a divergência política; o governo dificultou o acesso a informações com bases científicas e promoveu informações falsas; faltaram diretrizes para a população sobre como reagir ou no que acreditar; realizou-se uma comunicação oficial em desacordo com as diretrizes da OMS. As medidas ignoraram o perigo da crise da Covid-9 para a saúde pública, levando à disseminação do Sars-CoV-2 em todo o País e dando lugar ao descontrole da pandemia e ao surgimento de novas cepas do vírus, problemas

esses que estão, também, associados à crise de desinformação que assolou o País.

A despeito da conduta do governo, no Brasil, foram tomadas algumas medidas oriundas de outros segmentos da sociedade para conter a desordem informacional. Assim, agências de verificação destinaram-se a averiguar denúncias e reduzir o alcance das páginas web, a exemplo da 'Aos fatos', que criou um *chatbot* – Robô Fátima (@fatimabt) –, para atuar no Messenger e no WhatsApp, checando notícias; além da ação do Google e do Twitter, que operaram para rastrear links de notícias falsas ou distorcidas. Segundo Spinelli e Ramos⁷, ao final de julho de 2018, antes da pandemia, já haviam sido retiradas da rede social 196 páginas e 87 perfis que violavam as políticas de autenticidade da rede social, algumas ligadas ao MBL (Movimento Brasil Livre).

Contudo, medidas governamentais nesse sentido do controle da disseminação das *fake news* na sociedade poderiam mitigar os efeitos da pandemia, a partir de uma maior adesão da população às medidas de proteção e prevenção, assim como uma maior capacidade de enfrentamento aos movimentos antivacina. Levando-se em consideração a estruturação e a capilaridade do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a significativa aceitação da imunização das crianças, desde o seu nascimento, pela população brasileira, o Brasil poderia atingir melhores patamares no enfrentamento da crise sanitária provocada pelo coronavírus.

Pode-se, portanto, afirmar que, apesar de os países evidenciarem contextos políticos distintos e diversos, com diferentes características socioeconômicas e culturais, a crise da desinformação, concomitante à crise sanitária imposta pela pandemia da Covid-19, atinge as sociedades no mundo todo, contribuindo para alavancar crises sociais e políticas.

Considerações finais

Este estudo traz uma primeira aproximação com o fenômeno da desinformação, a partir da

revisão da literatura científica, em um período determinado. Certamente que as buscas realizadas não foram suficientes para incluir toda a produção científica produzida no ano de 2020 sobre o tema, pois, posteriormente, já no período de elaboração deste artigo, outros artigos foram encontrados em buscas simples no Google. Optou-se, entretanto, por manter o *corpus* originalmente sistematizado, considerado suficiente para uma primeira leitura do tema.

O estudo sugere a necessidade de aprofundar a análise e ampliar as buscas bibliográficas de períodos mais recentes, bem como cotejar esses resultados com documentos e outros registros das ações governamentais, que possam enriquecer o *corpus* da pesquisa, no sentido de incluir outros países e continentes, já que os estudos encontrados nessa pesquisa se restringiram aos países citados.

A análise de um objeto complexo requer uma abordagem multi, inter ou transdisciplinar, o que significa olhar os seus diversos ângulos, sob os prismas de distintos campos de saber. Embora predomine na sociedade a visão tecnicista da informação, educação e comunicação sobre os riscos, a saúde e a doença, nesta revisão, fica evidente a dimensão

política que emergiu como elemento central para a compreensão dos determinantes da desinformação e da infodemia sobre a Covid-19, em âmbito global, apontando para a necessidade de melhor compreender as relações entre regimes de governo e ações de controle da desinformação desenvolvidas, bem como as ações e reações de toda a sociedade.

Colaboradores

Santos MLR (0000-0001-7340-3132)* contribuiu para a concepção e o planejamento; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Paim MC (0000-0002-3065-2144)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Soares CLM (0000-0002-8131-4831)*, Santos DM (0000-0001-6985-7094)*, Sande RS (0000-0002-3427-1971)* e Santos GRM (0000-0003-2203-2225)* contribuíram para a interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Mounk Y. O povo contra a democracia: porque nossa liberdade corre perigo e como salvá-la. São Paulo: Companhia de Letras; 2019.
2. Delmazo C, Valente CLJ. Fake news nas redes sociais online: propagação e reações à desinformação em busca de cliques. *Méd. Journ.* 2018; (1):155-169.
3. Recuero R, Gruzd A. Cascatas de Fake News Políticas: um estudo de caso no Twitter. *Galáxia.* 2019 [acesso em 2020 jan 12]; (41):31-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-25542019239035>.
4. Castells M. *Redes de Indignação e Esperança. Movimentos sociais na era da Internet.* Trad. Medeiros

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- CA. Rio de Janeiro: Zahar; 2013.
5. Marcondes Filho C. Apresentação – Fake News: o buraco é muito mais embaixo. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019.
 6. Silva JM. Fake News – A Novidade das Velhas Falsificações. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019. p. 33-46.
 7. Spinelli EM, Ramos DO. Desordem Informacional no Ecossistema Digital das Eleições Brasileiras de 2018. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019. p. 199-222.
 8. Figueira J, Santos S. Introdução – História Institucional e a Reescrita Permanente das Estórias. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019.
 9. Martins MH. Muito além das fake news o problema da desinformação em meio à crise social. In: Martins MH, organizador. Desinformação crise política e saídas democráticas para as fake news. Apresentação. São Paulo: Veneta; 2020. p. 108.
 10. Marinoni B, Galassi V. Aspectos da desinformação, capitalismo e crises. In: Martins MH, organizadora. Desinformação crise política e saídas democráticas para as fake news. Apresentação. São Paulo: Veneta; 2020. p. 22-49.
 11. Amaral I, Santos SJ. Algoritmos e redes sociais: a propagação de fake news na era da pós-verdade. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019. p. 283.
 12. Giddens A. As consequências da modernidade. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Editora Unesp; 1991.
 13. Almeida Filho N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: Santos AO, Lopes LT. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Covid-19. Principais Elementos. Brasília, DF. Distrito Federal; 2021, p. 214-225. (Volume I).
 14. Baptista C. Digitalização, Desinformação e Notícia Falsa – Uma Perspectiva Histórica. In: Figueira J, Santos S. As fake News e a nova ordem (des)informativa na era da pós-verdade. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2019. p. 47- 62.
 15. Galhardi CPA, Freire NPB, Minayo MCSC, et al. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; (25):4201-4210.
 16. Araújo I. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(14).
 17. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME rev. min. enferm.* 2014 [acesso em 2021 jan 3]; 18(1):9-12. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>.
 18. Rodrigues UM, Xu J. Regulation of COVID-19 fake news infodemic in China and India. *Med. Inter. Australia.* 2020 [acesso em 2021 jan 3]; 177(1):125-131. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1329878X20948202>.
 19. Hua J, Shaw R. Corona Virus (COVID-19) “Infodemic” and Emerging Issues through a Data Lens: The Case of China. *Inter. J. Env. Res. Pub. Health.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 17(7):2309. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2309>.
 20. Zou H, Shu Y, Feng T. How Shenzhen, China avoided widespread community transmission: A potential model for successful prevention and control of COVID-19. *Infect. Dis. Pov.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 9(1):89. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40249-020-00714-2>.

21. Nguyen TTP, Duy Cao Nguyen DC, Nguyen ATT, et al. Fake News Affecting the Adherence of National Response Measures During the COVID-19 Lockdown Period: The Experience of Vietnam. *Front. Pub. Health.* 2020 [acesso em 2021 jan 13]; (8):589872. Disponível em: <https://internal-journal.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.589872/full>.
22. Linh TNQ, Hanh TTT, Shaw R. COVID-19 initial preparedness and response in VIETNAM during the first six months of the pandemic and the lessons for Sendai framework implementation. *Inter. J. Dis. Res. Built Env.* 2020 [acesso em: 2021 jan 14]; 12(1):143-155. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJDRBE-07-2020-0080/full/html>.
23. Yusof ANM, Muuti MZ, Ariffin LA, et al. Sharing Information on COVID-19: the ethical challenges in the Malaysian setting. *Asian Bio Rev.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 12(3):349-361. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41649-020-00132-4>.
24. Patel SS, Moncayo OE, Conroy KM, et al. The landscape of disinformation on health crisis communication during the COVID-19 pandemic in Ukraine: hybrid warfare tactics, fake media news and review of evidence. *J. Sci. Comm.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 19(5):A05. Disponível em: https://jcom.sissa.it/archive/19/05/JCOM_1905_2020_A02.
25. Elías C. Scientific experts and government communication in the age of fake news analysis of the information strategy of the COVID-19 in Spain. *Pris. Soc.* 2020 [acesso em 2021 jan 1]; (31):6-39. Disponível em: <https://covid19.elsevierpure.com/zh/publications/scientific-experts-and-government-communication-in-the-age-of-fak-2>.
26. Diaz J C L, Fernandez LR, Rojano FJP. Governmental communication and emotions in the covid-19 crisis in Spain. *Rev. Lat. Com. Soc.* 2021 [acesso em 2021 jan 14]; (78):23-40. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-966343>.
27. De Blasio E, Selva D. Affective governance during the COVID-19 crisis: Building leadership, trust, and good citizens. *Tripodos.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 1(47):67-86. Disponível em: http://www.tripodos.com/index.php/Facultat_Comunicacio_Blanquerna/article/view/804.
28. Falcone R, Sapienza A. How Covid-19 Changed the Information Needs of Italian Citizens. *Inter. J. Env. Res. Pub. Health.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 17(19):1-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579097/#:~:text=Italy%20was%20the%20first%20European,19%2C%20facing%20an%20unprecedented%20situation.&text=By%20making%20use%20of%20a,address%20the%20most%20reliable%20sources>.
29. Alvarez-Risco A, Mejia CR, Delgado-Zegarra, et al. The Peru approach against the Covid-19 infodemic: Insights and strategies. *Am. J. Trop. Med Hygiene.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 103(2):583-586. Disponível em: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p583.xml>.
30. Tapia L. Covid-19 and fake news in the Dominican Republic. *Am. J. Trop. Med Hygiene.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 102(6):1172-1174. Disponível em: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/102/6/article-p1172.xml>.
31. Luque A, Maniglio F, Casado F, et al. Transmedia context and twitter as conditioning the Ecuadorian. *Trip. Comm.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 2(47):47-68. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1077268>.
32. Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: Respostas, incertezas e desencontros no combate a pandemia da Covid-19 no Brasil. *Est. Avanc.* 2020 [acesso em 2021 jan 14]; 34(99):25-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42723>.
33. Ribeiro FA, Leist AA. Who is going to pay the price of Covid-19? Reflections about an unequal Brazil. *Inter. J. Equity Health.* 2020 [acesso em 2021 jan 14];

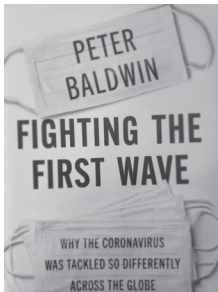
- 19(1):91. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-574851>.
34. Martens B, Aguilar L, Gomez-Herrera E, et al. The digital transformation of news media and the rise of disinformation and fake news – An economic perspective. Digital Economy Working Paper 2018-02. Sevilla: European Commission; Joint Research Centre; 2018. [acesso em 2021 jan 14]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc111529.pdf>.
35. Posetti J, Bontcheva K. Desinfodemia: Decifrar a informação sobre Covid-19. Resumo de Políticas. Brasília, DF: Unesco; 2020. [acesso em 2021 jan 14]. Disponível em: https://en.unesco.org/sites/default/files/desinfodemic_deciphering_covid19_disinformation.pdf.

Recebido em 22/09/2021

Aprovado em 19/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da covid-19 (2020-2022), chamada MCTIC/CNPQ/FNDCT/MS/SCTIE/DECIT nº 07/2020



Baldwin P. Fighting the first wave. Why the Coronavírus was tackled so differently across the global

Nilson do Rosário Costa¹

DOI: 10.1590/0103-11042021E214

A PANDEMIA DA COVID-19 IMPÔS UMA DERROTA MONUMENTAL ao modelo de proteção sanitária baseado nas intervenções farmacêuticas adotado em escala global. Em função da indisponibilidade de vacinas e antivirais para prevenir ou tratar essa doença, os governos nacionais foram incentivados a suprimir a disseminação do novo coronavírus por meio do *lockdown* combinado com a testagem em massa, rastreamento de contato e quarentena involuntária. A estratégia da supressão pelo *lockdown* reduziu a velocidade da disseminação do Sars-CoV-2 e a mortalidade prevista pela Covid-19. Contudo, não foi nada simples a sua aceitação nas democracias liberais em razão dos argumentos sobre perdas econômicas e do temor à invasão da privacidade.

O livro de Peter Baldwin ‘Fighting the first wave. Why the Coronavírus was tackled so differently across the globe’¹ traça um amplo painel dos dilemas, resistências e equívocos do enfrentamento da pandemia da Covid-19 em 2020. A publicação reúne um conjunto de ensaios sobre a pandemia enquanto um evento essencialmente político. A emergência da Covid-19 resgatou a exigência de uma disciplina coletiva que não mais fazia parte das ferramentas da saúde pública contemporânea nem das expectativas de muitas sociedades orientadas por valores individualistas. Nesse contexto, os títulos dos capítulos são extremamente convidativos à leitura: ‘Ciência, política e história: como explicar as diferentes abordagens da Covid-19’, ‘Lutando contra a Covid-19 com Táticas Preventivas Arcaicas’, ‘A política da prevenção: Como o Estado e o cidadão interagem na luta contra Covid-19’, ‘Decisões difíceis em situação adversa: o dilema entre a segurança e a solvência’.

Baldwin chama atenção que o vírus foi rapidamente identificado, testes foram desenvolvidos e demonstrado que o Sars-CoV-2 se dissemina pela tosse, espirro ou respiração dos humanos, sendo extremamente letal. Entretanto, o avanço no conhecimento biomédico teve pouca influência nas decisões de não poucos governantes ao contrário do que foi observado em outras situações epidêmicas, como o exemplo do controle e a prevenção do HIV.

O autor destaca que as relações entre especialistas e governos foram esgarçadas, notadamente quando os dirigentes políticos optaram por respostas “caóticas e deliberadamente ineptas”¹⁽³⁾ à pandemia – como nos exemplos recorrentemente citados de Trump, Bolsonaro e do primeiro-ministro inglês Boris Johnson.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
nilsondorosario@gmail.com



Sublinha, ainda assim, que opções de intervenção preventiva foram apresentadas aos governos com base em argumentos científicos conflitantes. Assinala que, durante o primeiro ciclo da pandemia, o aconselhamento aos governos não teve uma “unanimidade de mensagem”¹⁽³⁾ abrindo margem para a adoção de soluções erráticas com o apoio de especialistas, como a implantada na Suécia, cujo modelo de responsabilização individual e voluntária pela prevenção ao novo vírus é analisado em detalhe e ironia.

Ao replicar com sucesso a metodologia de mapeamento das respostas nacionais à epidemia de Aids², o autor explica que a diversidade da resposta governamental à pandemia em função do veto ao *lockdown* tomou como referência a ideia da ‘quarentena focalizada’ nos indivíduos que contraíram a Covid-19 ou a perspectiva inconsequente da ‘imunidade de rebanho’, tentando livrar a massa da população dos eventuais prejuízos decorrentes da imposição do *lockdown*.

Estas opções de política governamental tiveram como pressuposto que a pandemia teria uma disseminação lenta e que a multiplicação rápida dos quadros graves causados pela Covid-19 não afetaria o sistema de saúde, possibilitando que as atividades econômicas não fossem paralisadas. O risco de surgimento de variantes do novo coronavírus com maior capacidade de transmissão em razão da sua disseminação descontrolada esteve absolutamente fora do cálculo dos defensores da quarentena focalizada e da imunidade de rebanho ou contaminação em massa.

O livro destaca também que a adoção do “charlatanismo farmacológico”¹⁽¹⁷⁾ e o fervor religioso estiveram na agenda tanto dos governos das economias periféricas quanto das centrais que negaram o *lockdown*. O líder supremo do Irã promoveu as plantas medicinais. Trump e Bolsonaro defenderam as falsas virtudes de dois antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) assim como o presidente francês Macron. Essa defesa de Macron foi, felizmente, apenas na fase inicial da pandemia.

O primeiro-ministro japonês fez campanha para um antiviral de produção local sem evidência de eficácia farmacológica. Os líderes da Indonésia propuseram o banho de sol em massa para matar o vírus. Na Coreia do Sul, Paquistão e Irã, foram incentivadas as cerimônias religiosas e as romarias às áreas de maior incidência da Covid-19 para conjurar o risco da pandemia. Na Tanzânia, o presidente defendeu as orações como o melhor meio de proteção contra o novo coronavírus.

O crescimento da demanda por leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos sistemas nacionais de saúde foi associado a processos sociais e sanitários de longa duração. Contudo, a pandemia encontrou os países europeus com baixíssima disponibilidade de leitos de UTI em razão das políticas de austeridade fiscal das décadas anteriores. Baldwin relata com certa perplexidade as consequências éticas dessa escassez estrutural de leitos de UTI e de respiradores, a qual colapsou o sistema de saúde e disseminou a prática da triagem na Suécia, na Bélgica, na Suíça, na França, na Itália e nos Estados Unidos. Os protocolos de triagem recomendaram priorizar a internação dos pacientes com maior probabilidade de sobreviver, discriminando os idosos e os mais debilitados. O autor reporta que a prática da triagem de forte conotação eugenista durante a pandemia foi apenas oficialmente rejeitada na Alemanha por força da compreensão de que não existe objetividade legal que autorize aos agentes públicos e os profissionais a decidir sobre quem deve ou não sobreviver. A barbárie praticada pela Alemanha no campo do experimento médico durante a Segunda Guerra Mundial também teria influenciado a decisão de frear a prática da triagem pela autoridade sanitária.

A publicação registra a aplicação da primeira vacina contra o Sars-CoV-2 em dezembro de 2020. A descrença na qualidade da vacina, especialmente entre mulheres, idosos, minorias e pessoas de baixa renda, é apontada como questão relevante para o futuro da segurança sanitária global. Ao criticar as intervenções

verticais da saúde pública do passado, o autor defende de modo enfático a parceria com a sociedade civil para lidar com a ascensão do movimento antivacina.

A presença da China, da Índia e da Rússia como novos gigantes da inovação em vacinas é também destacada como uma mudança na geopolítica das tecnologias biomédicas de monta. Entretanto, o autor identifica o déficit abissal na condição de higiene e no modo de interação entre humanos e animais observado na China como um paradoxo da hipermodernidade e ameaça sanitária. Não resta dúvida de que os leitores brasileiros ganhariam muito se o livro tivesse tradução para o português.

Como registro de um tempo de incerteza, a construção de Baldwin pode inspirar novas reflexões que considerem os limites distributivos

do resultado do monumental avanço científico associado às várias formulações de vacinas contra o Sars-CoV-2. Novos riscos derivados de desigualdade, pobreza, exclusão social e *apartheid* permanecem desafiando o modelo de proteção sanitária baseado nas intervenções farmacêuticas das sociedades capitalistas de alta renda. O risco global produzido pela pandemia da Covid-19 não parece ter mitigado a indiferença sanitária em relação a sociedades empobrecidas e tecnologicamente dependentes.

Colaborador

Costa NR (0000-0002-8360-4832)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Baldwin P. Fighting the first wave. Why the Coronavirus was tackled so differently across the global. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
2. Baldwin P. Disease and democracy: How industrialized world faces AIDS. Berkeley: University of California Press; 2005.

Recebido em 21/07/2021
Aprovado em 23/12/2021
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Lívia Angeli Silva
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreino Ribeiro
Ana Maria Costa
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Vinícius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | *Substitutes*
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lívia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

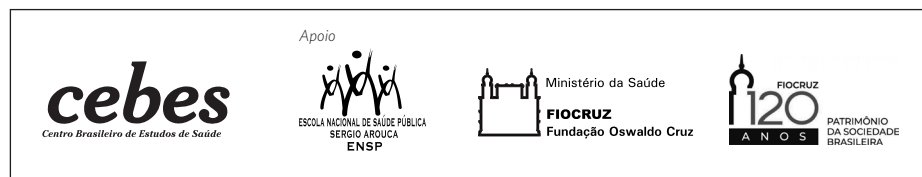
Carlos dos Santos Silva

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2021.

v. 45. n. especial 2; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br