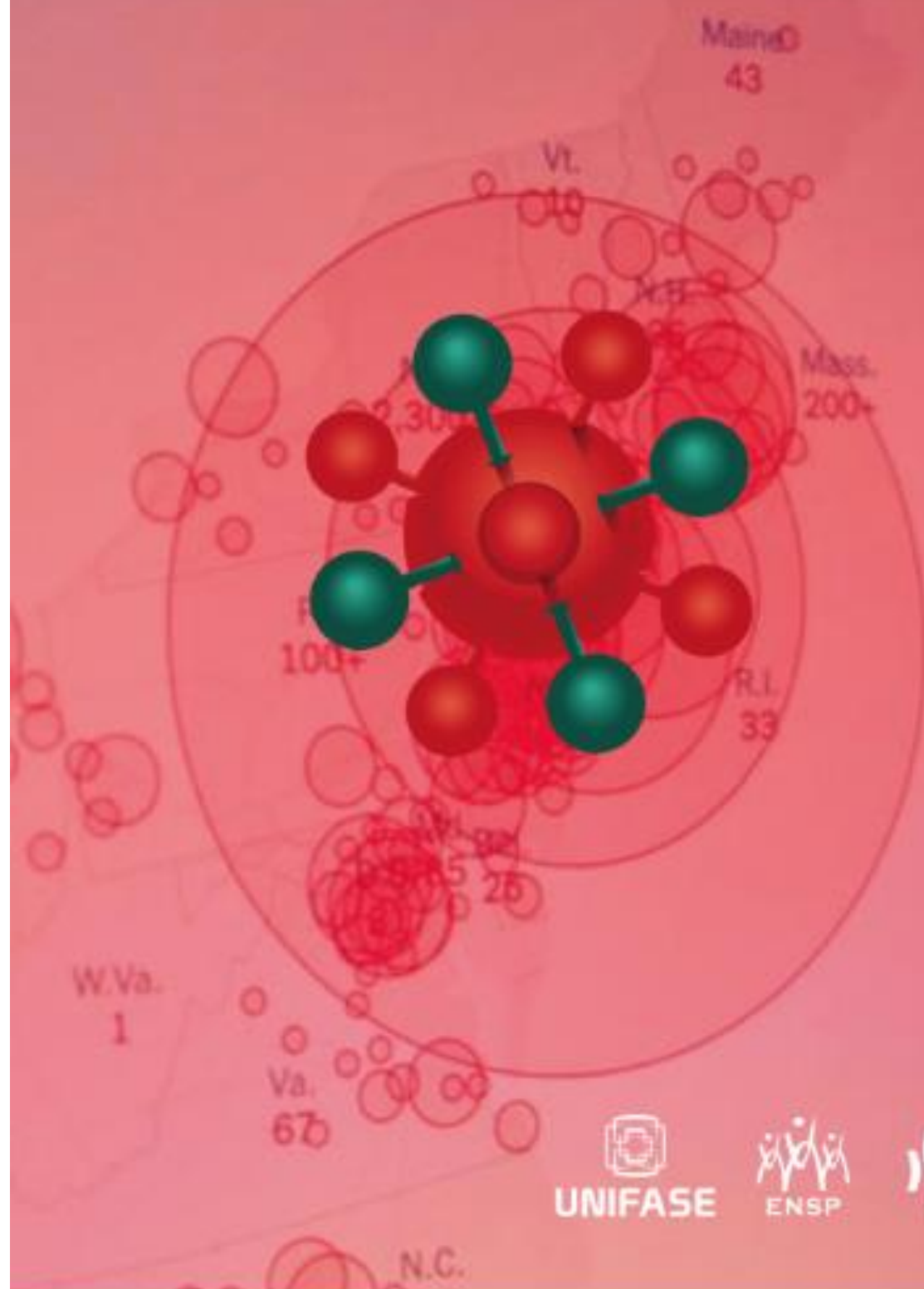


intervozes

trabalho saúde cultura

volume 05, no 1, maio de 2020



UNIFASE



ENSP



INSTITUTO DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Intervozes – trabalho, saúde, cultura/

UNIFASE/ENSP/ISC

Petrópolis: UNIFASE, 2020.

Semestral

1. Trabalho e Saúde 2. Cultura e Trabalho 3. Saúde do trabalhador 4. Saúde coletiva 5. Ciências sociais e Saúde 6. Representações Sociais e Saúde 7. Administração e Saúde 8. Gestão de pessoas

Atribuição-Sem Derivações-Sem Derivados
CC BY-NC-ND



INTERVOZES é uma publicação interdisciplinar, com periodicidade semestral, destinada à publicação de produção acadêmica e cultural, preferencialmente de trabalhos de estudantes de graduação e pós-graduação. É uma iniciativa interinstitucional, envolvendo docentes e discentes da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, do Instituto de Saúde Coletiva da UFF e da Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis, e editada pela Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIFASE/FMP.

Pretende contribuir para a reflexão e o debate no campo de estudos sobre trabalho, saúde e cultura, especialmente, sobre temas e questões relativos às transformações correntes no mundo do trabalho e cultura, às relações e gestão do trabalho nas organizações, às condições e qualidade de vida do trabalhador, aos problemas de saúde do trabalhador, à educação em saúde, à formação profissional, a produção de identidades e processos de subjetivação construídos no campo do trabalho e da saúde, os sentidos e representações envolvidos na produção e reprodução do trabalho, bem como aos aspectos culturais, políticos e de serviços de saúde.

INTERVOZES is an interdisciplinary publication, with an issue every biannual period, destined to the publication of academic and cultural production, preferably of works of undergraduate and graduate students. It is an interinstitutional initiative involving teachers and students from the Fiocruz National School of Public Health, the UFF Collective Health Institute and the Arthur Sá Earp Neto University center/Faculty of Medicine of Petrópolis, and edited by the Coordination of Research and Postgraduate FMP / FASE.

It aims to contribute to reflection and debate in the field of studies on work, health and culture, especially on themes and issues related to current transformations in the world of work and culture, to the relations and management of work in organizations, the conditions and quality of life of workers, problems on workers health, health education, professional qualification, the production of identities and processes of subjectivation in the field of labor relations and health care, the senses and representations involved in the production and reproduction of work, as well as cultural, political and health services.

INTERVOZES es una publicación interdisciplinaria, con periodicidad semestral, destinada a la publicación de producción académica y cultural, preferentemente de trabajos de estudiantes de graduación y posgrado. Es una iniciativa interinstitucional, involucrando docentes y discentes de la Escuela Nacional de Salud Pública de Fiocruz, del Instituto de Salud Colectiva de la UFF y de la Centro Universitario Arthur Sá Earp Neto / Facultad de Medicina de Petrópolis, y editada por la Coordinación de Investigación y Postgrado FMP / FASE.

Se pretende contribuir a la reflexión y el debate en el campo de estudios sobre trabajo, salud y cultura, especialmente sobre temas y cuestiones relativas a las transformaciones corrientes en el mundo del trabajo y la cultura, a las relaciones y gestión del trabajo en las organizaciones, a las condiciones y calidad de la vida del trabajador, los problemas de salud del trabajador, la educación en salud, la formación profesional, la producción de identidades y procesos de subjetivación construidos en el campo del trabajo y de la salud, los sentidos y representaciones involucrados en la producción y reproducción del trabajo, así como a los aspectos culturales, políticos y de servicios de salud.

Editores/Editors/Editores

Maria Regina Bortolini de Castro – UNIFASE/FMP

Marcia Guimarães de Mello Alves - UFF

Conselho Editorial/Editorial Board/Consejo Editorial

Claudia March - UFF

Gideon Borges dos Santos - FIOCRUZ

Marcia Guimarães de Mello Alves - UFF

Maria Regina Bortolini – UNIFASE/FMP

Rodrigo Antônio Alves Lopes – UNIFASE/FMP

Thais Vieira Esteves - FIOCRUZ

Maria Ester de Freitas - FGV/SP

Maria Eunice Maciel – UFRS

Natália Elisa Duarte Leal – UNIFASE/FMP

Paulo Henrique Almeida Rodrigues - UERJ

Pedro Demo - UNB

Renato Moller – FASE

Rosa Cristina Monteiro – UFRRJ

Sergio Lucio Garcia Ramos - FIOCRUZ

Sonia Acioli de Oliveira – UERJ

Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves - UNIFASE/FMP

Veronica Silva Fernandez – UFF

Conselho Científico/Scientific Council/Consejo Científico

Adriana de S. Thiago Papinuto - UNIFASE/FMP

Alessandra Bitante - USCS

Alexandre Silva Bortolini de Castro – USP

Aluísio Gomes da Silva Junior - UFF

Ana Cecília Faveret – ANS

Ana Inês Simões Cardoso de Melo - UERJ

Ana Maria Auler Matheus Peres - UNIFASE/FMP

André Laino – UFF

André Luis de Oliveira Mendonça - UERJ

Angela Maria Silva Arruda- UFRJ

Armando Cypriano Pires - UFF

Cassia Baldini Soares - USP

Celia Maria Sivalli Campos - USP

Cristina Maria R. Duarte – FIOCRUZ/FMP-FASE

Edilson Hélio Santana – CEFET/MG

Felix Júlio Rosenberg - FIOCRUZ

Gaudêncio Frigotto - UERJ

Gil Sevalho - ENSP/FIOCRUZ

Hélio Arthur Reis Irigaray – FGV/SP

Helena Maria Scherlowski Leal David – UERJ

Humberto Medrado G. Ferreira - UNIFASE/FMP

Joel Ramos Gadelha Filho – UNESA

Joíza Andrade - UFPI

José Abdalla Helayël-Neto - CBPF

José Marçal Jackson Filho - FUNDACENTRO

Julia Barban Morelli Rosas – UNIFASE/FMP

Julyana Gall da Silva – UNIFASE/FMP

Katia Reis de Souza - FIOCRUZ

Lucas Bronzatto Silveira – MS

Luciana Silva Fonseca UNESA/UNIFOA/UNIFAL

Luciene Lopes Baptista - UNIFASE/FMP

Luiz Carlos Fadel Vasconcelos – FIOCRUZ

Luiz Fernando Rangel Tura – UFRJ

Márcia de Assunção Ferreira – UFRJ

Marcia Amaral - UNIFASE/FMP

Maria Cecília Minayo – ENSP/FIOCRUZ

Maria Cristina Chardon – UBA/UQ/Buenos Aires

Produção Editorial /Editorial

Production/Producción Editorial

Roberta Mattos Stumm – UNIFASE/FMP

Revisão de Textos /Text Revision / Revisión de Textos

Josemir Medeiros da Silva

Marcelo Del Aguila

Desenvolvimento Web/Web Development/Desenvolvimento Web

Bryan Plum / Marcelo Prates Geraldi – UNIFASE/FMP

Estudantes de Iniciação Científica/

Académicos de iniciación científica/

Scientific initiation students

Alice Gonçalves Mesquita (MED)

Ana Flávia Ramos Rodrigues (MED)

Camila Martins Palmeira de Oliveira (MED)

Calebe Lima de Brito (MED)

Isabella Carvalho de Andrade (MED)

Rafaela Leite Bicalho (MED)

Sérgio Luiz Cardoso Maciel Filho (MED)

Imagens/Images/Imágenes

Claudio Partes

Foto da capa:

Logomarca do OBSERVATÓRIO COVID, projeto institucional da UNIFASE/FMP que articula ações de ensino, pesquisa e extensão com o objetivo de contribuir para a compreensão e enfrentamento dos impactos da pandemia da Covid-19 em Petrópolis

EDITORIAL	5
DEBATE	
Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente <i>Capitalism and pandemic of the new coronavirus: an uncertain history of the present time</i> <i>Capitalismo y pandemia del nuevo coronavirus: una historia incierta del momento presente</i> Eduardo Stotz; José Augusto Pina	9
A pandemia de Covid 19: debatendo aspectos políticos e movimentos sociais <i>The Covid pandemic 19: debating political aspects and social movements</i> <i>La pandemia del covid 19: debatiendo aspectos políticos y movimientos sociales</i> Aluisio Gomes da Silva Junior	43
Na pandemia os trabalhadores essenciais lutam pela vida <i>In the pandemic essential workers fight for their life</i> <i>En la pandemia, los trabajadores esenciales luchan por la vida</i> Marcelo Juvenal Vasco	47
A tendência ao agravamento das tensões entre capital e trabalho <i>The tendency to worsen tensions between capital and work</i> <i>La tendencia al agravamiento de las tensiones entre capital y trabajo</i> Eduardo Stotz; José Augusto Pina	51
RESENHA	
"A epidemia como fato social", de Evan Stark <i>"The epidemic as a social event", de Evan Stark</i> <i>"La epidemia como hecho social", de Evan Stark</i> Luiz Ricardo Schiavinato Valente	61
SEMINÁRIOS	
Violência de gênero e confinamento familiar (26maio) <i>Gender violence and family confinement (26mayo)</i> <i>Violencia de género y confinamiento familiar (26mayo)</i> Maria Regina Bortolini; Natália Elisa Duarte Leal, Desirré Mathias Pinheiro da Silva	68
Uso de células-tronco mesenquimais para tratamento para paciente infectados com Covid-19 (4jun) <i>Use of mesenchymal stem cells for treatment of patients infected with Covid-19 (4jun)</i> <i>Uso de células madre mesenquimales para el tratamiento de pacientes infectados con covid 19 (4jun)</i> Esther Takamori; Karla Menezes	86

Saúde mental em tempos de pandemia (9jun) **102**
Mental health in times of pandemic (9jun)
Salud mental en tiempos de pandemia (9jun)
Maria Regina Bortolini; Jociane Gatto Coutinho

Desigualdades sociais no contexto da Epidemia: Um olhar sobre os dados nacionais (18jun) **114**
Social inequalities in the context of the epidemic: a look at national data (18jun)
Desigualdades sociales en el contexto de la epidemia: una mirada a los datos nacionales (18jun)
Miguel Abud Marcelino; Cristiano Boccolini; Dália Elena Montilla; Cristina Maria Rabelais Duarte

A pessoa com deficiência no contexto da pandemia pela Covid-19 (25jun) **129**
The Disabled Person in the Context of Pandemic Covid-19 (25jun)
La persona discapacitada en el contexto de la pandemia Covid-19 (25jun)
Cristina Maria Rabelais Duarte; Miguel Abud Marcelino;
Ana Carolina de Sá Earp de Resende Chaves; Marcelo Gonçalves Correa; Clévia Sies

Desafios diante da abertura de uma unidade de terapia intensiva (UTI) no cenário de Covid-19 (16 julho) **145**
Challenges with the opening of an intensive care unit (ICU) in the scenario of Covid-19 (july16)
Retos con la apertura de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en el escenario del Covid-19 (16julio)
Júlyana Gall da Silva; Ana Carolina Siqueira de Carvalho

OUTRAS VOZES

Cura Reversa **161**
Reverse Cure
Cura al Revés
Thiago Gonzaga

*“Tinha vontade de gritar mais, para desfazer enfim,
o nó violento que lhe apertava o coração.”*

Albert Camus

Ao iniciar a escrita desse editorial os sentimentos que nos invadiam eram absurdamente contraditórios. A enorme dor pelas mais de 350 mil mortes por Covid-19 no Brasil, asfixiados pela necropolítica que se instalou no país, e a frágil alegria da superação, que o início da vacinação anunciava.

Desde 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde declarou o surto global do novo coronavírus, o SARS-CoV-2, estamos enfrentando uma pandemia com dimensões e impactos nunca vistos antes. O necessário isolamento social mudou nossos hábitos, exigiu novas formas de nos relacionarmos, provocou novos arranjos na organização do trabalho. Mas também, produziu crise na economia gerando desemprego e aumentando desigualdades.

São inúmeros e complexos os desafios para governos, gestores, empresários e trabalhadores. Cada um de nós vem buscando se adaptar a essa nova realidade. E é impressionante a capacidade humana de se reinventar.

Diante da calamidade não cessamos esforços, nos hospitais, nos bancos de pesquisa, nas comunidades, nas aulas remotas. Não lutamos somente contra o vírus, mas contra a desinformação, a fome, a solidão, os desgovernos. E hoje queremos dar o nosso testemunho.

Nossos doutores em Saúde Pública Eduardo Stotz, José Augusto Pina, Aluisio Gomes da Silva Junior e Marcelo Juvenal Vasco debatem sobre a emergência, dinâmica e desafios postos pela pandemia do novo coronavírus, a relação entre as dimensões sanitárias, econômicas e políticas presentes na situação de emergência global, e perspectivas futuras.

E porque também para entender o presente é preciso refletir sobre a experiência passada, Luiz Ricardo Schiavinato Valente nos brinda com resenha de *A epidemia como fato social*, de Evan Stark, texto clássico na Sociologia onde o autor revisita as epidemias ocorridas ao longo da história e suas relações com os avanços do sistema capitalista.

Mas, nos importa também narrar os fatos a partir da voz de quem vive a experiência no *front*. Dessa forma, ao invés dos convencionais artigos com dados de pesquisas, optamos pela retextualização de Seminários de Pesquisa realizados na UNIFASE, conjugando assim a racionalidade científica com as angústias, as dúvidas, os sentimentos do momento. A palavra viva de enfermeiros, médicos, psicólogos, educadores físicos, intensivistas e cientistas sociais nas letras de Ana Carolina de Sá Earp de Resende Chaves, Ana Carolina Siqueira de Carvalho, Clévia Sies, Marcelo Gonçalves, Cristiano Boccolini, Cristina Maria Rabelais Duarte, Dália Elena Montilla, Desirré Mathias Pinheiro da Silva, Esther Takamori, Jociane Gatto Coutinho, Juliana Gall da Silva, Karla Menezes, Maria Regina Bortolini, Miguel Abud Marcelino.

Para fechar esse número histórico, trazemos um pouco de arte e juventude, na poesia/música *Cura Reversa* de Thiago Gonzaga que nos inspira e alenta a alma. Porque através da sua voz expressamos nossa angústia, indignação e sofrimento, mas também vislumbramos sua força e potência, e depositamos nossa crença na nossa capacidade de transformação.

Afinal, esperançar é o nosso lema.

Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente

A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) é um evento sanitário, social e político da época contemporânea superado apenas pela tragédia da gripe espanhola, um século atrás no tempo. Será possível, entretanto, readquirir um senso de normalidade social? Como ficará o mundo após o fim deste momento? O sistema econômico-social sob o qual vivemos está posto em questão? Assumindo estas inquietações como pressupostos ideológicos, o presente ensaio problematiza a emergência, dinâmica e desafios postos pela pandemia na conjuntura de uma história do tempo presente.

Palavras-chave: Capitalismo; pandemia do novo coronavírus; intensificação do trabalho; distanciamento social; história do tempo presente.

Debatedores:

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente

Aluisio Gomes da

Silva Junior

A pandemia de Covid 19: debatendo aspectos políticos e movimentos sociais

Marcelo Juvenal Vasco

Na pandemia os trabalhadores essenciais lutam pela vida

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

A tendência ao agravamento das tensões entre capital e trabalho

Capitalism and pandemic of the new coronavirus: an uncertain history of the present time

The new coronavirus pandemic (SARS-CoV-2) is a sanitary, social and political event of the contemporary era surpassed only by the Spanish flu tragedy, a century ago. Is it possible, however, to regain a sense of social normality? What will the world be like after this moment is over? Is the economic and social system under which we live called into question? Assuming these concerns as ideological assumptions, this essay discusses the emergence, dynamics and challenges posed by the pandemic in the context of a history of the present time.

Keywords: Capitalism; new coronavirus pandemic; intensification of work; social distancing; history of the present time.

Debatedores:

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

Capitalism and pandemic of
the new coronavirus:
an uncertain history
of the present time

Aluisio Gomes da

Silva Junior

The Covid pandemic 19:
debating political
aspects and social
movements

Marcelo Juvenal Vasco

In the pandemic
essential workers
fight for their life

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

The tendency to worsen
tensions between
capital and work

Capitalismo y pandemia del nuevo coronavirus: una historia incierta del momento presente

La pandemia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) es un acontecimiento sanitario, social y político de la era contemporánea, solo superado por la tragedia de la gripe española, de un siglo atrás. Sin embargo, ¿es posible recuperar un sentido de normalidad social? ¿Cómo será el mundo después del final de este momento? ¿Se cuestiona el sistema económico y social en el que vivimos? Asumiendo estas preocupaciones como supuestos ideológicos, este ensayo analiza el surgimiento, la dinámica y los desafíos que plantea la pandemia en el contexto de una historia del tiempo presente.

Palabras clave: Capitalismo; pandemia del nuevo coronavirus; intensificación del trabajo; distanciamiento social; Historia de la actualidad.

Debatedores:

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

Capitalismo y pandemia del
nuevo coronavirus:
una historia incierta del
tiempo/momento presente

Aluisio Gomes da

Silva Junior

La pandemia del covid 19:
debatiendo aspectos políticos
y movimientos sociales

Marcelo Juvenal Vasco

En la pandemia,
los trabajadores
esenciales luchan
por la vida

Eduardo Stotz e

José Augusto Pina

La tendencia al
agravamiento
de las tensiones
entre capital y trabajo

Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente.

Capitalism and pandemic of the new coronavirus: an uncertain history of the present time

Capitalismo y pandemia del nuevo coronavirus: una historia incierta del tiempo/momento presente

14-07-2020

Eduardo Stotz

DENSP/ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

stotz@ensp.fiocruz.br

eduardostotz@gmail.com

José Augusto Pina

CESTEH/ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

augusto@ensp.fiocruz.br

Aos que desanimam

Nós, com toda a escuridão
por cima dos ombros nos curvando,
com a potência de derrubar
toda ela ao levantar.

Diálogo de fim de turno

Já era? – pergunta o alemão.
Antes fosse, alemão,
antes fosse.
Golondrina Ferreira

Um terço da população mundial provavelmente encontra-se ainda, nos primeiros meses da emergência global de **saúde** pública, sob quarentena devido à pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2)¹, um evento sanitário, social e político da época contemporânea superado apenas pela tragédia da gripe espanhola, um século atrás no tempo.

Contudo, vale perguntar se a pandemia atinge a todos da mesma forma. Porque afinal as pessoas estão divididas entre as que podem ou não estar em quarentena – a única medida de proteção viável até o momento dada a falta de uma vacina e de um medicamento eficaz contra o vírus.² Há quem possa retirar-se da convivência e isolar-se fisicamente em sua residência, enquanto outros se

¹ BBC News/Brasil, 25 de março: Coronavírus: um terço da população mundial está sob quarentena. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52040808> Acesso em 07.06.2020;

² A médica Patricia Rocco, chefe do Laboratório de Investigação Pulmonar do Instituto de Biofísica Carlos Chagas (UFRJ) afirma não existir consenso acerca da eficácia de nenhuma estratégia terapêutica para a Covid-19. Patricia Rocco. Enquanto a vacina não vem. O Globo Digital, 05.06.2020. <https://blogs.oglobo.globo.com/a-hora-da-ciencia/post/enquanto-vacina-nao-vem.html>. Acesso em 05.06.2020. A gravidade da situação pode ser avaliada melhor quando se estima que entre 6 e 41% da população exposta pode estar infectada sem manifestar sintomas e ainda assim, numa proporção desconhecida, transmitir secundariamente o vírus. O Estado de São Paulo, 09.06.2020: OMS esclarece que pacientes assintomáticos podem transmitir covid-19. Disponível em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-esclarece-que-pacientes-assintomaticos-podem-transmitir-covid-19,70003329478> Acesso em 15.06.2020;

encontram na contingência de continuar a trabalhar, em grande medida de modo mais intenso e a deslocar-se por meio de transporte coletivo na maioria das vezes superlotados, como acontece nas grandes cidades brasileiras.

O choque na vida cotidiana de bilhões de pessoas em quase todo planeta provoca inevitavelmente perguntas de cada uma sobre o que vai suceder consigo, seus familiares, o país e o resto do mundo, se receberá salário ou renda para comprar comida, pagar as contas. E, necessariamente: quem é responsável por tudo isso? Tais perguntas emergem, como assinala o Coletivo Chuang em texto de fevereiro de 2020, no contexto da quarentena imposta pelo governo da República Popular da China aos residentes em Wuhan, primeiro epicentro da pandemia:

The quarantine, then, is like a strike hollowed of its communal features but nonetheless capable of delivering a deep shock to both psyche and economy. This fact alone makes it worthy of reflection.³

Desde a expansão mundial da epidemia, em janeiro de 2020, o elevadíssimo nível de infecciosidade, a persistência do vírus no ambiente, as complicações neurológicas em muitos pacientes, a letalidade entre jovens com co-morbidades, a brutal retração da atividade econômica e o desemprego em massa foram, entre outros aspectos, causas de pânico e de revolta em várias partes, simultaneamente com as informações sobre a demora na produção de uma vacina permitem que se faça a projeção da recorrência de ondas epidêmicas com duração de até dois anos (Kissler et al., 2020). Enquanto escrevemos, manifestações acontecem em vários países, marcadas por forte indignação contra as raízes da profunda desigualdade, trazidas à tona da superfície pelo abalo da pandemia. Ansiedade e divisões caracterizam os protestos.

Todos estes fatos e preocupações nos fazem repensar. As questões propostas pelo Coletivo Chuang podem, então, se desdobrar em outras. Será possível readquirir um senso de normalidade social? Como ficará o mundo (admitindo-se a superação da epidemia) após o fim deste momento? O sistema econômico-social sob o qual vivemos está posto em questão? Que consequências advirão daí? Assumindo estas inquietações como pressupostos ideológicos, o presente ensaio analisa a emergência, dinâmica e desafios postos pela pandemia do novo coronavírus na conjuntura de uma história do tempo presente, compreendido entre a segunda quinzena de dezembro de 2019 e a primeira de julho de 2020.

³ “A quarentena, então, é como uma greve oca de suas características comuns, mas mesmo assim capaz de causar um choque profundo na psique e na economia. Somente esse fato já a torna digna de reflexão.” (Coletivo Chuang, 2020, p. 19, conforme a tradução para o português de Amauri Gonzo). O original Chuang. Social Contagion: Microbiological Class War in China. Disponível em <http://chuangcn.org/2020/02/social-contagion/>. Acesso em 02 de abril de 2020.

ABORDAGEM ADOTADA NO ESTUDO

Cada forma de organização produtiva e social conhecida na história da humanidade comporta uma dinâmica específica de relação entre populações humanas e microorganismos, com a correspondente expressão dos fenômenos coletivos de morbi-mortalidade. Esta dinâmica implica a existência de representações sobre a doença, a morte e as formas de lidar com estes eventos.

Na sociedade organizada com base no modo de produção capitalista a busca do controle dos processos epidêmicos implicou, durante o século XIX, uma divisão entre os defensores e opositores do contagionismo. Para os primeiros, impunha-se a quarentena das pessoas e das mercadorias, medida muito antiga já em vigência desde os tempos da pandemia da peste negra na Europa do século XIV, reconhecida como indispensável para deter o surto epidêmico e sua expansão. Os anticontagionistas defendiam como alternativa a limpeza das comunidades urbanas e se opunha a tal medida. Terris (2005) transcreve uma passagem bastante esclarecedora de Erwin Heinz Ackernecht sobre a relação entre ciência, política pública e interesses econômicos, que aqui reproduzimos:

As quarentenas significavam, para a classe rapidamente crescente dos comerciantes e industriais, uma fonte de perdas, uma limitação à expansão, uma arma do controle burocrático que eles não queriam mais tolerar, e esta classe estava muito naturalmente, com sua imprensa e deputados, seus recursos materiais, morais e políticos, por trás daqueles que mostravam que o fundamento científico da quarentena não existia, os quais, de qualquer jeito, eram geralmente filhos dessa mesma classe. O contagionismo se tornou, através de sua associação com as velhas forças burocráticas, suspeito para todos os liberais que tentavam reduzir a interferência do estado a um mínimo. 4

Apesar dos interesses em jogo, as doenças eram vistas sempre sob um ponto de vista externo ao processo de acumulação de capital. Exceção deve ser feita aos pensadores da Medicina Social (Virshow, Guérin, Villermé) que propuseram reformas sanitárias durante o período revolucionário de 1848, defendendo o princípio da relevância dos efeitos das condições econômicas e sociais sobre a saúde e a doença e que, em consequência, as medidas para combater a doença deveriam ser tanto sociais como médicas (Rosen, 1994). Mas esta posição foi derrotada junto com as revoluções democrático-burguesas na França e na Alemanha.

Quando um ponto de vista contrário à teoria miasmática da doença – e da aristotélica concepção de geração espontânea de vida que lhe era inerente – surgiu com a bacteriologia, a unidade entre capital e ciência tomou forma e se tornou hegemônica. O começo da era da medicina científica em que ainda nos encontramos teve seu expoente em Louis Pasteur. Contudo, ele não era o único.

⁴ ACKERNECHT, Erwin Heinz. Anticontagionism Between 1821 and 1867. Bull. Hist. Med. 22 (1948): 462-93. Apud TERRIS (2005). Ver também Rosen (1994).

Latour (1988) pergunta sobre as razões do sucesso de Pasteur e responde com sua teoria de “ciência em ação”. Assinala uma rede de forças operando na direção em que ele se encaminhava, a saber, o movimento de saúde pública, os médicos e os interesses coloniais. Acrescentemos: e os interesses capitalistas.⁵

A bacteriologia, com aplicação de vacinas para combater agentes etiológicos específicos, centrada numa compreensão unicausal, permitiu a prevenção das doenças, solução técnica para problemas sociais e de legitimação do Estado. Contudo, em que pese a derrota política da Medicina Social em 1848, os reformistas sociais e médicos continuaram ativos na Europa e América. As lutas dos operários ingleses para reduzir a jornada de trabalho e restringir a participação das mulheres e das crianças nas fábricas têxteis na década de 1850 obtiveram apoio desses reformistas e as reivindicações conseguiram transformar-se em leis, de modo que é válida a suposição de que a saúde era (e continua a ser) luta.

Assim, quando se pensa o processo saúde-doença em termos de prevalência e distribuição na sociedade é fundamental entender a relação de tal processo sanitário com o modo de exploração da força de trabalho e o papel desempenhado pelo exército de reserva para a acumulação de capital. Na medida em que estamos a falar deste tipo de relação social, teremos de admitir seu caráter conflitivo. A determinação da saúde e da doença pelo capital é sempre sobredeterminada pela luta de classes. Stark (1977) aponta este aspecto com bastante clareza, ao observar como as epidemias tensionam a relação entre capital e trabalho e levaram à intervenção do Estado.

A problemática é recolocada sempre que o contexto de infecções pandêmicas obriga a estabelecer medidas de controle sanitário.

No século XX as três pandemias de gripe mais notáveis foram a da gripe espanhola (1918), a gripe asiática (1957) e a gripe de Hong Kong (1968). De maior relevância em termos de abrangência e impacto (as estimativas quanto ao número de mortos oscila entre 25 e 50 milhões de pessoas em todo o mundo), a gripe espanhola foi provocada por um vírus do subtipo H1N1. A controvérsia acerca da origem não deixa de apontar a relação de comunicação viral entre seres humanos e animais domésticos e selvagens ou transferência zoonótica.

⁵ Pasteur, professor de Química e reitor da Faculdade de Ciências de Lille, na França, dedicava-se a estudar a fermentação quando foi instado a uma investigação por um de seus alunos para descobrir as razões da deterioração da cerveja e do vinho que freqüentemente ocorria na produção dessas bebidas alcoólicas. Lille era então um importante centro industrial deste ramo. A pesquisa conduziu-o à descoberta de que a fermentação era produzida por microrganismos vivos que possuíam vida anaeróbica. Os resultados alcançados puderam também demonstrar definitivamente o equívoco da teoria da geração espontânea da vida. (Rosen, 1994)

As epidemias subseqüentes durante o século XX foram menos graves. No começo deste século XXI, a partir de 2003 e até 2008, teve ocorrência de um surto de influenza A do subtipo H5N1, conhecida como gripe aviária (Andrade, et al, 2009). Apesar da epidemia ter sido caracterizada como a ameaça do século XXI, por afetar mais crianças e adultos jovens, não teve impacto tão grande quanto a pandemia de influenza A subtipo H1N1 que, entre 2009 e 2010 atingiu 1.632.710 casos e 18.449 mortes, dados confirmados (OMS) e estimativa de ter alcançado entre 700 milhões e 1,4 bilhão de pessoas (Roos, 2011). A pandemia foi denominada de gripe suína, por ter se iniciado em La Gloria, distrito de Perote (Mexico), onde se encontrava a criação de porcos das granjas Carroll, subsidiária da Smithfield Foods (EUA).

Wallace (2020) menciona o surgimento de uma diversidade de epidemias com novas cepas apenas neste século (XXI): peste suína africana, Ebola, febre aftosa, hepatite E, Zika e novas variantes da gripe A, incluindo H1N1 (2009), H1N2v, H3N2v, H5N1, H5N2, H5Nx, H6N1, H7N1, H7N3, H7N7, H7N9 e H9N2.

A atual pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2)⁶ dá a verdadeira dimensão das ameaças cujo alerta vinha sendo dado pelo viés da bacteriologia e das medidas propugnadas do ponto de vista epidemiológico sem buscar, ainda outra vez, a sua determinação no processo de acumulação do capital.

No artigo “Por que o H1N1 não parou economias como a pandemia de coronavírus?” Rafael Barifouse⁷ observa que a epidemia do H1N1 de 2009-2010 não colocou cidades ou nações inteiras em quarentena. Apontando a relutância e mesmo a reação de alguns governos, a exemplo do presidente do Brasil, Jair Bolsonaro, às medidas mais drásticas adotadas em países como Argentina, o articulista analisa as características epidemiológicas da epidemia do novo coronavírus em comparação com a do H1N1.

⁶ Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus (SARS-CoV-2) foi descoberto em 31 de dezembro de 2019, após casos registrados na China, e provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19). Os coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, apenas em 1965, o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. (Secretaria de Saúde da Bahia <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>) Ao todo, sete coronavírus humanos (HCoVs) já foram identificados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 (que causam resfriado comum), SARS-CoV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-CoV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o, mais recente, novo coronavírus (que no início foi temporariamente nomeado 2019-nCoV e, em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2). Esse novo coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19. (OPAS Brasil. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 Acesso em 10.06.2020.

⁷ BBC News Brasil, Por que o H1N1 não parou economias como a pandemia de coronavírus? 30 de março. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52078906> Acesso em 10.06.2020.

Resumidamente: a pandemia do SARS-CoV-2 atingiu 12.102.328 casos confirmados até 10 de julho de 2020, mais de sete vezes do que as ocorrências do H1N1 entre janeiro de 2009 e agosto de 2010.⁸ Esta diferença tem a ver com o nível de transmissibilidade/infecciosidade maior: enquanto uma pessoa com H1N1 era capaz de infectar 1,5 pessoas, o SARS-Cov-2 teria uma taxa estimada em 2,5 (Petersen et., 2020), ou seja, bem mais transmissível. A taxa de letalidade da COVID-19 ainda não é consensual, porque o nível de testagem é baixo e o sistema de diagnóstico está saturado. A OMS estima em março uma taxa de letalidade de 3,4%⁹, enquanto pesquisadores do Imperial College, da Universidade de London e da Universidade de Oxford, com base em dados da epidemia na China, estimaram esta taxa em 1,38% (Verity et al., 2020). A letalidade com base nos dados mundiais até 13 de julho de 2020 do painel do Centro de Ciências de Sistemas e Engenharia da Universidade John Hopkins é de 4,4%.¹⁰

Na medida em que nenhuma pessoa tem ainda imunidade contra o SARS-Cov-2, bem como inexistir antiviral para combatê-lo e diante do nível de transmissão/infecciosidade da doença e letalidade, os sistemas de saúde passam a ficar sobrecarregados e estão sob ameaça de entrar em colapso. Não existe, em decorrência, até o momento, outra medida não farmacológica de controle do que a quarentena com a suspensão de atividades econômicas e distanciamento social entre as pessoas. Mas esta medida, como apontamos acima, vai contra a lógica da acumulação de capital.

Marcel Balassiano, economista da área de Economia Aplicada do Instituto Brasileiro de Economia (FGV IBRE) refere-se a magnitude da “crise de saúde” para a economia ao apontar para a relevância da redução das atividades do setor de serviços, uma vez que corresponde a mais de 60% do PIB. O economista defende a necessidade da medida de isolamento social mas afirma que “não pode ser muito prolongada para não ter um impacto pior do que o da própria economia”.¹¹

As pressões para “flexibilizar” a quarentena tem sido constantes no meio empresarial, com apoio do governo federal e, desde maio, se acentuado. Governos como os do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo adotaram planos de retomada das atividades econômicas sob monitoramento

⁸ OPAS - Brasil. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 10 de julho de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

⁹ World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 March 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>. Acesso em 10 março 2020.

¹⁰ COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 13 de julho de 2020. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em 13 julho 2020.

¹¹ Citado na matéria da BBC News Brasil, nota 7.

sanitário, mas o aumento do número de casos e de mortes tem levado a uma revisão errática das medidas de liberação das atividades econômicas.

Quais as razões para a “flexibilização” das medidas de distanciamento social e da quarentena e para a retomada das atividades econômicas neste cenário?

Para tentar responder a esta pergunta, o presente ensaio considera, na primeira parte, apresentada nos tópicos “Breves registros históricos sobre a pandemia”, “As origens” e “Alguns aspectos políticos da pandemia”, a interconexão entre as dimensões sanitárias e econômicas e políticas da crise mundial.

O desvendamento da natureza da relação entre as dimensões sanitárias e as econômicas e políticas presentes na situação de emergência global do capitalismo em sua fase atual constitui o objeto da segunda parte do ensaio, desenvolvida nos tópicos “Capitalismo e quarentena” e “Economia e política: o caso brasileiro”.

Por último, na terceira parte apresentada no tópico “Conflitos e lutas”, analisa-se a situação dos trabalhadores sujeitos à intensificação do trabalho e simultaneamente à maior exposição de sua saúde.

Como o título indica, adotamos aqui a perspectiva de escrita de um capítulo da história do tempo presente, concepção de história debruçada sobre os fatos do presente associada à idéia de um conhecimento provisório, a ser retificado e reescrito à luz de novas fontes sobre as evidências que se quer construir a respeito dos fatos. Um desafio enorme em razão da superabundância de informações e a uma dependência relativa dos fatos noticiados pela grande mídia. (Bedarida, 2002; Delgado e Ferreira, 2013; Dosse, 2012; Hobsbawm, 1994;1997)

A relevância de investigações sob a perspectiva da história do tempo presente vinculada à história pública é notável nos processos sociais considerados traumáticos, como as guerras, massacres e genocídios, ditaduras, crises sociais e outras situações consideradas extremas. (Delgado e Ferreira, 2013) Dentre estas outras situações as pandemias, certamente.

OBSERVAÇÕES QUANTO À TERMINOLOGIA

Nossa abordagem deve considerar, preliminarmente, a necessidade de indicar com maior precisão alguns dos termos utilizados nas medidas de controle da pandemia no Brasil.

As medidas adotadas pelo governo brasileiro estão genericamente definidas nos termos “isolamento” e “quarentena”, constantes no Decreto n. 10.212, de 30 de janeiro de 2020, que ratifica e faz uma revisão do Regulamento Sanitário Internacional acordado na 58ª Assembléia Geral da

Organização Mundial de Saúde, de 23 de maio de 2005¹² e na Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.¹³

A leitura desta legislação permite identificar uma dificuldade em distinguir isolamento de quarentena, mas pode-se dizer que o destaque do primeiro termo é conferido à separação das pessoas doentes ou contaminadas, enquanto no último, recai na restrição das atividades e movimentos das pessoas suspeitas de contaminação (AQUINO et al., 2020).¹⁴

A dificuldade em definir os termos ou seu caráter polissêmico reside no campo da política e esta, por sua vez, no da percepção pública dos riscos à saúde pública acarretados, de um lado, pelas condições da atenção à saúde (sobretudo hospitalar) e, por outro, pela defesa dos interesses dos distintos grupos sociais numa sociedade de base capitalista. Evan Stark (1977) afirma que medidas de enfrentamento da crise sanitária são adotadas conforme os conflitos políticos implicados no curso das epidemias.

Assim, é importante observar que o “distanciamento social” não constou inicialmente do rol de medidas do governo federal para enfrentamento da emergência de saúde pública passíveis de serem adotadas, relacionadas no artigo 3, da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

Ocorre que, após estados e municípios adotarem medidas de “distanciamento social”, esse termo foi incorporado pelo governo federal, particularmente pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto, com a definição de duas modalidades: distanciamento social ampliado (DAS) e distanciamento social seletivo (DSS), além de critérios para transitar do primeiro para o segundo.

A partir de 13 de abril, os municípios, Distrito Federal e Estados que implementaram medidas de Distanciamento Social Ampliado (DSA), onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, devem iniciar a transição para Distanciamento Social Seletivo (DSS).¹⁵

¹²Brasil. Poder Executivo. Secretaria-Geral http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm Acesso em 05/06/2020.

¹³Brasil. Poder Executivo. Secretaria-Geral http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm Acesso em 05/06/2020

¹⁴ O termo dicionarizado “quarentena” é definido como o período de 40 dias de isolamento ou de reclusão às quais antigamente estavam sujeitas as pessoas e mercadorias oriundas de país atacado por epidemia. O termo tem por origem a prática, que remonta aos fins do período medieval europeu, da imposição de incomunicabilidade, durante quarenta dias, aos navios procedentes de determinadas áreas, sobretudo do oriente, epidêmicas. Na prática atual, a quarentena corresponde ao período máximo de incubação da doença. (LESER et al., 1985).

¹⁵ Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Especial: doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico. n. 7:1-28. Brasília, DF, 06 abr 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf> Acesso em 05/06/2020.

Os critérios para caracterização do “distanciamento social” e de sua flexibilização ou término, definidos pelo MS, estão restritos à capacidade dos serviços de saúde, sem considerar indicadores de vigilância epidemiológica como taxa de transmissão da Covid-19 (R_t), capacidade de testagem para diagnóstico e isolamento dos doentes e quarentena dos contatos, evolução dos casos e mortes em cada local do país (AQUINO et al., 2020). Parece um critério desprovido de fundamentação científica, sem observar a experiência nacional e a internacional de enfrentamento da pandemia e com a recomendação para implantação da medida nos momentos de plena expansão da Covid-19 no Brasil, inclusive na cidade de São Paulo em abril de 2020, quando o MS, na gestão Mandetta, mostrou-se¹⁶ mais preocupado em justificar a flexibilização ou o fim das medidas de “distanciamento social” (AQUINO et al., 2020).

Assim, o “distanciamento social” orientado apenas para isolar os grupos de pessoas com maior risco (idosos, pelas co-morbidades, mulheres com gravidez de risco) recebeu do MS o adjetivo de seletivo. Ou seja, a seletividade do distanciamento social equivale ao chamado “isolamento vertical”, defendido publicamente no final de março pelos presidentes dos EUA e Brasil.¹⁷ O sucesso dessa medida é questionável pela convivência familiar e de trabalho entre as pessoas com mais e com menos de 60 anos, amplamente disseminadas na sociedade. Em contraposição, o distanciamento social, medida de controle da pandemia que estabelece restrição à circulação das pessoas independentemente de sua situação de saúde, implica em fechamento das atividades e locais de aglomeração pública (escolas, eventos esportivos, culturais, religiosos, etc.). É vista pela OMS como a melhor medida para reduzir a interação entre pessoas e diminuir a propagação do vírus na população.

O distanciamento social permite planejar o melhor uso dos serviços de saúde, ainda mais importante quando há pouca estrutura para rastrear casos. É a medida considerada capaz de “achatar a curva epidêmica”, ainda que à custa de prolongar o período da epidemia.

A eventual ineficácia destas medidas pode conduzir a autoridade pública a uma intervenção mais drástica, como o bloqueio total de uma comunidade, cidade ou região, voltado a interromper o processo de contágio ao restringir a circulação das pessoas, exceto por um breve período de tempo

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim Epidemiológico Especial 7: doença pelo coronavírus 2019. Brasília: MS; 2020. Acesso em 05/06/2020.

¹⁷ Sanches, Mariana. O que é o isolamento vertical que Bolsonaro quer e por que especialistas temem que cause mais mortes? BBC News Brasil em Washington, 25 março 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52043112>. Acesso em 05/06/2020.

para aquisição de medicamentos, alimentos e cuidados com a saúde. Corresponde a um cordão sanitário, também denominado de contenção comunitária, quarentena comunitária ou *lockdown*.¹⁸

Tais medidas seriam cabíveis enquanto partes das respostas políticas dos governos face aos desafios postos pelas epidemias em diferentes fases, a saber: contenção, mitigação, supressão e recuperação (Werneck e Carvalho, 2020).

Outros autores, como Wallace et al (2020), lançam mão dos termos mitigação e supressão para caracterizar estratégias ou planos de enfrentamento da pandemia. Estes autores observam que a tipificação acima envolve graus variados de intervenção estatal com impactos diferentes no número de doentes e de mortos ao longo do tempo de duração da epidemia, mas advertem que qualquer tipo adotado acaba por deixar de lado o fato relevante de que as causas estruturais também deveriam fazer parte das medidas emergenciais.

No presente ensaio, adotamos, com base em Aquino et al (2020), o seguinte entendimento para os termos: isolamento – separação das pessoas doentes ou infectadas das pessoas sãs, ou seja, isolamento dos casos; quarentena – restrição das atividades e movimentos das pessoas suspeitas de contaminação; distanciamento social – redução da interação entre as pessoas em uma comunidade para diminuir a velocidade de transmissão do vírus.

BREVES REGISTROS HISTÓRICOS SOBRE A PANDEMIA

Apesar da informação (rumores) da ocorrência de uma epidemia grave na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China¹⁹, oficialmente a Organização Mundial da Saúde (OMS) recebe alerta do governo daquele país somente no dia 31 de dezembro de 2019 a respeito de

¹⁸ TelessaúdeRS. Qual a diferença de distanciamento social, isolamento e quarentena? https://www.ufrgs.br/telessaunders/posts_coronavirus/qual-a-diferenca-de-distanciamento-social-isolamento-e-quarentena/. Acesso em 20/06/2020.

¹⁹ A informação teria circulado entre os profissionais de saúde do Hospital Central de Wuhan a partir de mensagens por e-mail do oftalmologista Li Wenliang, 34 anos, alertando para o surgimento de um vírus com sintomas semelhantes à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). Em 30 de dezembro, ele teria sido convocado pelas autoridades do município a prestar depoimento e sofreu repreensão por divulgar rumores. Li adoeceu e faleceu em decorrência da infecção pelo coronavírus no dia 6 de fevereiro de 2020. Fontes: Blog Chuang: Social Contagion: Microbiological Class War in China. Fev 2020. Disponível em <http://chuangcn.org/2020/02/social-contagion/>. Acesso em 05.06.2020. RTP – Emissora pública de televisão de Portugal - Lisboa “Coronavírus: China abre inquérito após morte de médico que fez alerta Li Wenliang trabalhava no Hospital Central de Wuhan e avisou colegas”. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2020-02/coronavirus-china-abre-inquerito-apos-morte-de-medico-que-fez-alerta>. Acesso em 03.06.2020. “Coronavírus: O médico chinês que tentou alertar colegas sobre surto, mas acabou enquadrado pela polícia e infectado pela doença”, por Stephanie Hegarty, da BBC World Service, 4 fevereiro 2020. <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51369300>. Acesso em 03.06.2020.

casos de pneumonia²⁰. Uma semana depois, as autoridades chinesas confirmam a identificação de um novo tipo de coronavírus.²¹ No final de janeiro de 2020 a OMS declara que o surto de coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. O número de casos cresce assustadoramente na China e na Ásia, expandindo-se pelo continente europeu e alcançando os Estados Unidos da América. Em 27 de janeiro de 2020, o Centro Chinês para Controle afirmaria ter isolado “com sucesso o novo coronavírus (2019-nCoV) nas amostras ambientais de um mercado de frutos do mar em Wuhan, indicando que o vírus veio de animais selvagens vendidos no local.”²² No dia 11 de fevereiro de 2020 o vírus recebe o nome de SARS-CoV-2, sendo considerado responsável por causar a doença desde então conhecida pela sigla COVID-19. Então, em 11 de março a OMS declara a pandemia do novo coronavírus.²³

No final do mês de fevereiro, quando a OMS informa os primeiros casos da epidemia fora da China, com destaque para os países da Europa²⁴, dentre os quais inicialmente a Itália, observamos as características da dinâmica política das epidemias apontadas por Evan Stark (1977) no caso da febre amarela em New Orleans, no ano de 1853 por ele estudado: surto; negação pelas autoridades e fuga dos burgueses; colapso da autoridade e desafio da população trabalhadora, com a tentativa de reconstruir a saúde em seus próprios termos; declaração da epidemia pelas autoridades para restaurar a ordem burguesa, tornando a paralisação dos negócios oficial e instituindo as medidas governamentais de controle. Assim, ao final, a autoridade é reconstituída, inclusive com a

²⁰ O evento foi registrado e comentado pela Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico n. 1, de janeiro de 2020, em sua 51ª edição, disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf> Acesso em 04.06.2020. Conforme “Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) da OPAS Brasil”, disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 a OMS tem trabalhado com autoridades chinesas e especialistas globais desde o dia em que foi informada. Acesso em 05.06.2020.

²¹ O informe da OMS, replicando o da China, afirma que os sete pacientes internados em quarentena no hospital “estavam ligados de alguma forma ao mercado de Huanan, em Wuhan”.

²² “China detecta grande quantidade do novo coronavírus no mercado de frutos do mar em Wuhan” Notícia do site Xinhua Português http://portuguese.xinhuanet.com/2020-01/27/c_138737245.htm Acesso em 05.06.20

²³ “Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) da OPAS Brasil”. Op. cit. nota 20.

²⁴ Estudo realizado pelo Laboratório de Los Alamos, do governo dos EUA, identificou uma alteração genética no coronavírus quando este começou a se espalhar pela Europa. Apesar de não ser mais agressiva do que a original, a cepa do vírus contendo a mutação aumentou a infectividade e ameaçaria a efetividade clínica das primeiras vacinas. A mutação foi identificada nos EUA, Brasil, México e mesmo na China, onde a pandemia começou. Bruno Garattoni. Coronavírus sofre mutação e se torna mais contagioso, aponta estudo. Superinteressante, 7 de maio de 2020. Disponível em <https://super.abril.com.br/blog/bruno-garattoni/coronavirus-sofre-mutacao-e-se-torna-mais-contagioso-aponta-estudo/> Acesso em 12.06.2020.

oficialização das iniciativas populares menos ameaçadoras, absorvendo-as na ação estatal ²⁵ e a sociedade pode então voltar à “normalidade” de seu cotidiano opressivo.

No Brasil o processo de notificação da pandemia encontra-se relatado numa cronologia publicada pelo Ministério da Saúde. ²⁶ O governo do Brasil declara a epidemia de coronavírus Emergência de Saúde Pública Nacional no dia 3 de fevereiro. Começa, no dia 5 de fevereiro, uma missão de repatriamento de brasileiros residentes em Wuhan. No dia 6 é sancionada a Lei de Quarentena, Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Três dias depois 58 brasileiros repatriados chegam na base aérea de Anápolis (Goiás). Após a quarentena cumprida, tendo passado por três testes com resultados negativos e, estando assintomáticos, recebem em 22 de fevereiro certificado de estado de saúde livre de doença pelo novo coronavírus. ²⁷ No dia 26 de fevereiro é confirmado o primeiro caso da COVID-19 no Brasil. ²⁸

ORIGENS

De acordo com a OMS, as origens da epidemia parecem estar ligadas a trabalhadores vinculados ao mercado de Wuhan. Mas os argumentos contrários levantados por Wallace (2020) sugerem uma determinação mais complexa. O autor, admitindo evidências epidemiológicas a favor da hipótese oficial, afinal uma parte pequena das amostras feitas no mercado de Wuhan (5,64%) foi positiva para COVI-19, observam que deste percentual apenas 41% provinha das ruas do mercado onde a vida selvagem estava alojada. Mais importante:

...um quarto dos infectados nunca visitou o mercado de Wuhan ou apareceu diretamente exposto. O primeiro caso foi identificado antes do mercado ser atingido.

Para Robert Wallace (2016) a explicação remete à relação da etiologia das epidemias recentes (como a da gripe aviária, em 2003, e a da gripe suína, em 2009) com o sistema capitalista em dois níveis: com o agronegócio (a organização capitalista da agricultura para o mercado em larga escala) e a expansão da fronteira agrícola. O autor destaca a importância da inter-relação entre esses níveis em países cuja paisagem rural é caracterizada por um agronegócio desregulamentado e a urbanização

²⁵ Como demonstra o estudo de ITURRI (1994)

²⁶ Brasil. MS. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus. Linha do tempo. Disponível em <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo> Acesso em 05.06.2020.

²⁷ Boletim n. 13: Operação Regresso à Pátria Amada Brasil. disponível em <https://www.defesa.gov.br/noticias/66230-boletim-n-13-operacao-regresso-a-patria-amada-brasil> Acesso em 05.06.2020

²⁸ Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial - 16 | se 21 - 18 de maio de 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf> Acesso em 10.06.2020.

que, devido a suas peculiaridades²⁹, funcionam como uma “panela de pressão evolutiva” (Chuang, 2020) quando colocam em contato animais selvagens (reservatórios de vírus) e domésticos e propiciam a chamada transferência zoonótica para os seres humanos (Chuang, 2020).

Ainda segundo Wallace et al.³⁰, o foco nas áreas de surgimento do surto obstrui as relações compartilhadas pelo capital monopolista e financeiro em escala global que “moldam as epidemiologias”. Esse capital fomenta formas intensivas e extensivas da produção agroindustrial, induzindo alterações no uso da terra no sentido de sua degradação ambiental favorecendo o surgimento de doenças em regiões pobres do mundo.

Preparar carne de animais selvagens e enterros em casa são duas práticas a que se atribui culpa pelo surgimento de novos patógenos. Traçar geografias relacionais, ao contrário, transforma repentinamente Nova York, Londres e Hong Kong, principais fontes de capital global, em três dos piores hotspots do mundo.

Esta explicação, obviamente, foi recusada pelo governo dos Estados Unidos da América. Pelo contrário, Donald Trump apontou a origem laboratorial do vírus. A polêmica entre este governo e o da República Popular da China foi desencadeada a partir da divulgação, pelo jornal Washington Post e do canal de televisão Fox News, de que o vírus pode ter escapado acidentalmente do laboratório de virologia existente em Wuhan. A denúncia do governo americano apontando a origem laboratorial do vírus³¹ é descartada no estudo realizado por observadores independentes, pesquisadores das universidades dos Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, publicado na revista Nature Medicine: “o SARS-CoV-2 não é uma construção de laboratório ou um vírus propositalmente manipulado” (Andersen et al., 2020). Projetam-se aí os desdobramentos da competição econômica, com dimensão geopolítica, entre os dois países, assunto a ser abordado adiante.

²⁹ A agricultura é caracterizada por uma relação entre grandes e pequenas fazendas, estas, por sua vez, tendem a expandir a fronteira agrícola, floresta adentro. Por outro lado, o aumento da demanda de animais selvagens para consumo “constrói novas cadeias globais de mercadorias de ‘bens selvagens’” e modificam a interface entre o humano e o não-humano. (Coletivo Chuang, 2020)

³⁰ Uma versão desse texto em português encontra-se disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/O-COVID-19-e-os-circuitos-do-capital>

³¹ A denúncia estaria associada à existência de um laboratório de biotecnologia em Wuhan. No caso trata-se do Instituto Nacional de Virologia, instituição de segurança máxima de nível 4. De acordo com UOL Notícias de 18.04.2020, as autoridades do Instituto declararam “ter recebido em 30 de dezembro o novo coronavírus, até então desconhecido. Em 2 de janeiro, determinou o sequenciamento do genoma viral, e submeteu a informação sobre o patógeno à Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de janeiro.” <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/04/19/o-laboratorio-de-wuhan-no-centro-de-uma-polemica-mundial.htm> Acesso em 08.06.2020.

ALGUNS ASPECTOS POLÍTICOS DA PANDEMIA

Situemos, porém, alguns aspectos deste processo colocados em relevo por Giorgio Agamben no caso da Itália. O mais significativo é a instituição de um verdadeiro estado de exceção aceito socialmente:

Assim, em um perverso círculo vicioso, a limitação da liberdade imposta pelos governos é aceita em nome de um desejo de segurança que foi induzido pelos próprios governos que agora intervêm para satisfazê-lo. 32

A relutância dos Estados líderes da economia mundial em adotar medidas de controle eficazes é também destacada por Pierre Dardot e Christian Laval em artigo publicado no mês seguinte.³³ Os autores, sem remeter ao artigo de Agamben, ressaltam a onda de chauvinismo nacional e demonstram como cada país deu as costas uns para os outros, ao ignorar as recomendações da OMS, para o deleite da extrema-direita europeia e global. Reconhecem assim o que a União Europeia tem sido: uma organização multinacional baseada na concorrência econômica generalizada entre países sob hegemonia alemã. Revoltas, greves e ameaça de colapso dos sistemas de saúde são necessárias para que a quarentena seja finalmente assumida pelos governos, com monitoramento em tempo real. A intervenção dos estados-nacionais tem o importante papel de evitar a falência das economias de modo a “manter o máximo possível de mão-de-obra ativa”, abandonando os escrúpulos quanto aos gastos públicos sem limites para “salvar” as economias. Wallace et al (2020) observam pertinentemente:

O fracasso em se preparar e reagir ao surto não começou apenas em dezembro, quando países ao redor do mundo falharam em agir assim que o COVID-19 saiu de Wuhan (...) Na verdade, as falhas foram programadas décadas atrás, quando os bens públicos foram simplesmente negligenciados e monetizados. 34

É o que também aponta Raquel Varela, ao associar a paulatina crise do Welfare State, nascido em 1945, com o fortalecimento da União Europeia, instituída em 1993. (VARELA, 2019)

³² “l’invenzione di un’epidemia” publicado no jornal Il Manifesto em 26 de fevereiro de 2020 e traduzido para a língua portuguesa em Agamben, G. Reflexões sobre a peste: ensaios em tempos de pandemia. São Paulo: Boitempo, 2020. E-book/posição 107. Disponível em <https://www.amazon.com.br/Reflex%C3%B5es-sobre-peste-pandemia-Pandemia-ebook/dp/B088GL8X1S/>

³³ Dardot, Pierre e Laval, Christian. A prova política da pandemia. Blog da Boitempo. 26 de março de 2020. Disponível em <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/26/dardot-e-laval-a-prova-politica-da-pandemia/> Acesso em 12.06.2020.

³⁴ Wallace et al (2020) advogam medidas de supressão do surto epidêmico considerando as causas estruturais, ou seja, voltada tanto para a emergência como para o perigo de novos surtos pandêmicos. Um enfrentamento global com o capital e seus representantes locais implica, contudo, outro tipo de Estado e novas relações sociais, para além do horizonte do capitalismo.

CAPITALISMO E QUARENTENA

A compreensão da natureza da relação entre as dimensões sanitárias e as econômicas e políticas presentes na atual situação de emergência global somente é lograda quando situada no contexto do capitalismo em sua fase atual.

As atuais formas de organização da produção agroindustrial e a expansão da fronteira agrícola e mineral, na acumulação de capital dominada pelo capital financeiro, requerem produção e consumo *just-in-time* com base em cadeias globais de valor (CGV).

Conforme mencionado por Wallace et al. (2020), os “circuitos do capital” com produção e circulação de mercadorias *just-in-time* em CGV constituem meios de propagação acelerado da epidemia. Em poucas semanas o novo coronavírus pode se espalhar para aglomerados populacionais em grandes centros urbanos, e destes para cidades médias e o interior de cada país.

Atualmente, a China representa aproximadamente 16% do Produto Interno Bruto mundial, ante 4,3% registrados quando da epidemia da SARS, em 2002-2003.³⁵ Em decorrência desta importância econômica mundial, antes mesmo da declaração de pandemia pela OMS, a epidemia de Covid-19 na China já havia provocado interrupções na atividade produtiva e comercial em empresas e setores econômicos de diversos países.³⁶

Neste sentido, o desafio econômico da adoção de medidas de distanciamento social e de quarentena por períodos prolongados na atual conjuntura internacional está posto na disputa entre um grupo restrito de países em torno da liderança das mudanças tecnológicas em curso no sistema e da iniciativa da retomada da atividade econômica, até o momento parcialmente bloqueada pela pandemia.

Em outros termos, a pandemia de Covid-19 acirra disputas imperialistas (ou interestatais), notadamente entre EUA e China pela liderança das mudanças tecnológicas (por exemplo, robótica, inteligência artificial, displays, comunicação 5G, sensores avançados, circuitos integrados, internet das coisas, Big Data) na produção e na esfera geopolítica.³⁷ Donald Trump ao chamar o novo

³⁵ Pandemia remodela papel de cadeias globais de produção. Folha de São Paulo, 06/05/2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/pandemia-remodela-papel-de-cadeias-globais-de-producao.shtml>. Acesso em 04/07/2020

³⁶ Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial. A pandemia de Covid-19 e os riscos às CGV. CARTA IEDI, n. 1012. Disponível em: https://iedi.org.br/cartas/carta_iedi_n_1012.html; Acesso em 04/07/2020.

³⁷ Importa salientar que o evento epidêmico da gripe espanhola, em 1918, considera a entrada dos EUA no final da primeira guerra mundial, disputando a hegemonia do mundo imperialista à Inglaterra.

coronavírus de “o vírus chinês”³⁸ evidenciou esses conflitos, que se estendem muito além do âmbito comercial.

Uma ilustração da disputa pela liderança tecnológica, que também envolve outros países, pode ser vista pelo avanço da utilização de robôs na produção. China, Japão, Estados Unidos, Coreia do Sul e Alemanha, nesta ordem, são os cinco principais mercados para robôs industriais. Desde 2013, a China lidera esse ranking. E a cada ano diminui a distância em relação aos EUA em termos da densidade de robôs instalados na indústria (Quadro 1).

Quadro 1- Densidade de robôs relacionados à indústria de transformação em países selecionados 2014-2018 (Unidade: por 10.000 trabalhadores)

País	2014	2016	2018	Variação 2014-18 (%)
Cingapura	-	488	831	70,3*
Coreia do Sul	478	631	774	61,9
Alemanha	292	309	338	15,7
Japão	314	303	327	4,1
Suécia	190	223	247	30,0
Dinamarca	180	211	240	33,3
Taiwan	--	177	221	24,8*
EUA	164	189	217	32,3
China	25	68	140	460,0

(*) Variação de 2016-2018.

Fonte: International Federation of Robotics - <https://ifr.org/> Acesso em 05/07/2020.

O avanço tecnológico da China é um dos objetivos do Plano “Made in China 2025”, lançado pelo governo daquele país em 2016. Esse avanço com a redução da defasagem chinesa acontece não obstante o contínuo crescimento da robótica nos EUA, também impulsionado por programas governamentais (como o “Manufacturing USA”) em parcerias com o setor privado. A finalidade do governo estadunidense é fortalecer a produção industrial no país inclusive com isenções fiscais para

³⁸ <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51966296>. Acesso em 03/07/2020.

o retorno de manufaturas anteriormente transferidas ao exterior (ARBIX et al., 2017).³⁹ Nos planos estatais dos EUA e da China o desenvolvimento das tecnologias 4.0 compreendem variadas atividades com interface entre as áreas produtiva e militar (ARBIX et al., 2017).

Embora um país de médio porte em termos nucleares, a China não está limitada por acordos de não ampliação de armas nucleares e dispõe de mísseis intercontinentais, capacidades cibernéticas e armas anti-satélites. A ascensão econômica e militar da China é percebida pelos EUA como ameaça a sua hegemonia geopolítica. Esse cenário tem criado obstáculos para atual negociação da renovação do Tratado de Redução de Armas Estratégicas entre EUA e Rússia que acontecem no curso da pandemia.⁴⁰

No entanto, a análise não deve separar os conflitos interestatais da contradição entre capital e trabalho. No contexto atual, a interconexão entre pandemia e competição por ganhos de produtividade tende a intensificar a exploração dos trabalhadores pelo capital. O grau de acirramento das disputas interimperialistas acentua a incompatibilidade das medidas de distanciamento social prolongadas como estratégia de enfrentamento da pandemia. A retomada da atividade econômica acontece, ainda que parcialmente e sujeita a interrupções. E a continuidade do trabalho em condições mais restritas constitui uma forma de avaliação da produtividade futura. Ou seja, a pandemia como laboratório "ensina" a burguesia a retomar o crescimento econômico adiante.

41

ECONOMIA E POLÍTICA: O CASO BRASILEIRO

O distanciamento social se constitui na mais importante medida de saúde pública no enfrentamento da pandemia da Covid-19; no entanto sua adoção acelera a crise econômica mundial do capitalismo.

A intervenção dos governos de vários países, com diferentes colorações políticas, acionou medidas sob uma mesma diretriz de política econômica: compra de títulos financeiros com injeção de capital aos bancos, queda das taxas de juros, incentivos fiscais como redução ou postergação dos

³⁹ Drummond, Carlos. Disputa por liderança global obriga os EUA a se defenderem da China. Carta Capital, 01 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Poder-e-ContraPoder/Disputa-por-lideranca-global-obriga-os-EUA-a-se-defenderem-da-China/55/41181> Acesso em 04/07/2020.

⁴⁰ Ascensão da China embaralha negociações nucleares entre EUA e Rússia. Folha de São Paulo, 25 de junho de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/tatiana-prazeres/2020/06/ascensao-da-china-embaralha-negociacoes-nucleares-entre-eua-e-russia.shtml> Acesso em: 03/07/2020. Cercado, Japão se afasta do pacifismo e acelera uso de armas ofensivas

Igor Gielow. FSP, 30 jun.2020 às 8h00. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/06/cercado-japao-se-afasta-do-pacifismo-e-acelera-uso-de-armas-ofensivas.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa Acesso em 03/07/2020.

⁴¹ Vale citar a metáfora do capital "como um rinoceronte", presente no texto com o sugestivo título Nem morcegos, nem pangolim: foi o rinoceronte (Caldas, 2020).

pagamentos de impostos, crédito subsidiado para salvar empresas.⁴² Mobilizam, portanto, políticas de ampliação dos gastos com forte elevação da dívida pública.⁴³

No Brasil, em 16 de março o presidente Bolsonaro faz uma declaração reveladora numa entrevista concedida à Rádio Band: “Se a economia afundar, afunda o Brasil”, disse. “Se a economia afundar, acaba o governo. Há disputa de poder nisso daí.”⁴⁴ A última frase revela a intenção de jogar a responsabilidade da crise econômica sobre as medidas adotadas nos estados e municípios (distanciamento social, *lockdown*). Poucos dias depois uma notícia publicada na imprensa alertava para a possibilidade da decretação de estado de sítio ou medida similar.⁴⁵

No mesmo mês, os governos estaduais e municipais dos principais focos da epidemia no Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Manaus) implementam medidas de distanciamento social e então, como é de se esperar, as determinações da política econômica para evitar a quebraadeira generalizada são tomadas pelo governo federal.

Por meio do Banco Central (BC), o governo aporta imediatamente 1,216 trilhões no sistema financeiro (cerca de 16,7% do PIB). Outra medida estatal para atender o capital financeiro, incluída no chamado “orçamento de guerra” aprovado pelo Congresso Nacional, autoriza o BC a comprar e vender títulos com classificação de risco especulativo, ou seja, “títulos podres”.

Por sua vez, enquanto o crédito cresce em direção ao grande capital, os bancos praticamente não liberam financiamento pela linha de crédito emergencial criada pelo governo com 85% de recursos

⁴² As respostas da política econômica global à pandemia do coronavírus. Reuters, 25/03/2020. <https://exame.com/economia/respostas-da-politica-economica-global-a-pandemia-do-coronavirus/> Acesso em 30/05/2020.

⁴³ Resposta à pandemia leva países a se endividar mais. Disponível em: <https://valor.globo.com/mundo/noticia/2020/06/16/resposta-a-pandemia-leva-paises-a-se-endividar-mais.ghtml> Acesso em 16.06.2020

⁴⁴ Valor Econômico, 17.03.2020: “Se a economia afundar, acaba o governo, tem disputa de poder nisso”. <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/03/17/se-a-economia-afundar-acaba-o-governo-tem-disputa-de-poder-nisso.ghtml> Acesso em 15.06.2020.

⁴⁵ Na matéria “Forças Armadas de prontidão”, publicada pelo jornal Valor Econômico em 20 de março de 2020, Maria Cristina Fernandes e André Guilherme Vieira citam uma fonte do Exército que reporta um relatório da inteligência militar prevendo uma crise política capaz de colocar em risco o mandato de Jair Bolsonaro. Baseado em modelo matemático, a previsão teria considerado a elevação de roubos e saques no momento em que a curva de contaminação do coronavírus atingisse seu ponto mais crítico e a paralisação da economia o seu “pico”. O cenário de “caos na segurança pública” pensado para acontecer no prazo de 30 a 40 dias implicaria a mobilização conjunta das “Forças Armadas e polícias” com o intuito de “devolver ao presidente Jair Bolsonaro parte da autoridade perdida com atitudes que o desgastaram junto à opinião pública”. A matéria está disponível em <https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/03/20/forcas-armadas-sao-colocadas-de-prontidao.ghtml> Acesso em 25 de março de 2020.

do BNDES para a folha de pagamentos de pequenas e médias empresas⁴⁶: assim é que até 22 de junho, apenas o total de 1.828.322 trabalhadores é incluído nesse programa, ante uma estimativa de alcançar 12 milhões.⁴⁷ Prevista na MP 944/2020, a medida está em revisão, com flexibilização da exigência de estabilidade para todos os empregados da empresa que recorrer a essa linha de crédito.⁴⁸

No cenário das relações de trabalho, o governo federal edita a Medida Provisória (MP) n. 927, de 22 de março de 2020, e a MP n. 936, de 01 de abril de 2020, atualizando a reforma trabalhista editada no governo Temer (Lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017), com flexibilização de direitos trabalhistas sob a alegação de proteção ao desemprego.

A MP 927/2020 estimula os acordos individuais acima de outros instrumentos normativos legais e negociação coletiva, facilita o teletrabalho, a utilização do banco de horas, suspende exigências relativas à segurança e saúde no trabalho e o recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço por três meses durante a pandemia.

A MP 936/2020 institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda com a redução de salário em correspondência a da jornada de trabalho em 25, 50 ou 70% e a suspensão do contrato de trabalho pelas empresas durante o estado de calamidade pública⁴⁹. Sua aprovação pelo Congresso Nacional amplia a suspensão de contrato por mais dois meses (de dois para quatro meses) e o período da redução de salário e jornada por mais um mês (de três para quatro meses). A medida estabelece garantia provisória no emprego durante a vigência do acordo e por igual período após o término da suspensão do contrato ou da redução do salário e jornada.

Segundo dados do Ministério da Economia, até 26 de junho, os acordos com redução de salário e suspensão do contrato atingem 11,7 milhões de trabalhadores (36% dos empregados celetistas no país). Acordos de suspensão de contrato abrangem quase 47% dos trabalhadores, enquanto os

⁴⁶ Crédito a grande empresa cresce 12%. Talita Moreira e Flávia Furlan, Valor Econômico, 08/05/2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/financas/noticia/2020/05/08/credito-a-grande-empresa-cresce-12.ghtml> Acesso em 10.05.2020.

⁴⁷ Câmara libera demissão em programa de crédito para empresas. Folha de São Paulo, 25/05/2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/06/camara-libera-demissao-em-programa-de-credito-para-empresas.shtml> Acesso em 30.05.2020.

⁴⁸ <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/01/senado-analisa-mp-que-oferece-r-40-bi-para-empresas-pagarem-salarios> Acesso em 02.07.2020.

⁴⁹ A calamidade pública é estabelecida no Decreto Lei nº.6, de 20 de março de 2020., em decorrência da Mensagem Presidencial nº. 93, de 18 de março de 2020. Permite a dispensa das exigências do cumprimento de metas fiscais e das limitações de empenho de recursos orçamentários inscritas na chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000).

acordos de redução de salário compreendem aproximadamente 52,2%, em que: 19,3% com redução de 70% do salário; 18,3% com corte de 50% e 14,6% com diminuição de 25%.⁵⁰

Da mesma forma, a MP 936/2020 adota o auxílio emergencial no valor de R\$ 600 reais para a massa de desempregados acrescida pelos trabalhadores informais desocupados em decorrência do fechamento das portas do comércio e serviços e outras atividades pelas medidas de quarentena.

Os dados do mercado de trabalho do IBGE contradizem a alegada proteção contra o desemprego das medidas governamentais. O avanço da pandemia pelo país vem acompanhado do crescimento do desemprego: 7,8 milhões de postos de trabalhos perdidos, entre março e maio; destes, 5,8 milhões (74%) de trabalhadores do mercado informal. Essa massa de desempregados sem retornar a busca por uma vaga em decorrência da pandemia ou da paralisação das atividades, não aparece, no entanto, na taxa de desemprego, apesar da elevação desta taxa em maio ter alcançado 12,9% (12,7 milhões), uma vez que esta capta apenas quem procura emprego.⁵¹

Os sinais são de tendência ao aumento do desemprego entre os trabalhadores celetistas especialmente após o fim do curto período de estabilidade dos acordos de suspensão de contrato e de redução de salários e jornada com o aprofundamento da recessão econômica e baixa perspectiva de reversão em curto prazo, segundo pesquisa baseada nas expectativas dos próprios capitalistas.⁵² Além disso, ao atingir fortemente o mercado de trabalho informal, este segmento, diferentemente dos três últimos anos de criação de emprego com esse perfil, dificilmente terá possibilidade para absorver parcela considerável dos trabalhadores celetistas demitidos.⁵³

Na perspectiva do Presidente da República, a economia, retirada de sua aparente trajetória de recuperação, veio a ser travada por medidas de controle da epidemia capazes de derrubar as expectativas de uma melhora no panorama social de mais de 12 milhões de desempregados no país. É uma posição governamental, não um ato isolado da presidência da república, como fica evidente

⁵⁰ <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/07/01/117-milhoes-de-trabalhadores-formais-ja-tiveram-reducao-de-salario-ou-contrato-suspenso.ghtml> Acesso em 02.07.2020.

⁵¹ Os efeitos da pandemia sobre o mercado de trabalho no Brasil O Globo 01/07/2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/podcast/os-efeitos-da-pandemia-sobre-mercado-de-trabalho-no-brasil-24508762> Ver também “Pela 1ª vez, mais da metade da população em idade de trabalhar está fora do mercado”. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/pela-1-vez-mais-da-metade-da-populacao-em-idade-de-trabalhar-esta-fora-do-mercado-24478822> Acesso em 15.06.2020.

⁵² <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/demissoes-ja-afetam-13-das-familias-e-40-das-empresas.shtml> Acesso em 19.05.2020.

⁵³ <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/05/15/taxa-de-desemprego-sobe-em-12-de-27-unidades-no-1o-trimestre-aponta-ibge.ghtml>. Ver também “Crise do coronavírus fecha 1,4 milhão de vagas formais, diz governo”. Fábio Pupo. Folha de São Paulo, 29 de junho de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/06/crise-do-coronavirus-fechar-14-milhao-de-vagas-formais-diz-governo.shtml> Acesso em 29.06.2020.

na manifestação de Paulo Guedes, ministro da Economia: de acordo com ele, enquanto o mundo já atravessava uma situação de “desaceleração” antes da pandemia, o país iria na direção contrária, pois teria uma dinâmica própria de crescimento em relação ao resto do mundo.⁵⁴

Essa interpretação é confrontada por um grupo de analistas da Fundação Getúlio Vargas para quem a economia brasileira estava em desaceleração desde o fim de 2019. Esta perspectiva é reforçada com a queda de 1,5% do PIB, registrada pelo IBGE, para o primeiro trimestre deste ano, que inclui apenas 15 dias de distanciamento social em março.⁵⁵

CONFLITOS E LUTAS

Enquanto os negócios de alguns setores e empresas estão fortemente impactados pela pandemia (com as medidas de distanciamento social e quarentena ou a interrupção dos fornecedores e queda da demanda), outros segmentos da burguesia mantém e até ampliam suas atividades produtivas, comerciais e de serviços.

Com a mitigação da pandemia, expressão da incompatibilidade de uma quarentena ampla e estrita nos moldes da supressão do surto, grande parte dos trabalhadores tem sido mantida em atividade e circulação, portanto, expostos ao contágio, adoecimento e morte.

A epidemia de Covid-19 atinge mais acentuadamente os trabalhadores do que a população em geral. Sair para trabalhar por meio de transporte público, geralmente lotado, tanto mais em longos trajetos apresenta forte associação com internações e óbitos por Covid-19.⁵⁶

⁵⁴ Valor Econômico, 10.03.2020: “Para ministro, vírus foi ‘gota d’água’ da desaceleração”. Disponível em <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/03/10/para-ministro-virus-foi-gota-dagua-da-desaceleracao.ghtml>. Acesso em 15.06.2020. Uma expectativa de efeito retórico contrastando com os dados do IBGE e da CNI de um crescimento pouco significativo da economia nacional antes da emergência sanitária no país. Acesso em 10.03.2020.

⁵⁵ Brasil já estava em recessão no início do ano, diz comitê da Fundação Getúlio Vargas. Cássia Almeida. O Globo, 29/06/2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/brasil-ja-estava-em-recessao-no-inicio-do-ano-diz-comite-da-fundacao-getulio-vargas-24505241>. Cabe recordar que o PIB de 1,1%, em 2019, manteve o baixo crescimento econômico dos anos de 2017 (1,3%) e 2018 (1,1%). Acesso em 29.06.2020.

⁵⁶ Aluizio Marino; Danielle Klintowitz; Gisele Brito; Raquel Rolnik; Paula Santoro; Pedro Mendonça. Circulação para trabalho explica concentração de casos de Covid-19. 30/06/2020. Disponível em: https://polis.org.br/noticias/circulacao-para-trabalho-inclusive-servicos-essenciais-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/?fbclid=IwAR1YrdoKuQVtweFpqFLyUP_uiQHV53KilHU0J7teLjQ_3YXvCnA7rvCJPzY. Acesso em 30.06.2020.

Os trabalhadores expostos à infecção e submetidos à intensificação da exploração têm demonstrado sua revolta mediante greves e manifestações.⁵⁷ No Brasil, profissionais de saúde realizam atos nas portas de hospitais, vias e praças públicas inclusive na Praça dos Três Poderes, em Brasília, como no 1º de maio, Dia Internacional dos Trabalhadores, sem deixar-se intimidar pelas agressões e violências de um grupo de apoiadores do governo federal.⁵⁸ Protestos dos trabalhadores e sindicatos de diversas categorias, como os trabalhadores dos frigoríficos, petroleiros e entregadores por aplicativos, acontecem em diversas regiões do país.

Os trabalhadores no setor da agroindústria de carnes enfrentam a intensificação da exploração com o aumento da produção durante a pandemia: maior imposição do ritmo de trabalho, manutenção dos trabalhadores aglomerados nas linhas de abate e processamento da carne em ambientes fechados (temperaturas frias e com baixa renovação do ar), favorecendo o contágio e a transmissão do vírus.

Esse setor é altamente intensivo em trabalho, expresso na grande aglomeração de trabalhadores nas linhas de produção. A intensificação do trabalho imposta pela produção responde pelo elevado desgaste, manifesto em acidentes de trabalho e adoecimentos dos trabalhadores (como LER e transtornos mentais), bem como pela alta rotatividade nas empresas. Os frigoríficos buscam trabalhadores nas cidades circunvizinhas, recorrendo inclusive à contratação de imigrantes.⁵⁹ E a circulação diária de trabalhadores proporciona a difusão da Covid-19 entre os municípios sedes dos

⁵⁷Protestos, paralisações e greves dos trabalhadores durante a pandemia ocorreram em diferentes setores econômicos e países. Na Itália, no momento em que esteve no epicentro da pandemia no mundo e os corpos das vítimas eram empilhados e transportados em caminhões do exército, na região mais atingida, inúmeras indústrias inclusive as fábricas de armas continuavam produzindo. Foram os operários destas empresas que, a despeito das morosas negociações dos sindicatos com o governo, se levantaram e paralisaram as atividades, por exemplo, na indústria armamentista, indústrias petroquímicas e nos call-centers de venda. Ler Greves selvagens estouram na Itália exigindo fechamento de fábricas durante pandemia do coronavírus. Por Will Morrow e Alex Lantier. 17 Março 2020. Disponível em: <http://centrovictormeyer.org.br/greves-selvagens-estouram-na-italia-exigindo-fechamento-de-fabricas-durante-pandemia-do-coronavirus/>. Acesso em 17.03.2020. Ler também Enquanto corpos enchiam caminhões do Exército, as fábricas ficavam abertas: um relato de Bérgamo, na Itália. ALBA SIDERA Revista Contexto, Bérgamo (Itália) 16 de abr de 2020. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/coronavirus/64192/enquanto-corpos-enchiam-caminhoes-do-exercito-as-fabricas-ficavam-abertas-um-relato-de-bergamo-na-italia> Acesso em 17.04.2020. Na Espanha ocorreu um processo semelhante, por exemplo, com protestos e greves dos operários da indústria automobilística. Ver Mercedes Benz: la vida de las personas por delante de los beneficios. Disponível em: <https://www.vientosur.info/spip.php?article15737>. Acesso em 21.03.2020. Nos EUA, protestos, paralisações e greves foram realizados por trabalhadores dos armazéns da Amazon. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/21/sem-equipamentos-de-protecao-pessoal-funcionarios-da-amazon-continuam-em-greve> Acesso em 21.04.2020.

⁵⁸ <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/01/enfermeiros-fazem-ato-no-df-para-reforcar-necessidade-de-isolamento-social-estamos-morrendo-na-luta-contra-a-covid-19.ghtml> Acesso em 01.05.2020.

⁵⁹ Com base nos dados da RAIS, em 2018, os frigoríficos de aves e suínos nos três estados da Região Sul do Brasil empregavam um total de 10.177 haitianos (HECK et al., 2020).

frigoríficos e sua interiorização por uma rede de pequenas cidades, local de moradia dos empregados (HECK et al., 2020).⁶⁰ Assim, o processo produtivo dos frigoríficos constitui um “centro de difusão da Covid-19”, pois, além de responsável pelo contágio de trabalhadores e familiares nos municípios sedes das empresas, espalha a pandemia para as cidades vizinhas conectadas a estas unidades produtivas (HECK et al., 2020).

Até o final de maio, segundo informações do Ministério Público do Trabalho – MPT, um terço dos casos de Covid-19 no estado do Rio Grande do Sul é constituído de trabalhadores dos frigoríficos. Até então, 28 dos 30 municípios com maior número de casos da doença no estado são sedes de frigoríficos ou cidades de moradia de trabalhadores destas empresas.⁶¹

Denúncias, protestos de familiares dos trabalhadores e sindicatos também motivam ações do MPT, resultando na interdição e paralisação da produção em frigoríficos em diversas estado do país com assinatura de Termos de Ajuste de Conduta (TAC) para adoção de medidas de controle da contaminação de seus empregados e da população nestas regiões.⁶²

Além dos frigoríficos, a exploração dos trabalhadores e o papel "patógeno" do capital (Berlinguer, 1978) também caracterizam a indústria de petróleo e gás. Tomemos o caso da maior empresa

⁶⁰ Como frigoríficos propagaram o coronavírus em pequenas cidades do país. Por Rute Pina, Agência Pública, 23/06/2020. Disponível em: https://exame.com/negocios/como-frigorificos-propagaram-o-coronavirus-em-pequenas-cidades-do-pais/?utm_source=push_exam&utm_medium=pushnotification. Exclusivo: Os dados inéditos sobre Covid-19 em frigoríficos de pequenos municípios. Por Juliana Fronckowiak Geitens. 3 de junho de 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/ojoioeotrigo/2020/06/exclusivo-os-dados-ineditos-sobre-covid-19-em-frigorificos-de-pequenos-municipios/> Acesso em 03.06.2020.

⁶¹ Como frigoríficos propagaram o coronavírus em pequenas cidades do país. Por Rute Pina, Agência Pública, 23/06/2020. Disponível em: https://exame.com/negocios/como-frigorificos-propagaram-o-coronavirus-em-pequenas-cidades-do-pais/?utm_source=push_exam&utm_medium=pushnotification. Acesso em 24.06.2020. Esse quadro é bastante semelhante a de outros países. Nos EUA, entre as regiões com maiores número de casos de COVID-19 relativamente à população estão os municípios que abrigam indústria de carnes. Ver A remota processadora de carne nos EUA que se tornou maior foco de covid-19 no país. Jessica Lussenhop. BBC News. 22 abril 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52352657> Acesso em 23.04.2020.

⁶² Importante chamar atenção para o fato das intervenções estatais não alcançarem as causas estruturais da pandemia, de modo a evitar futuras emergências sanitárias (Wallace et al., 2020). Segundo o CDC dos EUA, três em cada quatro doenças infecciosas, novas ou reemergentes, são zoonóticas. A agroindústria de carnes, especificamente a de aves, é um campo de criação mais importante para pandemias (The End of Meat Is Here. By Jonathan Safran Foer. May 21, 2020. New York Times. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/05/21/opinion/coronavirus-meat-vegetarianism.html?referringSource=articleShare>) Acesso em 21.05.2020. E o Brasil, como grande produtor e maior exportador mundial de carne de frango, está entre os países em que um novo vírus mortal pode surgir. O contexto em que o país ganhou mercados mundiais, especialmente o asiático, compreende o avanço da epidemia de Influenza Aviária pelo mundo, em particular com a intensificação dos casos na Tailândia em 2004, e a Peste Suína Africana, que atingiu a China. Mas a Tailândia bem como Turquia e Ucrânia estão de volta na disputa pelos mercados, pressionando ainda mais por redução de custos.

nacional do setor no Brasil, a Petrobras, que a partir de março tem adotado algumas medidas de organização do trabalho, apresentadas como de controle da pandemia.

Com alegação de reduzir o risco de transmissão pelo SARS-CoV 2, a empresa colocou em teletrabalho 90% dos funcionários administrativos, reduziu o número de trabalhadores das equipes em atividades operacionais (terminais, refinarias, plataformas) e prolongou de 8 para 12 horas o turno de trabalho nas refinarias e, nas plataformas, passou o turno de 14 x 21 (14 dias de trabalho por 21 de folga) para 28 x 14 (dos 28 dias, 21 são embarcados e 7 de isolamento com monitoramento pela empresa antes do embarque).

Tais medidas intensificam o trabalho sem impedir a expansão dos casos de Covid-19 entre os trabalhadores. Contudo, até 08 de junho de 2020, há a ocorrência de 1.089 casos de Covid-19 somente entre os 46.416 trabalhadores próprios da Petrobras⁶³, uma incidência de 2.346 casos por 100 mil, até essa data, ou quase 7 (sete) vezes a registrada na população em todo o país (337 por 100 mil) ou a do Estado de São Paulo (340) e quase o dobro (1,84) da incidência do Amazonas (1.275). A taxa de incidência entre os trabalhadores da Petrobras permite, digamos assim, situá-la entre as vinte cidades do país com maior número de casos por 100 mil habitantes.⁶⁴

Apesar de a pandemia acentuar a forte queda dos preços do barril e contribuir para o desencadeamento de uma recessão na economia mundial, bem como acarretar interrupções em alguns pontos da produção nacional, a empresa aumentou o volume de extração de petróleo em março e abril e, em maio, embora tenha registrado uma queda ante o mês de abril, os resultados deste mês são superiores aos de maio do ano passado.⁶⁵

As petrolíferas pelo mundo seguem seu movimento por conquistas de mercados e, nesta acirrada competição entre empresas monopolistas dominadas pelo capital financeiro, cada dia de atraso e

⁶³ Ministério de Minas e Energia. 8ª Boletim de Monitoramento COVID-19. Brasília, 08 de junho de 2020. Disponível em: <http://www.mme.gov.br/web/guest/covid-19>. Até 06 de julho, os dados oficiais registram 1.526 casos de Covid-19 entre os trabalhadores próprios da Petrobras, incidência de 3.287,6 casos por 100 mil. (Ministério de Minas e Energia. 8º e 12º Boletim de Monitoramento COVID-19. Brasília, 06 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.mme.gov.br/web/guest/covid-19>) Acesso em 06.07.2020.

⁶⁴ Incidência de casos / 100 mil até 08 de junho de 2020, para o Brasil e os estados de São Paulo e do Amazonas, conforme informações do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde, disponível em <https://covid.saude.gov.br/>

⁶⁵ Conforme informações do Painel Dinâmico da Agência nacional do petróleo – ANP, disponíveis em <http://www.anp.gov.br/paineis-dinamicos-da-anp>. Acesso em 25.03.2020. Para o aumento na produção de petróleo nesses meses contribui a expansão da exportação para China (alta de 145% em abril deste ano ante o mesmo mês de 2019), favorecida pelo crescimento da extração dos campos do pré-sal de melhor qualidade e menor custo, faz inclusive a empresa rever a previsão de redução de 200 mil barris por dia, anunciada no final de março. Disponível em <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/05/04/petrobras-bate-recorde-de-exportacao-em-abril-com-1-mi-de-barris-de-petroleo-por-dia.htm?cmpid=copiaecola> Acesso em 04.05.2020.

redução na produção pode ser um capital definitivamente perdido. Tanto mais em função da chamada “transição energética” acentuar uma corrida contra o tempo para extrair e transformar as reservas de petróleo e gás em capital.⁶⁶ Do contrário, elas continuarão a ser apenas reservas naturais, e não capital.⁶⁷

A indústria do petróleo é outra expressão de que o capital não fica em quarentena, deixar de se valorizar é deixar de ser capital. Ou seja, assim como outras, a indústria do petróleo e gás manifesta a incompatibilidade da produção capitalista com as medidas de distanciamento social e quarentena e, simultaneamente, daquelas destinadas a proteger a saúde dos trabalhadores.

Os desafios postos aos trabalhadores nesse setor estão expressos na visão “positiva” dos analistas do mercado financeiro com os resultados da Petrobras que inclui os baixos custos de extração de petróleo com aumento da participação dos campos do pré-sal, os ganhos e “ensinamentos” do período da pandemia. Nas palavras do presidente da Petrobras: “a pandemia está [...] ajudando a acelerar uma estratégia que já estava em curso, de corte de custos e desinvestimentos.” Entre os cortes estão justamente a redução de trabalhadores próprios e terceirizados: “com a experiência do ‘home office’ é possível trabalhar apenas com 50% do efetivo nos escritórios. Isso nos permitirá liberar vários prédios e reduzir custos [com a] renegociação de contratos.”⁶⁸

A gravidade da situação sanitária na Petrobras constou inclusive de relatórios da Agência Brasileira de Inteligência (Abin) com informações ao governo federal sobre o crescimento dos casos de Covid-19 na empresa e advertências pela possibilidade de uma greve dos trabalhadores.⁶⁹

⁶⁶ Uma análise mais detalhada foge ao objetivo deste ensaio e possivelmente requer trazer para esta discussão muitos aspectos como o atual quadro da acumulação capitalista na economia mundial, a recente disputa da Arábia Saudita com a Rússia na definição de quotas de redução da produção entre os países da OPEP, a queda dos preços e a concorrência com o Xisto dos EUA, as reservas de petróleo e seus custos de produção, a capacidade de investimentos, a automação no setor, transição energética, disputas geopolíticas, entre outros.

⁶⁷ A Petrobras encomendou sete novas plataformas da China, Cingapura e Coreia do Sul, três países mais afetados nos primeiros meses da epidemia. É quase certo que a entrega dessas plataformas irão atrasar especialmente de duas delas prevista para 2021. A perda estimada em decorrência do atraso na entrega de uma plataforma pode ser de US\$ 10 milhões por dia (o valor pode ser maior ou menor segundo o preço do barril de petróleo), com base na capacidade de produção estimada em 150 mil barris de petróleo por dia, além do volume de gás. Coronavírus pode atrasar FPSOs em construção na Ásia em até um ano. O Petróleo, 01 de março de 2020. Disponível em: <https://opetroleo.com.br/coronavirus-pode-atrasar-fpsos-em-construcao-na-asia-em-ate-um-ano/> Acesso em 03.03.2020

⁶⁸ Não se engane pelo estrondoso prejuízo de R\$ 48,5 bi: resultado da Petrobras foi muito positivo, dizem analistas. Lara Rizério. InfoMoney, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/mercados/nao-se-engane-pelo-estrondoso-prejuizo-de-r-485-bi-resultado-da-petrobras-foi-muito-positivo-dizem-analistas/> Acesso em 15.05.2020.

⁶⁹ Petrobras está infestada de coronavírus. Destaque Notícias, 18 de junho de 2020. disponível em: <https://www.destaquenoticias.com.br/petrobras-esta-infestada-de-coronavirus/> Acesso em 10/07/2020.

A informação da ABIN, no entanto, é de conhecimento público expresso nos boletins da Federação Única dos Petroleiros e da Federação Nacional dos Petroleiros para a possibilidade de convocação e deflagração de uma “greve sanitária”.⁷⁰

Já a greve dos entregadores que trabalham por aplicativos, como iFood, Rappi, James, Loggi e Uber Eats, que em 01 de julho dominou o cenário das principais avenidas nas grandes cidades do país e mesmo de outros países latino-americanos, explicitou a intensificação da exploração destes trabalhadores durante a pandemia. Com o distanciamento social aumentou a já elevada sobrecarga de trabalho pelo intenso ritmo e ampliação da jornada: 56,7% dos entregadores relatam trabalhar mais de nove horas diárias (38,2% mais de onze horas diárias) e 78,1% trabalham seis ou sete dias durante a semana. E ainda assim, com a redução do valor por entrega pago pelos aplicativos, 59% informam redução na remuneração semanal em relação ao rendimento auferido antes da pandemia.⁷¹

Além de maior exposição de contágio da doença pelo trabalho, agravada por 57,7% dos entregadores relatam não contar com apoio das empresas para reduzir esse risco, crescem as mortes por acidentes de trabalho no trânsito entre ciclistas e motociclistas na cidade de São Paulo. Trata-se de uma fratura exposta, agravada pela intensificação da exploração do trabalho, com o crescimento dos pedidos de entregas por aplicativos durante a pandemia. O crescimento dos acidentes de trabalho fatais entre os motociclistas no trânsito na cidade de São Paulo, nesse período da pandemia, interrompe uma

⁷⁰ Petroleiros ameaçam com greve por conduta da Petrobras durante o coronavírus. Agência Estado. 26 mar 2020. <https://www.infomoney.com.br/mercados/petroleiros-ameacam-com-greve-por-conduta-da-petrobras-durante-o-coronavirus/> Federação Nacional do Petroleiros. Você está ciente da situação dos trabalhadores nas plataformas, terminais, usinas, refinarias e nos turnos dos prédios administrativos? 20 abril 2020. Disponível em: <http://www.fnpetroleiros.org.br/noticias/5829/voce-esta-ciente-da-situacao-dos-trabalhadores-nas-plataformas-terminais-usinas-refinarias-e-nos-turnos-dos-predios-administrativos> Federação única dos Petroleiros. Greve sanitária na Petrobrás será questão de dias. 23 de março de 2020. Disponível em: <https://www.fup.org.br/ultimas-noticias/item/25072-greve-sanitaria-na-petrobras-sera-questao-de-dias> Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista. Quantos mais precisarão morrer para a Petrobrás proteger seus trabalhadores? 23 junho 2020. Disponível em: <http://www.sindipetrolp.org.br/noticias/27619/quantos-mais-precisarao-morrer-para-a-petrobras-proteger-seus-trabalhadores> Acessos em 10/07/2020.

⁷¹ Dados da pesquisa “Condições de trabalho em empresas de plataforma digital: os entregadores por aplicativo durante a Covid-19”, realizada com 252 entregadores de 26 cidades, entre 13 e 20 de abril de 2020. Ver “Greve de entregadores e reclamações de restaurantes: os conflitos por trás dos aplicativos de entrega como iFood e Rappi”. Giovanna Sutto, Pablo Santana. InfoMoney, 01 jul 2020. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/minhas-financas/greve-de-entregadores-e-restaurantes-insatisfeitos-os-conflitos-por-tras-dos-aplicativos-de-entrega-como-ifood-e-rappi/>. Acesso em 10/07/2020

tendência de queda dos dois últimos anos⁷² e contrasta com a redução de 40% nas mortes por acidentes de trânsito com ônibus.⁷³

Os conflitos e as lutas sumariamente ilustradas reiteram, também em relação à pandemia da Covid-19, a atualidade da afirmação que os trabalhadores adoecem e morrem mais por todas as causas.

POR ÚLTIMO, MAS NÃO FINALMENTE

O futuro do presente apresenta-se a nós, em situações de grave comoção social (depressões econômicas, catástrofes, epidemias), como pressentimento, temor e esperança, sentimento coletivo vivenciado sob formas e intensidades socialmente diferentes. Assim está sendo na pandemia de Covid-19, desde as respostas dadas às interrogações formuladas pelo Coletivo Chuang a respeito do sentimento de confinamento em Wuhan, quando o surto foi oficialmente assumido pela autoridade pública chinesa, até o momento em que expectativas do fim da primeira onda em vários países, inclusive no Brasil, tem orientado as políticas governamentais para reduzir ou suprimir o distanciamento social e a quarentena.

Até a conclusão da redação deste ensaio, a estatística da Covid-19 no Brasil registrada pelo consórcio da imprensa no boletim das 08:00 horas mostra um painel evolutivo do primeiro caso confirmado em 26 de fevereiro e do primeiro óbito em 17 de março para atingir 1.719.660 pessoas infectadas e 68.089 mortas em 09 de julho de 2020.

Os dados oficiais⁷⁴ relativos aos novos casos de Covid-19 por Semana Epidemiológica de notificação constantes do painel do Ministério da Saúde de 08/07/20 apontam uma desaceleração da epidemia que, entretanto, não parece ter chegado ao pico. Quanto aos óbitos, o ritmo de crescimento reduziu bem mais do que o dos novos casos, podendo significar uma estabilização sem ainda um sinal claro de declínio.

Não há, portanto, segurança de que a primeira onda foi superada. A imprensa reporta crescimento vertiginoso de óbitos no sul, uma “vacilante estagnação” na região sudeste e queda em poucos

⁷² Mortes de motociclistas em SP sobem 18%; número é o maior em 3 anos. Disponível em: <https://exame.com/brasil/mortes-de-motociclistas-em-sp-sobem-18-numero-e-o-maior-em-3-anos/> Acesso em 10/07/2020.

⁷³ Acidentes de trânsito em SP caem 40% na quarentena, mas mortes de ciclistas e motoqueiros crescem. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/23/acidentes-de-transito-em-sp-caem-40percent-na-quarentena-mas-mortes-de-ciclistas-e-motoqueiros-crescem.ghtml> Acesso em 10/07/2020.

⁷⁴ Painel Coronavírus. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 10/07/2020.

estados. A curva dos óbitos no país estacionou (desde o início de junho) em um platô muito elevado, “um comportamento que não foi visto na maioria das outras nações.”⁷⁵

O que se pode esperar em termos de futuro imediato?

Na primeira quinzena de abril de 2020, quando já estava clara a extensão e profundidade da crise sanitária, econômica e política no mundo, vários prognósticos apostando em mudanças do capitalismo são divulgados na imprensa. É interessante constatar, a esse respeito, o título do editorial de 3 de abril de 2020 do periódico Financial Times: “Vírus revela a fragilidade do contrato social: são necessárias reformas radicais para forjar uma sociedade que funcione para todos.”

Para Marco Akerman, Carlos Botazzo e Francisco de Assis Acurcio, professores de instituições públicas da área da saúde, o editorial parece apontar uma virada de perspectivas, colocando em questão os “cânones neoliberais tão em voga nas últimas décadas”.⁷⁶ Eis a síntese do posicionamento do Financial Times transcrita no artigo dos autores:

A inversão da direção política predominante nas últimas quatro décadas precisará ser colocada sobre a mesa. Os governos terão que aceitar um papel mais ativo na economia. Eles devem ver os serviços públicos como investimentos, e não como passivos, e procurar maneiras de tornar os mercados de trabalho menos inseguros. A redistribuição estará novamente na agenda. Políticas até recentemente consideradas inviáveis, como renda básica e impostos sobre a riqueza, terão que estar entre as propostas.

Opiniões como esta do FT também se encontram em pronunciamentos como o de Klaus Schwab, presidente do Fórum Econômico Mundial, no qual adverte sobre o risco do mundo enfrentar a pior depressão econômica desde 1930 com as implicações negativas no emprego e na dívida pública e propõe várias “redefinições” para “uma sociedade melhor”, quer dizer, para renovar o capitalismo.

⁷⁵ O Globo, 07/07/2020: Curva de mortes por Covid ‘estaciona’ em patamar alto demais no país e preocupa cientistas. Disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/curva-de-mortes-por-covid-estaciona-em-patamar-alto-dema-is-no-pais-preocupa-cientistas-24522803>. Acesso em 08/07/2020. O mesmo sentido pode ser visualizado pelos dados disponíveis no Painel Coronavírus do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em 08/07/2020.

⁷⁶ Folha de São Paulo, 07 de abril de 2020: Recessão pode até melhorar indicadores de saúde. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/04/recessao-pode-ate-melhorar-indicadores-de-saude.shtml> Acesso em 09 de abril de 2020.

Ele defende “governos mais fortes” (porém sem iniciativas de universalização de acesso a bens públicos) voltados para apoiar, dentre outros aspectos, novas áreas de investimento de capital e implementar a chamada “quarta revolução industrial”.⁷⁷

O Banco Mundial, por seu lado, traduz o posicionamento de conjunto dos interesses do capital no curto e no médio prazo. No relatório semestral sobre a região da América Latina e Caribe: *A Economia nos Tempos de Covid-19* datado de 12 de abril de 2020, coordenado por Martin Rama em colaboração com Jorge Araujo, executivos do Banco Mundial⁷⁸, observa-se a persistência de um quadro de baixo ou quase nulo crescimento econômico e se destaca que o surto epidêmico da Covid-19 na região obrigaram a tomada de medidas cujo resultado foi “um grande choque de oferta”. Para além das “necessidades imediatas”, a resposta tem de “traçar o caminho para uma recuperação vigorosa e sustentável” da economia. A pergunta-chave formulada no relatório do BM é bem clara: “quem, ao final de tudo isso, deverá arcar com as perdas”? A resposta consiste em “socializar as perdas” mediante um “pacto social sobre o gerenciamento da crise” de modo a estabelecer prioridades na alocação de recursos para a proteção do emprego, da renda e da revitalização dos investimentos privados mediante uma intervenção estatal. Esta, contudo, deve ser pensada numa nova relação com o setor privado de modo a evitar a “perspectiva de uma nacionalização implícita de partes da economia” com suas implicações de clientelismo, corrupção e prejuízo ao dinamismo da economia [capitalista].

Em contraposição a tais posições e perspectivas, vários intelectuais e pesquisadores acadêmicos tem se manifestado a respeito do futuro do mundo e do país pós-pandemia. Eles podem ser alinhados em duas correntes.

De um lado, os “otimistas”, como os professores da área acadêmica da saúde pública, acima apontados. Eles acreditam que, a par das repercussões negativas da pandemia do ponto de vista sanitário e econômico (desemprego, queda da renda), com a melhoria da qualidade ambiental e a redução do consumo, a pandemia teria o efeito paradoxal de impulsionar o engajamento social na direção do bem estar. Concluem então:

⁷⁷ O Globo, 03 de junho de 2020: Está na hora de uma Grande Redefinição, diz fundador e presidente do Fórum Econômico Mundial. Disponível em <https://oglobo.globo.com/economia/2270-esta-na-hora-de-uma-grande-redefinicao-diz-fundador-presidente-do-forum-economico-mundial-24459759> Acesso em 15 de junho de 2020. Ensaio nesta direção podem ser lidos na edição 1207, de 15.04.20, da revista Exame, na Newsletter "A hora do novo capitalismo", disponível em <https://exame.abril.com.br/edicoes/1207/> Acesso em 05.05.2020.

⁷⁸ Banco Mundial. Relatório semestral sobre a região da América Latina e Caribe. *A Economia nos Tempos de Covid-19*. 12 de abril de 2020. Disponível em <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/latin-america-brazil-economy-coronavirus-pandemic-covid-19> Acesso em 05/07/2020.

Pode ser que, com essa combinação de consumo e dano ambiental reduzidos, juntamente com o comprometimento da sociedade em garantir o atendimento às necessidades básicas de todos, nos encontraremos forjando, ainda que involuntariamente, a economia de bem-estar de que precisamos no século 21.

Não devemos nos surpreender, na verdade, com a opinião dos autores, pois expressa o pensamento acadêmico dominante, atestado na nota da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo à imprensa de que “não há contradição entre a ‘proteção da economia e a proteção da saúde pública.”⁷⁹ Quer dizer, entre desenvolvimento capitalista e bem-estar da população.

Ponto de vista pautado na mesma compreensão humanista expressa Debora Diniz, professora de Direito da universidade de Brasília, embora com ênfase maior nos valores da solidariedade e a interdependência. Ela deixa patente seu distanciamento em relação aos “pessimistas” que acreditam num mundo mais desamparado, no qual governos autoritários darão as respostas à pandemia e suas consequências.⁸⁰

Dentre os “pessimistas” certamente deve ser incluído o cientista político José Luis Fiori cuja avaliação acerca do mundo pós-pandemia pode ser resumida no seguinte trecho de uma entrevista: “O mais provável é que essa epidemia aumente a desigualdade e a polarização do mundo, que já vinham crescendo de forma acelerada desde a crise financeira de 2008”.⁸¹ A razão do pessimismo está numa compreensão dialética negativa do capitalismo, sem possibilidade de superação.

Do nosso ponto de vista, a contraposição entre otimistas e pessimistas quanto às perspectivas do futuro⁸² está marcada por especulações que precisam ser deixadas de lado e dar lugar ao acompanhamento da conjuntura, a partir das tendências em curso, ou seja, ao porvir.

Nosso olhar deve privilegiar as exigências colocadas pelo capital à luta dos trabalhadores, vistos nas medidas estatais de intensificação da exploração dos trabalhadores e de flexibilização dos direitos, expressos nas Medidas Provisórias 927/2020 e 936/2020 editadas pelo poder executivo, aprovadas

⁷⁹ Nota à Imprensa da Congregação da Faculdade de Saúde Pública da USP sobre a evolução da pandemia de Covid-19 no Brasil, de 27 de março de 2020. Disponível em <https://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/19357> Acesso em 10/04/2020.

⁸⁰ G1. 13/04/2020; Como será o mundo pós pandemia? Pesquisadora da UnB aposta em novos valores para humanidade. Disponível em <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/04/13/como-sera-o-mundo-pos-pandemia-pesquisadora-da-unb-debora-diniz-aposta-em-novos-valores-para-humanidade.ghtml> Acesso 15.04.2020

⁸¹ Prognóstico é ruim e vai piorar, diz Fiori. Entrevistas em destaque (<https://tutameia.jor.br/category/entrevistas-em-destaque/>) 10 de Abril de 2020.

⁸² Carta Maior, 06/05/2020. Leneide Duarte-Plon; Carta de Paris: Que mundo a pandemia vai gerar? Disponível em <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Cartas-do-Mundo/Carta-de-Paris-Para-onde-marcha-a-humanidade-/45/47403> Acesso em 05/07/2020;

pelo legislativo e sancionadas pelo STF, a exemplo da validação dos acordos individuais entre empresas e trabalhadores, sugerindo unidade de ação entre os poderes do Estado.

Igualmente, com a dinâmica da epidemia e da economia, a reflexão deve considerar as mudanças na organização da produção e do trabalho introduzidas ou intensificadas neste período, pois, em lugar de transitórias, podem permanecer e se difundir pós-epidemia. É o que sustenta as associações empresariais, com ênfase na redução de impostos e especialmente no aprofundamento da flexibilização da legislação trabalhista executada no curso da pandemia. Para a Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA): “Na crise, muitas coisas são teste para discutir lá na frente como permanente”.⁸³

Esta situação tem resultado numa brutal perda salarial e na intensificação do trabalho dos trabalhadores ocupados, ao lado do desemprego massivo e do desalento dos jovens em condições de trabalhar, com um cenário de aprofundamento da pauperização absoluta e relativa das classes trabalhadoras. Do ponto de vista da saúde, significa um agravamento do adoecimento e da mortalidade devido a todas as causas.⁸⁴ O que coloca enormes desafios à organização atual dos trabalhadores, seja no plano sindical ou associativo e político. Apesar disso não podemos esquecer que os trabalhadores nunca deixaram de defender suas reivindicações específicas. Porque as contradições do capitalismo continuam a se desenvolver e o mundo não chegou a um ponto estável (Linhart, 1981).

⁸³ <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/04/empresarios-querem-manter-beneficios-do-governo-apos-fim-da-crise-do-coronavirus.shtml> Acesso em 05/07/2020.

⁸⁴ Agravamento que inclui a exposição da maioria dos trabalhadores ao risco de adoecimento pela Covid-19 viabilizada pelo distanciamento social seletivo, apesar de aparentemente protegidos pela identificação de casos mediante a aplicação massiva de testes rápidos. Ver a esse respeito a crítica a esta medida na nota “Teste rápido não é garantia de imunidade”, publicada no Fórum Acidentes do Trabalho disponível acessível pelo link <<https://www.forumat.net.br/at/?q=node/2641>> e a resenha científica “Immunity passports” in the context of COVID-19, da OMS, disponível em <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19> Acessos em 10/07/2020.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, Kristian G. et al. **The proximal origin of SARS-CoV-2**. Nat Med 26, 450-452 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- AQUINO, Estela M. L. et al. **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=pt&nrm=iso Acesso em 30 de junho de 2020.
- ARBIX, Glauco et al. **O Brasil e a nova onda de manufatura avançada: O que aprender com Alemanha, China e Estados Unidos**. Novos estud. CEBRAP, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 29-49, nov. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002017000300029&lng=pt&nrm=iso
- BÉDARIDA, François. **Tempo presente e presença de história**. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. Usos e abusos de história oral. 5ª edi. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002, BERLINGUER G. Medicina e política. São Paulo: Hucitec; 1978.
- CALDAS, Lúcio A. **Nem morcegos, nem pangolim: foi o rinoceronte**. Revista Continentes (UFRRJ), ano 9, n. 16, 29 jun 2020 (ISSN 2317-8825). Disponível em: <http://www.tiagomarinio.com/continentes/index.php/continentes/article/view/290>
- CHUANG. **Social contagion: Microbiological Class War in China**. 2020. Disponível em <http://chuangcn.org/2020/02/social-contagion/> Acesso em 02 de abril de 2020.
- COLETIVO CHUANG. **Contágio social: Coronavírus e a luta de classes microbiológica na China / Coletivo Chuang**. Tradução e Apresentação de Amauri Gonzo. – São Paulo: Veneta, 2020. (Coleção Baderna). E-book. Disponível em: <https://veneta.com.br/produto/contagio-social-epub/>
- DELGADO, Lucilia de Almeida Neves e FERREIRA, Marieta de Moraes. **Historia do tempo presente e ensino de História**. Revista História Hoje, v. 2, n. 4, p.19-34, jul-dez 2013. Disponível em <https://rhhj.anpuh.org/RHHJ/article/view/90>
- DOSSE, François. **História do tempo presente e historiografia**. Tempo & Argumento – Revista de História do tempo presente, v. 4, n1, 2012. Disponível em <http://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180304012012005>
- GOLONDRINA, Ferreira. **Poemas para não perder**. São Paulo: Edições Trunca, 2019. <https://edicoestrunca.wixsite.com/trunca>
- HECK, Fernando Mendonça et al. **Os territórios da degradação do trabalho na Região Sul e o arranjo organizado a partir da COVID-19: A centralidade dos frigoríficos na difusão espacial da doença**. Revista Metodologias e Aprendizado, v. 3 (2020): Mapeando COVID-19/Coronavirus, p. 54-68. Disponível em: <http://publicacoes.ifc.edu.br/index.php/metapre/article/view/1332>
- HOBSBAWM, Eric. **O presente como história**. In: HOBSBAWM, e. Sobre história. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

ITURRI, José Antonio de la Mata. **A epidemia de cólera no Peru como um evento social**. As representações das lideranças comunitárias de Villa El Salvador, Lima, 1991. Escola Nacional de Saúde Pública, Dissertação de Mestrado, 1994.

KISSLER, Stephen M; et al. **Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period**. Science, v. 368, Issue 6493, pp. 860-868, 22 May 2020. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/368/6493/860>

LATOUR, Bruno (1988). The Pasteurization of France. Boston: Harvard University Press.

LINHART, Robert. **O açúcar e a fome: pesquisa nas regiões açucareiras do nordeste brasileiro**. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

PETERSEN, Eskild M. et al. **Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics**. The Lancet Infectious Diseases. Publicado: 03 de julho de 2020DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30484-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9)

RIBEIRO, C R de ET AL. **Gripe aviária: a ameaça do século XXI**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 35 (5): 470-479, 2009.

ROOS, Robert (8 de agosto de 2011). **Study puts global 2009 H1N1 infection rate at 11% to 21%**. Center for Infectious Disease Research and Policy.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

STARK, Evan. **The Epidemic as a Social Event**. International Journal of Health Services, v. 7, n. 4, 1977.

TERRIS, Milton. **As relações dinâmicas da epidemiologia com a sociedade: a conferência Robert Cruikshank**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13 (2): 545 - 566, 2005. Tradução de Diana Maul de Carvalho. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2005_2/artigos/CSC_2005_2_miltonterris.pdf Acesso em 15/06/2020.

VARELA, Raquel. **O Pacto Social Europeu 1945 e a União Européia**. Revista Tempo e Argumento, Florianópolis, v. 11, n. 26, p. 574 - 600, jan./abr. 2019.

VERITY, Robert et al. **Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis**. The Lancet Infectious Diseases. v. 20, Issue 6, p.669-677, June 01, 2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

WALLACE, Robert. **Notes On A Novel Coronavirus**. 29 janeiro 2020. Climate & Capitalism. Disponível em <https://climateandcapitalism.com/2020/01/29/coronavirus-a-deadly-result/>

WALLACE, Robert. **Big Farms Make Big Flu: Dispatches on Infectious Disease, Agribusiness and the Nature of Science**. NewYork: Monthly Review Press, 2016.

WALLACE, Rob, LIEBMAN, Alex , CHAVES, Luis Fernando and WALLACE, Rodrick. **COVID-19 and Circuits of Capital**. 2020, Volume 72, Issue 01 (May 2020). Disponível em:

<https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/> Uma versão desse em português encontra-se disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/O-COVID-19-e-os-circuitos-do-capital> Acesso em 30.06.2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro e CARVALHO, Marília de Sá, 2020. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada**. Cadernos de Saúde Pública, 30 (5): 1-4, maio 2020. Disponível <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-crnica-de-uma-crise-sanitria-anunciada> Acesso em 30 de junho de 2020

A pandemia de Covid 19: debatendo aspectos políticos e movimentos sociais

The Covid pandemic 19: debating political aspects and social movements

La pandemia del covid 19: debatiendo aspectos políticos y movimientos sociales

21-09-2020

Aluisio Gomes da Silva Junior

UFF

Niterói, RJ- Brasil

agsilvaj@gmail.com

Provocado pelo instigante texto “Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente” de Eduardo Stotz e José Augusto Pina que reflete sobre as condições em que ocorre a pandemia de COVID 19 em nosso país, principalmente em relação aos trabalhadores que tiveram suas vidas afetadas e se preocupam com a situação pós-pandemia, gostaria de refletir sobre alguns dos aspectos mencionados pelos autores. Coube-me um lugar privilegiado de observação ao participar do comitê científico de um dos municípios que se destacou no enfrentamento da pandemia, Niterói -RJ, cuja experiência relatamos em Silva Junior et al. (2020), serve como exemplo da atuação diferenciada de alguns municípios e estados e permite ilustrar os pontos que quero debater.

Em primeiro lugar, como alertaram os autores, estamos no curso da pandemia e as situações evoluem em extrema rapidez como, por exemplo, o fato da doença já ter atingido mais de 4 milhões de casos e 130 mil óbitos no início de setembro no Brasil. As curvas de incidência demonstram que o pico foi atingido no mês de julho na maioria do território nacional, entretanto, a queda se dá de forma lenta, em platô e com subidas esporádicas, revelando o efeito das medidas de isolamento social feitas de forma descoordenadas e insuficientes, e um processo de flexibilização desprovido de lógica científica em muitos estados e municípios (G1-Globo,2020). Ainda sofreremos com a pandemia, por mais tempo do que se comparados aos países que levaram a sério as medidas de proteção às suas populações.

O município de Niterói se destacou por fazer um enfrentamento já em fevereiro quando os primeiros casos aconteciam no Brasil e por articular medidas sanitárias com medidas de proteção social e garantia de renda que beneficiaram cerca de 30 por cento da população do município. Beneficiários de bolsa família, autônomos, microempreendedores, vendedores ambulantes e outros trabalhadores na informalidade foram os alvos principais dos auxílios. Pequenos comerciantes com até 19 empregados, tiveram a folha salarial paga pela prefeitura com a contrapartida da garantia de manutenção dos empregos e outros empresários de pequeno porte tiveram empréstimos bancários para capital de giro com juros pagos pela prefeitura com carência de 6 meses. Estas medidas, tomadas dois meses antes dos auxílios federais serem disponibilizados e estendidas até ao final do ano, contribuíram para adesão de mais de 50% da população às abrangentes medidas de

distanciamento social como fechamento da maioria dos estabelecimentos comerciais e escolares, logradouros públicos e controle de entrada de veículos de outros municípios, durante os primeiros quatro meses. Houve uma intensa discussão com diversos setores da sociedade numa perspectiva de pactuação e apoio às medidas da prefeitura e a comunicação em todas as mídias sociais informava à população o passo a passo das medidas e seus resultados.

Os resultados foram muito positivos em termos de número de óbitos e da curva de incidência que teve um comportamento de pico típico entre 26/4 e 23/5 com queda sustentada nas semanas seguintes (Niterói-SMS-SAGeo, 2020). A rede hospitalar de Niterói, pública e privada, trabalhou com altas taxas de ocupação, mas não colapsou no momento de pico e a taxa de letalidade foi de 2,59%, segundo a UFRJ-Covidímetro (2020), a menor da região metropolitana do Rio de Janeiro, cuja a média foi 4,14% (Metro II), 6,86% (Metro I sem a capital) e a da capital foi 11,46%. Isso demonstra que seria possível uma atuação coordenada em nível regional com suporte federal e esta ação preservaria mais vidas e desorganizaria menos a economia local.

Ao final do quarto mês de isolamento apareceram as manifestações de descontentamento e as pressões de alguns setores para a flexibilização.

A equipe técnica da Prefeitura elaborou um plano de flexibilização baseado num painel de indicadores epidemiológicos e de assistência que configuram um indicador síntese com faixas de cores de roxo (altíssimo risco), vermelho (grave), laranja (atenção máxima), amarelo (alerta máximo) e amarelo claro (alerta) em fases que evoluíram conforme as alterações do painel. Junto a elaboração do painel também foram elaborados protocolos detalhados de biossegurança a serem aplicados aos diversos serviços que fossem flexibilizados na abertura (Niterói-SMS,2020).

Alguns setores como o comércio de shoppings e as escolas privadas foram os que exerceram maiores pressões para reabertura. Esta pressão aumentou sobremaneira quando o governo estadual e do município do Rio anunciaram a reabertura de escolas privadas e públicas.

Destaco o segmento das escolas privadas onde a intensificação do trabalho ocorreu de forma semelhante ao relatado por Stotz e Pina (2020) em relação ao setor de Petróleo e Gás. A maioria das escolas privadas utilizou sistemas remotos de ensino com intensificação do trabalho dos professores que se viram obrigados a trabalhar em esquemas domésticos, durante mais horas do que o normal, utilizando seus próprios recursos tecnológicos para se manter em casa a salvo. A alternativa oferecida pelas escolas era a gravação de aulas no ambiente das escolas expondo os professores aos riscos dos transportes públicos e deslocamentos, como denunciado pelo sindicato da categoria (São Gonçalo, 2020; Ribeiro, 2020)

A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde apoiada por nota técnica do Comitê Científico (UFF-UFRJ-Fiocruz) conseguiu dissuadir momentaneamente o movimento das escolas. Mas as

pressões não terminaram, o governo estadual resolveu autorizar a volta das escolas. O Ministério Público entrou com medida cautelar e teve sentença favorável a suspensão da medida estadual. Esta situação é ainda mais contraditória quando uma pesquisa encomendada pela Prefeitura revela que cerca de 70 % dos pais com filhos em escolas privadas não se sentem seguros de retornar seus filhos. Estudo americano (De Biasi, Delaney, 2020) alerta para o risco de disseminação da doença pelas crianças assintomáticas no retorno às escolas. Já a Sociedade de Pediatria do RJ se manifesta favorável ao retorno às aulas desde que se tomem as medidas de mitigação do contágio (SOPERJ, 2020).

Parece que estamos longe de um consenso sobre o retorno das escolas.

Os grupos econômicos buscam suas representações e estratégias de pressão para fazer valer seus interesses e a omissão dos níveis federal e estadual facilitam esta atuação. A maioria dos municípios alega uma perda de arrecadação enorme que não foi suportada pelos repasses federais tardios e insuficientes. Os municípios com maiores recursos, como Niterói, embora tomando as devidas providências para manter sua população em distanciamento social, ficam isolados, recebendo todas as pressões diretas e indiretas.

No que tange aos possíveis rumos de nossa sociedade pós-pandemia, merecem destaques a atuação do Ministério Público com as medidas cautelares e questionamentos que impedem muitas vezes as decisões baseadas na lógica do capital e os movimentos sociais que surgiram como auto-organização das comunidades no enfrentamento solidário da pandemia e na denúncia das condições de vida da população e da disseminação de informações falsas como nas experiências dos Complexos da Maré, Manguinhos e Alemão no Rio de Janeiro (Mendonça et al, 2020) e a Frente Papagoiaba e os Jovens Comunicadores de Niterói e São Gonçalo (Latgé et al, 2020)

Faço parte daqueles apontados por Stotz e Pina (2020) como “otimistas” por ver nestes movimentos que parecem se estruturar para a continuidade da luta, o estabelecimento do que Valla (1993) chamava de vigilância popular em saúde e outros meios de participação na política de saúde. A articulação popular com profissionais de saúde da rede de serviços e com os agentes de garantia de direitos são promissoras na potência destes movimentos em produzir pressões reivindicatórias de políticas de proteção social e dar visibilidade às descomunais desigualdades existentes.

Contudo, em nosso país, cabe certa cautela com as previsões. Como diria Gramsci, devemos seguir com o pessimismo da razão e o otimismo da vontade! (1936; 2017)

REFERÊNCIAS

DEBIASI RL, DELANEY M. **Symptomatic and Asymptomatic Viral Shedding in Pediatric Patients Infected With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): Under the Surface.** JAMA Pediatr. Published online August 28, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3996

G1- Globo. Disponível em <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/#/> Consultado em 31/08/2020

GRAMSCI, Antônio. Caderno do Cárcere n. 1. **Civilização Brasileira** – Rio de Janeiro ,8ª edição ,2017

LATGÉ, P.; ARAÚJO, D.; SILVA JÚNIOR, A. **Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de COVID-19 – a experiência das comunidades de Niterói, RJ.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 2, p. 122-127, 9 jun. 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.110>

MENDONÇA, M. H.; SILVA JUNIOR, A.; CUNHA, C. L.; LATGÉ, P. **A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 2, p. 162-168, 8 jun. 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.124>

NITERÓI – SMS-SAGeo-SEPLAN - **Painel de Análise Evolução COVID 19** – disponível em <https://experience.arcgis.com/experience/305269f3cdd24839b263c5ab346e1aa7> Consultado em 31/08/2020

NITERÓI - SMS - **Plano de transição ao novo normal.** Disponível em <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/> Consultado em 31/08/2020

Ribeiro, Carolina. Site A seguir. disponível em <https://www.aseguirniteroi.com.br/post/professores-cobram-mais-debate-sobre-volta-%C3%A0s-aulas-em-niter%C3%B3i> Consultado em 31/08/2020

SÃO GONÇALO, O. Disponível em <https://www.osaogoncalo.com.br/geral/86536/professores-da-rede-privada-de-niteroi-e-sg-denunciam-falta-de-apoio-do-sindicato> Consultado em 31/08/2020

SILVA JUNIOR, A.; LATGÉ, P.; DE OLIVEIRA, R.; FRANCO, C.; VASCONCELOS, M. **A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde.** APS EM REVISTA, v. 2, n. 2, p. 128-136, 9 jun. 2020. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.126>

SOPERJ. Disponível em <http://soperj.com.br/direito-universal-a-educacao/> Consultado em 31/08/2020

UFRJ-Covidímetro, disponível em https://coronavirus.ufrj.br/wpcontent/uploads/sites/5/2020/09/notaTecnicaR_17_3008.pdf Consultado em 31/08/2020

VALLA, V.V. **A questão da capacitação técnica no Brasil**, in VALLA, V.V.& STOTZ, E. N (Orgs.). Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática-Rio de Janeiro: Relume-Dumará,1993. p. 60-90. Disponível em: <https://www.victorvincentvalla.com.br/publicacoes/participacao-popular-e-saude/> Consultado em 31/08/2020

Na pandemia os trabalhadores essenciais lutam pela vida

In the pandemic essential workers fight for their life

En la pandemia, los trabajadores esenciales luchan por la vida

14-09-2020

Marcelo Juvenal Vasco

Secretaria de Saúde,
Segurança, Tecnologia e
Meio Ambiente
Federação Nacional dos Petroleiros
Rio de Janeiro, RJ - Brasil
juvenalsindipetro@hotmail.com

Desde o início da pandemia, milhares de trabalhadores tiveram suas rotinas alteradas de modo que o principal objetivo fosse reduzir o risco de contato com o novo coronavírus. Algumas atividades foram suspensas, por força de instrumentos legais, mantendo seus trabalhadores em quarentena, na proteção de suas residências sem que houvesse a possibilidade de estarem em situações de aglomerações favorecendo a contaminação com o vírus. Os trabalhadores dos serviços médicos e das atividades responsáveis em fornecer serviços básicos para a população brasileira no enfrentamento a pandemia foram denominados de trabalhadores essenciais. Impulsionados pela coragem e perseverança, tiveram que continuar laborando normalmente de modo a garantir a sobrevivência das pessoas que adoeceram e daquelas que estavam em quarentena.

De acordo com Algranti et al (2020)¹, o risco de transmissão do Sars-CoV-2 está presente em qualquer ambiente de trabalho, no entanto, as particularidades de cada segmento e disposições dos ambientes é que vão elevar este risco ou não.

Para o debate com os autores do texto principal “Capitalismo e pandemia do novo coronavírus: uma incerta história do tempo presente” seria impossível que minha participação não aprofundasse, buscando uma resposta às situações e peculiaridades dos trabalhadores essenciais brasileiros, do por que afinal, as pessoas estão divididas entre as que podem ou não estar em quarentena e por que aqueles que estão arriscando suas próprias vidas diante da pandemia estão sendo atacados pela lógica capitalista, ao invés de estarem sendo valorizados.

Evidentemente que a população reaja com tamanha comoção sempre que divulgado casos de médicos contaminados com o novo coronavírus. Para Jackson Filho et al (2020) ² fica evidente a

¹ Algranti, E.; Trivelato, G. C.; Jackson Filho, J. M.; Silva, R. G. Prevenção à Covid - 19: orientações para prevenção e controle da Covid - 19 nos locais de trabalho. Org.: Benevides, E. A. S. São Paulo: Fundacentro, 32 p. 2020. Disponível em: http://arquivosbiblioteca.fundacentro.gov.br/exlibris/aleph/u23_1/bd/Cartilha%20Recomendacoes%20Gerais%20FLV%20_SNR.pdf. Acesso em 10.09.2020.

² Jackson Filho, J. M.; Assunção, A. A.; Algranti, E.; Garcia, E. G.; Saito, C. A.; Maeno, M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [internet], 45: p.14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbso/v45/2317-6369-rbso-45-e14.pdf>. Acesso em 05.09.2020.

preocupação das autoridades com a disseminação do novo coronavírus entre trabalhadores essenciais do setor de saúde mais isto não ocorre para os demais trabalhadores essenciais, outrossim existe carência de dados que possa garantir a rastreabilidade e identificar se a transmissão da doença foi durante o exercício da profissão e se profissional ou do trabalho.

O texto principal dos autores impulsiona nosso debate sobre como o sistema capitalista está lidando com os direitos da classe trabalhadora durante a pandemia. Deste modo, acrescento elementos no debate que apontam investidas comuns as regras trabalhistas, inclusive a setores tidos como essenciais no enfrentamento a crise sanitária.

A PRESERVAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE E A VIDA DOS TRABALHADORES ESSENCIAIS

Os direitos trabalhistas que estavam sob ameaça antes mesmo da pandemia se tornaram alvos de ataques não só pelos empregadores, mas também pelo governo federal que interferiu por meio de projetos de flexibilização da CLT e pela condução dos processos de negociação coletiva com os servidores públicos e trabalhadores das empresas públicas e estatais. Os trabalhadores dos Correios, Metroviários, Petroleiros e Bancários considerados de atividades essenciais tiveram a data-base negocial coincidindo com o período da pandemia, com isto sofreram fortes ataques em seus acordos coletivos de trabalho ainda que laborando normalmente e arriscando suas vidas. Em virtude das condições da crise sanitária, eles ficaram impossibilitados de organizarem uma greve geral que teria como objetivo defender seus adicionais remuneratórios que visam à compensação do risco a integridade física e aos seus planos de saúde.

Em meio à pandemia, os metroviários receberam ameaças de retirada do adicional de risco de vida dos trabalhadores bilheteiros e dos agentes de segurança metroviários, de aumento do custeio do plano de saúde dentre outros ataques. Após longo desgaste no processo de negociação e deflagração de greve em 23 de junho de 2020 conseguiram a manutenção de seus direitos.³

Ao mesmo passo, os trabalhadores essenciais dos Correios receberam como proposta de alterações em cláusulas do acordo coletivo a retirada do adicional de risco de vida dos carteiros além de 50% de aumento no custeio do plano de saúde. Associada a inúmeras denúncias sobre a falta de medidas de controle na pandemia, iniciam uma greve nacional para defender seus direitos - e pelas suas vidas - em 17 de agosto de 2020.⁴

Os petroleiros pretendiam a manutenção de seus direitos na íntegra, para isto era necessário a prorrogação da vigência do acordo coletivo até o fim da pandemia. No entanto a hierarquia da

³ Esquerda Diário. Metrô/SP ataca saúde, "risco de vida" e benefícios em meio à pandemia. Veja ponto a ponto. 23 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Metro-SP-ataca-saude-risco-de-vida-e-beneficios-em-meio-a-pandemia-Veja-ponto-a-ponto>. Acesso em 07.09.2020.

⁴ Brasil de Fato. Você sabe qual o impacto do corte de direitos para os trabalhadores dos Correios? 26 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/08/26/voce-sabe-qual-o-impacto-do-corte-de-direitos-para-os-trabalhadores-dos-correios>. Acesso em 07.09.2020.

Petrobrás encaminhou proposta de discussão com reajuste zero e atacando frontalmente o plano de saúde desses trabalhadores essenciais, propondo elevar de 30% para 50% o fator de participação e custeio das despesas médicas dos petroleiros.⁵

Do mesmo modo, os bancários da Caixa Econômica Federal e do Banco do Brasil receberam as mesmas investidas de precarização no trabalho, aumento da participação em custeio do plano de saúde para os funcionários antigos e discriminando os PcDs contratados recentemente em não estender direito aos benefícios do plano.^{6, 7}

A direção da Petrobrás e a gestão dos bancos tentam implementar a Resolução 23 da CGPAR⁸ que estabelece que todas as empresas públicas ou de economia mista reduzam a participação no pagamento de planos de saúde, aumentando a dos participantes, ignorando, inclusive, decisões de liminares judiciais em favor dos trabalhadores destas estatais.

A pauta da saúde do trabalhador desenvolvida em cenários políticos e sociais amplos e complexos definidos por Mendes & Dias (1991)⁹, foi regulamentada no reconhecimento do exercício de direitos fundamentais, como o direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida, infelizmente vem sendo colocada como uma necessidade secundária.

A contradição que se coloca é a necessidade da preservação da saúde dos trabalhadores essenciais frente ao oportunismo do sistema capitalista, que na ânsia de reduzir custos, inclui o aumento das co-participações dos planos de saúde, em tempos de pandemia que deveria ser totalmente, e somente, transferida para os empregadores.

O DESRESPEITO DOS APROVEITADORES DA PANDEMIA SOBRE OS TRABALHADORES

O projeto da carteira verde e amarela¹⁰, regrada pela insegurança da informalidade, foi aprovada pelos deputados federais em meio à pandemia e seguiu para ser reeditada pelo governo. Ele retira direitos fundamentais e precariza condições de trabalho, como por exemplo, permite a contratação

⁵ Federação Nacional dos Petroleiros. Aumento em AMS. Petrobrás propõe aumento médio de 263% na AMS. Diga não à proposta de ACT!. 27 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.fnpetroleiros.org.br/noticias/6115/aumento-em-ams>. Acesso em 09/09/2020.

⁶ Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro. CEE/ Caixa defende Saúde Caixa para todos. 18 de agosto de 2020. Disponível em: <https://contrafcut.com.br/noticias/cee-caixa-defende-saude-caixa-para-todos/>. Acesso em 11.09.2020.

⁷ Sindicato dos Bancários do Espírito Santo. ANABB vence ação na justiça contra Resolução CGPAR 23.14 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.bancarios-es.org.br/anabb-vence-na-justica-acao-contra-cgpar-23/>. Acesso em 11.09.2020.

⁸ BRASIL. Resolução nº 23, de 18 de janeiro de 2018. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/kujrw0tzc2mb/content/id/2154714/doi-2018-01-26-resolucao-n-23-de-18-de-janeiro-de-2018-2154710. Acesso em 08.09.2020.

⁹ Mendes. R. & Dias, E.C: Da Medicina do trabalho a saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública. 25(5).345p. São Paulo, 1991.

¹⁰ Brasil de Fato. Em meio à pandemia, Câmara aprova Carteira Verde e Amarela e retira mais direitos. Para novos contratos, o pagamento mensal deverá seguir o teto de R\$ 1.558,50; medida precisa ser aprovada pelo Senado. 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/04/15/em-meio-a-pandemia-camara-aprova-carteira-verde-e-amarela-que-retira-direitos>. Acesso em 05.09.2020.

de jovens até 28 anos sem as garantias da CLT, incentiva a redução de salários para quem tem 55 anos, põe fim a contribuição de INSS para aposentadoria, amplia a jornada de trabalho dos bancários, adota o domingo como dia normal de trabalho, dentre outros.

Outro pacote de redução de direitos é a modalidade do teletrabalho que vem tomando espaço com o advento da pandemia, se solidificando em grandes empresas e grupos econômicos, favorecidos, neste contexto, pela promulgação da Lei 13.467/2017 ¹¹ que alterou a legislação trabalhista. Essa “nova” forma de trabalhar se incluí no acordo individual de trabalho previsto na legislação, onde são impostas condições de arranjos sem a devida compensação, em detrimento das negociações coletivas.

Nas áreas administrativas da categoria petroleira, o teletrabalho vem sendo implementado de forma unilateral, sem a devida negociação para sua regulamentação com os sindicatos. As Federações dos Petroleiros seguem denunciando a possibilidade de perda de direitos de adicionais previstos no Acordo Coletivo da categoria e sobre a necessidade de repasse dos custos a Petrobrás que resiste em abrir as negociações.¹²

Os petroleiros de área industrial têm realizado suas atividades normalmente durante a pandemia, mas enfrentam a negação da possibilidade de contaminação no exercício do trabalho ou durante deslocamento de suas residências.¹³

“Quem está trabalhando fora de casa, o faz por necessidade e não por desejo. Nesse contexto, trabalhadores de atividades essenciais e mesmo de atividades não essenciais saem diariamente e têm sido expostos a situações que propiciam a contaminação pelo SARS-Cov2. São convocados para trabalhar!” definem Maeno e Carmo (2020) ¹⁴.

Os trabalhadores essenciais são convocados a trabalhar e arriscar suas vidas e estão sendo premiados com ataques em seus direitos, ao invés de serem valorizados por garantir a continuidade dos serviços básicos e essenciais aos brasileiros.

¹¹ Lei 13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm. Acesso em 07.09.2020.

¹² Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista. Sindicato vê risco de Teletrabalho Permanente em Termo de Prorrogação enviado pela Petrobrás. 02 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.sindipetrolp.org.br/noticias/27643/sindicato-ve-risco-de-teletrabalho-permanente-em-termo-de-prorrogacao-enviado-pela-petrobras>. Acesso em 01.09.2020.

¹³ Federação Nacional dos Petroleiros. Brasil atinge a marca de 100 mil mortes por Covid-19 e perde 18 Petroleiros. 08 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.fnpetroleiros.org.br/noticias/6074/brasil-atinge-a-marca-de-100-mil-mortes-por-covid-19-e-perde-18-petroleiros>. Acesso em 01.09.2020.

¹⁴ Maeno, M.; Carmo, J. C. A covid-19 é uma doença relacionada ao trabalho. Observatório de Medicina da Escola Nacional de Saúde Pública. ENSP, Fiocruz, 2020. Disponível em <http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/a-covid-19-e-uma-doenca-relacionada-ao-trabalho-por-maria-maeno-e-jose-carlos-do-carmo/>. Acesso em 10.09.2020.

A tendência ao agravamento das tensões entre capital e trabalho

The tendency to worsen tensions between capital and work.

La tendencia al agravamiento de las tensiones entre capital y trabajo.

27-10-2020

Eduardo Stotz

DENSP/ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

stotz@ensp.fiocruz.br

eduardostotz@gmail.com

José Augusto Pina

CESTEH/ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro, RJ, Brasil

augusto@ensp.fiocruz.br

Ao retomar a escrita deste capítulo da história imediata dedicada aos efeitos da pandemia de coronavírus no Brasil para respondermos aos comentaristas, pretendemos inicialmente apresentar um breve balanço da evolução dos fatos examinados nos sete meses decorridos desde então.

O panorama mundial registrado pela John Hopkins University com base nos dados de 16 de outubro apontava 38.988.886 casos confirmados e 1.099.380 óbitos confirmados, tendo os Estados Unidos da América, a Índia e o Brasil enquanto países com maiores quantitativos.

Países	Casos	Mortes
EUA	7.980.899	217.717
Índia	7.370.468	112.161
Brasil	5.169.386	152.460

Fonte: John Hopkins University/Coronavirus Resource Center - <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em 16.10.2020, às 08:24 horas

No Brasil, a tendência de crescimento, estabilidade ou queda é medida pela média móvel de novos casos e de mortes na última semana em relação à anterior, ou seja, aos dados registrados em 14 dias. No dia 15 de outubro, o consórcio da imprensa observa um declínio de 25% na média de casos e de 26% na de mortes.¹

Contudo, apesar dessa queda, é importante observar que os números de casos e dos óbitos ainda estão em patamares bem altos. Casos e mortes por Covid-19 permanecerão na realidade nacional, bem como as oscilações e flutuações dos dados. O fraco e instável distanciamento social seguido de progressiva e rápida liberalização, apesar do elevado número de casos e mortes, determinam esse quadro e o prolongamento da primeira onda da epidemia no país.

¹ G1. Globo, 15/10/2020: Brasil tem mais de 152 mil mortos por Covid-19 e média móvel de 497 óbitos por dia. Disponível em <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/15/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-15-de-outubro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acesso em 16.10.2020.

É importante situar o quadro brasileiro no contexto internacional da pandemia uma vez que o que acontece fora de nossas fronteiras pode ser apenas o presente de nosso futuro.

Enquanto a primeira onda não parece ter se esgotado nos EUA, Brasil e Índia, importa observar uma segunda onda da pandemia na Europa:

De acordo com dados da AFP baseados em fontes oficiais, a Europa registrou 6,8 milhões de casos e mais de 245.000 mortes por coronavírus. A situação agravou-se em países como Espanha, França e Portugal mas o aumento se faz notar inclusive na Alemanha com um novo número de casos recorde desde a declaração da pandemia.²

O agravamento da situação epidêmica, indicando uma segunda onda na Europa, foi considerado extremamente grave pela seção da OMS na região. A Europa se defronta com o risco de um confinamento generalizado, algo a ser evitado a qualquer custo segundo comissária europeia para a Saúde, Stella Kyriakides.³ A que custo? Ao de confinar as populações ditas “socialmente vulneráveis” nas maiores cidades para interromper ou reduzir a transmissão do vírus. Um exemplo é o bairro de Saint-Denis, em Paris, mais conhecido do ponto de vista turístico por localizar o estádio Nacional construído pela FIFA para a Copa do Mundo de 1998 do que pela significativa população árabe do Magreb residente no que, antes de 1980, fora uma área operária. O elevado nível de trabalho informal e de desemprego, a criminalidade e a brutalidade policial entre a população imigrante na França conduziram os jovens a uma onda de distúrbios que em 2005 tiveram epicentro em Saint-Denis. A população do bairro continua a sofrer dos mesmos problemas, agravados na pandemia com uma das mais altas taxas de mortalidade por Covid-19 e agora tem sido, novamente, alvo da discriminação política. A propósito do confinamento desta população, Hamza Esmili, sociólogo e professor de Paris VIII, observou em abril de 2020 que a medida do confinamento, apesar de necessária para frear a pandemia, pressupunha uma realidade inalcançável:

² Notícias UOL, 15/10/2020. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/10/15/europa-multiplica-restricoes-diante-de-avanco-muito-preocupante-do-coronavirus.htm>. Acesso em 16.10.2020.

³ Notícias UOL, 15/10/2020: Europa multiplica restrições diante de 'avanço muito preocupante' do coronavírus. Disponível em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/10/15/europa-multiplica-restricoes-diante-de-avanco-muito-preocupante-do-coronavirus.htm>. Acesso em 16.10.2020.

El confinamiento es un concepto burgués. La idea es que todos tengamos una casa individual, un poco burguesa, en la que podamos refugiarnos cuando haya una pandemia o un desastre natural. Pero lo que veo en los barrios pobres no es para nada eso. Existe una realidad rodeada de condiciones insalubres, pero no solo eso. En este tipo de barrios, hay casas en las que viven cuatro o cinco personas por habitación, por ejemplo. También hay viviendas que no son habitables, en las que o puedes quedarte todo el día, porque prácticamente el espacio no se presta para ello.⁴

Na Espanha, as medidas repressivas (confinamento, multas) adotadas pelo governo municipal de Madrid suscitaram uma ampla indignação e mesmo revolta popular, como a que ocorreu no bairro operário Vallecas, nesta capital.⁵ Vale registrar aqui a opinião de uma enfermeira de um centro de atenção num vídeo copiado por um internauta para explicar o que aconteceu nos bairros operários de Madri e o desastre da gestão municipal. Nas imagens assiste-se a entrevista de Flora Espejo, enfermeira do Centro de Saúde Buenos Aires, que, diante da sobrecarga dos serviços da atenção primária em atender à população, aponta, ao invés de responsabilizar os profissionais, em que consiste o verdadeiro problema ao perguntar: quem tem de trabalhar, quem precisa se locomover, quem deve viver numa família de oito pessoas em 48 metros quadrados, quem são? A classe operária, responde ela. E ademais, os responsáveis pela gestão pública – uma referência à presidente da Comunidade de Madri, Isabel Díaz Ayuso, do Partido Popular, vista pelos comentaristas da notícia como defensora do “liberalismo y libre mercado com glamour” – não tem idéia do que eles estão sofrendo e como são maltratados.⁶ Qualquer semelhança com os nossos bairros populares e favelas não é mera coincidência: estamos falando da realidade social no capitalismo.

O comentário de Aluisio Gomes da Silva Junior a respeito da relevância dos movimentos (operários, sindicais, populares) suscita, da parte dele, uma avaliação “otimista” amparada no argumento do otimismo da vontade de frase citada de Antonio Gramsci. A avaliação “otimista” ou “pessimista” dos desdobramentos sociais e políticos da pandemia não dependem tanto, a nosso ver, da existência de movimentos em si e mais do desenvolvimento da luta de classes e, portanto, do grau de unificação das lutas, da consciência e de organização logrados por estes movimentos para pesar na correlação de forças entre as classes sociais.

É o que podemos observar, a partir do comentário de Marcelo Juvenal Vasco, com a continuidade da intensificação da exploração dos trabalhadores no contexto da pandemia, expresso nos ataques desfechados pela burguesia em demissões, contratos individuais, terceirização, aumento dos custos de participação dos empregados com plano de saúde, rebaixamento salarial, retirada de adicionais

⁴ BBC News Mundo, 12/04/2020: “El confinamiento es un concepto burgués”: cómo el aislamiento afecta a las distintas clases sociales”. Disponível em <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52216492>. Acesso em 16.10.2020.

⁵ El País, 20 sep. 2020: “Protestas contra las restricciones en Madrid: No han hecho nada en seis meses para reforzar los servicios”. Disponível em <https://elpais.com/espana/madrid/2020-09-20/protestas-contralos-confinamientos-ya-no-vamos-a-poder-tomar-una-cana-en-el-barrio-pero-si-ir-a-otros-para-servirla.html> Acesso em 16.10.2020.

⁶ Disponível em <https://twitter.com/pnique/status/1306562556409020416?s=12> Acesso em 17.10.2020.

remuneratórios e eliminação de outros direitos conquistados nas convenções e acordos coletivos de trabalho.

Ao trazer as lutas de categoriais de trabalhadores como metroviários, empregados dos correios, bancários, petroleiros, todos em “atividades essenciais”, e, nestes diferentes setores, lançar luz para a similaridade dos “ataques não só pelos empregadores, mas também pelo governo federal”, Marcelo Juvenal permite apreender o contexto destes ataques não como eventos pontuais e isolados em cada empresa ou categoria, mas como ofensiva da classe capitalista sobre as classes trabalhadoras. Essa ofensiva geral da burguesia, que, como mencionamos no texto inicial deste debate, supõe, apesar das rusgas políticas e concorrência econômica, sua unidade de ação no Estado (executivo, legislativo e judiciário) no enfrentamento às lutas dos trabalhadores.

Nesse sentido, devemos entender a resposta estatal à greve dos trabalhadores da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafo (ECT) com a eliminação de direitos conquistados no curso de mais de 30 anos de luta, expressa na decisão do Tribunal Superior do Trabalho (TST) que extinguiu 50 cláusulas do acordo coletivo (como, por exemplo, redução do valor das horas extras, adicional de risco, adicional noturno, tíquete alimentação, licença maternidade de 180 dias, auxílio creche e auxílio para filhos com necessidades especiais).⁷ O TST chancelou o expurgo dos direitos dos trabalhadores pela ECT no curso do processo de privatização da empresa conduzido pelo governo federal.

Também importa destacar o aval dado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) para a venda de ativos da Petrobras, como refinarias, por meio do desmembramento e criação de subsidiárias, progressivamente incorporadas ao processo de privatização da estatal.⁸ Ao mesmo tempo, como cita Marcelo Juvenal, a empresa impôs perdas aos trabalhadores para renovação do acordo coletivo de trabalho deste ano: reajuste zero e ampliou os custos dos funcionários com o plano de saúde, além da continuidade da implantação unilateral do teletrabalho intensificada com a pandemia. Soma-se também uma série de alterações que ampliam a carga horária de trabalho, incorporam o banco de horas e a perda ou redução de adicionais de hora extra dos trabalhadores nas áreas operacionais da Petrobras e as demissões, redução salarial, aumento da jornada entre os terceirizados.

Os casos dos Correios e da Petrobras sinalizam para entendimento da intensificação da exploração dos trabalhadores como fundamento do processo de privatização de empresas estatais.

É parte da ofensiva da burguesia contra o conjunto dos trabalhadores a ação política, jurídica e ideológica para evitar a generalização das lutas dos trabalhadores, mantendo-as segmentadas por

⁷ Intersindical - Instrumento de luta e Organização da Classe trabalhadora. Maioria dos ministros do TST passa por cima de direitos históricos dos trabalhadores nos correios ao tentar exterminar 50 cláusulas da convenção coletiva. 22 de setembro de 2020. Disponível em: <http://www.intersindical.org.br/2020/09/22/maioria-dos-ministros-do-tst-passa-por-cima-de-direitos-historicos-dos-trabalhadores-nos-correios-ao-tentar-exterminar-50-clausulas-da-convencao-coletiva/>. Acesso em: 24/10/2020

⁸ STF libera Petrobras a vender refinarias sem autorização do Congresso. Folha de São Paulo, 01 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/stf-libera-petrobras-a-vender-refinarias-sem-autorizacao-do-congresso.shtml>. Acesso em 24/10/2020.

empresa, setor ou categoria, sobretudo em contexto de pandemia com intensificação da exploração (aumento do desemprego, redução de salários, suspensão de contratos, etc...) que tende a elevar a tensão entre capital e trabalho.

Além disso, o controle da pandemia, encarado como um desafio econômico de magnitude global pelo Banco Mundial e outras agências internacionais multilaterais, como observamos na proposta do texto para debate, estruturou-se em pressupostos como o da distinção entre trabalhadores “essenciais” e “não essenciais”. Esta distinção, que representa uma forma de segmentar os trabalhadores, também pautou as medidas de controle da pandemia no Brasil.

Importante indicar os interesses econômicos das frações do capital, as disputas políticas na classe dominante e a ideologia investida nesta distinção. Uma das ações do governo federal para enfrentar as já tímidas medidas de distanciamento social pelos estados foi seguidamente ampliar a lista de atividades essenciais, por meio de vários decretos. Em que cada atualização da lista incorporou um crescente número de setores econômicos e atividades, que, por sua vez, pressionou a retomada mais acelerada das atividades econômicas inclusive as não incluídas na lista, as ditas não essenciais, em razão do alto grau de encadeamento e interdependência entre os setores.⁹

No entanto, desde o início da pandemia várias atividades não regulamentadas como essenciais seguiram funcionando ou retornaram precocemente suas atividades como, por exemplo, as indústrias da Zona Franca de Manaus-AM, no início de maio, embora a alta no número de casos e de mortes por Covid-19, o colapso do sistema público de saúde e do sistema funerário na Região Metropolitana de Manaus.¹⁰ Ou seja, a exposição ao contágio, adoecimento e morte por Covid-19 alcança o conjunto dos trabalhadores, inclusive os das atividades consideradas “não essenciais”, tanto mais com a crescente flexibilização das medidas de distanciamento social e o progressivo retorno das atividades econômicas observado nos últimos meses.¹¹

⁹ Desde a primeira regulamentação com a publicação do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, a extensa lista de atividade essencial favoreceu ampliar o funcionamento das atividades inclusive pelo grau de generalização para as “cadeias produtivas” como em seu Art. 3º, § 2º “Também são consideradas essenciais as atividades acessórias, de suporte e a disponibilização dos insumos necessários a cadeia produtiva relativas ao exercício e ao funcionamento dos serviços públicos e das atividades essenciais.” As seguidas publicações com ampliações da lista constam do Decreto nº 10.292, de 25 de março de 2020, Decreto nº 10.329, de 28 de abril de 2020, Decreto nº 10.342, de 7 de maio de 2020 e o Decreto nº 10.344, de 8 de maio de 2020, este último incluiu as atividades de construção civil; industriais; de salões beleza e barbearia; e academias de esporte de todas as modalidades. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm. Acesso em 24/10/2020.

¹⁰ Coronavírus: 50 mil operários voltam ao trabalho na Zona Franca de Manaus. Portal de Notícias UOL, 02 de maio de 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/02/coronavirus-50-mil-operarios-voltam-ao-trabalho-na-zona-franca-de-manaus.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 24/10/2020. Não foi um fato isolado nem exclusivo ao Brasil, conforme texto de abertura deste debate.

¹¹ Neste conjunto devem ser incluídos também os trabalhadores desempregados, segundo inquérito da Prefeitura da capital paulista, os mais infectados pela Covid-19 na cidade de São Paulo. Ver Desempregados são os mais infectados pela Covid-19 na cidade de SP. Folha de São Paulo, 9 de outubro de 2020. Disponível em:

A maioria absoluta das Centrais Sindicais tem desconsiderado esse contexto e apenas seguido as ações isoladas e fragmentadas dos trabalhadores por empresa, setor e categoria e, como ilustram as greves dos operários na Renault-Paraná¹² e dos funcionários dos Correios que ganharam projeção nacional, sem qualquer iniciativa no sentido de ampliar, generalizar e unificar as lutas entre os trabalhadores como classe. O contexto de crise sanitária e econômica em curso reafirma e expõe os limites da organização sindical que segrega os trabalhadores por empresa e categorias e demais imposições da estrutura sindical vigente (PINA, et al, 2020). Trata-se de um longo percurso em que a defesa dessa política expressa o enraizamento da ideologia burguesa no movimento sindical e a aceitação da dominação de classe e da exploração capitalista (STOTZ; PINA, 2017).

A continuidade da ofensiva burguesia supõe a resistência operária e, neste processo, a emergência de lutas que questionam a estrutura sindical atrelada ao Estado e a possibilidade de reconstruir a organização independente dos trabalhadores como classe. Uma possibilidade, por exemplo, presente nas lutas em desenvolvimento entre os petroleiros terceirizados da Refinaria da Petrobrás na Baixada Santista-SP. Os sindicatos dos Petroleiros, dos Metalúrgicos, da Construção Civil e a Comissão de Desempregados de Cubatão, empreendem mobilização conjunta como a recente decretação de estado de greve durante a pandemia para forçar a aplicação de uma tabela salarial unificada no enfrentamento ao achatamento dos salários praticados pelas empresas contratadas na refinaria.¹³

Apesar das restrições à organização coletiva trazidas com as medidas de controle estabelecidas, resistências como acima relatadas tem caracterizado a situação em diferentes países, como o Chile, os Estados Unidos e a Indonésia. O conflito de classes ficou e continua latente no curso da pandemia. Esta última perspectiva analítica precisa ser ressaltada devido à visão simplificadora adotada pelos governos, com endosso da mídia e mesmo dos profissionais de saúde, de reduzir as medidas de enfrentamento da pandemia à necessidade de um comportamento “racional” das pessoas pertencentes a “grupos de risco” mediante medidas de distanciamento e de proteção, de modo a promover o “achatamento da curva” do contágio social para evitar o colapso dos serviços de atenção hospitalar.

Isto nos conduz a um segundo aspecto, ao do papel desempenhado pelo conhecimento científico no esclarecimento dos fenômenos da pandemia, ou seja, na “dinâmica das relações entre as populações de microorganismos e humanos”. Mais precisamente, ao modo de abordagem dominante na ciência

<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/10/desempregados-sao-os-mais-infectados-pela-covid-19-na-cidade-de-sp.shtml>. Acesso em 24/10/2020.

¹² Centro de Estudos Victor Meyer. Greve da Renault – ensinamentos do ponto de vista de classe. 14 de agosto de 2020. Disponível em: <http://centrovictormeyer.org.br/greve-da-renault-ensinamentos-do-ponto-de-vista-de-classe/> Centro de Estudos Victor Meyer. A greve na Renault: os operários em luta contra a exploração capitalista. 29 de julho de 2020. Disponível em: <http://centrovictormeyer.org.br/a-greve-na-reunault-os-operarios-em-luta-contr-a-exploracao-capitalista/> Acesso em 14.08.2020.

¹³ Sindicato dos Petroleiros do Litoral Paulista. Em assembleia histórica, terceirizados aprovam estado de greve. 13 de outubro de 2020. Disponível em: <http://www.sindipetrolp.org.br/noticias/27898/em-assembleia-historica-terceirizados-aprovam-estado-de-greve>. Acesso em 24/10/2020.

debruçada sobre os desafios postos pela pandemia do novo coronavírus. O artigo “Mistérios do coronavírus: o que a ciência ainda não sabe sobre a pandemia da Covid-19”¹⁴ sistematiza um conjunto destes desafios, a saber: origem do vírus, propagação da pandemia no país, infectividade viral e adoecimento, peso dos fatores de risco, circulação do vírus em crianças, latência do vírus no organismo humano, resposta imune, imunidade e vacinação.

A ausência de respostas claras sobre a variedade dos pontos assinalados, de um “padrão” ou de um “modelo” explicativo consistente é o destaque comum nas opiniões dos pesquisadores médicos, biólogos e de saúde pública. Consideremos aqui a questão proposta por Jamal Suleiman, médico do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, de São Paulo:

Por que algumas pessoas se infectam e outras não? Sabemos qual é a forma de transmissão, mas quais são os fatores determinantes que fazem com que alguns se infectem, e outros não, mesmo estando no mesmo espaço. Precisamos entender a infectividade do vírus e a suscetibilidade do receptor. [...] Falamos que idosos e pessoas com doenças crônicas são mais vulneráveis, mas ainda é muito raso. 15

As medidas adotadas para evitar a propagação da Covid-19 tem sido endurecidas ou abrandadas de acordo com a difícil equação entre o aumento ou diminuição do número de casos e as exigências econômicas do capitalismo em diferentes países, com distintos interesses de classe envolvidos. Diversos cientistas têm manifestado a opinião contrária à visão reducionista do conhecimento e a forma simplificadora das ações de enfrentamento da pandemia. Richard Horton (2020), editor-chefe da prestigiosa revista científica *The Lancet*, criticou o simplismo da idéia de risco de adoecimento e morte associado a co-morbidades para destacar a interação entre o vírus da Covid-19 e doenças não-transmissíveis no contexto social e ambiental marcado por “profunda desigualdade social”. Por isso dever-se-ia falar em “sindemia”, ao invés de pandemia, um neologismo que combina sinergia e pandemia, criado pelo antropólogo médico Merrill Singer para explicar a interação por Horton. O que acarreta, de acordo com Tiff-Annie Kenny, pesquisadora da Universidade Laval (Canadá), a “passar da abordagem clássica da epidemiologia [em termos] de risco de transmissão para uma visão da pessoa em seu contexto social.”¹⁶

Na raiz da dificuldade de compreensão científica está a própria abordagem reducionista da qual as ciências, principalmente da saúde, têm sido historicamente subsidiárias, isolando aspectos biológicos de sociais e tendendo sempre à especialização. Em contrapartida, devemos buscar uma aproximação dos fenômenos da pandemia baseada na complexidade, quer dizer, na totalidade concreta e histórica dos fenômenos em estudo, considerando diferentes níveis de determinação e sobre-determinação

¹⁴ Mistérios do coronavírus: o que a ciência ainda não sabe sobre a pandemia da Covid-19. O Globo, 15 de setembro de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/misterios-do-coronavirus-que-ciencia-ainda-nao-sabe-sobre-pandemia-da-covid-19-24635159> Acesso em 24/10/2020.

¹⁵ Idem.

¹⁶ BBC News Mundo, 10/10/2020: 'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54493785>. Acesso em 16.10.2020.

ou condicionamento e a sua diversidade, tal como apontada por Richard Levins (2016) e desenvolvida por Wallace (2020).

É fundamental assumir o desafio de pensar a pandemia no contexto da produção capitalista, sobretudo, a agropecuária (WALLACE, 2020). Vozes nesta direção, ainda que sem todas as consequências necessárias, já se haviam manifestado anteriormente, mas voltaram a ser escutadas no momento mais crítico da pandemia, em julho, quando o tema das causas da pandemia foi colocado em destaque. Uma referência é Delia Grace, epidemiológica e veterinária do Instituto de Recursos Naturais da Universidade de Greenwich, em Londres, e membro do Instituto Internacional de Investigações Pecuárias, com sede no Kenia. Ela é uma das responsáveis pelo Informe “Prevenindo a próxima pandemia: as zoonoses e como romper a cadeia de transmissão”.¹⁷ A menos que se identifiquem as fontes da crise sanitária teremos mais pandemias, declarou ela em entrevista prestada à BBC News Mundo.

Com base numa pesquisa realizada com Kate Jones, da University College of London, Delia Grace afirma que 75% das enfermidades infecciosas emergentes de 1934 a 2010 tiveram como fonte animais selvagens, os quais lograram atingir seres humanos mediante a “ponte” dos animais domésticos, especialmente frangos, porcos e outros tipos de gado. O que impulsiona a emergência de pandemias como a do coronavírus, antecedida pelas chamadas gripes aviária e suína, afirma ela, consiste na demanda de proteína de origem animal, acarretando uma aumento da pecuária em escala industrial. Animais que passam por seleção genética, pertencentes a mesmos tipos genéticos similares, vacinados, alimentados para crescer o mais rápido possível e estressados a tal ponto por estas condições de crescimento que sofrem uma vida de dor agonizante devido a lesões nas pernas e patas. E animais estressados sofrem, tem seus sistemas imunológicos debilitados e tal como os seres humanos, a baixa na imunidade favorece o adoecimento. Ademais, em muitos países, como foi o caso do México no caso da gripe suína e da China no da gripe aviária, as medidas de biossegurança tem se mostrado bastante falhas, permitindo o contato e o transbordamento de vírus entre animais silvestres e animais de pecuária industrial e para os seres humanos.¹⁸ Um processo em curso também no Brasil como expresso no surgimento de uma nova variante da Influenza A H1N2 com potencial pandêmico, identificada em junho deste ano pela Fiocruz a partir de um caso de uma mulher de 22 anos, que adoeceu em abril e se recuperou, trabalhadora de um frigorífico de carne suína do Paraná.¹⁹

¹⁷ O Informe da ONU encontra-se disponível em <https://www.unenvironment.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and> Acesso em 16.10.2020.

¹⁸ BBC News Mundo, 21/07/2020: "El mundo está tratando los síntomas de la pandemia de covid-19, pero no las causas". Disponível em <https://www.bbc.com/mundo/noticias-53435056> Acesso em 16.10.2020.

¹⁹ "Brasil precisa estar alerta", diz virologista da Fiocruz sobre potencial pandêmico de vírus descoberto no Paraná. O Globo, 27 de julho de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil->

O *establishment* resiste, apesar de todas as evidências contrárias e o olhar biomédico prevalece. Talvez seja a razão pela qual o editor-chefe da Lancet faça uma declaração tão peremptória:

Não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão protetora seja uma vacina, a busca por uma solução puramente biomédica contra a covid-19 vai falhar.²⁰

Para concluir: persistem as características da pandemia, enquanto incertezas colocam em questão tanto o conhecimento científico vigente como as tradições organizativas e políticas predominantes nos movimentos dos trabalhadores desde a segunda guerra.

Não podemos deixar de observar a situação profunda, prolongada e amplamente defensiva em que se encontram as forças do trabalho frente ao capital em todo mundo, principalmente nos países imperialistas. Profunda: a maioria das organizações criadas pelo movimento operário no século XX (sindicatos, partidos) encontram-se integradas no sistema capitalista, limitando-se a preservar os espaços indispensáveis à reprodução da camada dirigente de tais organizações. Prolongada: desde pelo menos as grandes lutas de 1968-69 na Europa (França e Itália, sobretudo), mas com diferenças qualitativas em termos de subordinação na medida do avanço do processo de automação industrial dos anos 1990 para cá, dos contratos que dividem a classe trabalhadora em um setor supostamente socialmente protegido e outro não, da ênfase na luta pelo salário condicionado à metas de produção que além de alargar a divisão, estiola a força de trabalho condenando-a a um envelhecimento e adoecimento precoce.

Se nos anos 2018 e 2019 houve uma retomada das manifestações coletivas e retomada das greves, notadamente na França ^[21] e nos EUA ^[22], esse processo foi interrompido em 2020 pelas medidas de controle impostas para evitar a propagação da pandemia de coronavírus. Apesar de algumas greves selvagens e confrontos diretos contra os patrões, as demissões massivas e os contratos de redução de jornada e de salário postos em prática em todo mundo mantêm o movimento operário na defensiva.

A tendência da retomada do crescimento econômico, compreendida pela OCDE como “fase de recuperação” da pandemia ^[23], permite prever a retomada da pauta das reivindicações dos trabalhadores cujo nível de vida foi extremamente reduzido durante a pandemia. Porém os desafios

precisa-estar-alerta-diz-virologista-da-fiocruz-sobre-potencial-pandemico-de-virus-descoberto-no-parana-24549633. Acesso em 24.10.2020.

²⁰ BBC News Mundo, 10/10/2020: 'Covid-19 não é pandemia, mas sindemia': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54493785>. Acesso em 16.10.2020.

²¹ Gourgues, Guillaume e Quijoux, Maxime. Em Francia, la huelga y los sindicatos no pierden fuelle. El Salto, 24 enero 2020. Disponível em <https://www.elsaltodiario.com/movimiento-obrero/francia-huelga-sindicatos-no-pierden-fuelle> Acesso em 16.10.2020.

²² Yeats, M. COVID-19, Economic Depression, and the Black Lives Matter Protests. Will the Triple Crisis Bring a Working-Class Revolt in the United States? Monthly Review, v.72, n. 4, sep. 2020. Disponível em <https://monthlyreview.org/2020/09/01/covid-19-economic-depression-and-the-black-lives-matter-protests/> Acesso em 16.10.2020.

²³ Carta IEDI n. 1012 – A pandemia de Covid-19 e os riscos às CGV – 4 de julho de 2020.

organizatórios e políticos não são pequenos. Como adverte Yeats (2020), sindicatos e partidos trabalhistas terão de ser reconstruídos dentro de um espírito de classe.

REFERENCIAS

HORTON, Richard. **COVID-19 is not a pandemic**. The Lancet, v. 396, n. 10255, p. 874, 26 Set 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

YEATS, Michael. **COVID-19, Economic Depression, and the Black Lives Matter Protests. Will the Triple Crisis Bring a Working-Class Revolt in the United States?** Monthly Review, v.72, n. 4, sep. 2020. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2020/09/01/covid-19-economic-depression-and-the-black-lives-matter-protests/>

LEVINS, Richard. **Living the Eleventh Thesis**. Monthly Review, 01 de abril de 2016. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2016/04/01/living-the-eleventh-thesis/> Acesso em: 24/10/2020.

PINA, Jose Augusto; EBERHARDT, Leonardo Dresch; STOTZ, Eduardo Navarro; BECHARA MAXTA, Bruno Souza; ESTEVES, Thais Vieira; MAGALHÃES, Elaine Cristina Vieira de. **Movimento operário na luta pela saúde no Brasil: o atrelamento sindical ao Estado em questão**. In: Ivar Oddone et al. (Org.). Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. [tradução Salvador Obiol de Freitas]. - 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2020. p.235-248

STOTZ, Eduardo Navarro; PINA, Jose Augusto. **Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social**. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 42, e12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572017000100303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/10/2020.

WALLACE, Rob. **Big Farms Make Big Flu: Dispatches on Influenza, Agribusiness and Nature of Science**. New York: Monthly Review, 2016. A obra foi traduzida no Brasil com o título “Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência”, publicada pela editora Elefante em 2020.

"A epidemia como fato social", de Evan Stark

"The epidemic as a social event", de Evan Stark

"La epidemia como hecho social", de Evan Stark

Luiz Ricardo Schiavinato Valente

PPGEO-UERJ

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

luiz.s.valente@hotmail.com

Evan Stark é um sociólogo, assistente social e pesquisador estadunidense premiado e com reputação e reconhecimento internacional por seu trabalho inovador nas dimensões jurídica, política e de saúde da violência interpessoal, incluindo seus efeitos sobre as crianças. Seu premiado livro *"Coercive Control: The Entrapment of Women in Personal Life"* publicado pela editora Oxford, foi considerado o livro de destaque nas ciências sociais pela *Association of American Publishers* em 2007 e influenciou o Reino Unido e outros países da Europa a expandir suas definições de violência doméstica para incluir o controle coercitivo.

No ano de 1977, pouco antes de atuar como pesquisador associado do Centro de Saúde e Estudos Sociais e Políticas da Universidade de Yale, Stark publicou no *International Journal of Health Services* um artigo intitulado, em tradução livre para o português, "A Epidemia Como Fato Social". No trabalho, o sociólogo investiga e discute as doenças como fatos socialmente construídos que ocorrem tendo as condições e relações sociais como causas determinantes. Apesar do texto já possuir mais de 30 anos, aborda um tema atual com questões contemporâneas presentes na organização da sociedade nos moldes atuais, emergindo discussões que há muito já são tratadas por estudiosos de diversas áreas do conhecimento no mundo todo.

O significado de "epidemia" reproduzido por alguns dicionários como "aumento súbito do número de casos de qualquer doença ou de qualquer fenômeno anômalo e negativo" (HOUAISS, 2004) se aproxima com o que significa o termo para os epidemiologistas "um súbito pico na mortalidade secundariamente relacionado a uma doença mais geral ou a processos sociais" (STARK, 1977, p. 695). Dessa forma, Stark revisita as epidemias ocorridas ao longo da história e que acometeram grande parte da população para procurar associações que demonstrem que estas ocorreram quando empresas ou nações tentavam resolver seus problemas econômicos a partir de uma lógica capitalista, desenvolvendo grandes desigualdades entre as necessidades sociais de uma força de trabalho em expansão e os bens e serviços disponíveis naquele momento.

Stark chama a atenção para o fato de que os principais determinantes para a morte e doença da população do ocidente mudaram gradativamente ao longo do tempo. Das infecções e doenças

transmissíveis, disseminadas desde a idade média por más condições de higiene, má nutrição ou superpopulação, para uma cadeia de fatores sociais complexos ligados principalmente a desigualdades de acesso e vulnerabilidades sociais.

A doença também foi importada para as Américas durante as grandes navegações no século XV e XVI, onde europeus traziam vírus e bactérias exóticas para a natureza daquele território que chamavam de “Novo Mundo”. A população indígena que ali habitava, livre dos anticorpos acumulados pela exposição posterior às doenças, acabavam morrendo aos milhares por doenças consideradas simples pela medicina atualmente, como uma gripe comum, sarampo e catapora, como nos conta o etnologista Darcy Ribeiro (RIBEIRO, 1996). Alguns estudiosos, entre eles o historiador brasileiro Warren DEAN (1996), consideram a epidemia de novas doenças nas Américas como ferramenta de dominação social dos grupos indígenas por parte dos colonizadores europeus.

Para além disso, nesse mesmo período, as doenças, catástrofes e mortes eram vistas por uma ótica teocentrista, como destino fadado ou castigo para aquele que era acometido e, por isso, surtos e doenças traziam terror para cidades inteiras.

Dessa maneira, o infortúnio da doença, da morte e das catástrofes não seguia linha social e o risco de ser acometido por alguma dessas enfermidades possuía pouca dependência com a situação econômica de grupos. Stark também destaca que os filósofos médicos nos anos de 1700 apontavam catástrofes naturais para explicar a clara injustiça das epidemias que atacavam os ricos assim como os pobres (STARK, 1977, 690 pp.).

A primeira revolução industrial realizada sob o novo objetivo de dominação do homem sobre a natureza trouxe mazelas e cura ao mesmo tempo. Os avanços tecnológicos proporcionados pela revolução industrial contribuíram com a criação de remédios e vacinas erradicando algumas doenças, além de aumentar a expectativa de vida da população por conta da melhoria e das pesquisas na medicina e na farmacologia.

Em contraponto, as novas formas de produção e de exploração de pessoas e recursos naturais trouxeram impactos sociais relacionados ao trabalho e impactos ambientais relacionados ao aumento da poluição do ar e das águas, erosão de solos e desmatamento. As relações sociais acaloradas pelo novo modo de vida nas cidades industriais emergiram em conjunto com a lógica exploratória capitalista e a degradação do ambiente contribuiu para o aumento de chuvas ácidas e problemas respiratórios na população.

Stark utiliza Marx, em *O Capital*, para lembrar que a ganância do capitalista pelo lucro o levou a aumentar as horas de trabalho dos operários. A partir disso a saúde deles se deteriora e a luta de classe se intensifica. Ele continua dizendo que as epidemias muitas vezes começaram da mesma forma que as rebeliões e lutas de classe, onde as condições de vida e trabalho nas cidades, fábricas

ou bairros pobres foram colocadas abaixo dos padrões negociados em lutas anteriores (STARK, 1977, 692 pp.).

Nessa perspectiva, Stark apresenta a ideia de causação socialmente construída e determinada. Dentre os determinantes ligados aos fatores sociais estão os acidentes, desastres e as principais doenças crônicas: câncer e doenças cardíacas como o infarto, além de situações extremas causadas pelo estresse. A lógica de valorização do solo urbano com infraestrutura adequada por meio da especulação imobiliária força populações mais pobres a habitar áreas impróprias para ocupação e sem infraestrutura adequada. Sem saneamento básico e sem abastecimento de água, essa população fica vulnerável a doenças como tuberculose e leptospirose e a desastres relacionados a processos erosivos que atuam no terreno e que podem causar mortes e prejuízos financeiros.

Em "A Epidemia Como Fato Social" Stark utiliza uma epidemia de febre amarela ocorrida em Nova Orleans, nos Estados Unidos, em 1853, como exemplo para a dinâmica da política interna associada com o processo de doença. Ele divide a epidemia em seis estágios:

No estágio I há a irrupção da epidemia, mudando gradualmente toda a dinâmica social e econômica de uma localidade por conta da nova realidade vigente.

O estágio II é chamado pelo autor de "Tendência de Queda e Êxodo", onde os negócios são efetivamente afetados e muitos fechados pela crise econômica causada pela epidemia e trabalhadores sem trabalho tendem a migrar.

"O Colapso da Autoridade e o Desafio que Vinha de Baixo" é o nome dado ao estágio III, em que a autoridade local começa a perder força e poder quando seus próprios funcionários são acometidos pela doença ou, utilizando de seus privilégios de classe média, se negam a se expor ao risco de trabalhar neste período.

O estágio IV descreve "O Surgimento da Comunidade". O autor conta que os "sobreviventes" da epidemia começam a se juntar em grupos que são unidos por alguma característica ou gosto em comum como forma de manter a ordem. A partir daí, questões filosóficas emergem e se juntam ao êxtase a que essa população está submetida nesse momento.

Stark chega ao estágio V com "A Declaração da Epidemia" onde, sem conseguir mascarar a situação vigente, as autoridades são obrigadas a assumir um certo fracasso no que se refere ao controle da doença e ao mesmo tempo precisam reivindicar que uma maior parte do excedente financeiro seja investido em serviços sociais. Nesse momento, as classes alta e média enviam doações para os mais pobres e as políticas sociais públicas de emergência aparecem com mais força.

Por fim, Stark apresenta o estágio VI: "A Reconstituição da Autoridade". Nesse estágio a classe hegemônica no poder utiliza-se da situação gerada pela epidemia para aumentar tipos de repressão e aprovar demandas e reformas que os favoreçam de alguma forma.

Evan Stark apresenta no seu texto diversos exemplos dos estágios a partir de fatos ocorridos nos últimos séculos em uma série de países.

Em meio à situação provocada pela pandemia do novo coronavírus, pode-se associar muito o texto de 1977 aos fatos ocorridos até então no ano de 2020 no Brasil. Apesar da doença causada pela contaminação da Covid-19 se assemelhar com um caráter democrático, os riscos, os impactos e as mortes causadas durante a pandemia do novo coronavírus não são homogêneas. Na verdade são socialmente construídas e influenciadas.

Assim como a palavra "pandemia" se assemelha na grafia com "epidemia", elas também se aproximam na semântica. De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2004), "pandemia" é o "surto de uma doença com distribuição geográfica internacional muito alargada e simultânea".

Numa realidade brasileira onde o acesso a serviços, educação, saúde e habitação são amplamente desiguais entre a população por motivos historicamente construídos, os riscos, o impacto e as consequências econômicas geradas pela crise da covid-19 também parece refletir com mais intensidade na população mais vulnerável. Bem como coloca a geógrafa francesa Yvette VeyreT (2007), os riscos são fruto de uma construção social.

Num contexto de pandemia onde os meios de prevenção são iguais para toda a população, emergem as desigualdades sociais, os riscos e as vulnerabilidades de cada grupo. Essa situação é explícita na primeira morte causada pelo novo coronavírus no estado do Rio de Janeiro, por exemplo. Uma empregada doméstica que prestava serviços em um dos bairros mais caros do Brasil para uma mulher que, recém chegada da Itália, contaminou sua funcionária. A trabalhadora doméstica morre uma semana depois, a patroa não (REVISTA EXAME, 2020). Essa simples comparação pode ignorar possíveis diferenças na saúde e nos hábitos individuais das mulheres, mas ilustra que as diferenças também são causadas pelos fatores sociais que Stark nos apresenta em seu texto.

O mesmo parece acontecer com o atual surto de febre amarela que ocorre no Brasil. Apesar de não haver dados oficiais que associem a situação socioeconômica com os atingidos por febre amarela no país, Paulo Buss, sanitarista e diretor do Centro de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) afirma que a grande maioria das vítimas é de agricultores pobres (BBB BRASIL, 2018). O acesso à saúde no meio rural, trabalhos extrativistas de baixa remuneração, local de moradia e a forma de ocupação são fatores que podem explicar a maior vulnerabilidade dessa população à febre amarela no Brasil.

Menos discutido no texto estadunidense do final dos anos 1970 de STARK - porém de grande relevância nos estudos brasileiros -, é a questão racial como fator para a desigualdade e para causas de adoecimento e morte. O Brasil possui a maior concentração de população negra fora da África (SILVA, 2000) e estudos mais recentes, como em Goodman (2000) e Chor e Lima (2005), associam cada vez mais as diferentes vulnerabilidades dos grupos étnicos, tendo o fator da cor como determinante para definir as desigualdades e o maior índice de adoecimento e morte. Essa premissa pode ser aplicada no Brasil baseando-se em indicadores sociais que demonstram que a população negra apresenta pior nível em educação, renda, habitação, saúde, maior adoecimento e maior mortalidade, além de residir em áreas desprovidas de infraestrutura básica, e com pior acesso aos serviços de saúde pública (IPEA, 2002).

Os indicadores sociais disponibilizados pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas apresentam um retrato da desigualdade socialmente e historicamente construída no Brasil e se associam com o texto de Evan Stark. A lógica aplicada na formação das cidades, o racismo estrutural, a histórica acumulação do capital e tantos outros fatores fizeram com que grande parte da população vivesse à margem do que era oferecido para uma minoria hegemônica e detentora do capital no Brasil. O amplo acesso e os privilégios de uma minoria são apoiados na privação e nos riscos que uma maioria composta, principalmente, pela classe trabalhadora, está exposta. É nesse sentido que o sociólogo alemão Ulrich Beck (1986) diz que a produção social da riqueza é acompanhada pela produção social dos riscos.

A discussão atemporal tratada no texto por Stark chama atenção para a importância das discussões e questionamentos críticos no campo social e por fim, o autor conclui que a doença é implantada pelo capitalismo, e uma vez que ela é um processo social, também gera políticas, economia e pensamento. A saúde é vista pelo autor como uma demanda social mais ampla e com muitos determinantes, tentando afastar o pensamento capitalista mercadológico vigente.

"No movimento de emancipar o Homem da determinação natural, o capital e o trabalho socializaram a si mesmos e também a biologia. Mas ao fazer isto, prepararam sem o saber o caminho para a unificação da Biologia e da Razão, da Saúde e da Liberdade." (STARK, 1977, 704 pp.)

REFERÊNCIAS

BBC BRASIL. **Da contaminação ao tratamento, o papel da desigualdade no atual surto de febre amarela no país.** Por Mariana Alvim. São Paulo: BBC Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/amp/brasil-43720715> Último acesso em 01/08/2020.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma nova modernidade.** São Paulo: Ed. 34., 1986. 23-60p.

CHOR, Dora; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1586-94, 2005.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**: verbete pandemia. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

DEAN, Warren. **A ferro e fogo**: A história e a devastação da mata atlântica brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

GOODMAN, Alan H. Why genes don't count (for racial differences in health). **Am. J. Public Health**, v.90, p.1699-702, 2000.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. **Desigualdades raciais no Brasil**: um balanço de intervenção governamental. Brasília: IPEA, 2002.

REVISTA EXAME. **1ª vítima do coronavírus no Rio era doméstica e foi contaminada no Leblon**. Por Mariana Simões. Rio de Janeiro: Agência Pública, 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/1a-vitima-do-coronavirus-no-rio-era-domestica-e-foi-contaminada-no-leblon/> Último acesso em 20/06/2020.

RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização. **A integração das populações indígenas no Brasil moderno**. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

SILVA, Nelson do Valle. Cor e mobilidade ocupacional. In: SILVA, N.V.; PASTORE, J. (Orgs.). **Mobilidade social no Brasil**. São Paulo: Makron Books, 2000. p.85-98.

STARK, Evan. The epidemic as a social event. **International Journal of Health Services**. 7(4). Baywood Publishing Co, 1977. 681-705pp.

VEYRET, Yvette. **Os riscos**: o homem como agressor e vítima do meio ambiente. São Paulo: Contexto, 2007. 11-79p.

“O seu papel era diagnosticar. Descobrir, ver, descrever, registrar, depois condenar, essa era a sua tarefa. Esposas agarrafam-lhes as mãos e gritavam: ‘Doutor, dá-lhe a vida!!’ Mas ele não estava ali para dar vida, estava ali para ordenar o isolamento. De que servia o ódio que lia, então, nas fisionomias? ‘O senhor não tem coração?’, tinham-lhe dito um dia. Sim, ele tinha um coração. Servia-lhe para suportar as 20 horas por dia em que via morrer homens que haviam sido feitos para viver.”

Albert Camus

Com a suspensão das atividades presenciais nas universidades e uma mobilização nacional de cientistas sobre os diferentes desafios impostos pela pandemia, o processo editorial da revista foi substancialmente impactado. Não era possível manter os tempos habituais de trabalho no diálogo com autores, na avaliação e revisão de artigos. Estávamos por demais envolvidos e envolvidas com as notícias sobre o avanço da doença, com as adaptações das atividades acadêmicas para a modalidade remota, com os novos e constantemente atualizados protocolos adotados em nossa prática na assistência em saúde, com os cuidados com nossos familiares e amigos.

Diferentes instituições se reorganizaram de formas distintas. Na UNIFASE/FMP, os grupos de pesquisa realizaram um conjunto de Seminários de Pesquisa tomando temas correlatos a questões emergentes no cenário pandêmico. Em cada evento, realizado através da plataforma Zoom, um ou mais pesquisadores e/ou profissionais que estavam atuando no front eram convidados. A ideia era promover uma discussão coletiva sobre questões que nos inquietavam. Foram 21 Seminários de Pesquisa, com 29 convidados de diferentes instituições e mais de 4.162 participantes.

Resolvemos trazer para este número especial, integralmente dedicado a pandemia de Covid-19, uma amostra do que foram esses encontros. Dessa forma, foi realizada a retextualização de sete seminários. Para tal, foi feita a transcrição literal da apresentação/debate realizado e gravado, a edição e condensação linguística do texto (retirando os marcadores conversacionais e redundâncias) sempre procurando manter o estilo mais informal de apresentação que a expressão oral guarda. Este trabalho foi realizado colaborativamente por editores da revista, estudantes de iniciação científica e autores, sob a orientação da professora Elaine Mayworm Lopes e Silva, Mestre e Especialista em Literatura Brasileira pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Os textos estão organizados em ordem cronológica de modo que o leitor, numa leitura de conjunto, possa acompanhar conosco o avanço do cenário pandêmico em 2020. Esses textos guardam a memória viva de nossas angústias, mas também de nossas esperanças.

Violência de Gênero e Confinamento Familiar

Gender violence and family confinement
Violencia de género y confinamiento familiar

Desirré Mathias Pinheiro da Silva,
Maria Regina Bortolini e Natália Elisa Duarte Leal
Retextualização: Camila Martins Palmeira de Oliveira

26.05.2020

Desirré Mathias Pinheiro da Silva: Doutoranda em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, estudando e pesquisando junto à equipe do Centro Latino Americano de Estudos em Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) a Violência contra Mulher. Ela é perita técnica forense pela Associação Brasileira de Enfermagem Forense. É facilitadora no processo de empoderamento e participação política de mulheres pela Woman's Learning e pela CEPIA. Além disso, atuou na comissão de violência do setor de vigilância epidemiológica e no Centro de Referência de Atendimento à Mulher, o CRAM em Petrópolis. Atualmente, trabalha na Sala Lilás de Petrópolis.

Maria Regina Bortolini

Antropóloga, com pós doutoramento em Psicologia Social na Universidad Nacional de Quilmes - Buenos Aires/Argentina, coordena o Laboratório de Estudos em Representações Sociais e Saúde - LERS.

Natália Elisa Duarte Leal

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, pesquisadora no Laboratório de Estudos em Representações Sociais e Saúde - LERS.

Regina - Primeiro dar as boas-vindas a todo mundo! Estamos dando início a mais um Seminário de Pesquisa. Então, vou me apresentar e apresentar o grupo. Meu nome, pra quem não me conhece, é Regina Bortolini e integro o Laboratório de Estudos em Representações Sociais, grupo de pesquisa vem desenvolvendo estudos no campo do imaginário social e do papel que o imaginário social tem sobre as práticas, as experiências de saúde. Buscamos compreender como as transformações culturais na atualidade vem promovendo impacto também sobre as formas de organização societária, sobre os processos psicossociais de constituição das nossas identidades e, especialmente nos últimos tempos, sobre as questões de gênero. Nesse seminário a gente tomou como tema principal a questão da violência considerada a situação de confinamento familiar durante a pandemia. O confinamento familiar muitas vezes tem acirrado as tensões pré-existentes ou fazendo aflorar tensões nas relações familiares. Então a violência de gênero já tem se colocado como uma questão de saúde pública há algum tempo, parece se colocar agora como um problema muito importante no contexto da pandemia. Pra discutir esse tema com a gente, a gente convidou a Desirré Mathias Pinheiro da Silva. Além de ser ex aluna da UNIFASE, amiga querida pra muitos debates,

muitos projetos, ela tem uma importante experiência e reflexão sobre o tema que vai compartilhar conosco.

Natália – Viva! Seja bem-vinda Desirré! Hoje eu falava na aula de saúde da mulher da importância de sermos agentes de transformação e eu acho que a Desirré é o exemplo mais concreto de um agente de transformação. É uma pessoa que sempre se preocupou com a questão da violência, sempre se incomodou com a questão da violência e é muito bonito ver a garra e o compromisso da Desirré com a transformação dessa realidade a partir da atuação dela como enfermeira. Então, fala Desirré!

Desirré - Obrigada por todas essas palavras maravilhosas, é muito bom estar aqui. Quando a Regina me propôs falar sobre a questão da violência contra a mulher em tempos de pandemia, eu pensei em começar falando sobre o olhar ampliado em saúde que precisamos ter como profissionais da área. Na verdade, é olhar para além da falta de enfermidade, considerando que muitos fatores podem colaborar para uma doença em si. Então, pra olhar o mundo de hoje, eu acho que é imprescindível o profissional ter o olhar ampliado da questão de saúde. E deve-se pensar que antes de vivermos uma pandemia do COVID, nós já vivíamos um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, a violência, que é pandêmica. E dentro das questões de violência, que são inúmeras, hoje vamos abordar a questão da violência contra a mulher. Pra começar a falar disso, eu acho importante contextualizar aonde e em que ano estamos vivendo, para entender que, com relação a violência contra a mulher, vivemos em uma sociedade que foi construída e ainda hoje atua de forma patriarcal. E também uma sociedade com muito discurso de ódio, muita misoginia e de um desmonte de serviços, que já eram fragilizados, mas que, nesse momento, se encontram ainda mais. Tudo isso acaba afetando o modo como a gente vai enfrentar e tratar realmente a violência contra a mulher. Esse discurso de ódio dá quase um aceite para as coisas que estão acontecendo e que também dificulta a criação de políticas públicas. E por que dificulta? Porque, política pública é feita com verba destinada àquilo que é considerado relevante. Quando se propaga um discurso de ódio sexista, a questão da violência contra a mulher fica em um segundo plano. Então, a gente conseguiu fazer um movimento e tivemos muitos anos de políticas públicas efetivas, principalmente, no âmbito da violência contra a mulher. Até 2016 foram criadas muitas políticas públicas, que promoveram um avanço absurdo em relação, inclusive, a outros países. Porém, infelizmente, a gente vem retrocedendo considerando esse desmonte de serviços.

As políticas públicas, as campanhas, a rede de apoio, a rede social são lócus pedagógico para as pessoas entenderem o que é violência contra a mulher, o que que é a questão do empoderamento, do fortalecimento das mulheres. A população está dentro de casa por causa do isolamento social, mas está atenta, as redes sociais funcionam como um local para o aprendizado. Recentemente, saiu uma pesquisa falando sobre o *twitter*, sobre as menções à violência doméstica. Foram mais de mil menções a questão da violência contra mulher. Ou seja, a população está atenta. E qual o papel do

Estado diante desse fenômeno da violência contra a mulher? O Estado que deveria estar cumprindo as políticas públicas que foram pensadas, planejadas. Mas por que não está funcionando? Não está funcionando mesmo antes da COVID-19. Isso ocorre, pois, essa rede está muito fragilizada. A rede de apoio à mulher em situação de violência, hoje, não vem efetivamente do Estado, vem de familiares, de amigos.

A nossa sociedade é patriarcal, as relações sociais são, geralmente, dominadas por homens. As mulheres estão em condições sociais e econômicas mais vulneráveis. Nesse sentido, é muito curioso porque, embora estejamos em condições econômicas mais vulneráveis, nós somos a maioria da força do trabalho. Então, fica evidente a existência de uma disparidade muito grande. Nós, mulheres, apesar de sermos a maior força de trabalho não estamos nos maiores cargos das empresas e das universidades.

É preciso pensar na relação do espaço público e privado. Atuar no espaço público não é dado a nós mulheres, é conquistado e qualquer coisa que aconteça na sociedade ou na família, nós somos obrigadas a voltar para esse espaço privado. Assim, as mulheres estão sempre em uma condição social desfavorável. Tudo isso só vai se intensificar quando a gente coloca as pessoas isoladas ou em distanciamento social dentro de suas casas, as quais, na verdade, eram para ser os lugares mais seguros do mundo. Porém, não é o que acontece em relação às mulheres. Em várias pesquisas, é comprovado que as agressões ocorrem em sua maioria dentro dos lares. Então, para as mulheres, aonde seria esse lugar seguro que não é dentro de casa? Porém agora não podemos mais sair, então tudo fica bem mais complicado, essa tensão se intensifica.

Fora isso, tem a questão da jornada de trabalho que triplica. Durante a pandemia, a mulher não deixa de ser profissional. Além de estar trabalhando em home office, a mulher tem que estar fazendo os serviços da casa, estar cuidando das crianças e fazendo todo o resto, está sendo a dona de casa, a mulher, a filha, a mãe e até professora dos filhos também... É uma jornada de trabalho muito intensa.

Além disso, temos que pensar que estamos vivendo realmente uma crise financeira, que é um dos fatores de risco para a violência contra a mulher. E, por vezes, ela perde seu trabalho. Sem esse emprego, a mulher fica sem a sua condição financeira, o que é um agravante para os casos de violência doméstica. E ela está confinada em casa, está junto ao seu potencial agressor, que também sente a crise financeira dentro de casa. Tudo que ameaça a hegemonia do “poder” masculino vai acabar ocasionando atos violentos. Portanto, esse é mais um fator para os casos de violência contra a mulher terem aumentado muito durante essa pandemia da COVID-19.

Tudo isso faz pensar que o nosso espaço de segurança não é o espaço que a gente mais está, principalmente agora nesse momento. Estar confinada com o próprio agressor agrava o problema da

falta de acesso a serviços de apoio. A rede está fragilizada, já estava fragilizada por um desmonte político, e agora estamos em um momento onde não podemos ir e vir. Não podendo ir e vir, como realizar uma denúncia? Como acionar um serviço de saúde, visto que muitas mulheres utilizam uma consulta de preventivo, uma consulta de pré-natal, uma vacinação, para sair das suas casas e denunciar a violência doméstica? Agora não temos mais nada disso. Algumas cidades tem aplicativos que estão fazendo a denúncia, mas em outras, não existe nem um aplicativo. Essas mulheres teriam, realmente, que ir em uma delegacia.

Dentro de casa, aumentam o controle e a vigilância desse possível agressor. Com isso, muitas mulheres não conseguem sequer pegar o celular pra baixar o aplicativo, pra fazer alguma denúncia dentro de uma rede social ou pra falar com algum amigo ou familiar. Em Petrópolis estamos em um período de frio. Nesse período, as pessoas costumam consumir mais bebidas alcoólicas. Somado a isso, as pessoas em isolamento estão consumindo mais álcool, entre outras substâncias, porque todos nós estamos com a saúde mental abalada diante dessa pandemia, por diversos motivos. Não que beber vá fazer com que a pessoa seja violenta, mas algumas pesquisas correlacionam o uso de álcool e outras drogas, como potencializadores da ocorrência de violência. Então, esse consumo de bebida alcoólica exacerbado contribui também para o aumento da violência contra as mulheres.

A gente tem alguns desafios, como analisar os números que estão sendo apresentados. Analisar esses números não significa necessariamente olhar e ver o que está acontecendo nesse mês e o que aconteceu mês passado. Os números precisam ser contextualizados. Um número em Petrópolis é totalmente diferente de um número no Rio de Janeiro ou em Minas Gerais. Então, é preciso analisar se, de fato, está acontecendo um aumento da violência contra a mulher ou se, na verdade, estamos vendo essa tensão que já existia aumentar e, assim, a violência começar a aparecer.

Outro desafio é pensar como será o pós pandemia. Antes mesmo disso tudo começar, muitas empresas já estavam migrando os seus serviços pra home office. Porém, pra mulher, além do trabalho e além de todas essas questões do confinamento, será que estar em casa é viável? Será que trabalhar dentro da nossa casa não é muito pior? Também não é tirar esse pequeno espaço que a gente tinha de público e voltar tudo para o privado? Então, precisamos pensar como o pós pandemia vai funcionar, não só com a questão da jornada de trabalho, mas também economicamente. Sabemos que são vários os empregos que estão tendo seus salários cortados, sendo isso, também, um fator complicador. Além disso, como vamos nos comunicar? Porque a comunicação já era difícil antes, não é algo que ficou precário agora, já estava precário. Isso ocorre porque a rede em si não conversa, os profissionais- remetendo ao início da minha fala- não estão apresentando esse olhar ampliado da questão da saúde. Esse olhar de perceber que a pressão de determinada pessoa pode estar alta porque ela está sem emprego e não só porque está comendo mal. E será que ela está comendo mal porque deseja? Ou porque está sem dinheiro para comprar uma comida de verdade?

Então, a questão da violência ela perpassa muitas outras, é necessário ter o olhar de gênero e de raça, que são muito importantes. É preciso entender que camadas vulneráveis já eram vulneráveis antes e, agora, essa situação se intensifica. Eu deixo aqui uma fala que eu gosto muito, já gostava muito e, agora, estamos realmente sentindo na pele. A frase é da Simone de Beauvoir que diz: “Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida”.

Natália - Acho importante pensarmos no imaginário social. Quando pensamos nesse imaginário, a gente sempre associa a algum ditado popular. Então, existe aquele famoso ditado: “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher. Ano passado, quando teve aquele episódio em que foi filmado o marido no elevador batendo na mulher”, o porteiro ficou assistindo. Por que ele não buscou socorrer a mulher naquela situação? No imaginário social o homem pode bater e ninguém deve se meter. Nós observamos isso tão construído socialmente que até as notícias de jornal trazem muita justificativa para a violência. Por exemplo, ele bateu nela ou ele a assassinou por conta de ciúme, porque tinha terminado a relação, etc. Então, ainda existe esse aprisionamento na justificativa para uma violência.

Regina - Quando ainda pior, essa justificativa recai, inclusive, sobre o corpo da mulher, no comportamento da própria vítima. Porque ela estava usando uma determinada roupa, porque ela estava maquiada ou porque ela teve uma atitude mais sexualizada. Ela provocou a violência cometida. Essa atitude feminina justificaria a violência cometida pelo homem.

Natália: Quando é casada é porque respondeu o marido, é porque perguntou onde ele estava. A revista Contigo! da década de 80 publicava as seguintes frases: se ele aparecer com uma mancha na gola, não se deve perguntar, não cause perturbação; esteja arrumada na hora dele chegar; etc. Isso na década de 80, de certa forma, recente. Então, a gente ainda se encontra nesse imaginário.

Regina - Eu acho que é importante a gente considerar que, nesse imaginário, o que informa e onde estão ancoradas essas ideias é em uma cultura machista e em uma sociedade que ostenta uma dominação masculina. Essa dominação não se dá apenas no âmbito da hierarquia das empresas, onde os homens podem ganhar mais que as mulheres ou estar em mais postos de chefia, mas se dá em uma perspectiva subjetiva, na forma que nos compreendemos como sujeitos e que vai fazer com que os homens possam se sentir como figuras de autoridade e poder. Esse poder e autoridade muitas vezes se expressam na forma de violência, não só contra mulheres, mas contra crianças e contra outros homens em condição de vulnerabilidade. Então, a cultura do machismo não é simplesmente um conjunto de práticas, é também um conjunto de valores. Quando consideramos que isso é apenas um problema do outro e não um problema nosso, estamos esquecendo que essa cultura não está na casa do lado, ela está na nossa família, no nosso dia a dia, nos nossos sonhos, no

modo como nós, mulheres, percebemos o quanto de batom podemos ou devemos colocar, que tipo de roupa devemos usar e quando usá-las, etc.

Natália - As mulheres não foram ensinadas a falarem seus desejos. Com isso, nas relações, incluindo as afetivas, os problemas e as discordâncias se intensificam, porque muito não é dito. A mulher imagina que o homem tenha que saber e fica frustrada quando ele não sabe. Porque, o homem, por outro lado, foi criado dentro do imaginário de que ele tem que suprir economicamente o lar, não tendo que se preocupar afetivamente com o processo da relação. Por consequência, essas relações acabam causando ainda mais frustração, podendo levar à violência.

Desirré – A questão do silêncio me chamou a atenção. De fato, as mulheres são silenciadas, a partir de uma situação em que acreditam que o outro tenha mais poder do que elas. As frustrações geradas por essas situações, ao longo da vida, acabam implodindo psiquicamente. Então, a gente começa a perceber, principalmente os psicólogos, que trabalham diretamente com a questão da saúde mental, que muitas mulheres tem queixas de que são histéricas. E por que histérica? Por que uma mulher é histérica quando chora? Quando acaba implodindo as mil situações ao longo da vida que foi obrigada a engolir? Foi obrigada a engolir que não podia usar um batom diferente, que não pode sair em determinada hora, que o irmão pode fazer isso e ela não pode fazer aquilo. São situações que vão acontecendo porque não é dada a mulher a ferramenta do falar. Essa ferramenta não é dada, é conquistada e mesmo quando conquistada é muito difícil. Às vezes, é mais fácil usar a sua voz na situação do outro do que na sua própria situação. E nós sabemos que, obviamente, nunca vai ser só um tapa ou só um apertão, mas estamos vendo muitos casos de faca, de enforcamento, de estrangulamento.

Então, dando uma breve explicação sobre o círculo da violência. Normalmente ele ocorre em períodos mais longos. A gente precisa pensar em um círculo que envolve algumas fases. Uma das fases, é o momento de lua de mel, no qual tudo está bem, são relevadas algumas situações. Em sequência, existe um período de tensão, no qual parece que nem tudo está tão bem. Às vezes a roupa que a mulher deixou em determinado lugar ou o batom que ela escolheu usar. Situações que se tornam problemáticas, enquanto não tinha tanto problema assim há algumas semanas ou meses atrás. E, por fim, o momento de explosão, que seria realmente a violência em seu ápice. Agora em tempos de pandemia, dentro de casa, confinada com essas pessoas que são violentas, esse ciclo vai se encurtar, porque está tudo muito intenso. A convivência 24 horas por dia, a jornada exaustiva que a deixa também sem paciência, sem “aturar tudo o que ela aturaria normalmente”. Por isso está tudo muito intenso, a sobrecarga está muito grande.

Regina - Mesmo em relacionamentos onde há mais diálogo e mais harmonia, a convivência cotidiana tão intensa pode provocar tensão, é óbvio. Então, onde já há atrito, onde já há opressão, onde já há dificuldades, fica mais difícil pra essa mulher fugir desse ciclo de violência.

Acho importante considerarmos, na continuidade dessa conversa, de que esse ciclo se intensifica e que a violência psicológica talvez se dê também de formas muito sutis, mesmo em um discurso de aparente valorização da mulher. Com falas, como, por exemplo: é porque eu gosto de você que eu quero isso ou que eu quero aquilo. Ou, na supervalorização a determinados aspectos do nosso comportamento, da nossa estética que são o que o parceiro ou até a parceira, em alguma medida, tem como valor em detrimento de outros.

Natália - E existem algumas atitudes que são violência, mas são publicizadas como cuidado, como a questão de falar mal da mulher, porque assim “ninguém vai ficar de olho nela” e ninguém vai querer o que é dele. É uma questão de posse, não do amor. A gente tem que conseguir diferenciar esses dois processos. Muitas vezes a mulher não se percebe dentro desse processo. São vários nuances que a violência traz. Ela traz a violência psicológica, física, sexual. A gente ainda vê a ocorrência de violência sexual dentro dos lares. Tem outro ditado popular que ainda ancora essa violência no imaginário: “quem não dá assistência, abre concorrência”. Então, a mulher teria que estar disponível, principalmente, se aquele parceiro é seu marido. Ela tem que estar disponível sexualmente o tempo que ele desejar.

Regina – Diante disso tudo é importante pensar em como se constituem as redes de apoio para ajudar essas mulheres vítimas de violência. Em tempos de pandemia, ou mesmo fora dele, frequentemente essas mulheres tem muita dificuldade de reconhecer a experiência de violência que estão vivendo. Por vezes, ela se coloca em uma posição defensiva. Afinal de contas, se por um lado tem o sentimento de menos valia, baixa autoestima e sofrimento que a violência cometida pelo companheiro ou companheira com quem ela iniciou um projeto de relacionamento, é muito difícil também abrir mão da imagem e da representação que ela construiu desse companheiro ou companheira, desse casamento e dessa união. Então, reconhecer essa violência e, então, poder denunciá-la ou buscar apoio para fazer a denúncia e sair dessa condição de violência não é só abrir mão da violência vivida, mas implica em também lutar e assumir as perdas que esse processo vai trazer. Essas perdas são afetivas e, para muitas mulheres, são também perdas econômicas e materiais. Hoje, uma boa parte das mulheres vivem de forma independente, inclusive sendo chefes de família, mas ainda existem várias mulheres que são economicamente dependentes de seus companheiros. O enfrentamento da violência vivida significa o enfrentamento dessa condição de dependência econômica também. E, nesse sentido, como se constituem as redes de apoio?

Eu me lembro que, em uma época, fizemos toda uma discussão se existe ou não um protocolo em saúde para encaminhamento de situações de violência. Desirré, você teve toda uma experiência no

CRAM¹²². Você podia contar um pouco pra gente como é esse processo? Quem é essa mulher? Como essa mulher se reconhece nessa condição? Ela confessa para a médica, para o médico ou para a enfermeira, a condição de violência que ela está vivendo? É muito comum ela voltar atrás um pouco depois da denúncia e negar tudo, por que ela vai fazer essas idas e vindas? Então, como é esse processo de apoio para o enfrentamento da violência e para esse empoderamento da mulher em condição de violência doméstica?

Desirré - Na verdade, a rede foi o que eu estudei na minha dissertação de mestrado e era algo que me incomodava demais, porque eu não conseguia ver essa rede funcionando como rede propriamente. Não basta os serviços existirem, os serviços tem que existir e conversar entre si. Então, falando de violência contra a mulher, a gente tem quatro grandes centros, que seriam: o setor da saúde, e nesses, toda a rede que engloba saúde, a emergência, a atenção básica, etc; o setor da assistência social; o setor de segurança pública e o setor da educação. Para uma mulher denunciar é muito difícil e nós, como profissionais, ficamos chateados e mexidos, porque, às vezes, elas voltam atrás. Porém, nós não estamos dentro daquele relacionamento, dentro daquela dinâmica familiar. Muitas vezes, não entendemos os motivos daquela mulher estar ali ou daquela mulher desistir da medida protetiva dela. Em uma pesquisa aberta, só 44,6% das mulheres conseguem se manter sozinhas e, dentro desse conceito de se manter sozinha, podemos abrir um viés de: o que é se manter sozinha? Qual é essa qualidade de vida que ela vai ter para falar que se mantém sozinha. Então, a rede de apoio, a rede de enfrentamento a violência contra mulher é muito importante, para entender realmente que essa mulher não pode ser vista apenas como uma vítima. Ela tem escolha e se ela tem escolha, nós, a rede de apoio, a rede de enfrentamento, vamos trabalhar em diversos âmbitos. Seja pela rede social, seja dentro de uma escola, seja nos grupos da atenção básica, seja por um cartaz. A rede vai trabalhar pra essa mulher sempre poder ter a opção de se questionar: Será que eu vivo isso? Será que é violência? Porque, se for, ela vai saber onde buscar essa ajuda. Por isso, os profissionais precisam estar minimamente capacitados para saber para qual serviço deve-se fazer o encaminhamento da mulher que está diante dele e precisa de uma solução. A conduta correta é importante pra ela não ir a algum lugar que não vai saber dar esse direcionamento e que não vai fazer uma acolhida interessante. Hoje, são várias as pesquisas que mostram que a rota crítica dentro do setor violência contra a mulher é a delegacia, é a parte de segurança. Normalmente, quando a gente pensa em violência, falando da população, em geral, pensamos logo em ir para a delegacia. Porém, ao chegar na delegacia, pode não ser feito um acolhimento adequado e a pessoa acaba não vendo efetividade naquele processo. Então, às vezes, é muito mais interessante a entrada do processo pelo setor saúde ou pela escola.

¹²² Centro de Referencia de Atendimento à Mulher

A gente percebe, então, que as portas de entrada, na questão violência contra a mulher, são inúmeras. Por isso, todos os profissionais que trabalham com o outro tem que ter minimamente uma ideia de que serviço acionar para tentar resolver essa situação ou, caso não seja resolvida, porque isso não depende só do profissional da saúde, saber pelo menos dar a informação e a mulher decidir o que fazer com essa. Então, é preciso mostrar para ela que existe essa opção, que ela não é vítima, que ela está numa situação de violência, mas que pode sair dela e esses são os meios.

Regina - Quando a gente pensa a questão da violência contra a mulher, em geral, estamos pensando em uma situação que já está de alguma forma cristalizada, já é uma dinâmica familiar. Uma dinâmica das relações, que se constitui a partir de formas violentas de resolução de conflitos. Como é que, nas diferentes formas de comunicação, a gente pode disseminar valores e formas de pensar o relacionamento humano que combatam e previnam o machismo, as formas preconceituosas de conceber as relações humanas e, portanto, em alguma medida, possam ser preventivas à violência? Como é que a gente pode pensar essa dimensão das nossas formas de comunicação, seja midiática ou não, ou comunicação entre as pessoas mesmo? Como é que elas reproduzem uma cultura da violência e como elas podem ser preventivas e combater essa cultura de violência?

Desirré – Nesse caso, a gente vai tratar de dois âmbitos. Tem o fato de a mídia ajudar nessa questão da violência, informando e divulgando números, denunciando a violência. Mas, a gente também sabe que tem uma parte da mídia que é muito prejudicial e que, na verdade, acaba favorecendo a construção do imaginário social de medo. A espetacularização da violência favorece esse imaginário social de medo. Diante dessas manchetes, dessas capas de jornal e dentro das redes sociais, acabam mostrando que nada está adiantando. Então, porque eu denunciaria se não está funcionando para a outra, se ela denunciou e, na verdade, foi morta? Então, a mídia acaba realmente atuando nesses dois lados. Tem um documentário que é ótimo. É sobre o caso da Eloah. Esse documentário fala exatamente sobre isso. Sobre como a mídia acabou transformando o cara que estava fazendo violência contra a mulher e, na verdade, acabou cometendo um feminicídio, em um romance, no qual ele era apaixonado por ela. Isso não é paixão e é muito perigoso! Mostrar para as meninas, para as adolescentes, para as mulheres, para as idosas _ porque a violência não tem uma idade _ pode fazer com que se perpetue a ideia de que isso realmente é um romance, que ele estava fazendo tudo aquilo porque ela não quis ficar com ele. Esse é um lado muito ruim da mídia.

Regina - E ainda, nesse caso, acho interessante essa visão romântica de que o ciúme masculino é prova de amor. Mas, homem violento não é expressão de amor, muito pelo contrário.

Natália - Eu acho também que é preciso mexer com o imaginário social sobre qual é o papel da mulher e o que é a mulher na nossa sociedade. A gente ainda vê, em vários programas, quando vão trazer um especialista na área é sempre um homem. Como se para ser uma figura de saber e de conhecimento sempre tivesse que ser homem. Então, eu acho que é preciso levantar esse

imaginário social. É necessário libertar a mulher da ideia de que ela é criada para casar. Esse tipo de pensamento também aprisiona ela na situação de violência. Era a única coisa que tinha que fazer da vida, então, como eu vou dizer que aquele cara que eu escolhi é um cara ruim?

Regina - Ou seja, admitir e enfrentar a violência desmonta inclusive no subjetivo, no imaginário pessoal dela, o único projeto de vida possível para ela que é o casamento.

Eu vou trazer um ingrediente interessante para polemizar. Como é que o discurso feminista, em alguma medida, para alguns, incrementaria a violência doméstica? Incrementaria a violência contra a mulher? Há um certo discurso paralelo que faz a seguinte construção: quando as mulheres começam a questionar o papel da mulher, de alguma forma, elas se tornam “agressivas” na sua forma de falar com os homens e elas, portanto, os “provocam”, gerando uma situação de violência para as mesmas. E eu queria chamar atenção do quanto o discurso feminista é ameaçador a essa ordem mesmo. Não porque ele é um discurso violento em si, mas porque ele desconstrói todas essas coisas que, em alguma medida, estão na base do patriarcado, da opressão e da dominação masculina sobre as mulheres. Então, é uma questão interessante para a gente pensar. Realmente, o discurso feminista se coloca como um discurso oposto a determinados valores que estão na base da cultura do machismo. Porque, se no discurso feminista, estamos dizendo que as identidades de gênero, em alguma medida, se constroem e não são dadas, a gente já está dizendo que essa mulher não precisa ser aquilo que foi estabelecido, ela pode se fazer como mulher e como uma mulher da forma que ela quer ser enquanto dona da vida dela. Por outro lado, o discurso feminista também está questionando uma determinada estrutura social, onde a própria estrutura familiar fica organizada de uma única maneira, na qual o homem tem que ser o provedor, a mulher tem que cuidar de casa, sendo possível apenas pensar em uma família constituída a partir da heteronormatividade. Então, o discurso feminista vai desconstruindo mesmo uma série de concepções e valores que estão na base da opressão. Claro que, uma mulher que começa a questionar todas essas coisas pra ela mesma, começa a questionar nas relações dela com o mundo e, portanto, na relação dela com os seus parceiros. Isso não gera violência se os seus parceiros forem parceiros dialógicos, parceiros que também possam acompanhar essas reflexões e aprender, crescer com elas. O que gera violência não é a mulher refletir sobre a sua própria identidade, sobre o seu projeto de vida, sobre as suas necessidades, sobre o que ela pode ser ou não ser. O que gera violência é que, muitas vezes, o seu parceiro não é capaz de acompanhar essa reflexão, não é conivente com o crescimento dessa mulher, porque esse crescimento e essa reflexão abalam a sua condição de dominação e a sua masculinidade.

Natália - Eu acho interessante pensar nesse diálogo também voltado pra o quanto o machismo é prejudicial, em certa medida, para o próprio homem. Porque ele não pode se expressar afetivamente. A Desirré colocou no começo sobre carga de trabalho. Então, a gente vê que as

mulheres também não abrem mão ou não solicitam ajuda. Se o homem não percebe, porque ele também foi criado dentro desse padrão, fica uma relação desconexa. Ela insatisfeita, ele insatisfeito e ambos tensionados, cada um por um lado. Então, eu acho que a gente tem que trazer os homens também para esse debate. Questionar se ele não acha que, caso se expressasse afetivamente, seria mais feliz.

Regina - Essa mesma cultura machista que oprime as mulheres, oprime os homens também. Então, que todos nós possamos nos libertar dessas nossas caixinhas que nos oprimem. E que eles possam ser não necessariamente aquilo que eles foram ensinados que tem que ser.

Natália - Então, temos que entender também que essa cultura ela aprisiona, ela torna o homem dependente dos cuidados da mulher. Portanto, em certa medida, o homem não pode fazer atividades que seriam ditas femininas, porque tem menos valor. Ele não cozinha, não lava, não passa, e nós vemos os impactos disso no futuro, nos idosos que perdem as esposas e ficam sem saber o que fazer. Isso traz uma falta de autonomia. É preciso realmente repensar esse processo de construção. Porque, nós mulheres, também desejamos que os homens sejam seres autônomos, que não dependam dos nossos cuidados e possam cuidar de outros.

Porém, eu acho que tem que ser sempre nessa forma dialógica e pedagógica, menos agressiva. Muitas vezes a gente se volta para um discurso agressivo, mas temos que entender que muitas pessoas se construíram historicamente assim, então, também temos que ter um pouco de paciência com todo mundo, inclusive, com a gente. Porque, por vezes, a gente se vê replicando alguma fala ou tendo alguma cobrança com a nossa forma de agir. Acho que não adianta o embate direto, construímos mais por partes. Eu acho que a mulher já ganhou muito campo e está melhorando.

Regina – Quando você fala “menos agressiva” - eu concordo plenamente- mas é compreensível também que, muitas vezes, aquela mulher que foi oprimida e violentada, quando consegue ganhar voz, esse discurso não venha na forma de uma fala suave e delicada. Ele pode vir, em um primeiro momento, na forma de um grito dolorido, de quem está precisando jogar fora toda aquela opressão vivida, toda aquela dor que ficou engasgada durante muito tempo.

Então, agora trazendo para a dimensão da saúde e dos profissionais da saúde, como é que esses profissionais podem lidar com situações como essa? A Desirré, citou 4 portas de entrada. Dentre elas, temos o sistema educacional, visto que a violência contra a mulher também é a violência contra uma criança ou adolescente. Essa criança ou essa adolescente, muitas vezes, dá pistas da situação de violência que está vivendo em casa. Essa pista pode vir a partir de uma redação na escola, da conversa com os amigos, de um desenho, principalmente, no caso de crianças por exemplo. Então, o profissional de educação tem que ser qualificado pra reconhecer essas pistas.

Como é que esse profissional de educação precisa estar qualificado para entender essas pistas? E para poder acolher, portanto, essa criança, essa adolescente? Ele suspeita que essa aluna possa estar envolvida em uma situação de violência e precisa compreender melhor essa situação pra dar o encaminhamento adequado, já que, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o profissional de educação é responsável por fazer a denúncia de violência frente a uma situação de violência contra uma criança ou adolescente.

Mas, é óbvio, que o ideal não é simplesmente fazer a denúncia, é construir o caminho para que a própria pessoa em situação de violência ou responsável faça a denúncia, com o objetivo, inclusive, que ela possa se efetivar e esse adolescente ou essa família não volte atrás. Porque, o importante é que a proteção dessa criança possa se efetivar. Então, não adianta fazer a denunciar e deixar pra lá. O sistema de assistência social, é uma rede de apoio importante, mas, por falta de recursos, está sendo, progressivamente, desmontada. Em algumas cidades ela ainda se sustenta, em outras nem tanto. Mas, independente da rede específica de apoio à condição de violência contra a mulher, o sistema público de saúde ainda é uma rede importante onde as situações de violência podem estar aparecendo, seja quando uma mulher sofre maus-tratos físicos e vai para o hospital, seja porque na unidade básica ela vai compartilhar com a enfermeira, com a médica ou médico a situação que ela está vivendo. Natália, você pode falar mais um pouco da questão da assistência na saúde?

Natália – Essa mulher pode dar entrada pela emergência, pela atenção básica, etc. O pré-natal, por exemplo, é um momento em que a mulher é autorizada a procurar outro serviço, porque se essa mulher sofre violência física, muitas vezes, ela é desautorizada a procurar, inclusive, o serviço de saúde. Então, geralmente, o pré-natal é uma possibilidade de captação dessa mulher. Por isso, o profissional tem que estar atento aos diferentes tipos de expressão da violência. Existem violências que são sutis, ocultas, que não são as físicas, não “aparecem”. A violência física é mais fácil de identificar, no sentido de ter algo que a comprove e, muitas vezes, os profissionais se sentem mais confortáveis no reconhecimento e enfrentamento. Mas, existe também outros tipos de violência, não só psicológica, que a gente fala bastante, mas existe, por exemplo, a violência patrimonial, que é a retenção de bens e de dinheiro. Nessa, a mulher só recebe o dinheiro se o homem autorizar. Então, ela fica refém financeiramente e, muitas vezes, até da expropriação dos seus próprios documentos.

Desirré - Violência patrimonial poderia ser até da roupa ou dos eletrodomésticos que ela mesma comprou, ou que alguém deu a ela, e ele resolver destruir. A violência, como eu já citei no início da conversa, é muito subliminar. O profissional de saúde está mais acostumado a ver uma coisa, um problema, que ele precisa resolver, a olhar qual é a “doença” que vai diagnosticar e tratar. A violência para um profissional de saúde é mais subjetiva. Em geral ele não olha a violência como um ciclo na vida dessa mulher, que talvez ela esteja privada até de seus documentos e que é preciso pensar em um plano de segurança para caso alguma coisa aconteça. Pensar em alguma alternativa

para que essa mulher possa pegar seus documentos, os documentos dos seus filhos e ir ficar com alguma pessoa de segurança para não ficar sem nada e acabar morrendo. Como ela vai pedir socorro numa situação de risco? Vai ser uma toalha que vai botar na janela como sinal? Qual mecanismo que vai usar pra sair dessa situação de violência? Então, é principalmente na atenção básica, na qual o profissional da saúde está dentro da comunidade, alinhado aos agentes comunitários de saúde, indo na casa das pessoas que, em geral, é mais fácil de identificar uma situação de violência. Na atenção básica, teoricamente, é para o profissional estar sabendo de quase tudo o que acontece ali. Na emergência, por outro lado, é muito comum de aparecer a violência física. Ninguém vai na emergência, ninguém vai na UPA porque sofreu violência psicológica. A violência psicológica “pode esperar”.

Regina - Essa proximidade que as unidades de saúde da família trazem permite compreender melhor o que está acontecendo com aquela dinâmica familiar, acompanhar e saber que a violência está se precipitando e se tornando um risco iminente, inclusive, de morte dessa mulher ou de seus filhos. Mas, ao mesmo tempo, essa proximidade que me permite, enquanto profissional de saúde, saber mais, também é a proximidade que me coloca em condição de vulnerabilidade. A agente de saúde vive na comunidade e esse homem que é violento com a mulher, em geral, não é violento só com a mulher. Ele tem uma atitude violenta. Então, ele se constitui como uma ameaça também pra outras pessoas que, eventualmente, querem apoiar essa mulher. Como vencer esse medo da violência que o agressor pode cometer contra o profissional de saúde ou contra a professora na escola?

Desirré - A maneira de passar por isso é com a rede funcionando. E como essa rede deve funcionar? A partir da notificação de um médico ou enfermeiro da atenção básica, a secretaria de saúde tem que se manter acima e notificar enquanto secretaria de saúde. A notificação compulsória não necessariamente precisa estar assinada pelo profissional, mas como instituição ou um órgão. As pessoas mantêm muito essa questão da assinatura na cabeça, enquanto a gente precisa, na verdade, da notificação. Precisamos saber qual é o bairro, qual é a idade da vítima. A gente precisa desses dados pra fazer essa educação e pensar como a rede vai funcionar de uma maneira melhor. Então, como driblar esse medo e insegurança? Através do fortalecendo e do funcionamento da rede integrando educação, saúde, segurança e assistência social.

Natália – Eu gostaria de incluir outra informação que acho que vai agregar a essa discussão. Em dezembro do passado, foi sancionada uma lei que obriga os profissionais de saúde não só a notificarem o Ministério da Saúde sobre casos de violência, como também a denunciarem à polícia dentro de 24 horas. E eu queria ouvir o que a Desirré pensa sobre isso porque, pra mim, é uma forma de desmonte do processo, visto que vai reduzir os números.

Desirré - A gente já sofre muito com a questão da subnotificação e com o fato de que o profissional está muito próximo dessa situação de violência. Às vezes, como profissional, você preenche uma

ficha de notificação que vai para o setor de epidemiologia se tornar um dado e, de repente, ela aparece na mão de outra pessoa. Já aconteceram casos de pessoas aparecendo com a ficha de notificação na frente do profissional e o questionando sobre esse documento. Então, é uma vulnerabilidade extrema.

Antes de ser sancionada essa lei, já era muito difícil a questão da notificação, quem dirá agora com o profissional tendo que denunciar em menos de 24 horas pra uma delegacia de polícia. Sendo que, não é de agora, mas é sabido que a rota crítica está em relação ao acolhimento dentro da delegacia. Nesse ambiente, as pessoas são formadas de forma muito truculenta, o atendimento é truculento, o acolhimento é difícil de se ter. Imagine que, às vezes, a mulher em situação de violência só quer informação, a qual tem que ser dada para ela por direito. Ela não teve nem o direito de escolher, escolheu alguém pra amar e acabou sendo violentada. Então, ela toma o primeiro passo e é muito difícil se ver naquela situação de violência. É doloroso. E ela chega em um lugar no qual o direito de denunciar é também tirado dela. Então, atualmente, não estamos fazendo essa denúncia à polícia. E não é uma coisa só aqui de Petrópolis, mas é uma questão no Rio também. Quando tive a capacitação para trabalhar na Sala Lilás, esse foi um questionamento meu, para saber como estava sendo feito. Com o desmoronamento, o sucateamento dos serviços e dos profissionais está muito intenso, parece que até para essas novas situações que vem surgindo não está dando tempo da gente se preparar e se capacitar pra fazer. Então, também no Rio, os profissionais da Sala Lilás e da Secretaria de Saúde em si, responderam que não está sendo feita essa denúncia e que ela só será realizada se realmente for colocada como uma obrigação.

Regina - Eu acho que a denúncia é uma construção. Ela não é apenas um ato, ela é uma construção que deve ser feita com a pessoa. A mulher, nesse caso, que é a “vítima” da violência, não pode ser novamente vitimizada ao ser privada do seu direito de produzir a sua denúncia. Ela não se empodera se a gente faz a denúncia por ela. Ela se empodera se a gente constrói esse processo de denúncia junto com ela. Esse é o principal papel, seja na educação, na saúde ou na assistência social. No caso da justiça, é um pouco mais complicado, porque é quando essa denúncia já chega para vias de fato, promovendo o afastamento desse sujeito com alguma medida restritiva ou protetiva mais radical. Nesse caso, não se conseguiu solucionar o problema por vias do diálogo, não se conseguiu rever essa dinâmica familiar por outros caminhos. No entanto, eu acho que a denúncia feita pelo profissional é válida quando a gente quer evitar um risco de morte. Nesse caso, talvez não haja tempo para uma negociação acontecer.

Petrópolis não tem uma delegacia da mulher. E, portanto, não tem um lugar onde essa denúncia seja melhor recebida e respeitada. O juizado da infância e da adolescência, os conselhos tutelares, podem ser caminhos interessantes, que não apenas a delegacia. Existe toda uma capilaridade de possibilidades e de sujeitos profissionais que podem articular o cuidado dessa mulher. Nós estamos

falando da denúncia e de seu encaminhamento, mas tem um caminho paralelo que permeia o fato de a mulher possuir dependência econômica e até outras formas de dependência do agressor. Tem mulheres que tem uma dependência psicológica muito grande do companheiro, que gera uma grande dificuldade de se imaginar fora dessa relação. Existem projetos sociais, para além da ordem pública propriamente, em Petrópolis, que estimulam esse empoderamento feminino? E me fala um pouco mais sobre a Sala Lilás.

Desirré - Muitos serviços dentro da área da saúde, como na atenção básica, têm grupos de apoio às mulheres. Esses grupos, não são necessariamente rotulados como “grupos para falar sobre a violência contra a mulher.” São grupos de convivência, às vezes de artesanato, etc. São diversos os mecanismos que a gente usa para poder acolher e ter adesão das mulheres, das meninas e das adolescentes. Pode ser também através da criação de academias de saúde ou pela escola, por meio de projetos dentro de temáticas em sala de aula. Em Petrópolis, tem um projeto da delegada Juliana Ziehe e da médica Mary Laura, coordenadora do Posto Regional de Polícia Técnico Científica (PRPTC), chamado Projeto Minha Aurora, que visa um novo protocolo de atendimento à vítimas de estupro e ações educativas. Em tempos de coronavírus está tudo muito complicado e os projetos e serviços estão se adaptando. Está todo mundo em isolamento, então a gente está pensando em novas formas pra conseguir chegar à população, sem efetivamente estar perto. Mas, a gente conta, nesses tempos, com a rede social, que, como eu disse anteriormente, é um loco pedagógico, não só pra dizer o que é o feminismo e o machismo, como também, para informar mecanismos de enfrentamento locais, onde devem ser feita a assistência e onde deveriam dar informação. Caso esses locais não estejam promovendo informação, na rede também é possível encontrar alguns indicativos e informativos. A internet auxilia muito nesse aspecto.

Agora vou falar um pouco sobre a Sala Lilás. É engraçado porque muita gente faz confusão com o nome, mas existe a Sala Lilás e a Sala Violeta. Ambas fazem parte da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, juntamente com todo o setor de saúde e de segurança pública. A Sala Violeta fica no fórum, o atendimento é feito por mulheres, com o objetivo de resolver mais essa questão jurídica. E a Sala Lilás, que é onde eu trabalho, é ligada ao setor da saúde. Nela, somos quatro enfermeiras, uma assistente social e uma psicóloga. A enfermagem funciona 24 horas por dia, então, sempre vai ter uma enfermeira. A assistente social e a psicóloga ficam no plantão da manhã, de segunda a sexta. A mulher chega a Sala Lilás através do registro de ocorrência e da necessidade de realização do exame pericial. As profissionais da Sala realizam o acolhimento, preenchem a ficha de notificação do SINAN e dão informações a ela, vendo o que deseja fazer a partir daquele momento para pensarem juntas em possíveis encaminhamentos frente a situação apresentada. É feito o exame pericial com o médico perito de plantão no dia, onde caso a mulher venha a se sentir desconfortável na presença masculina pode estar solicitando alguma das profissionais. As vezes as mulheres

também vão a Sala Lilás para buscarem orientações quanto a rede de enfrentamento e sobre a garantia de seus direitos. Todas são sempre acolhidas.

Em Petrópolis a gente não tem uma DEAM, que é uma Delegacia de Atendimento à Mulher. Isso remete ao início da minha fala, quando eu disse que a política pública é muito importante, só que ela é feita com dados. Dados das notificações, dados das medidas protetivas, etc. Sem os dados, é muito difícil tensionar governantes e, conseqüentemente, tensionar a existência de políticas públicas, mostrar que elas estão sendo necessárias. Então, não temos uma DEAM, mas existe um NUAM, que é um Núcleo de Atendimento à Mulher, no qual tem inspetoras mulheres que acabam fazendo esse registro de ocorrência.

Natália - Eu queria fazer uma colocação, porque eu acho que a gente está falando de muitas coisas ruins, no sentido da rede não funcionar e de ser difícil para o profissional. Em relação ao isolamento, eu estou vendo que estão sendo criadas ferramentas digitais de apoio às mulheres vítimas de violência. Essas iniciativas não são públicas e não substituem as políticas públicas, mas fortalecem, talvez, uma rede de assistência. Temos, por exemplo, o aplicativo da Magazine Luiza. Além disso, eu tive a notícia que ontem foi criado um robô no whatsapp e ele funciona através de um número que a mulher coloca no celular dela e pode mandar mensagem para ele. De acordo com as mensagens que ela manda, essa tecnologia consegue perceber o grau de risco que a vítima está. Se o grau de risco for alto, a partir de um convênio com a Uber, ela recebe um código com uma viagem já paga para a assistência médica. Então, tudo nessa vida tem um lado bom. Ainda mais nesse momento de confinamento, temos que manter alguma esperança. Por isso, estou tentando buscar sempre o que pode estar melhorando. E eu acredito que tem algumas estratégias virtuais que venham ajudar.

Desirré - Antes mesmo do coronavírus, já existiam vários coletivos feministas que atuavam na internet com essa questão da retenção de documentos, nesse âmbito judicial e psicológico. Existem diversos aplicativos, como o aplicativo “mete a colher”, o “tamo juntas”, entre outros. O Estado de São Paulo também começou com uma iniciativa muito legal, com uma dinâmica semelhante, na qual a mulher informa que está sofrendo violência e, a partir da informação, ele a direciona de acordo com a sua necessidade. Então, nesse momento de pandemia, é o que a gente conta. E é muito positivo porque a gente precisa poder contar com alguma coisa. Estar, nesse momento, falando sobre isso significa que outras pessoas vão saber, adicionar e contar para outras. A informação corre muito rápido. A gente tem que fazer com que a internet sirva para isso, para acelerar a difusão de informação útil.

Regina - E algumas dessas iniciativas, embora tenham sido criadas agora, durante o processo de pandemia, podem se perpetuar. Na verdade, o aplicativo da Magazine Luiza, por exemplo, é um recurso bastante interessante, que outras empresas também podem promover. Eu imagino que, hoje, o agressor que já sabe dessa notícia pode suspeitar dessa mulher utilizando o aplicativo, mas,

se várias empresas adotam o mesmo recurso, esse pode ser um mecanismo maravilhoso de comunicação para essas mulheres. Da mesma forma, a dificuldade do contato mais pessoal durante a assistência nesse momento, fez com que várias unidades de ESF estabelecessem uma rede de whatsapp com os seus pacientes, a fim de manter um contato e saber das condições de saúde. Essa rede de whatsapp, ela não se desfaz simplesmente e, em alguma medida, ela fortaleceu a rede de apoio. Então, eu acho que essas redes podem ser construídas para além da situação da pandemia, mas no nosso dia a dia de trabalho. Elas também são fundamentais, não só para a gente garantir o apoio a essas mulheres, crianças e adolescentes, mas também para garantir o fortalecimento do nosso trabalho em um enfrentamento não apenas a essas questões, mas a outras tantas. Quando a gente fala de um certo dismantelamento do sistema, às vezes, dá uma sensação de falta de saída em relação ao cenário em que a gente está vivendo hoje. Eu sou uma eterna otimista, então eu creio que as crises criam oportunidades para a gente aprender e se desenvolver. Um aprendizado que eu acho que a gente pode tirar desse momento é o quanto essas redes são importantes para nós fazermos o nosso trabalho. O medo da denúncia só acontece porque a gente se sente sozinho, seja essa mulher confinada em casa, seja essa criança oprimida, sejam nós, profissionais da saúde ou de educação. Quando nos enxergamos como sujeitos sozinhos no enfrentamento a essas mais variadas formas de violência. Se entendermos que não estamos sozinhas, se construirmos, como profissionais, como pessoas, redes de apoio a partir de amigas, profissionais, colegas e familiares, não estaremos sozinhas nessa luta. Isso faz toda a diferença no enfrentamento a qualquer coisa. Inclusive, ao dismantelamento do sistema.

Desirré - Eu costumo dizer que a rede é muito importante, é o que eu estudo e eu acho incrível essa questão de cada setor ter a sua particularidade, mas trabalhar no bem comum, cada um com a sua expertise. Mas, é muito importante que a gente pare de ver a rede como um setor e comece a vê-la como pessoas. A gente precisa saber qual o rosto, qual o nome, da pessoa que vai procurar nos setores. Isso faz com que a gente consiga ter essa conexão, porque a rede não é só um monte de setores, ela é formada por pessoas. Pessoas que também sofrem, que sentem, que podem estar com o mesmo problema, porque são diversas as profissionais que também sofrem violência.

Regina – Meninas, uma última palavra porque temos que encerrar o nosso encontro.

Natália – Queria dizer que foi um prazer estar aqui com a Desirré e com a Regina. O embate interno sobre como nós somos construídos, como a gente é e como vê o outro, é muito importante. Eu queria deixar para vocês a reflexão de repensar as relações, tentar trazer uma forma não violenta de comunicação, de modo geral, e formar realmente uma rede de apoio. É importante que, hoje, a gente valorize a fala do outro e a fala do nosso próprio sofrimento, porque, algumas vezes, achamos que o nosso sofrimento é menor do que o do outro e, por vezes, não o expressamos. É importante criarmos, realmente, uma estratégia para lidar com esse distanciamento físico. Então, tentar

repensar essas formas de comunicação e como aprender, diante da pandemia, a sermos melhores conosco, a ter autocuidado e cuidado com o outro.

Desirré – Como fala final, gostaria de dizer que tudo o que discutimos não é para ir contra o isolamento. O isolamento não é algo ruim, é uma medida necessária para esse momento. Nesse meio, a gente sabe o quanto é importante que as políticas sejam efetivas, que os serviços funcionem, que a gente consiga construir os nossos serviços e ver essas iniciativas tão bacanas surgindo. Eu acho incrível esse debate, porque é realmente um lugar onde a gente muda o nosso botãozinho de pensar. Nós fomos ensinadas para o silenciamento, mas estamos criando a nossa voz, batalhando e mostrando para outras mulheres e outros homens que estamos ocupando esse espaço. Acho que, cada vez mais, a gente tem que debater e introduzir esse tema o quanto antes para esses profissionais em formação, porque é uma necessidade pungente. O mundo está aí, é violento e temos que saber acabar com isso, identificar, tratar e enfrentar.

Regina – Eu acho que uma coisa importante que estamos aprendendo ao longo desse processo de isolamento social é que, apesar de isolados fisicamente, as redes que nos unem, as redes que nos conectam, são as redes do afeto. Essas, nos trazem esse sentimento de amparo e acolhimento. Além disso, acho importante que a gente, mais que nunca, se contraponha aos discursos de ódio, aos discursos que valorizam, sobremaneira, formas violentas de relacionamento entre as pessoas e desconsideram o valor das instituições públicas. Se, hoje, estamos conseguindo ainda enfrentar a situação que estamos vivendo é, especialmente, porque contamos com um sistema público de saúde estabelecido no país. Se, hoje, podemos pensar na questão do enfrentamento da violência contra a mulher é porque, apesar de todo o desmonte, ainda existe o profissional de saúde da rede pública. Então, o que eu também quero dizer em defesa do SUS, em defesa dos profissionais de saúde e da valorização da atuação desses profissionais, é que eu acho que um aprendizado que a gente tá tirando dessa história é isso. As pessoas que se amam, que se acolhem, que se escutam, que se estendem as mãos, são as pessoas que podem transformar a realidade em uma realidade melhor. Então... vamos continuar de mãos dadas.

Uso de Células-Tronco Mesenquimais para Tratamento para Pacientes Infectados com Covid-19

Use of mesenchymal stem cells for treatment of patients infected with Covid-19
Uso de células madre mesenquimales para el tratamiento de pacientes infectados con Covid 19

Esther Takamori e Karla Menezes
Retextualização: Isabella Carvalho de Andrade

04.06.2020

Esther Rieko Takamori – Possui graduação em Odontologia pela FOAr – UNESP, Mestrado em Biologia Funcional e Molecular pela UNICAMP e Doutorado em Odontologia (Estomatologia Biologia Oral) pela USP. Atualmente é Professora no Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE)/ Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP); pesquisadora no Laboratório de Medicina Regenerativa (UNIFASE / FMP) e coordenadora-geral do Biobanco da Faculdade Arthur Sá Earp Neto (B-FASE). Como pesquisadora, tem atuado, principalmente, nos seguintes temas: medicina regenerativa, engenharia de tecidos, biomateriais, interação célula-material, desenvolvimento de novos produtos.

Karla Menezes – Graduada em Enfermagem e Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia, mestre em Biologia Celular pela UFRJ, investigando o efeito da laminina ácida no tratamento de lesões raquimedulares. Concluiu o doutorado em 2012 pela UFRJ na área de Biologia Celular, com estudo sobre os efeitos da terapia celular com células mesenquimais estromais derivadas do tecido adiposo humano em modelos experimentais de lesão medular. Em 2012 participou da equipe coordenadora do estudo clínico multicêntrico randomizado de terapia celular em cardiopatias - infarto agudo do miocárdio. Durante os anos de 2012 a 2015 foi supervisora de pesquisa clínica do Laboratório Excellion, onde participou de desenvolvimento de projetos de pesquisas clínicas e pré-clínicas envolvendo terapia celular aplicados à doenças em ortopedia, odontologia, cirurgia plástica, dermatologia e neurologia. Atualmente é professora da Faculdade de Medicina de Petrópolis, onde trabalha no desenvolvimento de pesquisas científicas em terapia celular.

Esther Takamori - Meu nome é Esther Takamori, a palestrante desse seminário é a professora Karla. Eu e ela somos professoras e pesquisadoras da Faculdade de Medicina de Petrópolis. Nós fazemos parte do Centro de Medicina Regenerativa. É importante falar primeiro o que é a Medicina Regenerativa: a Medicina Regenerativa é uma área interdisciplinar da Medicina que tem por objetivo reparar, regenerar os tecidos que foram perdidos, seja por conta de lesões, traumas ou degenerações, por exemplo. Então, por promover essa regeneração, a Medicina Regenerativa se utiliza de estratégias. Quais são elas? A terapia celular utiliza células para promover essa regeneração, e a engenharia de tecidos, utiliza células, matrizes carreadoras, e fatores de crescimento. O que nós pesquisamos? Nós estudamos novas abordagens de tratamento para lesões e degenerações. Seguimos então os princípios da Medicina Regenerativa, a fim de restaurar a estrutura e a função dos tecidos que foram perdidos, que foram lesionados. Para que então a gente desenvolva esses estudos, é necessário que nós tenhamos uma fase pré-clínica de estudos, uma fase

laboratorial que dê base para que seja então realizada a fase clínica dos estudos, em pacientes. Na nossa instituição, na FMP/UNIFASE, nós temos um laboratório pré-clínico, que já está em funcionamento, e temos também um centro de processamento celular, onde são manipuladas células humanas visando a aplicação em humanos. Com os estudos clínicos e aplicações clínicas, esse centro de processamento celular vai estar funcionando muito em breve, é o que esperamos. Então, toda essa estrutura, de laboratórios pré-clínicos e laboratórios clínicos, possibilita que nós realizemos uma pesquisa chamada transnacional, que vai desde a bancada do laboratório até o leito cirúrgico, até o paciente. E isso é bastante importante quando a gente pensa em pesquisar sobre regeneração. Então, em especial, nós estudamos as células-tronco mesenquimais, que têm um potencial terapêutico bastante grande porque elas são encontradas em diversos tipos de tecido, têm uma capacidade de autorenovação, têm um potencial de se diferenciar em diferentes tipos celulares e se formar em diferentes tecidos. Elas têm uma capacidade imunomoduladora bastante importante nos processos inflamatórios, daí então a relação do nosso grupo de pesquisa com o tema do nosso seminário, que é o uso de células tronco mesenquimais no tratamento de pacientes infectados com Covid-19. Bem, diante dessa pandemia, muito se tem discutido sobre diferentes abordagens de tratamento, e nós consideramos muito importante discutir também a utilização de células-tronco mesenquimais para o tratamento desses pacientes. E é bastante importante essa oportunidade em um seminário científico, compartilhar conhecimentos e discutir essa abordagem de tratamento.

A professora Karla é bióloga e enfermeira, com pós-graduação em biologia celular. Eu tenho o prazer de trabalhar com a Karla há alguns bons anos e é muito bom poder trabalhar com pessoas que são competentes, mas, sobretudo, trabalhar com pessoas com as quais a gente consegue desenvolver laços de amizade, de confiança e de parceria. Bom, aproveitem o seminário, bom seminário para todos.

Karla Menezes - Boa tarde, Esther. Obrigada. É um prazer trabalhar com você, com toda a nossa equipe. Nós temos muita afinidade e nossa equipe se complementa bem. Nós trabalhamos em uma linha nova de pesquisa, mas temos um mestre nos conduzindo, que é o professor Randovan, e é muito bom estar aqui e falar um pouquinho pra vocês das células tronco mesenquimais dentro do contexto que a gente está vivendo. Bom, estamos vivendo um momento da pandemia, não é novidade pra ninguém. A pandemia foi decretada pela Organização Mundial de Saúde no mês de março desse ano e começou com infecção pelo novo coronavírus na China e, como a gente sabe, se espalhou por todo o mundo. Hoje, atualizando os dados de ontem, nós temos, pelos dados da Organização Mundial de Saúde, mais de 6 milhões de casos confirmados e quase 400 mil mortes, um dado bem alarmante dessa situação que nós estamos vivendo hoje. Os Estados Unidos bate recorde no número de casos confirmados e também de óbitos, e o Brasil não está muito distante disso. Estamos vivendo no epicentro dessa pandemia, neste momento, nós já passamos mais de meio milhão de casos e temos mais de 30 mil óbitos, então isso mostra a gravidade da situação que a

Intervozes: trabalho, saúde, cultura. Petrópolis, v. 5, n. 1, p 86-101, maio 2020

gente está vivendo hoje, que todos aqui já sabemos disso, mas, também, contextualiza a importância dessa discussão científica, o que podemos fazer diante desse cenário. Bom, como essa expressão errada, que o nosso querido presidente disse, não se trata apenas de uma gripezinha. Hoje nós sabemos que a Covid-19 tem uma alta taxa de mortalidade, essa taxa de mortalidade varia de acordo com a idade do paciente, mas nós sabemos que aqui no Brasil pode atingir até 85% em idades mais avançadas.

Antes da gente falar sobre a aplicação terapêutica das células mesenquimais, eu quero falar um pouquinho pra vocês sobre a doença. O que é o Covid-19? O que ocorre durante essa infecção viral? Esse vírus tem uma estrutura extremamente simples, a biologia dele não é uma biologia complexa. Ele é formado por dentro por um material genético de RNA, e, por fora, ele é formado por um envelope proteico que tem pequenas espículas, que a gente chama de spike proteins em inglês. Nessas pequenas espículas, elas interagem com um receptor da enzima conversora de angiotensina, a ECA II e através desse receptor que o vírus consegue entrar na célula humana. Quando ele entra na célula humana, o material genético dele, o RNA do vírus, se conecta, se integra ao DNA da célula hospedeira e, nesse momento, a célula humana passa a produzir novos vírus porque ele usa toda a maquinaria das células humanas para produzir novos vírus. Para vocês terem uma ideia, cada célula humana pode criar até de 10000 a 100000 cópias do novo vírus. Que células possuem esse receptor pro coronavírus? Nós temos os pneumócitos do tipo II nos pulmões, as células endoteliais dos capilares, as células da medula óssea, linfonodos, timo, rins, coração, fígado, intestino e também nossos linfócitos possuem esse receptor e estão susceptíveis a infecção viral. Por isso, a gente diz que essa doença é uma doença sistêmica, não é apenas uma doença que atinge os pulmões. Vamos entender um pouco sobre como ocorre as complicações e como ocorrem os sintomas. Apesar de ser uma doença sistêmica, o primeiro órgão que é atingido com a infecção viral é o pulmão. Então, vamos lembrar da estrutura do pulmão. Temos os alvéolos que é onde ocorre a troca gasosa normal. Dentro dos alvéolos, nós temos um tipo celular chamado pneumócitos tipo I que estão em íntimo contato com os vasos sanguíneos, e é o pneumócito tipo I que realiza a troca gasosa, de oxigênio e gás carbônico. Por outro lado, nós também temos os pneumócitos tipo II, que produzem surfactante e são uma célula importante que faz a estrutura do alvéolo se manter íntegra, por exemplo, na saída de ar ele impede o alvéolo de colabar, então, é uma célula extremamente importante na estrutura do alvéolo. Quando o paciente inala o vírus, o novo coronavírus infecta o meu pneumócito II e ele passa então a não produzir o surfactante, passa a produzir milhares de novos vírus e acaba morrendo, sendo destruído, no final dessa infecção viral. Esses novos vírus são lançados nesse ambiente e vão infectar as células vizinhas. Além disso, nesse novo fluxo, existe uma chegada grande de novas células inflamatórias, por exemplo, os macrófagos, que chegam nesse local e secretam inúmeros fatores pró-inflamatórios, que promovem uma inflamação desse alvéolo. Em resultado disso existe o aumento de uma secreção mucosa fluida dentro desse alvéolo e isso aumenta à

medida que a doença progride. Então, o que acontece nas lesões mais graves? Há um acúmulo dessa secreção fluídica dentro do alvéolo e os pneumócitos tipo II são destruídos, não há produção de surfactante suficiente e existe uma grande chegada de célula inflamatória e esse alvéolo colaba e perde a capacidade de fazer a troca gasosa. Que consequências temos disso? Alguns dos pacientes evoluem para estágios moderados a graves. Isso depende muito da faixa etária e de alguns fatores de risco que a gente já sabe: pacientes diabéticos, pacientes com doenças respiratórias, pacientes com doenças cardíacas; eles têm tendência a evoluir para esse quadro de moderado a grave. E o que a gente observa nesses pacientes mais graves? O paciente tem dificuldade de respirar em decorrência desse processo fisiopatológico. Como não há troca gasosa, existe uma redução da saturação de oxigênio e esses pacientes acabam evoluindo com um quadro grave que a gente chama de Síndrome Respiratória Aguda Grave, sendo necessária a ventilação mecânica desses pacientes. Agora, meses depois do início da pandemia, já se sabe que o X da questão, o grande problema dos pacientes que possuem complicações do Covid-19 estão relacionados com a tempestade de citocinas inflamatórias. Todo mundo já ouviu falar nesse termo, mas o que é isso? Pra começar, o que é citocina? As citocinas são moléculas capazes de modular a inflamação, são proteínas e moléculas biológicas que atuam diretamente nas células inflamatórias e modulam o processo inflamatório no organismo de modo geral. O que acontece no paciente que está infectado com o novo coronavírus? Existe um aumento da secreção de citocinas pró-inflamatórias, quando nossas células de defesa entram em contato com o vírus, elas passam a produzir inúmeras citocinas, e isso gera uma resposta inflamatória muito forte e exacerbada e, com isso, outros órgãos além do pulmão sofrem com as consequências dessa superinflamação, então, não só o pulmão, mas o fígado, o rim, o coração e o trato gastrointestinal sofrem com essa tempestade de moléculas pró-inflamatórias. Dentro desse cenário, já se sabe que algumas citocinas desempenham esse importante efeito pró-inflamatório, dentre elas o IL-1, o IL-6 e o fator de necrose tumoral alfa são moléculas que já se sabe que estão relacionadas com a gravidade do Covid-19, com esses sintomas exagerados do processo inflamatório. Desse modo, o paciente que começa com uma Síndrome Respiratória Aguda Grave acaba evoluindo pra uma falência múltipla de órgãos e muitos deles indo a óbito. É importante lembrar que dentro desse quadro pró inflamatório, o paciente apresenta alguns sinais clínicos, por exemplo, no hemograma. Então a gente observa que há uma linfopenia e uma leucopenia, uma diminuição dessas células de defesa; existe o aumento de uma proteína que indica que existe uma inflamação sistêmica, essa proteína é chamada proteína C reativa. Nos pacientes que apresentam complicações, foi observado que o PCR é muito elevado, indicando que existe uma inflamação exagerada e sistêmica em todo o organismo. Além disso, a gente observa também alguns marcadores que indicam o quadro grave do paciente, essa superinflamação. Então, por exemplo, marcadores de toxicidade renais, hepáticas e miocárdicas estão elevadas também nesse quadro clínico dos pacientes.

Agora que a gente entendeu um pouco sobre a doença, vamos falar então sobre a nova proposta de tratamento para esses pacientes acometidos pelo Covid-19. Nós vamos falar então sobre quais são as perspectivas, o que é a terapia proposta com células tronco mesenquimais. Primeiro, o que são células tronco mesenquimais? São células tronco multipotentes, elas têm ampla capacidade de se proliferar e elas também têm capacidade de dar origem a outros tipos de células da linhagem mesodermal, ou seja, daquelas células que tiveram origem naquele folheto embrionário do mesoderma. Então elas podem se diferenciar em osteoblastos, condroblastos, mioblastos, fibroblastos e também células estromais, então ela tem esse amplo potencial de diferenciação. Essas células tronco foram denominadas por Kaplan, que é um cientista que caracterizou o mundo das células mesenquimais, sendo consideradas como a “interdrugs store”. O que é isso? Ele usou esse termo pra dizer que essas células funcionam como uma farmácia presente no local da lesão, porque essas células são capazes de secretar inúmeras moléculas bioativas que ajudam no processo de regeneração tecidual. Então, hoje já se sabe que as células tronco mesenquimais secretam quando estão no local da lesão fatores de crescimento angiogênicos que fazem com que esse tecido forme novos vasos sanguíneos. Já se sabe também que essas células tronco mesenquimais produzem células tronco e proteínas da matriz extracelular, que ajudam a fazer um tecido de cicatrização que reconstrói o tecido que foi lesionado e a gente sabe, também, que as células tronco produzem inúmeras moléculas que são anti-inflamatórias e que reduzem a inflamação. E esse é o ponto principal que os cientistas e alguns grupos de pesquisa estão testando as células mesenquimais para os pacientes com Covid-19. Dessa forma, a gente tem as células tronco mesenquimais como capazes de modular o sistema imunológico. Então o que se imagina que vai acontecer com o transplante de célula tronco mesenquimal? As células tronco mesenquimais quando injetadas nos pacientes com Covid-19, vão pro pulmão e vão secretar moléculas anti-inflamatórias e modular todas essas células inflamatórias de modo que diminua a secreção exagerada de citocinas. Elas não só vão para os pulmões, mas, também, para os outros órgãos que estão apresentando algum tipo de lesão e elas modulam as células inflamatórias neste local. Então o que a gente vai ter é a redução dessas citocinas pró inflamatórias e a redução dessa tempestade de citocinas no local da lesão. Esse perfil imunomodulador das células tronco mesenquimais já é bastante conhecido e descrito na literatura, então essas células já foram estudadas em estudos clínicos já de fase 1, fase 2 ou até fase 3 para doenças autoimunes, elas também são utilizadas para doenças enxerto contra hospedeiro, que é pra justamente evitar a rejeição de um órgão. Essas células são transplantadas por via endovenosa antes do paciente receber um novo órgão justamente porque ela faz uma imunossupressão e a chance do paciente não rejeitar o novo órgão é muito maior do que se não fizer o transplante com célula tronco mesenquimal. Além disso, falando um pouquinho sobre doenças pulmonares, as células foram testadas em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e teve bons resultados, inclusive em estudos de fase 2; elas também já foram testadas para displasia broncoalveolar como, por exemplo, de bebês

prematturos que nascem com 5, 6 meses e que não têm o pulmão bem formado. Então alguns testes clínicos foram feitos nesses recém-nascidos e feito um transplante de célula tronco mesenquimal e essas células ajudam o pulmão a amadurecer. Bem interessante esses resultados, e demonstram segurança inclusive do transplante celular. E, além disso, as células tronco mesenquimais já foram testadas em lesões pulmonares associadas com o vírus H5N1 e teve bons resultados: houve uma menor mortalidade, houve uma redução da inflamação no pulmão, uma redução da secreção desse fluido que acaba provocando as complicações pulmonares e o transplante celular foi considerado seguro nesses pacientes. Então, apesar de não ter muitos estudos utilizando a célula tronco mesenquimal em doenças virais, nós temos bons resultados na utilização contra o vírus H5N1.

Mas como funciona o transplante celular? As células tronco mesenquimais podem ser encontradas em diversos tecidos humanos, a gente pode coletar essas células, por exemplo, de tecido adiposo, da medula óssea, do cordão umbilical, da placenta e de outros tecidos adultos. Chama atenção pra vocês que os resultados que eu vou apresentar utilizaram células tronco mesenquimais obtidas da medula óssea e do cordão umbilical. Bom, que tipo de transplante celular existe? Existe o transplante autólogo e o transplante alogênico. O transplante autólogo é quando eu isolo a célula tronco do tecido de um indivíduo e esse mesmo indivíduo recebe as células; e o transplante alogênico é quando eu isolo as células tronco mesenquimais de um indivíduo doador e transplanto em um outro indivíduo. No caso das pacientes com Covid-19, como essa doença tem uma evolução muito rápida, a maioria dos estudos clínicos que abordam o uso de célula tronco mesenquimal utilizam o transplante alogênico porque não dá tempo da gente coletar o tecido, preparar as células e esse paciente receber as células, porque normalmente a evolução da doença é muito rápida. Qual a via de injeção? Por onde eu vou injetar essas células? Já está bem descrito na literatura que quando a gente injeta célula tronco mesenquimal por via endovenosa mais de 90% das células ficam retidas no pulmão. Como essa doença o principal foco é no pulmão, a melhor via de injeção é por via endovenosa. Então, hoje, a maioria dos estudos clínicos que vão utilizar células tronco mesenquimais para pacientes com Covid utilizarão a via endovenosa.

Bom, falando um pouquinho pra vocês de como acontece isso: primeiro a gente coleta o material biológico, que pode ser o cordão umbilical, medula óssea ou tecido adiposo. No caso do Covid-19 eu vou falar pra vocês de dois estudos: um foi coletado com cordão e outro com medula óssea; esse tecido é levado pro laboratório, é processado e essas células vão ser expandidas in vitro, ou seja, elas vão ser cultivadas dentro dessa garrafinha e vão proliferar dentro desse ambiente in vitro e depois a gente congela essas células em nitrogênio líquido em um tanque. Aí nós teremos os pacientes infectados com Covid em estado grave, nós vamos então descongelar as células e preparar as células para o paciente receber já no momento que ele está em estado grave e essas células serão então injetadas por via endovenosa.

Eu vou falar então sobre dois estudos que foram publicados utilizando as células tronco mesenquimais para pacientes com Covid. O primeiro estudo foi publicado em abril desse ano, foi realizado na China e demonstra que o transplante de célula tronco mesenquimal promove uma melhora clínica nos pacientes acometidos pelo Covid-19 com pneumonia em estado grave, leve e moderado. Esse estudo utilizou células mesenquimais isoladas a partir da medula óssea e foram alogênicas, ou seja, foi de um outro paciente para um paciente com Covid-19 e envolveu 10 pacientes críticos. Desses 10, 7 foram tratados com célula tronco mesenquimal e 3 foram considerados como controle e receberam placebo. Desses 7 pacientes, 1 estava em estado crítico e severo, era o paciente mais grave; 4 deles tinha um estado de pneumonia severa e 2 deles tinham uma pneumonia comum. Por outro lado, eles escolheram 3 pacientes como controle que apresentavam uma pneumonia severa. O que esse estudo observou foi que após o transplante de célula tronco mesenquimal os pacientes apresentaram uma melhora clínica rápida. Entre 2 e 4 dias, todos os pacientes que receberam célula obtiveram uma melhora clínica, inclusive, ele relata que 3 pacientes com lesão moderada e 1 paciente com lesão grave melhoraram completamente em 10 dias. E um resultado muito importante é que não foi detectado nenhum tipo de evento adverso após o tratamento. Foram 3 pacientes controle em que um deles morreu, outro evoluiu pra um quadro grave de comprometimento respiratório e o outro se manteve estável. Por outro lado, todos os pacientes que receberam células melhoraram, tiveram uma recuperação rápida. Teve um paciente que recebeu a célula no dia 6 de fevereiro e obteve melhora já no dia 7, em 24 horas ele teve uma melhora clínica muito importante. E eu vou falar um pouquinho pra vocês sobre o caso mais grave, o mais severo. Um paciente com 65 anos, que tinha uma saturação de 89% quando recebeu as células, foi diagnosticado com Covid dia 23 e recebeu as células dia 31 de janeiro, 8 dias após o diagnóstico, e esse paciente começou a apresentar melhora a partir do dia 3 de fevereiro, ou seja, em 3 dias ele já apresentou melhoras clínicas importantes. Esse artigo escolheu justamente esse paciente que era o mais grave para demonstrar os benefícios do transplante de célula tronco mesenquimal e eu vou apresentar isso pra vocês. O que foi observado? Nós observamos que o paciente teve uma melhora pulmonar após o transplante celular, na imagem da Tomografia Computadorizada (TC) desse paciente mostrava que estava com pneumonia crítica e severa. A TC antes do transplante celular apresentava pontos de consolidação e a saturação de oxigênio nesse momento era 89%, quer dizer, um paciente com uma função respiratória bem comprometida. Dois dias depois do transplante, esse paciente evoluiu mal do ponto de vista pulmonar, se eu fosse a pesquisadora ia ficar apavorada se visse a TC dois dias após o transplante de células, porém, esse paciente evoluiu muito bem. 9 dias depois os pontos de consolidação em sua maioria sumiram e 15 dias depois a gente tem uma função respiratória pulmonar plena, recuperada, o paciente com uma saturação de oxigênio de 98%, considerado então recuperado do quadro grave respiratório que ele apresentou anteriormente. E a clínica desse paciente, o que aconteceu? Vamos entender então um pouco sobre a melhora clínica

desse paciente. O paciente fez um quadro de febre a durante todo o período antes do transplante celular que foi feito no dia 31 de janeiro e depois do transplante celular ele não apresentou mais quadro febril. Uma outra coisa interessante é que no dia 31 de janeiro, quando ele recebeu as células, ele apresentava muita dificuldade respiratória e que essa dificuldade foi melhorando progressivamente até melhorar totalmente no dia 4 de fevereiro. Além disso, a saturação do oxigênio, que era 89% no dia 31 de janeiro, foi elevada pra 96% 9 dias depois do transplante celular, mostrando que efetivamente as células promoveram uma recuperação do tecido pulmonar. Um outro dado muito importante é que a gente tem varias formas de interpretar os benefícios da terapia celular; foi demonstrada nesse artigo através do exame de hemograma desse paciente que apresentava uma pneumonia severa. O que eles observaram? A primeira coisa é que esse paciente apresentou uma redução da proteína C reativa, que está aumentada em pacientes com inflamação sistêmica. Então eles observaram que no dia 30 de janeiro o PCR desse paciente era 105,5 nanogramas por mL, um valor altíssimo, mostrando que esse paciente tinha uma inflamação sistêmica grave. No dia 13 de fevereiro, houve uma redução em 10 vezes do PCR, ela abaixou pra 10, ou seja, as células tronco mesenquimais efetivamente promoveram uma redução sistêmica da inflamação e fizeram então aquela modulação da tempestade de citocinas, como a gente esperava efetivamente. Um outro dado importante é que esses pacientes, os 4 mais graves, apresentam uma leucopenia e uma linfopenia. E a gente observa isso nesse paciente, que ele tinha uma diminuição no numero de linfócitos e leucócitos, que, ao longo dos dias, após o transplante celular, houve aumento tanto dos linfócitos quanto dos leucócitos, então houve uma melhora desse quadro grave de linfopenia e leucopenia. Agora, falando um pouquinho sobre os marcadores de função hepática, renal e cardíaca, eu vou falar um pouco pra vocês sobre o que esse estudo observou. Bom, primeira coisa, houve melhora da função hepática; o nível de aspartato aminotransferase no dia 31 de janeiro, quando o paciente recebeu as células era 48, estava acima do nível esperado, mostrando que existia uma lesão hepática, e esse marcador foi reduzido pra 19 13 dias após o transplante, ou seja, teve uma redução e esse paciente conseguiu vir para um nível basal esperado de um paciente normal. Além disso, a creatina quinase que estava muito elevada, no primeiro dia após o transplante celular estava em um numero de 513, reduziu pra 47, também mostrando uma importante modulação das células tronco mesenquimais na função hepática, ou seja, o fígado estava sofrendo com o Covid-19 e o transplante celular também promoveu uma melhora da função hepática. Um outro ponto importante que a gente já tem visto é que esses pacientes com complicações de Covid-19 apresentam lesões renais importantes, e aqui eu chamo atenção pra vocês esse dado. O que foi observado nesse estudo é que a Taxa de Filtração Glomerular estava 68 abaixo do nível normal no dia 30 de janeiro, 1 dia antes do paciente receber as células, e 2 dias depois do transplante celular foi observado já um aumento da taxa de filtração glomerular para o nível normal, um valor de 99, observem que isso ocorreu 2 dias após o transplante de célula tronco mesenquimal. Uma outra coisa

importante que foi observado é que houve também uma melhora da função cardíaca. Eles mediram a mioglobulina, que é uma proteína que é liberada no sangue quando tem uma lesão cardíaca, então quando você tem um aumento da mioglobulina é sinal que você tem uma lesão muscular que pode ser uma lesão cardíaca. E eles observaram que o paciente apresentava no dia 1 de fevereiro uma mioglobulina com valor de 138, acima do normal, mostrando que tinha uma lesão cardíaca importante e, 3 dias depois, houve uma redução no nível de mioglobulina no sangue mostrando que também houve uma melhora da função cardíaca. Tudo isso são indicadores de função, são proteínas que são avaliadas e mostram que pode ter uma lesão renal, hepática e cardíaca. E em todos eles nós observamos que as células tronco mesenquimais tiveram um benefício na melhora clínica desse paciente que tinha uma lesão grave. Além disso, o que foi observado? Esses pesquisadores avaliaram 3 moléculas antes e após o transplante de células tronco mesenquimal. O que eles avaliaram? Primeira coisa, eles avaliaram a citocina IL-10 (existem relatos na literatura de que a IL-10 tem uma função anti-inflamatória, é uma citocina que previne a inflamação exagerada). E o que eles observaram é que depois do transplante há um aumento dessa citocina anti-inflamatória, possivelmente associado a esse quadro da redução da inflamação que foi observado nesses pacientes. Além disso, ele observou, também, que o transplante de célula tronco mesenquimal aumenta o nível de VEGF. VEGF é um dos principais fatores que promovem a formação de novos vasos sanguíneos, então ele é um fator pró angiogênico, o que também auxilia na recuperação tecidual. Se eu tenho um tecido lesionado, possivelmente com falta de oxigênio a formação de novos vasos sanguíneos permite a regeneração desse tecido, por isso um fator como um VEGF é tão importante nesse processo regenerativo e é um dado muito importante apresentado por esse estudo. Por último, ele também mostrou que o transplante de célula tronco mesenquimal diminui o fator de necrose tumoral, o TNF-alfa, que está relacionado com a morte celular. Ele é um marcador ruim, mostrando que tem morte celular, que tem processo inflamatório e necrótico. Os pacientes que têm complicações por Covid-19 apresentam altos níveis de TNF-alfa e o que ele mostrou nesse estudo é que o transplante de célula tronco mesenquimal diminui o nível de TNF-alfa, portanto, reduz essa inflamação e essa morte celular. Dessa forma, esse estudo demonstrou que o transplante de célula tronco mesenquimal é uma boa alternativa. Por último, uma coisa muito importante que ele também demonstrou é que eles avaliaram a população de célula tronco mesenquimal que foi transplantada, se elas expressariam o receptor para ECA II, que é aquele receptor que se liga ao vírus, porque a grande pergunta é: será que as células tronco mesenquimais que eu estou injetando no meu paciente estão susceptíveis ao novo coronavírus? O que eles viram é que uma pequena parte dessas células expressam receptor, mas que a maioria das células tronco mesenquimais não expressam esse receptor para ECA II e que por isso estariam livres dessa infecção viral e esse dado é muito importante, é uma pergunta que é bem relevante pensando no futuro tratamento dos pacientes com Covid-19.

O outro estudo que eu quero mostrar pra vocês é apenas um relato de caso, ele foi publicado agora há pouco tempo, também foi realizado na China, só que esse estudo utilizou células tronco mesenquimais isoladas do cordão umbilical, foi feito um transplante alogênico para um paciente com Covid-19 grave e com pneumonia grave. Esse paciente tinha 54 anos, era diabético e apresentava uma pneumonia em estado avançado. O tratamento com células tronco mesenquimais foi realizado 20 dias depois do início dos sintomas, ou seja, já numa fase mais tardia do que até no estudo que a gente apresentou anteriormente. Esse paciente apresentou melhora clínica 2 dias após o transplante e 7 dias depois o paciente apresentou uma recuperação clínica completa. Um dado importante é que o vírus não foi detectado 7 dias depois do transplante, ou seja, ele vinha com um quadro grave já há 20 dias e, 7 dias depois do transplante, ele já não apresentava mais o vírus na circulação sanguínea. Na TC antes da admissão desse paciente, pode-se observar duas áreas de consolidação pulmonar, ele tinha uma lesão grave. 6 dias após o transplante, ocorre uma redução grande das lesões pulmonares e a gente vê que os pontos de consolidação são bastante reduzidos. E o que esse paciente apresentou? Esse estudo também avaliou a presença de citocinas inflamatórias, então eles observaram que houve uma redução de IL-6, que é uma proteína pró-inflamatória que está muito relacionada com as complicações observadas no Covid-19, uma das citocinas que fazem essa inflamação exagerada e que estão muito relacionadas com as complicações respiratórias e com a falência múltipla dos órgãos, e isso é um ótimo indicativo mostrando que houve uma modulação da inflamação sistêmica nesse paciente. Além disso, esse paciente, da mesma forma que no estudo anterior, demonstrou que a injeção de célula tronco mesenquimal reduz o número de TNF-alfa. Por último, assim como no estudo anterior, também há uma redução da proteína C reativa, novamente mostrando então que a injeção da célula tronco mesenquimal efetivamente promove uma redução do quadro inflamatório desses pacientes acometidos pelo Covid-19.

E hoje? O que nós temos no mundo? No Clinical Trials hoje nós temos 37 estudos clínicos registrados, que irão estudar as células tronco mesenquimais em pacientes infectados com Covid-19. Esses estudos estão sendo a maioria desenvolvidos na China, mas observem que os Estados Unidos têm 9 estudos clínicos registrados que vão avaliar as células tronco mesenquimais. Atrás dos Estados Unidos nós temos a Espanha com 4 estudos registrados, e o Brasil tem 1 estudo registrado, sendo realizado em São Paulo. A maioria desses estudos clínicos utilizam o transplante alogênico de célula tronco mesenquimal obtido do cordão umbilical, mas também têm alguns estudos que utilizam células obtidas da medula óssea e também células do tecido adiposo. A maioria desses estudos também estão estudando a Síndrome Respiratória Aguda Grave e eles evitam pegar o paciente já no momento da falência múltipla de órgãos, eles estão avaliando pacientes em estado grave mas antes desse momento já de complicações mais avançadas. A maior parte desses estudos também utiliza a injeção endovenosa como eu falei antes, é estratégico porque essas células vão todas para o pulmão e vão tratar o local que está sendo lesionado pelo vírus. E é importante observar que a maioria

desses estudos abordam múltiplas injeções, então eles não fazem uma única injeção de célula tronco mesenquimal, eles fazem uma injeção seriada, dando um intervalo entre as injeções. E os estudos são variáveis, temos estudos de fase 1, estudos pilotos e temos estudos que já comparam o efeito da célula tronco mesenquimal com outras drogas, com medicamentos convencionais que estão sendo utilizados para Covid-19. Tem um estudo que está sendo desenvolvido nos Estados Unidos que envolve 12 centros de pesquisa que vão avaliar 300 pacientes com Covid-19 mostrando, então, que o mundo hoje está estudando essa possibilidade de tratamento justamente pelo potencial terapêutico das células tronco mesenquimais.

Quais são as nossas perspectivas? O que ainda não foi respondido e que precisa ser respondido é o que efetivamente as células tronco mesenquimais fazem no tecido pulmonar no paciente com Covid-19. Nós não temos modelos pré-clínicos ainda, não temos ratos com a doença pulmonar promovida pelo novo coronavírus, a gente ainda precisa de um modelo animal pra testar as células tronco mesenquimais. Teve um estudo recente que mostrou que existe um modelo em macacos que parece ser um bom modelo experimental para testar novas drogas, que eles conseguiram reproduzir a doença pulmonar promovida pelo Covid-19, mas isso ainda está em andamento. Uma dúvida que a gente ainda tem é: quais são os possíveis efeitos adversos do transplante de células tronco mesenquimais? A gente tem pouquíssimos dados sobre isso. Será que essa imunossupressão que a célula mesenquimal faz não pode prejudicar alguns pacientes? Ou será que ela é modulada de forma a permitir uma melhora clínica, será que não tem risco dessa imunomodulação? São perguntas que ainda precisam ser respondidas; e outra coisa que ainda não se sabe é qual a melhor dose, a gente vê estudos utilizando 3 aplicações, 5 aplicações, a quantidade de células que tem que ser injetadas, tudo isso são perguntas ainda não respondidas. O Brasil, como eu falei pra vocês, já tem um estudo registrado sendo feito em São Paulo, mas a gente sabe que tem outros grupos de pesquisa no Brasil que estão usando o transplante de células tronco mesenquimais para pacientes com Covid-19, inclusive aqui, no Rio de Janeiro, a gente tem duas equipes que vão fazer um estudo de revisão multicêntrico conduzido pela Dra Patrícia Rocco, da UFRJ, e o outro pela equipe do Dr Antonio Carlos e, além disso, Rio Grande do Sul e Paraná tem perspectiva de um outro projeto com célula tronco mesenquimal da polpa dentária. Esses projetos ainda não estão registrados no Clinical Trials mas já estão sendo registrados na Anvisa e nas bases nacionais. Aproveito a oportunidade para parabenizar vocês alunos e o time de médicos e enfermeiros que estão aí na linha de frente dessa guerra invisível.

Esther Takamori - Parabéns, Karla. Foi ótima a apresentação. Sobre perguntas que chegaram... sobre a possibilidade de se utilizar células provenientes de dentes de leite. Você já falou que já existem projetos de pesquisa clínicos que pretendem utilizar essas células...

Karla Menezes - Sim. Para tratamento dos infectados por Covid-19. Tem uma equipe do Paraná que está planejando justamente desenvolver um projeto pra Covid-19 utilizando justamente as células mesenquimais de polpa dentária. É uma fonte muito interessante de célula tronco mesenquimal alogênica, então você pode fazer um estoque dessas células e ter esse estoque pronto para tratar os pacientes, então essa possibilidade é sensacional. Essas células têm sim um potencial terapêutico grande e vão ser testadas. A China também está fazendo, utilizando polpa dentária para tratamento de Covid-19. Tem um projeto Covid-19 usando célula mesenquimal de polpa dentária, mas aqui no Brasil a gente tem esse grupo que está propondo nesse momento um protocolo utilizando essas células.

Esther Takamori - Existem bancos, biobancos também em que se armazena esses materiais, mas pra esses dentes, pesquisas pré-clínicas. Nesse caso, a gente teria o armazenamento dessas células para pesquisas clínicas.

Karla Menezes - Os biobancos funcionam pra pesquisa, justamente você pode fazer um armazenamento de produto biológico que vai ser utilizado pra pesquisa, mas claro que quando você tem uma pesquisa você tem que fazer um protocolo que tem que ser aprovado pelo Comitê de Ética e tudo isso e aí você poder destinar essas células pros pacientes, tem um lugar específico, mas essas unidades colaboram com as instituições que têm os pacientes.

Esther Takamori - Uma outra pergunta: como essas células mesenquimais podem ajudar na reabilitação do paciente após a cura da Covid-19? Existem evidências que essas células possam se diferenciar em pneumócitos?

Karla Menezes - É uma ótima pergunta. Os pneumócitos são células de origem ectodermal, são células epiteliais. As células tronco mesenquimais têm origem mesodermal e a princípio elas não têm possibilidade de se diferenciar em pneumócitos tipo II, porém, tem um estudo pré-clínico que foi feito com outro vírus da família do coronavírus em que eles fizeram uma cultura de células tronco de pneumócitos e fizeram junto uma cultura que a gente fala cocultura, uma cultura que tem comunicação com outra, com células tronco mesenquimais. Então eles fizeram uma cocultura, uma garrafinha de células tronco pulmonares e uma garrafinha de células tronco mesenquimal que se comunicavam entre elas. E aí eles observaram que essas células foram infectadas por um vírus “parente” do novo coronavírus e eles observaram que a célula tronco da cultura auxiliou na diferenciação da célula tronco pulmonar acometida por esse vírus em pneumócitos tipo II. Vou repetir, a célula mesenquimal auxiliou a célula tronco pulmonar que tava infectada por esse vírus a se diferenciar em pneumócito tipo II, ou seja, ela ajuda a célula do próprio pulmão a se diferenciar em pneumócito tipo II, mas ela em si não tem a capacidade de se diferenciar em pneumócito tipo II. O que se sabe bastante na literatura é que as células tronco mesenquimais não agem nesse processo de substituição das células atingidas. O maior benefício é que elas “modulam” o ambiente e ajudam

as células daquele próprio ambiente a se regenerar a fazer um processo de regeneração. Então é como se elas dessem as ferramentas pras células daquele ambiente, do ambiente pulmonar, por exemplo, a vencer o tecido danificado. É aquela questão que a gente falou da célula ser uma “drugstore”, ela oferece moléculas e produtos biológicos que ajudam aquele tecido que tá danificado a se regenerar, então as células tronco proliferam mas ela em si nem sempre se diferencia nesse tecido próprio da lesão então nem sempre essas células se diferenciam em pneumócitos tipo II, é uma pergunta que ainda não está respondida mas não é esperado, o que a gente espera é que ela auxilie o processo de regeneração nessa lesão pulmonar.

Esther Takamori - Controlando todo o ambiente.

Karla Menezes - Controlando o ambiente, favorecendo o ambiente a se regenerar. E a gente tem célula tronco própria do pulmão, as células residentes, que são uma população pequena mas que existe ali justamente para substituir as células que morrem e o que a gente espera é que essas células auxiliem as células tronco do pulmão a se diferenciar em pneumócito tipo II e substituir as células que morreram, mas é uma pergunta excelente e nós vamos precisar de modelos pré-clínicos desenvolvidos em ratos ou macacos para justamente provar essa possibilidade.

Esther Takamori - Karla, tem uma outra pergunta sobre os estudos que você apresentou. No primeiro estudo houve a diminuição de interleucina 2 e no segundo a de interleucina 6, então qual seria o tratamento mais eficaz?

Karla Menezes - Teoricamente as células tronco mesenquimais têm uma capacidade imunomodulatória semelhante, então, por exemplo, células tronco mesenquimais obtidas da medula óssea como foi no primeiro estudo tem tantas possibilidades, tem tanta capacidade de fazer essa imunomodulação quanto as células tronco mesenquimais obtidas do cordão umbilical. Elas têm esse potencial imunomodulador muito semelhante, dizer qual é melhor a gente precisaria de um estudo comparando as duas fontes, a gente não sabe ainda dizer isso, mas as duas têm essa capacidade de fazer uma imunomodulação, tanto a da medula óssea quanto a do cordão umbilical, isso já foi demonstrado em outros modelos de lesão. Mas se sabe que já se foi comparado inclusive a capacidade imunomoduladora da célula tronco mesenquimal de medula óssea, de cordão umbilical e de tecido adiposo e compararam entre si, inclusive viram que a de tecido adiposo é a que tem maior efeito imunomodulador. Alguns estudos mostram sobre isso, existem diferenças, mas todas elas têm uma capacidade de imunomodulação. Agora, realmente é uma ótima pergunta, saber qual das duas têm um efeito melhor, mais positivo, a gente ainda não sabe dizer. Uma reportagem que eu vi no estudo da Dra Patrícia Rocco é que ela iria comparar as duas fontes, medula óssea e cordão umbilical, não sei dizer se isso efetivamente é o que foi cadastrado porque a gente ainda não sabe o que está sendo feito, mas, a princípio, eu vi uma reportagem sobre isso e ela se propôs a avaliar essas duas fontes, então talvez a gente tenha essa resposta até aqui, no Brasil.

Esther Takamori - Tem uma outra pergunta: qual a viabilidade em se aplicar essa terapia em células tronco mesenquimais, qual o custo, se isso seria viável de ser aplicável nos hospitais?

Karla Menezes - É uma pergunta importante também. O preparo dessas células não é uma coisa simples e trivial, a gente tem que ter um laboratório muito bem equipado, preparado e habilitado pela Anvisa e toda a regulamentação. Nós não temos muitos laboratórios, por exemplo, no Brasil, habilitados para isso. O preparo dessas células demanda tempo, então se eu pego, por exemplo, um cordão umbilical, eu demoro mais ou menos de 15 a 20 dias pra ter uma quantidade de célula para mais ou menos injetar em 3 pacientes. Um cordão umbilical daria pra você tratar mais ou menos de 3 a 4 pacientes, mas eu levaria mais ou menos de 15 a 20 dias para preparar essas células. Então é limitado esse processo, a não ser que a gente tivesse um estoque já de células congeladas, isso já facilitaria. Então vamos supor que a gente queira ter isso no futuro, então a gente teria que ter uma equipe laboratorial, os laboratórios teriam que preparar e trabalhar maciçamente pra ter um estoque e pra poder tratar os pacientes. Não são laboratórios simples, são laboratórios muito sofisticados que podem ser habilitados pra fazer esse tratamento. {pausa}

Esse laboratório que eu estava falando, é justamente o laboratório que tem na faculdade. Ainda não está habilitado pela Anvisa, mas o nosso objetivo é ter uma unidade dessas para manipular quem sabe células para terapias como essa por exemplo.

Esther Takamori - É como a gente tinha falado no começo. A gente tem uma estrutura pré-clínica e uma estrutura para manipulação de células tronco visando aplicações clínicas em estudos clínicos, e isso realmente dá uma gama de possibilidades muito grande, né, Karla?

Karla Menezes - Sim, com certeza.

Esther Takamori - Tem mais uma pergunta aqui: qual seria a característica das células tronco mesenquimais ao estimular as células tronco pulmonares a se diferenciar em pneumócitos tipo II? Como elas fariam essa estimulação?

Karla Menezes - Pergunta difícil. A gente não sabe exatamente como a célula tronco modula, qual fator que ela secreta que justamente permite o processo de diferenciação. As células tronco mesenquimais secretam vários fatores, então a gente não sabe exatamente o que ela produziu nesse ambiente in vitro que induziu a célula tronco pulmonar a se diferenciar em pneumócitos tipo II, a gente ainda não sabe essa resposta, exatamente qual fator ela está produzindo que induziu a diferenciação da célula tronco pulmonar em pneumócito tipo II. A gente ainda não sabe, o que a gente sabe é que houve um processo de diferenciação, mas qual foi a molécula que desencadeou esse processo a gente não sabe, mas é uma boa pergunta. Inclusive esse modelo foi testado com um vírus “parente” do novo coronavírus, ainda não se testou isso para o coronavírus.

Esther Takamori - Para vocês verem como é importante a realização dos estudos in vitro, porque normalmente você tem um estudo in vitro precedendo uma aplicação clínica, mas nessas situações que a gente está vivendo agora, essa pandemia, as coisas meio que fugiram da ordem natural de desenvolvimento, né, Karla?

Karla Menezes – Sim.

Esther Takamori - Então necessitou-se fazer esses estudos clínicos, mas tem muita coisa que a gente vê o fenômeno mas tem que compreender também os mecanismos, e os estudos in vitro dão essa possibilidade né, fazer um mapeamento das citocinas que são produzidas e fazer essa identificação e esse tratamento, digamos assim, tratamento, dessas células in vitro com citocinas separadamente pode ser uma possibilidade de estudo também, que você saiba quais são elas e como que elas atuam.

Karla Menezes - Uma coisa que é pouco estudada, pouco conhecida, é o efeito da imunomodulação em doenças virais, não existem muitos estudos sobre isso, então isso é uma grande crítica para o uso dessas células nesse momento, o que se sabe é que ela funcionou bem em pacientes com H5N1, mas a gente teve bons resultados no estudo clínico fase 2 com célula tronco mesenquimal em pacientes Covid com comprometimento respiratório grave que melhoraram após o transplante de célula tronco mesenquimal alogênica, mas sobre o novo coronavírus a gente ainda tem muitas dúvidas. Inclusive uma grande dúvida que a gente tinha é se as células tronco são susceptíveis à infecção viral e aquele estudo, o primeiro estudo, mostrou que aparentemente não é, mas ainda não se sabe também responder isso. A grande questão é que, diferente das outras doenças, nós estamos vivendo um momento gravíssimo, então, é muito difícil você começar a estudar isso in vitro, em pré-clínico, diante de uma mortalidade tão alta. Por isso que em muitos países eles já seguiram direto para o paciente, porque é um momento totalmente atípico, diferente de tudo que a gente já viveu até hoje, porque normalmente pra você usar uma célula tronco mesenquimal pra uma doença você tem que passar por um processo de estudo. Primeiro o modelo pré-clínico in vitro, depois animal e depois você chega no paciente. Mas você vê que hoje, pela primeira vez, eu nunca vi isso, 37 estudos registrados no Clinical Trials.

Esther Takamori - Acho que todos esses resultados acabam abrindo questões que podem ser respondidas agora, muitos estudos pré-clínicos, então acho que já abre uma gama de perguntas que envolverá a partir de agora muitos estudos pré-clínicos e clínicos também.

Karla Menezes - Sim.

Esther Takamori - Mais alguma colocação, Karla? As perguntas, ao que parece, estão finalizadas. Então é isso, agradeço a presença de todo mundo, as perguntas foram excelentes, fico à disposição também.

Karla Menezes - Foi ótima a palestra, foi ótimo nosso encontro aqui com vocês. As discussões foram super ricas, super enriquecedoras pra gente, acho que pra todo mundo também. Muito obrigada a todos e espero que a gente possa se ver muito em breve pessoalmente e que possamos ter muitos outros encontros científicos.

Esther Takamori - Boa noite, gente. Obrigada.

Karla Menezes - Boa noite, gente. Obrigada.

Saúde Mental em Tempos de Pandemia

Mental health in times of pandemic
Salud mental en tiempos de pandemia

Maria Regina Bortolini e Jociane Gatto Coutinho
Retextualização: Ana Flávia Ramos Rodrigues

09.06.2020

Jociane Gatto Coutinho

Psicóloga clínica e hospitalar, coordenadora das equipes de psicologia do Hospital Santa Teresa e Hospital Unimed, Diretora Presidente da Unifop (cooperativa de trabalho de saúde e reabilitação), Mestranda em Bioética na Fundação ibero-americana

Maria Regina Bortolini

Antropóloga, com pós doutoramento em Psicologia Social na Universidad Nacional de Quilmes - Buenos Aires/Argentina, coordena o Laboratório de Estudos em Representações Sociais e Saúde - LERS.

Maria Regina Bortolini: Boa Noite pessoal! Esse seminário está sendo organizado pelo laboratório de estudos em representações sociais e saúde, que toma como campo de pesquisas as questões relacionadas ao imaginário social, ao conjunto de crenças, valores e saberes de senso comum e como eles orientam nossas ações, influi na constituição das nossas identidades e também nas práticas de saúde. O tema desse seminário é a saúde mental na pandemia e a gente queria tocar em alguns pontos em especial. Nós sabemos que estamos vivendo um momento de muita tensão em meio a uma pandemia, uma situação que exige de todos nós constante adaptação ao novo cenário que se coloca. Sabemos também que, freqüentemente, quando estão em uma situação de crise, as pessoas podem apresentar alguns sintomas psicológicos. Dessa forma, a primeira coisa que a se falar é sobre esses sintomas. Que sintomas psicológicos são esperados em situações de crise? Como podemos diferenciar os sintomas que são comuns dos patológicos? Quando se faz necessário buscar ajuda?

Jociane Gatto Coutinho: Eu já tenho uma estrada longa com a psicologia, estou formada há mais de 25 anos e desses, boa parte, eu me dediquei a trabalhar em hospital, e esse momento de pandemia me mostrou que é ali que eu gosto de estar. A minha atuação hoje dentro do hospital está focada no CTI Covid.

Em termos gerais, você introduziu muito bem, estamos numa situação de crise e toda situação de crise desperta reações psíquicas e emocionais. Essa reação, em parte, depende dos recursos que temos. Recursos internos; recursos emocionais – se eu tenho alguma patologia pré existente, alguma doença psíquica – e recursos concretos, de um suporte social efetivo. A pandemia atravessou nossas vidas e chegou de surpresa, pois mesmo que tivéssemos um dimensionamento pelo que a Itália vinha passando - um país que foi muito transparente com os números, o país que mais testou - ainda

assim nós víamos aquilo como algo muito distante. Quando chegou no Brasil, chegou rápido, mas o isolamento social foi um corte para essa situação. O isolamento social começou precocemente, começou muito antes de ter um avanço dos casos, nós começamos muito bem, entramos muito bem no controle da pandemia. Mas ao mesmo tempo esse isolamento repentino nos pegou de surpresa, e se a gente estivesse tendo essa conversa no dia 9 de março, nós não imaginávamos um isolamento social acontecendo na semana seguinte. Ainda que São Paulo já estivesse com alguns casos, nós não esperávamos esse início de isolamento para a próxima semana. Nós fomos pegos de surpresa e tivemos que nos adaptar rapidamente a isso.

As duas primeiras semanas de isolamento foram muito tensas, foi um período muito difícil. As pessoas com muita ansiedade, com muita irritabilidade, protocolos novos a toda hora. Nós tivemos que nos adaptar às mudanças de uma maneira muito brusca. Todo mundo muito tenso, se questionando se viveríamos o que a Itália viveu. E eu acho que nós não vivemos o que a Itália viveu, porque nós temos o SUS, com todas as críticas que possam ser feitas, eu acredito que qualquer pessoa no meio da saúde vai corroborar com isso. Eu que sou da área da psicologia, nesse momento, meu maior temor era viver um período em que nós precisássemos comunicar vários óbitos no mesmo dia, em que as pessoas estivessem morrendo num volume que a gente não conseguisse acolher minimamente essas famílias.

Nós nos organizamos, nos estruturamos, nos amparamos, por que vimos o percurso de outros países, a gente sabia o caminho que eles tinham seguido, sabíamos, minimamente, o que tinha dado certo e o que tinha dado errado. Muitas pesquisas já estavam surgindo, e isso nos deu um amparo.

Maria Regina Bortolini: Eu tenho um apreço por essas instituições públicas, o SUS e a Fiocruz. Eu acredito que eles tenham tido um papel fundamental no nosso enfrentamento à pandemia, na produção de conhecimento e na disseminação de conhecimento. A Fiocruz tem feito uma série de cursos online para auxiliar nesse enfrentamento à pandemia. E o fato de termos um sistema do tamanho do SUS, um sistema estruturado, sem dúvida nenhuma, facilita muito a ter uma política de enfrentamento a uma pandemia. E que bom que temos! É importante pontuar isso, é importante lembrar nesses momentos, que trazem dificuldades e desafios, mas também trazem uma oportunidade de reconhecer o valor dos nossos bens públicos.

Jociane Gatto: O hospital em que eu trabalho tem parceria com o SUS, então vou falar da realidade que eu vivo. O atendimento que é dado pro paciente particular, pro paciente de convenio e pro paciente SUS é igual. Se houver diferença, é uma nuance ou outra em cima de algum procedimento que um convênio autoriza e que porventura o SUS não autoriza, mas a assistência prestada é de forma igual e isso tem que servir pra trazer segurança para a população. Porque a segurança é um dos fatores de proteção psíquica, quanto mais insegura eu estiver, mais medo eu sinto e mais reativa ao estresse eu vou estar. Então, dentre as reações que a gente normalmente tem numa situação de

crise, na qual a pandemia se encontra, muitas são reações agudas ao estresse, num estresse que pode ser normal, e que nessa situação, um estresse que está sendo prolongado.

Dentro dos três primeiros meses de pandemia é esperado reações agudas ao estresse, alterações no sono, alterações de apetite, um aumento no consumo de bebidas alcoólicas, um aumento no consumo do tabaco. Pode ter irritabilidade, situações de conflito, as vezes dentro de uma equipe de trabalho. Nós temos momentos, não quer dizer que isso fique constante, em que estamos mal humorados, mais irritáveis, menos pacientes, e ao longo desse período aí de confinamento esses momentos são esperados.

A permanência desses sintomas ou a continuidade desses sintomas pode fazer com que a gente ligue um sinal de alerta. Se eu tenho uma permanência dessa irritabilidade, se eu começo a reagir de forma agressiva mais frequentemente, se eu estou me isolando, se eu tenho uma dificuldade de socializar, isso pode me sinalizar que alguma coisa está acontecendo, fora do que é esperado dentro dessa situação da pandemia, dentro desse estresse que estamos vivendo e do esperado numa reação aguda. Nesse caso devemos lançar mão de alguns cuidados, algumas medidas protetivas, nem tudo vai ter que caminhar para um profissional. Nós podemos nos dar pequenas doses de prazer, trazer leveza, não ficar focado apenas nas notícias ruins, por que isso vai aumentar o meu estresse, isso é comprovado. A gente tem que se informar sim, mas duas vezes ao dia, no máximo, e buscar outro tipo de entretenimento.

É importante dosar que tipo de informação estou trazendo para mim e tentar contrapor isso com músicas, desenho animado, com jogos em família, com lazer. Hoje o virtual pode ajudar nesse processo, pode não ser o ideal, mas é o que temos como possível neste momento. Podemos sentir o carinho, sentir a preocupação, sentir o amor das pessoas, mesmo à distância. Então o que eu busque as pessoas que eu tenho de referência, que eu tenho afeto, mesmo que virtualmente. Dentro do recurso de cada um, nós temos que procurar fazer coisas que nos dêem prazer, que nos preencham afetivamente, que nos tirem de um caminho ruim, de um caminho de sofrimento.

Como está postergando este período de isolamento esse estresse está ficando crônico. Agora começamos a nos deparar com uma fragilidade emocional maior. Estávamos programados para um ou dois meses de isolamento, agora estamos no terceiro mês e apesar da flexibilização e da tentativa de retomada, o inimigo ainda está lá fora.

Estamos num momento em que temos discursos antagônicos das autoridades, não é apenas um desencontro de informação. Isso faz com que a população não saiba a quem seguir e isso gera insegurança. E como eu já disse antes, a segurança é um fator protetivo e se eu não tenho informações precisas, se as autoridades me passam informações conflituosas, isso gera insegurança,

isso gera medo, isso gera um sentimento de desamparo e isso aumenta o meu risco de uma reação mais exacerbada nesse momento.

Maria Regina Bortolini: Em alguma medida, essa situação de crise faz destacar as contradições que já estão postas no território onde ela se desenvolve. Isso pode ser tanto do ponto de vista individual, já que é mais “fácil”, enfrentarmos uma crise quando temos recursos internos; quanto em termos de uma cidade, estado ou um país. Se o país está em suas condições ideais, do ponto de vista de suas condições de sociabilidade, de organização social e de infraestrutura, ele tem também melhores recursos pra enfrentar uma situação de crise. Ao mesmo tempo, se ele está vivendo uma série de conflitos internos, se já enfrenta uma série de problemas de ordem econômica – no nosso caso, uma parcela grande da população em condição de pobreza e enfrentando uma condição de trabalho precarizada – a crise vai agravar ainda mais esse cenário, e é mais difícil enfrentar uma crise quando temos uma condição dessa.

Jociane Gatto: A pandemia mostrou as nossas mazelas, sejam elas sociais, sanitárias, emocionais e governamentais inclusive. A gente entrou muito bem no enfrentamento dessa pandemia, mas em algum momento a coisa se perdeu, e as medidas de isolamento foram ficando muito difíceis de serem sustentadas. Mesmo antes de termos um plano de retomada, já tinha um afrouxamento desse isolamento. Então, se a gente tivesse conseguido se organizar, fiscalizando, fazendo uma testagem efetiva, num número suficiente para detectar precocemente alguns casos de contaminação, também teriam sido medidas importantes.

O que temos hoje é um prolongamento dessa crise, porque mesmo com essa tentativa de retomada, é esperado que vá haver um aumento nos números de casos. Então quem puder deve continuar em casa, a flexibilização não é um salvo-conduto. Dessa forma, a gente espera que daqui a vinte dias nós vejamos o reflexo dessa flexibilização, então veremos a necessidade do isolamento social.

Maria Regina Bortolini: As pessoas também, depois de muito tempo confinados, podem começar a criar mecanismo de negação para esta situação, e começam a sair, começam a fazer coisas que não são as mais recomendáveis, pelo cansaço mesmo.

Jociane Gatto: Elizabeth Kübler-Ross foi uma estudiosa que trouxe esses conceitos em relação aos processos de luto. Ela fala do mecanismo de negação, a forma de enfrentamento, no início você reage com negação, você reage com raiva ou revolta, você reage com depressão e no final você reage com uma compreensão. Mas é preciso entender que esses momentos não são assim tão lineares – primeiro negação, depois da raiva, depois da depressão, depois a elaboração – nós oscilamos entre esses mecanismos. A negação é um mecanismo natural e esperado, e se desmonta conforme eu vou lidando com aquela realidade, eu vou adquirindo conhecimentos, eu vou conhecendo esse terreno. Por isso precisamos de transparência e clareza nos números de casos,

porque eu dimensionar essa realidade me ajuda a combater esse mecanismo de negação que é natural do psiquismo.

É importante diferenciar a negação de negacionismo. O negacionismo possui um mecanismo diferente, é uma luta, a pessoa não quer acreditar. É um quadro um pouco pior, porque isso eu estou negando irracionalmente, a pessoa não tem tempo para discussão, está presa naquela verdade, ela não quer enxergar outra realidade e você não consegue nem argumentar.

Maria Regina Bortolini: A pessoa cria uma realidade paralela, porque negar a pandemia, no caso brasileiro em especial – com uma morte por minuto – é criar uma realidade. E a pessoa pode se ancorar nessa realidade paralela, porque esse negacionismo é um mecanismo que traz alguma segurança, porque se eu nego a gravidade da pandemia, diminui o peso desse fator estressor na minha vida. E isso, em alguma medida, é confortante. Mas esse negacionismo não é saudável, porque como o inimigo tá lá fora, a pessoa acaba assumindo um comportamento de risco para si e para o próximo.

Pra superar a dor gente precisa enfrentá-la. Esse processo de enfrentamento dói, mas ao mesmo tempo é necessário inclusive para gente crescer a partir dessa dor, equacionar melhor os nossos recursos psicológicos pra enfrentar de forma madura essa situação.

Essa situação é também uma oportunidade de desenvolvermos a nossa criatividade e outras sensibilidades. Novas formas de demonstrar afeto, preocupação com o outro, que não seja simplesmente através da fala. Por exemplo, eu tenho uma filha médica e a preocupação com ela dentro do hospital é um fator estressor para mim. Em algum momento eu me dei conta de que não adiantava eu ficar estressada com isso, então eu tinha que encontrar um mecanismo de ressignificar isso, então agora sempre que eu acordo cedo eu mando uma mensagem, ou uma música, algo que é a expressão do amor que eu tenho por ela. E ela me relatou que em vários momentos isso foi muito importante para ela. Então, isso é uma coisa que podemos fazer no dia-a-dia das nossas interações, uma rede de apoio mutuo.

Jociane Gatto: A gente pode se fazer presente de várias maneiras. No dia das mães, por exemplo, eu acordei com flores, e um bolo de feliz dia das mães e um cartão. Inicialmente eu achei que era dos meus filhos, mas era de uma sobrinha, que é muito próxima a mim. A gente sempre passa o dia das mães juntas, e como nesse ano não pudemos comemorar, ela se fez presente dessa maneira, que foi uma grata surpresa.

Todo mundo vinha numa aceleração e a pandemia nos desacelerou. A gente consegue perceber mais os outros _ claro que isso depende também de recursos de cada um. Mas eu acho que é um aprendizado que estamos tendo, de olhar e pensar nas pessoas mais do que a gente fazia antes. As

coisas perderam completamente o valor nessa história, o carro tá na garagem, as roupas boas estão dentro do armário.

Realmente é um aprendizado e um amadurecimento em termos de humanidade. Nós como seres humanos temos sempre que avançar, valorizar menos as coisas e mais as pessoas. São pequenas medidas de proteção que nós temos que fazer: organizar o sono, organizar a alimentação, se eu tenho mais tempo eu posso me alimentar melhor, nós temos essa possibilidade de nos cuidar melhor. Pequenas coisas que, às vezes, no dia-a-dia nós não percebemos. Nós podemos ter um ganho e precisamos alimentar coisas que nos dão prazer, está em casa pode ser um prazer.

É importante ressaltar que eu estou falando da linha mediana da história. O aumento da violência doméstica, tanto contra mulheres quanto contra a comunidade LGBT, também é um fato real. Não que a violência aconteceu em função da pandemia, a violência já estava ali, mas neste momento da pandemia ela se torna mais evidente, mais contundente e mais difícil de fugir. Porque da mesma forma que nós temos nossa casa como refúgio, para a pessoa que sofre violência doméstica a casa não é um refugio, é o lugar aonde ela se depara com essa violência, é um lugar que lhe desperta medo. Com a pandemia ainda temos os fatores agravantes para essa situação, o aumento do estresse, a crise econômica, o abuso de bebidas alcoólicas, fatores que pioram essa situação de violência que algumas pessoas já se encontravam.

Em casos mais graves podemos contar com as tecnologias da informação, em que você não precisa sair, quebrar o seu isolamento, alguns profissionais estão atendendo online e esses atendimentos são efetivos.

Se temos uma permanência desses sintomas de estresse, se eles estão te incapacitando para dar conta de coisas do cotidiano, se a pessoa não consegue fazer uma boa higiene, passa o dia com a mesma roupa, pula banho, não escova os dentes, não está conseguindo cozinhar, não está conseguindo se alimentar, isso tem que ser um sinal de alerta.

Mesmo que você tenha sintomas duradouros, eles podem se resolver com cuidado, com uma atenção psicológica e não necessariamente vai se transformar numa patologia. E por isso se faz necessário um cuidado com a medicalização, principalmente com a auto-medicalização. O Rivotril®, por exemplo, caiu nas graças da população, mas a gente tem que usar com parcimônia. Até chegarmos no uso do remédio, temos algumas etapas para queimar e é importante redirecionar para um acompanhamento psiquiátrico em conjunto com psicólogo. É um caminho mais árduo, mas talvez mais indicado: Eu vou psicólogo, o psicólogo vai me ajudar a avaliar aqueles sintomas, vai pensar comigo aquela situação e, se for o caso, vamos partir para uma avaliação psiquiátrica e vamos entrar com alguns remédios.

Maria Regina Bortolini: Nós temos visto algumas matérias jornalísticas aprontando pro crescimento do consumo de medicamentos de toda ordem, mas especialmente aqueles psiquiátricos como o Rivotril.

Pelas correntes de informação e desinformação contraditórias as pessoas se vêem suscetíveis a tomar Vitamina C, guardar determinados medicamentos de ordem preventiva para no caso de contrair o Covid-19, como é a grande discussão em torno da Cloroquina. E a automedicação, em qualquer situação, independente de crise ou de Covid, ela não é recomendável. Mas numa situação de isolamento, eu diria que ainda é um risco maior, porque algumas dessas pessoas podem estar morando sozinhas, algumas dessas pessoas podem estar em uma condição de isolamento em que a busca por uma emergência numa condição de agravo, pode ser mais dificultada.

Os processos medicamentosos provocam diferentes reações nas pessoas. Mesmo os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, cada pessoa tem uma reação a eles. O acompanhamento psiquiátrico é fundamental, inclusive, para fazer o acompanhamento das reações que o paciente está tendo e até alterar o tratamento. A auto-medicação é um agravo de vulnerabilidade, e eu gostaria que você falasse, se ela põe em risco, inclusive, à Ideação Suicida e se pode contribuir para uma condição de piora do quadro?

Jociane Gatto: Isso tem relação com histórico da pessoa, você já tem uma fragilidade. E assim como acontece com abuso do álcool, pode acontecer com o abuso de um remédio. Há muitas informações, que na verdade são desinformações, que acabam criando na pessoa uma fantasia de que aquilo é benéfico. E muitas vezes lidar com essa angústia, lidar com essa solidão pode ser muito doído e a pessoa acaba encontrando uma fuga nessas substâncias.

Algumas pessoas com tendência a ansiedade, num primeiro momento, reagiram de maneira mais forte, mais concreta, mais perceptível. Ficaram mais ansiosas, ficaram preocupadas, um nível de estresse nitidamente com um sofrimento maior. Assim também com as pessoas depressivas, que estão começando a sofrer os efeitos da permanência desse estresse. Agora as pessoas podem estar esmorecendo, conseguiram segurar durante um tempo e agora tá pesando mais, aumenta a solidão. E isso faz com que fique mais difícil se manter em isolamento, faz com que a pessoa entre num estado de negação. A medicalização às vezes entra nesse momento, numa tentativa de se anestesiarem para um sofrimento que eu não estou conseguindo lidar.

Em relação ao suicídio, as pessoas que estão sozinhas, exigem uma atenção maior dos familiares. Temos que estar atentos ao estado emocional dessa pessoa, atentos as alterações dos hábitos, à higiene, a uma hipoatividade. É importante se fazer presente, ligar, conversar e perceber determinadas falas que podem sinalizar um descontrole emocional dessa pessoa. Por exemplo, falas como: “Queria dormir até tudo isso acabar”, “a vida ficou sem graça”, “qual o sentido da vida”, “a

vida não ta me trazendo nada de bom”, “estou dando muito trabalho”, “ninguém liga pra mim”, “já vivi o que eu tinha para viver”. Não devemos minimizar esse tipo de queixa.

Podemos ter um aumento dos quadros de tentativa de suicídio nesse período da pandemia, mas volto a dizer, são quadros que já eram pré-existentes e agudizaram diante desse estresse que estamos vivendo ou de situações que aconteceram durante a pandemia. Uma perda de um emprego, uma perda financeira significativa, perda de algum ente querido, alguém que faleceu nesse momento e que você ficou privado de se despedir. São situações que podem trazer agravos para a saúde mental e podem trazer um risco de tentativa de suicídio.

A falta da vivencia do luto, de não poder se despedir, a falta da possibilidade de uma elaboração dessa perda pode trazer um impacto ruim na vida de algumas pessoas. Mas há coisas que podemos fazer para minimizar esse impacto. Você pode fazer uma espécie de altar para aquela pessoa, com fotos, algum símbolo religioso, acender uma vela, fazer uma oração, colocar uma flor, fazer esse ritual de despedida. Criar um santuário e fazer esse momento de despedida, mesmo sem a presença do corpo, sem o velório como a gente está habituado na nossa cultura, pode ajudar nessa elaboração da perda.

Maria Regina Bortolini: Os ritos de passagem cumprem esse papel de nos ajudar nessas situações. Passagem da presença física, emocional, dessa pessoa e ausência permanente dela, a partir da morte. Seja como for, nos permite equacionar que daqui para frente essa pessoa se foi.

Jociane Gatto: A gente precisa usar da nossa criatividade para buscar estratégias, para conseguir essa elaboração. O velório em si ajuda, mas ele não vai poder acontecer, isso é o fato, não adianta ficar se martirizando. Um dos trabalhos que temos feito no hospital são as visitas virtuais. A gente telefona para os familiares, para que eles possam ver, porque você ter um boletim médico é uma coisa, você ver o quadro é outra. E ajudamos na compreensão desse contexto, a equipe discute, estimula a família a trazer suas duvidas, para entender o que está acontecendo. Mas em muitas situações é muito abrupto, o óbito acontece de uma maneira muito rápida e a pessoa fica com esse vazio.

Maria Regina Bortolini: Mesmo com a situação que estamos vivendo as pessoas ainda reagem com uma certa surpresa. Esse sentimento coletivo no início da pandemia, em que todo mundo tinha medo, hoje parece que, mesmo com mais de 35 mil mortos, um morto a cada minuto, esse sentimento de comoção e medo não existe mais. Uma parte da população está vivendo, coletivamente esse sentimento de negação. Por mais que a gente encare que o inimigo tá lá fora, nós rezamos para ele não chegar. “Vai acontecer com todo mundo, mas comigo não”; e quando acontece sempre há essa sensação de surpresa.

Jociane Gatto: Esse mecanismo de negação, ele faz justamente eu pensar que isso não vai acontecer comigo, eu to distante, eu estou de alguma maneira protegida. Algumas pessoas acham que esse número é pequeno, se formos comparar com o volume da população do Brasil, o percentual é um percentual baixo, porque nós somos um país populoso. No nosso município, por exemplo, estamos com 79 mortes, e se a gente for pensar, a cidade tem 200 mil habitantes, 79 mortos nesse volume é um número pequeno. É um número pequeno se não for um parente meu. Se um desse número for um familiar meu, vai me doer muito. Então as pessoas têm esse mecanismo de negação, porque a estatística ainda não se aproximou delas, quando a estatística se aproxima, você dimensiona de uma maneira diferente. E aí você tem um pavor, é o que eu vejo nas pessoas que estão com parente hospitalizado, um pavor de que aquela pessoa venha a morrer e se tomar um destes números. Essa negação tem um efeito muito danoso nesse aspecto, porque primeiro eu me sinto protegida, depois que a estatística se aproxima de mim, eu começo a valorizar os números.

Recentemente eu vi uma foto que me entristeceu muito, uma equipe de psicólogos de um hospital com uma camisa de super-herói. Isso é muito ruim, porque eu vejo os profissionais da área de saúde sendo colocados como super-heróis e não são. Eles estão adoecendo, estão morrendo e a gente não pode se iludir com essa capa de super-herói, não é verdade.

Maria Regina Bortolini: Não são invencíveis, são pessoas. Pessoas que merecem cuidado, merecem condições de trabalho adequadas. Inclusive, eu fico imaginando, se é difícil para todos nós da população em geral, guardadas as nossas diferenças, pros profissionais de saúde os fatores estressores se agravam, porque para além de todos os fatores que todos nós estamos vivendo, vocês estão lidando com o risco de morte constante. Vocês estão trabalhando num ambiente onde as possibilidades de contaminação são infinitamente mais altas. Então, verdade, colocar essa coisa do super-herói para o profissional médico, é também romantizar um pouco a condição de trabalho desse profissional.

Jociane Gatto: E eu acho que acaba favorecendo esse pensamento mágico de que não vai acontecer. Então a gente não deve ter essa ilusão. Essa ilusão é nefasta, ela é danosa e prejudicial à saúde inclusive. A gente tem que buscar olhar, de forma às vezes sofrida, aquela realidade, porque é isso que vai me dar recursos para enfrentá-la. Ao contrário do que se pensa, vai ser assim que eu vou me instrumentalizar, isso vai me aparelhar para lidar com essa realidade e não contrário. Quanto mais eu negar, mais sujeito, mais suscetível eu vou está a esse perigo.

Então temos que se proteger, pois em algum momento eu vou me deparar com essa doença, seja comigo, seja com algum familiar próximo. Está sendo unanime a fala dos estudiosos de que essa flexibilização neste momento é um erro, porque estamos com a curva acendendo, os nossos números estão longe da realidade, um dos países que menos está testando é o Brasil, então nós não sabemos, na realidade, qual o número de casos.

Maria Regina Bortolini: Normalmente a fonte da nossa ansiedade tem a ver com as incertezas em relação ao futuro e a capacidade que a gente tem ou não, para enfrentar o que está por vir. O cenário que estamos enfrentando, é um cenário de muita incerteza. Eu vejo algumas pessoas se agarrarem a soluções fáceis como “tá bom, vai abrir agora e a vida vai voltar normal”, mas isso não é tão simples.

A gente já viu em outros países mais uma onda de contaminação acontecendo exatamente por conta disso. Mesmo que essas ondas possam ser menores, mesmo que o sistema de saúde tenha a capacidade de atender, o fato que me parece consensual é que não vamos estar livres de lidar com a situação da pandemia até uma vacina aparecer, e uma vacina não vai aparecer nos próximos dois meses. Mesmo que ela seja elaborada, desenvolvida, ainda vai exigir um tempo de teste, ainda vai exigir um tempo de produção para que ela possa ser multiplicada e distribuída no mundo. E ela ainda tem que chegar no Brasil. Se as nossas pesquisas não gerarem a vacina, ela ainda tem que chegar no Brasil, que ainda um desafio, considerado o arranjo econômico internacional que tá posto nesse momento. Então, eu diria ainda temos aí pela frente um bocado de tempo para lidar com essa situação.

Diante disso, a gente precisa encontrar recursos internos para lidar com tudo isso, para não ir todo mundo para terapia, para não precisar que todo mundo tome um medicamento.

Jociane Gatto: Tudo isso que você colocou é uma realidade que temos que enfrentar. A gente já viu que a negação é o pior dos caminhos, porque eu negar essa história me faz subestimar essa situação, subestimar este inimigo e eu posso me deparar com uma realidade dura demais sem estar preparado para ela. Olhar para a realidade, por mais dóido que seja, é o que me empodera, é o que me dá recursos. Quando eu estou empoderada eu estou segura de uma situação, eu estou segura de um contexto e eu consigo me virar. Eu acredito sim que temos condições de se virar nesse contexto ruim, desde que eu tenha um mínimo de recursos pra enfrentar.

Eu acho que a gente está falando pra uma população especial, uma população seleta, o público que tá nos ouvindo aqui é um público que tem um recurso mínimo. Estamos numa situação privilegiada. Então isso também tem que nos tranquilizar de alguma maneira, por mais que a gente venha atravessar por dificuldades, que sejam econômicas ou da própria doença, se eu vier me deparar com ela em algum momento, eu tenho recursos mínimos para enfrentar isso.

Essa pandemia nos faz deparar também com uma crise social. As pessoas que estão nas periferias, mais desamparados financeiramente, socialmente, vão ter mais dificuldades. A classe média está sendo menos afetada, isso é uma realidade! Porque a gente está conseguindo fazer o isolamento, porque a gente tem uma boa alimentação, porque a gente, bem ou mal, tem o recurso da saúde. Estamos conseguindo atravessar isso com um pouco mais de segurança, nossa ansiedade diminuiu

um pouco, porque eu percebo que a minha estrutura tá mais ou menos organizada, com toda dificuldade que a gente possa estar atravessando nesse momento. Enquanto não houver vacina vamos ter que lidar com esse inimigo, eu vou ter que entender que esse inimigo tá aí. A perspectiva de vacina, para os mais otimistas, está para meados do ano que vem.

E estando nessa condição de privilégio, pode ajudar de várias formas quem não tem essa condição. Seja participando de movimentos sociais, ajudando cooperativas, comprar em pequenos produtores, ajudar o comércio local. Eu por exemplo, há alguns dias contribuí para um vaquinha virtual para uma cooperativa de catadores de lixo. E isso já me ligou um alerta e eu mandei mensagem para uma irmã minha que trabalha na prefeitura para saber se tinha cooperativa de catadores de lixo aqui Petrópolis. E a partir disso, comecei a separar o lixo para reciclagem, coisa que eu não estava fazendo mesmo nesse isolamento social. E agora estamos conseguindo reciclar efetivamente, porque existe uma cooperativa que está funcionando ainda nesse contexto da pandemia.

Maria Regina Bortolini: Isso é uma coisa importante, porque mesmo sendo uma coisa pequena, se muitas pessoas começam a fazer a mesma coisa nós conseguimos ajudar muito. É comprar com o pequeno produtor, que ele eventualmente está tendo dificuldade de distribuição. É ajudar o catador de lixo que ficou sem ter os mecanismos usuais para catar o lixo e que agora, através dessa pequena ação, ele também vai sobreviver. E se eles possuem uma condição econômica melhor, eles têm mais recursos para enfrentar o resto.

Se nós tivermos uma visão de conjunto um pouco mais ampla, independente de qualquer ação de gestor público, podemos, a partir de pequenas ações, ajudar o fortalecimento desta rede social. Por exemplo, eu comprei algumas máscaras a mais, e quando aparece um entregador que está sem máscara, eu dou uma máscara para ele. Não custa nada, para o meu orçamento isso é muito pequeno. Se tá dentro do meu campo de ação, se são pessoas que eu alcanço, se são situações que eu posso fazer, então por que não fazer?

É importante, nesse sentido de empoderamento frente a pandemia, em uma situação de crise tão grande – que abarca crise econômica, crise política, crise de saúde pública – e prolongada vai gerando também uma sensação de impotência.

Existe um monte de coisas que a gente pode fazer. E que vão construindo um sentimento de potência, de sentir que estamos podendo fazer algo para fora de si. É pequeno, mas de grão em grão tá ajudando de alguma forma a enfrentar a situação geral e a criar redes de solidariedade.

Jociane Gatto: Rede, essa é a palavra. Uma fala que ficou em alta um tempo atrás e que eu acho que faz muito sentido agora é: “Ninguém solta a mão de ninguém”.

Eu acho que a gente precisa, mesmo de forma virtual, estar próximo, ajudando e preocupado com as pessoas. A primeira compra de máscara que eu fiz foi de uma pessoa que tava produzindo, eu

poderia ter comprado a máscara descartável, mas num momento em que não estava nem sendo falado nessa obrigatoriedade do uso da máscara, eu vi uma pessoa anunciando no Facebook, e fiz uma encomenda de máscara de tecido com ela.

Maria Regina Bortolini: Você falou uma palavra que eu amo: Espírito de comunidade. A gente precisa fortalecer esse espírito de comunidade. Quando compramos do produtor local, quando ficamos atentos com o entregador, não só no sentido da doação, mas numa solidariedade que cria rede de suporte e que garante a sustentabilidade da comunidade. A gente só vai sobreviver a isso tudo se construirmos essa rede solidária, se a gente desenvolver este espírito comunitário e se pararmos de olhar só para si e enxergar que o mundo é maior que nós.

Jociane Gatto: Nós somos um grãozinho de areia. Acho que quando nós temos essa humildade, se você dá atenção, se você é gentil, se você passa aquela informação adiante, às vezes isso é o que aquela pessoa precisa, ela precisa daquele apoio moral.

Uma coisa que eu não gosto é de caridade. Eu acho que a caridade, ela me coloca numa posição de superioridade. Eu acho que as pessoas tem que ter dignidade. Eu não tenho que fazer caridade para ninguém, mas eu posso, ao invés de comprar do Extra – que é uma rede grande de supermercados – comprar no pequeno produtor

Enfim, espero ter contribuído, que eu tenha trazido informação consistente e reflexão. Porque eu acho que a informação ela tem que servir para isso, para fazer a gente pensar e ir em busca de outras informações. Acho que bom é quando a gente sai com mais dúvidas, com vontade de aprender mais, vontade de entender mais, isso é que é rico. E eu só tenho agradecer, e eu to aqui disponível, pode me convidar quando quiserem. Essa discussão me enriquece, me impulsiona, me motiva e me enche de potência, para usar aí o discurso mais filosófico.

Desigualdades Sociais no Contexto da Epidemia: Um Olhar Sobre os Dados Nacionais

Social inequalities in the context of the epidemic: a look at national data
Desigualdades sociales en el contexto de la epidemia: una mirada a los datos nacionales

Miguel Abud Marcelino

Convidados: Cristiano Siqueira Boccolini, Dália Elena Romero e

Cristina Maria Rabelais Duarte

Retextualização: Calebe Lima de Brito

18.06.2020

Cristiano S. Boccolini - graduado em Nutrição, fez doutorado e mestrado em epidemiologia, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Fez parte do seu doutorado em Berkeley e o aleitamento materno e nutrição materno-infantil é seu tema de interesse primário. Pesquisador Colaborador do NIPPS, é também pesquisador do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, LIS/ICICT e professor de epidemiologia em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Dália Elena Romero - Graduada em Sociologia pela Universidade Católica Andrés Bello, mestre em Demografia pelo Colégio do México e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Lis/Icict). Tem experiência na área de Demografia e Saúde Pública, especialmente nos temas de avaliação da qualidade da informação, envelhecimento e saúde do idoso, monitoramento de indicadores de saúde e componentes da dinâmica demográfica.

Cristina Maria Rabelais Duarte – Graduada em Nutrição, é doutora em Políticas Públicas e mestre em Epidemiologia pela Escola Nacional Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora do NIPPS e do LIS/ICICT e professora titular da Faculdade de Medicina de Petrópolis, além de avaliadora ad hoc do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (Inep/MEC). Tem experiência em pesquisa, ensino e gestão acadêmica na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia e Políticas Públicas.

Miguel - Esse é um seminário do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social – NIPPS, que visa a discutir as desigualdades sociais na pandemia causada pela Covid-19. Nossos palestrantes, seguindo a ordem de apresentação, serão: primeiro o Cristiano, depois a Dália e Cristina. Gostaria de dar as boas-vindas a todos e passar a palavra para o Cristiano, que vai falar sobre sistemas de informação para monitoramento da Covid-19.

Cristiano - Primeiramente, é importante abordar questões a respeito do Sistema de Informações e de como esses sistemas podem demonstrar as desigualdades ou, às vezes, torná-las invisíveis. O Brasil possui tradicionalmente um sistema de informações robusto e, sobre ele, podemos citar por exemplo, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Hospitalar (SIH), Agravos e Notificações (SINAN), Atenção Básica (SIAB) e, outros.

Temos assim, sistemas de informação que abarcam todo o ciclo de vida, desde o nascimento até a morte.

No caso do Covid-19, foi grande a surpresa de muitos ao perceberem que esse não foi incluído dentro do sistema que normalmente acompanha problemas semelhantes, como a dengue e a tuberculose (SINAN). O Ministério da Saúde decidiu logo no início da pandemia, próximo de fevereiro, criar o que eles denominaram de SUS-CAP. Esse, é um formulário desenvolvido em Redcap, que é uma plataforma de coleta de dados. Embora seja um formulário com boas informações, eles poderiam ter utilizado simplesmente os sistemas que o Brasil já possuía, como o SISVEP-GRIPE que já está funcionando há alguns anos no Brasil. Eles começaram a coletar desde os primeiros casos até o final de março aproximadamente. Todavia, logo depois eles migraram para outro sistema, o e-SUS-VE, que faz a notificação de vigilância epidemiológica no SUS e, também migraram para o SISVEP-GRIPE. Dessa forma, houve 3 sistemas de informações para notificar casos no Brasil.

O e-SUS-VE capta casos leves e moderados de Covid-19 que são atendidos na atenção básica e nas redes particulares; caso ocorra hospitalização por causa da Síndrome Respiratória, esses casos são notificados via SISVEP-GRIPE. Todas essas informações estavam disponíveis para o público, a exceção era a SUS-cap. Por isso, nossa equipe empenhou-se para que, via Lei de Acesso à Informação, o Ministério da Saúde (MS) liberasse essa base de dados. Essas informações estão disponíveis de forma individualizada, ou seja, é mostrado para cada indivíduo testado o resultado caso seja positivo ou negativo, apenas não mostra dados que devem ser deixados no anonimato, como nome e endereço. Embora seja importante que essas informações mantenham-se anônimas, temos problemas para saber se uma pessoa que teve suas informações notificadas no SUS-cap também a teve em outros sistemas, como o e-SUS-VE. Assim, podemos supor que alguns casos podem aparecer duplicados nos números. Porém, ainda há muita subnotificação e, ainda, a rede privada em sua maioria não usa o sistema de informações e acaba por não notificar casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. Por exemplo, os laboratórios particulares que fazem teste sorológico de PCR podem, eventualmente, não notificar. Deveria haver a obrigatoriedade de notificação, todavia, na prática não ocorre.

No caso do óbito, é possível obter dados através do certificado de óbito, registrado no cartório entre 24-48 horas após o falecimento da pessoa. Há a notificação dos municípios, que é feita de modo manual para o Ministério da Saúde e esse, repassa as informações via Sistema de Informação de Mortalidade, o SIM. Então, a população obtém acesso à declaração de óbito. Porém, também temos acesso às informações das mortes de hospitalizados no SISVEP-GRIPE, de modo que não saibamos novamente se há informações duplicadas.

Além desse problema da duplicidade de informações, os sistemas também demoram a processar esses dados e a conceder as informações. Por exemplo, o SIM tem problemas com o tempo de demora entre o registro da morte ser feito e digitado pelo município, enviado ao Ministério da Saúde, verificado e ser contabilizado. Por isso, é possível ouvir nos noticiários falas como: 1000 casos novos e 350 nas últimas horas. Isso, ocorre devido à demora que os municípios naturalmente têm para transmitir as informações de novos óbitos. Ademais, há uma grande quantidade de indicadores e esses, podem ser usados de diversas formas segundo as intenções de quem os utiliza e acabamos por observar seu eventual uso político.

Esses dados são muitos, variados e complexos. Por isso, precisam ser consolidados e compilados para serem transformados em informação para a população. Por exemplo, há o número de óbitos, casos de óbitos acumulados, casos de óbitos diários, taxa de mortalidade total e padronizada. A taxa de mortalidade total pode ser obtida ao considerar o número de mortes por Covid-19 e dividi-lo pela população residente e, após isso, deve haver a multiplicação do resultado por 100.000. A padronizada é um pouco mais complexa e exige certo ajuste para as faixas etárias daquele país ou local. Já a taxa de letalidade, é determinada pelo número de óbitos, de forma que o numerador seja o número de óbitos e o denominador, o número de casos de Covid-19. Isso ocorre pois precisamos saber quantos doentes têm na população. Essa questão é importante porque levanta um problema, que é o fato de estar havendo testes com menor intensidade e volume do que deveria haver. Os casos ao redor do mundo que obtiveram sucesso, foram justamente aqueles que mais testaram, como é o caso da Coreia do Sul e, também, da Nova Zelândia. Porque assim, é possível descobrir quais foram as pessoas que testaram positivo, quais faleceram e assim, podemos descobrir a taxa de letalidade do Covid-19, que costuma ficar em torno de 1 a 2% nos países citados.

Países que não conseguem testar proporcionalmente a sua população como o Brasil, tendem a possuir uma taxa de letalidade maior como é o caso do Estados Unidos da América que, embora teste em grande volume, ainda testa de maneira insuficiente para cobrir o total da população. Assim, a letalidade flutua em valores próximos à 8 ou 10%.

No caso da mortalidade proporcional - total de óbitos que acontecem naquele dia, semana ou mês, e quantos desses são devidos ao Covid-19 - pode-se supor que entre 5 à 6% dos óbitos que estão acontecendo hoje no Brasil devem-se ao Covid-19.

É possível inferir, a partir dessas informações, que há um grande volume de dados complexos para serem administrados o que exige grande esforço para relacionar as diversas fontes de entrada com diversos vieses. São dados que possuem grande potencialidade para fornecer informações, porém caso levemos em conta a grande quantidade de dados, a diversidade que há em uma população tão heterogênea, do ponto de vista social e econômico, em um país com dimensões continentais como o Brasil, temos que admitir o grande desafio que é traduzir isso em informações nítidas e palpáveis.

Compreender a grande variedade de dados, as desigualdades e heterogeneidades que existem no país, permite perceber o fato de que embora seja muito repetido que o vírus não segue a classe social, ao olhar as informações que retornam, compreende-se as desigualdades na velocidade como ele se espalha em certa população ou região caso comparemos com outra. Isso, pode ser exemplificado pelo fato de a população negra e pobre ser mais atingida. A grande questão é que com as informações sendo feitas como estão, há certa dificuldade em perceber a desigualdade em meio a pandemia, uma vez que há a informação que pessoas estão morrendo mas não existem dados suficientes para comparar as diversas particularidades dentro da sociedade brasileira, de modo que seja difícil averiguar com os dados a desigualdade que vemos na realidade, no caso da pandemia. Ainda assim, pode-se depois de analisar cuidadosamente, perceber certos padrões e observar que, por exemplo, a população idosa sofre com uma taxa de mortalidade maior, homens são infectados e morrem mais rapidamente que as mulheres e, negros possuem, proporcionalmente, uma taxa de mortalidade de 20 a 30% maior que a população branca.

Por fim, é necessário enfatizar que há boas iniciativas para transmitir dados à população, como o Portal da Transparência do Covid-19, que avalia como essas informações são produzidas e disponibilizadas para a população. Ao analisar o que por ele é oferecido, percebe-se um padrão altamente desigual no Brasil ao entender que estados e municípios têm sido negligentes para comunicar o avanço da doença. Outro exemplo de boas iniciativas, é disponibilizado pelo ICICT da FIOCRUZ, que é o Monitora Covid-19 que faz um trabalho exemplar para reunir dados e nos apresentar as informações pertinentes. Dessa forma, é preciso reafirmar a grande complexidade de dados que há e enfatizar o fato de haver grande subnotificação, próximo de 40%, que nos permite apenas enxergar na curva da pandemia a informação de cerca de duas semanas anteriores à que estamos, de forma que, se temos 50.000 óbitos, possivelmente na realidade há algo em torno de 70 mil.

Miguel: Nós agradecemos a participação do Cristiano! Agora vou passar para a professora Dália, falando sobre as desigualdades sociais e o impacto da COVID-19 em idosos.

Dália: Bom, queria agradecer à Cristina pelo convite, e especialmente a todos vocês por estarem aqui para escutar um pouquinho sobre a desigualdade e saúde do idoso.

Bem, para dar início a minha apresentação, primeiro é preciso esclarecer a diferença que há entre o envelhecimento individual e o envelhecimento populacional. Além disso, deve-se observar que o Brasil é um exemplo no que tange não apenas leis e políticas mas também um Sistema Universal de Saúde que cubra a época da velhice. Isso, porque na maior parte dos países esse é um dilema para a pessoa idosa, que normalmente já sofre com a desigualdade conforme avança em idade. Assim, cabe que esses conceitos à respeito do envelhecimento sejam desmistificados. O individual, retrata um processo orgânico e natural, que parece inevitável independente do avanço tecnológico. Já o

envelhecimento demográfico populacional, depende da estruturação social por idade da população. O caso do Brasil é um exemplo de um país que envelheceu, não porque aumentou a expectativa de vida como a mídia coloca, pois embora tenha ocorrido, possui baixo impacto nesse aspecto no caso brasileiro. O que determinou o envelhecimento demográfico em vários países da América Latina na verdade, foi a diminuição da fecundidade de maneira rápida e acentuada. De maneira que, ao olhar para a questão do Covid-19, seja possível perceber que haverá rejuvenescimento na estrutura demográfica brasileira. Então, tudo o que foi dito no ano passado, que se deve aumentar a idade da aposentadoria porque o brasileiro estava vivendo mais, deve ser revisto. Ano passado era possível ouvir que o idoso com 60 anos de idade era forte e saudável e por isso, deveria trabalhar mais e, agora estamos falando que ele é fraco e doente, que tem que ficar em casa. Para melhor entender essas questões e ampliar a reflexão à respeito do contexto do envelhecimento, é preciso citar o livro *A Velhice*, que trabalha esse tema que estamos abordando de forma brilhante, como é possível perceber no trecho “Terrível não é a morte, mas a velhice e seu cortejo de injustiças”. *No Brasil morrer idoso e por uma causa como a Covid-19 implica em um cortejo de injustiças*.

Após trabalhar essas questões à respeito da velhice, é preciso abordar um aspecto importante para a questão do idoso no Brasil, que é o SUS. Embora tenha problemas que devam ser consertados e que todos aqui tenham críticas, porque sempre haverá, deve-se considerar a importância desse sistema. Para isso, pode-se analisar um dado que revela o ponto central da importância do SUS quando tratamos o tema da velhice. Esse dado demonstra a população de acordo com o estrato social e, podemos perceber que mesmo em pessoas de classe média e alta, quanto maior a idade, menor é o número de pessoas com plano de saúde. Isso, significa que quanto maior a idade da pessoa, mais dependente do SUS ela é. Por isso defender o SUS, não é apenas defender os interesses dos mais pobres ou de apenas parte da população, mas é defender o direito de toda a população.

Dito isso, de acordo com a pesquisa feita por nossa equipe, encontramos diversos dados sobre a desigualdade social no que tange ao ser idoso no Brasil. A primeira questão levantada nessa pesquisa é que o Brasil é um país extremamente desigual territorialmente, principalmente para o idoso. Isso, porque nem todos os idosos são iguais e são ainda mais distintos quando trabalhamos as diferentes regiões do Brasil, por exemplo quando comparamos um idoso da região norte e outro da região sudeste. A população idosa analfabeta no Brasil, segundo uma estimativa de 2014 feita pela pesquisa nacional por amostra à domicílio, é bem alta por exemplo. No sistema da FIOCRUZ, o SISAP-IDOSO, é possível observar que 63% dos idosos na região nordeste são analfabetos funcionais, ou seja, não conseguem interpretar a informação que quer ser transmitida pelo texto. Essa questão deve ser motivo de preocupação porque, do modo que têm sido abordada a promoção da saúde em tempos do Covid-19, é impossível pensar que tudo será realizado pelo telefone e pela internet.

Uma pesquisa que em breve estará na revista, trata a questão da desigual mortalidade segundo raça-cor durante todo o século XXI, porém sem os dados do Covid-19. Nela, é possível observar que a idade média da morte de um indígena em 2017 era de 45 anos. Isso significa que todos os que morreram tiveram em média 45 anos, enquanto que em uma pessoa branca teve a média de 68 anos de idade. A partir desses dados, é possível realizar o questionamento de quem tem direito a morrer como um idoso no Brasil.

A primeira morte por Covid-19 no Rio de Janeiro, um idosa de 62 anos - mostrou um pouco do grande problema que seria o Covid-19 para a nossa realidade. Esse caso foi de uma idosa, que se contagiou na casa em que trabalhava como empregada doméstica no Leblon, bairro de classe alta. Faleceu no município onde morava, em meio à pobreza. Isso, demonstrou como iria ocorrer a pandemia a partir dali uma vez que esse vírus chegou aos países por meio dos aviões. No Brasil, as pessoas de classe média e alta estavam viajando e até hoje exigem que a empregada doméstica em meio a pandemia continue indo às suas casas para trabalhar. Esse mesmo problema aconteceu com os cuidadores dos idosos e com os entregadores também. Assim, podemos perceber por exemplo, que em Niterói a idade média das mortes dos casos de COVID, era de 76 anos enquanto que em Belford Roxo era de 57 anos. Isso, mostra a diferença entre uma pessoa pobre de 60 anos pra uma rica com a mesma idade. É totalmente diferente a idade corporal - física. Petrópolis por exemplo, era 65 anos enquanto Itaguaí, 44.

Por causa desses dados e da preocupação com os mesmos, o ICICT¹²³ – sob a coordenação de Célia Landmann e Deborah Carvalho em uma parceria da FIOCRUZ com a Universidade de Minas Gerais - iniciou uma pesquisa, chamada de ConVid. O objetivo foi estudar pessoas que estavam em isolamento social e durou de 24 de abril à 24 de maio, houve 45.000 respostas e desse total, 9.000 respostas dos idosos – 20%. Observou-se a partir disso, o quanto a pandemia afeta de maneira desigual, não apenas a morte, mas o dia a dia dos idosos. Por exemplo, foi percebido que um em cada dois idosos que trabalhavam, não tinha vínculo empregatício. Então, muitos idosos não estão aposentados e têm que trabalhar e os que estão, também têm, porque alguns estão em condição de pobreza, e nós vimos que 20% dos domicílios brasileiros dependem da renda do idoso. Podemos concluir desse dado também que, com a pandemia, a renda do idoso foi muito afetada. Outro fato percebido foi que mais de 30% dos idosos que estavam trabalhando, exerciam uma atividade essencial (como enfermagem ou motorista de ônibus).

Outro dado importante encontrado, foi sobre domicílios com idosos e seus cuidadores. Observou-se na Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013 que de cada 10 domicílios pelo menos 3 têm um idoso e, desses domicílios, 1 a cada 10 têm um idoso em casa que precisa de cuidado para comer, para fazer alguma atividade da vida diária. Na pesquisa realizada durante a pandemia, a Covid, observou-

¹²³ ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.
Intervozes: trabalho, saúde, cultura. Petrópolis, v. 5, n. 1, p 114-128, maio 2020

se que de cada 100 idosos que precisava de cuidado, havia 20% como cuidadores contratados e 72% era alguém não contratado, como um familiar. Percebeu-se que normalmente uma mulher adulta, da própria família, que fica por conta do cuidado. No caso de pessoas da cor branca há muito mais cuidadores contratados. Porém, quando a família é pobre, e isso está relacionado à cor, quase não há cuidador contratado. Nessa etapa em que tanto se falou do isolamento social, mais da metade dos cuidadores continuaram a trabalhar, continuaram pegando ônibus, saindo para trabalhar.

A solução para essa questão não é simples e, talvez, se houvesse o aumento do alcance da Atenção Primária, seria possível acompanhar mais idosos nessa pandemia e auxiliá-los nessa jornada. Entretanto, o que é observado é o enfraquecimento de alguns setores da Atenção Primária, principalmente na pandemia, como é o caso do agente de saúde na comunidade. Talvez, com um melhor acesso à saúde da família, mais fortalecida, com conexão à alguém como o agente, que estivesse conectado à realidade do indivíduo, que ligasse e o acompanhasse, provavelmente não haveria tantos problemas com a saúde do idoso quanto estamos tendo nessa pandemia.

Por fim, é preciso entender que a morte de um idoso pobre é uma morte para todos também, uma perda para o Brasil e, é a reprodução não apenas da pobreza, mas da tristeza.

Miguel: Muito obrigado Dália, excelente apresentação. A questão do idoso perpassa também por estudos que estamos fazendo no NIPPIS em relação às pessoas que são usuárias do Benefício de Prestação Continuada. Nesse sentido, eu gostaria de chamar atenção pra uma questão interessante: foi aprovado recentemente um aumento do recorte de renda *per capita*, para acesso a esse benefício, mas vai precisar de regulamentação ainda para o próximo ano. Com isso podemos observar a importância dos cadastros sociais, ainda mais pra situação como essa agora que estamos vivendo. Se as pessoas mais pobres já estivessem efetivamente cadastradas, a distribuição de renda seria mais efetiva. Isso é um problema em tempos de pandemia para as pessoas em extrema vulnerabilidade social, o que inclui muitos idosos que normalmente têm que sustentar suas famílias e se expor ao risco trabalhando, em meio a esse cenário caótico.

Bom, eu vou aproveitar e passar a palavra pra Cristina, que vai falar sobre os dados nacionais relacionados à desigualdades na pandemia.

Cristina: Gente, boa noite. Antes de mais nada eu queria muito agradecer ao Cristiano e à Dália pela gentil participação e excelentes apresentações. Eles são dois colegas lá da FIOCRUZ e a gente tem trabalhado sob bastante pressão, porque o trabalho de pesquisa nessa época tem sido tenso e quem trabalha com dados sempre trabalha tenso pra analisar e, principalmente, pra correr atrás do dado!

Primeiramente, pra abrir a minha fala, queria provocar uma reflexão à respeito dos dados atualizados ontem à noite: 959 mil casos acumulados no Brasil, 29 mil casos novos, 46 mil óbitos acumulados e 1.144 óbitos registrados novos ontem, 17 de junho¹²⁴.

É importante dizer que a infecção por Coronavírus e todas as outras enfermidades, entre as quais, todas as que motivaram alerta da OMS para emergência de saúde de interesse internacional, são fruto da forma como o homem se relaciona com a natureza.

Essa é a sexta vez que a OMS declara emergência de interesse internacional desde a sua criação em 1948. Uma emergência global em saúde é decretada pela OMS quando um evento extraordinário de saúde constitui um risco de saúde para outros países pela possibilidade de disseminação da doença, exigindo uma resposta coordenada de vários países. Esse critério foi definido por meio da edição de um regulamento sanitário internacional. A primeira vez que foi decretada emergência foi em 2009, com a H1N1 que matou na época 18.500 pessoas em todo mundo, embora o número possa ter sido até 15 vezes maior. Em 2014 foi por causa da poliomielite, vigente até hoje – são 10 países da Ásia, Oriente Médio e África que tiveram surtos ativos. Em 2016 foi por causa da Zika. Em meados de 2016, 87 países e territórios tiveram evidências de transmissão. Ela foi encerrada em novembro de 2016. Epidemias de Ebola foram caracterizadas por duas vezes como Estado de Emergência em Saúde Pública. Em 2014, com 11.000 mortes e quase 30.000 infectados na Ásia Oriental, Serra Leoa, Guiné e Libéria. E em 2019, que segue até hoje, devido à epidemia na República do Congo, que registrou 2.200 mortes e 3.300 infectados desde agosto de 2018 até fevereiro de 2020.

A pandemia que estamos vivendo não é democrática. A saúde, na verdade, não é democrática. Nunca foi.

Na segunda metade do século passado, em 1980, a mortalidade infantil no Brasil batia mais de 80 óbitos a cada 1000 nascidos vivos. No nordeste brasileiro era de 130 e no Sul era de 58. Morria-se de diarreia, pneumonia e deficiências nutricionais, todas relacionadas à fome. Hoje a mortalidade infantil está em torno de 12 óbitos para cada 1000 nascidos vivos no Brasil. Diminuiu bastante, mas as diferenças continuam. No Norte e Nordeste, respectivamente, 15 e 13 crianças morrem antes de completar um ano, enquanto que no Sul 9,9 morrem nesta fase, quando a vida deveria apenas estar começando.

O que convencionamos chamar de Determinantes Sociais da Doença, como categoria de estudo que muitos dos alunos aqui já aprenderam, é um modelo de explicação do processo do adoecimento humano, e é justamente a face mais cruel que a pandemia desnuda sem pudor, violentamente, como um tsunami. É importante refletir sobre o que estamos chamando de Determinantes Sociais da Doença, especialmente porque não é apenas na pandemia que eles se aplicam na hora de explicar as

¹²⁴ Na data dessa publicação já são mais de 10 milhões de casos e 250 mil mortes por Covid-19.

diferentes formas de adoecimento. Compreendê-los e incorporá-los dentro do planejamento de políticas públicas têm sido e certamente será um grande desafio no momento pós-pandemia. Admitir que o processo de adoecimento também é determinado socialmente, pressupõe dizer que a saúde não é apenas um fenômeno biológico, mas fruto de processos sociais históricos, que são formas específicas de relações entre as pessoas e dessas com a natureza. Em outras palavras, as doenças não são produzidas exclusivamente pela ação externa de um ambiente agressivo ou pela forma como determinado organismo reage à agentes patogênicos como, por exemplo, o COVID-19, mas são fruto de um conjunto de sistemas complexos de efeitos produzidos pela interação entre pessoas e os meios onde vivem - ambiental, cultural e histórico. Um sistema que têm que ser visto como um todo, onde os seus componentes interagem, e também como processual, isto é, que muda no tempo.

No Brasil, assim como em todas as sociedades de classes, a relação entre as classes determina as diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida. O maior ou menor desgaste no trabalho e a maior ou menor possibilidade de acesso aos bens e serviços necessários à sobrevivência estão diretamente relacionados à classe social a qual cada sujeito pertence. Assim, a estratificação da sociedade em classes, molda as desigualdades sociais, já que configura e contribui para a distribuição desigual dos fatores que determinam a doença e o bem-estar – sejam eles materiais, biológicos, psicossociais ou comportamentais. Diferentes padrões de acesso à bens e serviços, resultam em diferentes formas de se viver, adoecer e morrer – ou seja – resultam em diferentes perfis epidemiológicos. Admitir a importância dos determinantes sociais na saúde de indivíduos e populações implica em combater as iniquidades ou desigualdades em saúde que eles geram.

É importante sublinhar que as desigualdades sobre as quais estamos falando ou iniquidades sociais em saúde, são diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente, que são sistemáticas, ou seja, que se repetem, reproduzindo um padrão, atingindo grupos específicos que se tornam mais vulneráveis em termos sanitários.

Para estudiosos de determinantes sociais da doença, trabalhar com o conceito de vulnerabilidade têm sido mais revelador para compreender a dinâmica do adoecer e do morrer. No caso do coronavírus, o termo vulnerabilidade nos ajuda a entender elementos sociais e econômicos que interferem na capacidade das comunidades ou populações de se prevenirem ou buscarem um tratamento. É o caso de comunidades sem saneamento básico e disponibilidade de água e sabão para higienizar as mãos e que moram longe de hospitais com estrutura médica completa. Vulnerabilidade é um termo originado da discussão sobre direitos humanos, geralmente associado à defesa de interesses de grupos ou indivíduos fragilizados. Para essa apresentação, gostaria de considerar a definição de grupos vulneráveis como o grupo de pessoas que por motivação diversa tem o acesso, participação e/ou oportunidade igualitária dificultada ou vetada à bens e serviços

universais disponíveis para a população. São grupos que sofrem tanto financeiramente, quanto social e psicologicamente os efeitos da exclusão, seja por motivos de gênero, etnia, cor da pele, pobreza ou falta de escolaridade, presença de doença física ou mental, entre outros. São essas iniquidades que deixam expostos os mais vulneráveis, que a epidemia de coronavírus agudizou em todo o mundo.

Apesar das dificuldades criadas pelo governo federal para obtermos dados que nos revelem as nuances da desigualdade como Cristiano abordou na fala dele, algumas pistas deixam claro quem sofre e morre mais no Brasil de coronavírus. É indispensável começar dando o rosto e nomeando alguns dos primeiros casos, como fez a professora Débora Diniz na aula 5 do curso pandemia e periferia que é organizado pela Universidade Emancipa, ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. A professora falou no dia 9 de junho e também faz um belíssimo e emocionante trabalho no instagram: @reliquia.rum, ao recriar a vida dos que mais estão morrendo e sofrendo nessa pandemia. Durante a aula, a Débora lembrou da dona Cleonice, que foi o primeiro caso no Rio de Janeiro, também citado pela Dália, que contraiu a virose da patroa que havia retornado de uma viagem da Itália. Morreu porque não lhe avisaram que a patroa estava doente. Lembrou também o caso de Selidalva Marques de 38 anos – no final da gravidez, morreu junto com seu bebê no dia 28 de abril de COVID na cidade de Francisco Morato. Selidalva era enfermeira e era negra.

Entre os enfermeiros, 85% são mulheres, nessa profissão os homens estão no cargo de chefia. Entre os enfermeiros com nível superior, 38% são negros ou pardos, proporção que chega a 53% em técnicos e auxiliares, os que estão na linha de frente. Segundo registros do Conselho Federal de Enfermagem até 7 de maio já haviam ocorrido 80 óbitos de profissionais de enfermagem no Brasil, no Estados Unidos o maior epicentro atual da pandemia, esse número era de 46 e na Itália, 35. Ontem, tivemos mais de 203 óbitos confirmados por Covid-19 na equipe de enfermagem.

A professora Débora finalmente falou da dona Mirtes, mãe de Miguel, que morreu por negligência de sua patroa branca enquanto ela passeava com os cães. Como Selidalva, dona Mirtes também era negra. Ela, junto com o filho, e a mãe dela, dona Martinha, estavam trabalhando em atividades não essenciais em meio à recomendação de distanciamento social.

No Brasil, na população entrevistada na última PNAD, o trabalho doméstico remunerado era opção para 18% de mulheres negras e para 10% de mulheres brancas. 40% dos domicílios tinham a mulher como referência e como chefe de família, sendo que em 34% dessas casas havia a presença de um cônjuge. Entretanto, mais de 98% das mulheres deveriam fazer o trabalho doméstico, caracterizando a dupla jornada. A jornada semanal média da mulher superava em sete horas e meia a jornada masculina. Na pirâmide da estrutura de renda e trabalho, o ápice é ocupado por homens brancos, seguido por mulheres brancas, depois por homens negros e finalmente a mulher negra.

É necessário mencionar que pesquisas indicam que com a pandemia houve o aumento da violência doméstica contra a mulher. Na América Latina houve um aumento de 50% nos registros de abuso doméstico na Colômbia. O feminicídio aumentou 65% na Venezuela em abril. No México, as chamadas de emergência que relatam ataques às mulheres aumentaram em mais de 50% em comparação com o mesmo período do ano passado. No Brasil as denúncias de violência doméstica registradas pelo 180¹²⁵ do governo federal subiram quase 38% somente em abril. Já os feminicídios aumentaram 22% em março e abril somente nos 12 estados analisados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Só no Ceará, o número dobrou e, no Acre, o aumento foi de 300%. Em contrapartida, as denúncias presenciais de assédio e violência sexual despencaram visto que as delegacias também foram englobadas nas regras de isolamento. Mulheres e meninas confinadas 24 horas por dia, algumas completamente presas aos seus agressores...

É possível analisar as características da pandemia para diferentes grupos a partir de subgrupos como gênero, idade, etnias, especificidades corpóreas como as deficiências. Também se pode avaliar diferenças socioeconômicas como renda, ocupação e educação. Entretanto, para isso, é preciso obter dados adequados, o que, como o Cristiano abordou, é complexo e complicado. Como o Brasil vive uma situação onde os dados não são disponibilizados como deviam, com a transparência que deviam, havendo a ameaça de manipulação, é preciso usar os melhores meios e fontes para uma aproximação dos contornos da epidemia.

Em relação à raça e cor da pele por exemplo, o comportamento das mortes nos Estados Unidos é emblemático – 70% dos mortos pela Covid-19 na Louisiana, atingidos por coronavírus eram negros, muito embora essa parcela da população corresponda a 1/3 daqueles que vivem no estado. Em Chicago, onde menos de 1/3 da população é negra, eles correspondem a mais da metade dos infectados e 72% dos mortos. Em Nova York, um dos estados mais afetados pelo coronavírus, morreram primeiro os latino-americanos e em segundo, os negros. Os hispânicos que correspondem à 29% da população em Nova York, correspondem à 34% das mortes por coronavírus na cidade, e os negros, que correspondem à 22% da população, correspondem à 28% das vítimas. Essas questões têm sido explicadas pelas diferenças na qualidade de vida e principalmente no acesso à saúde nos Estados Unidos. Qualquer semelhança com o Brasil não é mera coincidência. A informação sobre raça no Brasil passou a ser incluída na ficha de notificação apenas a partir de abril e, boa parte ainda não é preenchida nas bases de dados que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O que se têm de mais completo até o momento, são os dados divulgados de forma agregada pelo próprio Ministério. O gráfico que estou usando mostra que 57% da população brasileira é de negros e 42% é de brancos. No gráfico de coluna com dados do Covid-19, chamo atenção para os registros sem

¹²⁵ Central de Atendimento à Mulher, serviço ofertado pela Secretaria de Políticas para Mulheres, com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência, e de orientar as mulheres sobre seus direitos, encaminhando-as para os serviços quando necessário.

informação, que estão diminuindo. São dados de 11 de abril até 8 de maio e, conforme os registros sem informação vão diminuindo, aumenta a participação de pessoas negras no número de mortos, que passou de 22% em 11 de abril para 35% em 8 de maio. Em 18 de maio 51% das hospitalizações correspondiam à pessoas brancas e 47% à pessoas negras. Entretanto, a relação de mortes se inverte, 43% das mortes era de pessoas brancas e 55% de pessoas negras.

Vale a pena também, chamar atenção para as pessoas com deficiência enquanto grupo atingido pelo Covid-19, pois têm cerca de 3 vezes mais chance de adquirir infecção por coronavírus – as pessoas com deficiência visual precisam tocar mais objetos e paredes e aquelas com deficiências físicas, por vezes necessitam de equipamentos como muletas e cadeiras de rodas, que nem sempre são fáceis de serem higienizados e muitas têm necessidade de acompanhantes.

Outras desigualdades que vêm à tona com a pandemia são aquelas relacionadas à tecnologia, em especial, na área educacional. O acesso à internet e aos equipamentos na residência por parte dos estudantes e o preparo dos docentes para lidar com os recursos da educação a distância moldam os contornos das desigualdades que definem quem tem a possibilidade de continuar a estudar e quem não tem nos tempos do distanciamento social.

Por fim, é importante mencionar as desigualdades no acesso à assistência à saúde no Brasil – temos o maior sistema de saúde universal do mundo, mas infelizmente problemas de subfinanciamento, má gestão e corrupção, reforçam as desigualdades ao invés de honrar os princípios e diretrizes que constam no capítulo de saúde em nossa constituição. Por outro lado, temos hoje um contingente de 47 milhões de pessoas com planos de saúde privados. As desigualdades de recursos, leitos, tomógrafos e respiradores existentes e disponíveis nos dá algumas pistas das diferenças dessas disponibilidades para quem tem acesso ao SUS e para quem tem acesso ao sistema privado de saúde. O número de leitos de UTI por 100 mil habitantes por exemplo, no total para o Brasil era de 15 e disponíveis ao SUS apenas 7, praticamente a metade.

Essas diferenças se repetem em todas as regiões do Brasil, sendo que todos os recursos estão sempre mais concentrados na região sudeste, na região sul e na região centro-oeste. Respiradores temos 29 por 100 mil habitantes no Brasil total, mas apenas 20 por 100 mil disponíveis ao SUS. Tomógrafos 2,4 por 100 mil habitantes no total, e 1,1 disponíveis ao SUS.

Por fim, para compreender melhor as desigualdades, podemos trabalhar com as categorias geográficas, considerando que as formas de ocupação e apropriação do espaço também são determinadas socialmente. Aqui, outro conceito fundamental é o de periferias – o termo periferia carrega consigo um sentido político, econômico e social, pois não dá para pensar em periferia sem pensar em centro, é um par dialético que faz parte dos fundamentos da teoria do desenvolvimento econômico. O que define as periferias, assim mesmo no plural devido às heterogeneidades, são as

condições e contradições econômico-sociais de seus moradores, as infraestruturas existentes, as territorialidades estabelecidas e reestabelecidas. Quem mora nas periferias está sujeito à maior vulnerabilidade social, da mesma forma que no restante da sociedade, nem todos são iguais nas comunidades periféricas, há pessoas boas e cruéis, honestas e desonestas, os generosos, os amorosos e os violentos – mulheres, homens, crianças, adultos, idosos. Mas, é nas periferias que as desigualdades mostram sua face mais contundente. Se há violência em toda a sociedade, há mais nas periferias; se há doença em toda a população, há mais nas periferias; se a morte é o destino para todos, chega primeiro nas periferias. Porque expectativa é fruto do acesso aos bens e direitos que são sistematicamente negados para as populações periféricas e, assim, não há como falar de uma pandemia com a brutalidade da Covid-19, sem falar de desigualdades espaciais que se expressam desfavoravelmente nas periferias – é nas periferias que residem os que têm menor saneamento básico, maior densidade domiciliar, menos acesso a transporte e a serviços de saúde e onde residem os que não podem parar de trabalhar.

Todas as evidências mostradas iluminam os efeitos potencializadores da pandemia sobre as desigualdades. Incontestáveis e inexoráveis, apesar da omissão de dados do Ministério da Saúde. Certamente, um dos legados dessa pandemia será o desnudamento, a revelação sem nenhum pudor dos efeitos violentos da desigualdade social sobre a saúde em todo o mundo e, especialmente, em nosso país. A pandemia, na realidade, dá visibilidade a profundas feridas sociais que já existiam e se expressam em uma contundente violência social. É essa violência social que a pandemia de coronavírus exacerba em todo mundo e as desigualdades aqui abordadas são algumas das que precisamos enfrentar para construir o novo normal na era pós-pandemia, o novo normal que precisa incorporar uma sociedade mais justa e igualitária.

Miguel - Perfeito, muito bom Cristina, obrigado. Uma reflexão importante que a gente precisa fazer a partir da fala da Cristina e das duas outras que antecederam, quando se discute a questão da desigualdade no contexto da pandemia, com a dimensão que ela tem, é a importância de se ter um sistema de vigilância epidemiológica, integrado e que funcione. Ele é fundamental e as dificuldades que têm ocorrido em relação à pandemia poderiam ser evitadas ou amenizadas, caso fosse considerado de maneira coordenada e coesa o que é exposto pelos dados.

Cristiano - Só mais um comentário. Como a Cristina mostrou, os impactos dessa pandemia vão muito além do que a gente pode pensar em relação à saúde, economia. Outro aspecto importante é a questão da insegurança alimentar e nutricional. O Brasil tinha saído e já estamos voltando novamente para o mapa da fome, principalmente entre as populações mais vulneráveis. Enfim, a gente ainda está longe de entender os impactos da pandemia nos diversos aspectos da nossa vida.

Miguel - Eu recebi uma pergunta aqui, se tem alguma previsão de quando será o pico da curva, eu não sei se algum dos dois quer comentar sobre isso.

Cristiano - Então, não temos uma curva única de mortalidade no Brasil, temos sim curvas de mortalidade no Brasil. Essas curvas elas começam nas capitais, principalmente nas capitais do sudeste e do nordeste, atingem mais rapidamente as capitais do norte e elas se interiorizam. Aí o que podemos observar, é que em alguns locais esse pico já foi atingido e que temos algumas sinalizações de estabilização ou reduções de mortes. Mas ainda é cedo pra gente tirar qualquer conclusão, porque não se sabe o que vai acontecer nessas regiões sul e centro-oeste, que foram poupadas até agora, depois da chegada do inverno. Tudo é muito dinâmico, têm que ser avaliado caso a caso, local a local.

Cristina – Exatamente. Só completando o que o Cristiano falou, tudo também vai depender da maneira como eles vão estar liberando as atividades econômicas, como a flexibilização vai ser feita. Porque se ela for feita de maneira descuidada, haverá novas ondas de casos, de óbitos, o que é bastante preocupante. A gente tem que ter, agora, o mesmo cuidado que teve no primeiro momento, quando fez distanciamento social, planejando a flexibilização de uma maneira ordenada e inteligente.

Miguel – Qual o melhor cenário para o enfrentamento do vírus?

Cristina – Eu acho que o melhor cenário dado o momento que estamos enfrentando, seria a gente ter uma política de saúde clara e baseada em evidências. A gente está no meio de uma pandemia em que o mundo inteiro está aprendendo com ela. Já aprendemos muito, mas ainda tem muita coisa sem resposta e não se pode tomar decisões sobre políticas, que significa tomar decisões sobre a vida das pessoas, com base em ideologia. A gente precisa fazer isso com base em informações científicas claras que vão sendo produzidas e precisam estar acessíveis em tempo real. A gente precisa também sentir que no Ministério da Saúde tem uma equipe responsável e capacitada para implantar a política sanitária definida e a gente também precisa sentir que no Ministério da Economia existe uma equipe técnica competente para implementar políticas econômicas que serão absolutamente necessárias não só no momento em que a epidemia está ocorrendo, mas no tempo pós epidemia. A gente vai ter no momento pós epidemia uma situação econômica extremamente delicada e precisamos enfrentá-la. Precisamos usar as nossas inteligências e capacidades técnicas para montar planos de recuperação econômica de nosso país.

Por fim, é importante que o governo federal passe uma mensagem harmônica e não que as equipes técnicas passem uma mensagem e o executivo passe a mensagem exatamente inversa. A equipe técnica do Ministério da Saúde orienta o distanciamento social, o uso de máscara e nossa autoridade suprema anda pelas ruas tossindo nas mãos e sem máscara. Isso, é inadmissível.

Miguel – O que o cidadão comum pode fazer para melhorar o cenário das desigualdades em meio à pandemia?

Cristiano – Acho que é preciso primeiro compreender a importância do isolamento e o distanciamento social. Normalmente, as ações são explicadas como individuais, de proteção própria; “você deve usar a máscara, ficar em casa e manter uma distância da pessoa próxima de você para não se infectar”. A verdade é um pouco mais ampla do que uma ação meramente individual. Ao adotar uma medida de isolamento e distanciamento social, não há benefício apenas para aquele que pratica o ato, mas também para aqueles que estão ao redor.

Miguel - A palavra chave é empatia, a gente tem que se perguntar o seguinte: o que eu posso fazer pelo outro?

Cristina - Eu sou uma pesquisadora mas eu também sou uma cidadã comum e eu percebo que em muitas frentes, inclusive essa que a gente falou da desigualdade, a Academia não consegue dar respostas efetivas. Quem pode dar respostas efetivas são os cidadãos comuns, que precisam se organizar. As pessoas precisam refletir mais sobre a sua própria situação, a sua inserção na comunidade e se responsabilizar por ações de mudança. Olhando para o meu caso, por exemplo, se vivemos em uma sociedade racista e eu sou branca, mesmo que não me considere racista, preciso entender que tenho privilégios e que, como cidadã, sou responsável pela história do país onde eu vivo. Eu sou mulher e faço parte, portanto, de uma minoria como as citadas no decorrer da minha fala. Eu preciso me empoderar como mulher. Preciso, enfim, ter atitudes proativas que me tornem uma cidadã mais responsável e atuante e preciso atuar de uma maneira mais coletiva.

A Pessoa com Deficiência no Contexto da Pandemia Pela Covid-19

The Disabled Person in the Context of Pandemic Covid-19
La persona discapacitada en el contexto de la pandemia Covid-19

Cristina Maria Rabelais Duarte

Convidados: Miguel Abud Marcelino,
Ana Carolina de Sá Earp de R. Chaves Carvalho,
Marcelo Gonçalves Correa e Clévia Sies
Retextualização: Alice Gonçalves Mesquita

25.06.2020

Miguel Abud Marcelino - Médico, infectologista e mestre em Ciências pela FIOCRUZ; professor e pesquisador do NIPPS e ex-integrante de grupos de trabalhos sobre o modelo biopsicossocial de avaliação de pessoas com deficiência e políticas públicas.

Ana Carolina de Sá Earp de Resende Chaves Carvalho - Advogada, especialista em responsabilidade civil e direito do consumidor pela Universidade Candido Mendes, assessora jurídica e membro da Comissão de Acessibilidade da Unifase/FMP e membro da Comissão dos Direitos da Pessoa com Deficiência da OAB do Rio de Janeiro.

Marcelo Gonçalves Correa - Graduado em Educação Física e especialista em Educação Especial Deficiência Visual pela Unirio; é coordenador da região leste pela ANDE, Associação Nacional de Desporto para Deficientes; é conselheiro fiscal do Comitê Paralímpico Brasileiro; é diretor técnico da Associação Petropolitana dos Deficientes Físicos, na modalidade Bocha paraolímpica e atua o esporte adaptado na Superintendência de Esporte e Lazer da Prefeitura Municipal de Petrópolis.

Clévia Sies - Psicóloga, pedagoga e profissional de Educação Física; é professora e coordenadora da especialização Psicologia do Esporte na UNIFASE; mestre em Diversidade e Inclusão pela UFF; Doutora em Ensino em Biociências e Saúde pela FIOCRUZ, na qual defendeu uma tese em que oferecia acessibilidade comunicacional à população surda, sobre as doenças epidêmicas da época, que eram zika, dengue e chikungunya; também trabalha com transtornos, como de autismo, além também de altas habilidades e superdotação.

Cristina: Oi, gente. Boa tarde, que todas e todos se sintam muito bem-vindos ao nosso webnário sobre a pessoa com deficiência no contexto da pandemia pelo COVID-19. Meu nome é Cristina, eu sou uma mulher de meia-idade, pele clara, cabelos castanhos claros e olhos verdes. Estou usando óculos de moldura preta e estou vestida com uma camisa roxa. Ao fundo, no meu escritório, há a imagem de dois armários de madeira clara, com detalhes em verde e acima de um deles há um quadro com a imagem de um cavalo. O nosso seminário está contando com a tradução em Libras da professora Clévia Sies e ele foi organizado pelo NIPIS (Núcleo de Informação, Políticas públicas e Inclusão Social), em parceria com a Comissão de Acessibilidade da UNIFASE. Uma coisa importante ao abrir o evento de hoje é enfatizamos o nosso lugar de fala, já que a nossa intenção é jogar luz sobre a questão da vulnerabilidade e da exclusão, sem, no entanto, ter a presunção de falar pelos

atores que vivem na carne a situação de exclusão. Parafraseando Silvia de Oliveira Pereira, professora da Universidade Federal do Recôncavo Baiano e coordenadora do grupo de trabalhos sobre deficiência da ABRASCO, no evento de hoje queremos falar não pelas pessoas com deficiência ou no lugar delas, mas sim, junto com elas. Enquanto pesquisadores, professores e, em última análise, cidadãos, a nossa intenção é assumir uma atitude proativa na superação das desigualdades sociais vivenciadas, no Brasil e no mundo, também pelas pessoas com deficiência. Sobre o evento de hoje, a gente gostaria de apresentar e agradecer a participação dos palestrantes que gentilmente aceitaram contribuir conosco. Para iniciar o nosso evento, gostaria de passar a palavra para o professor Miguel.

Miguel: Boa tarde a todas e todos, é uma satisfação tê-las e tê-los aqui. O tema é vasto e o tempo bastante curto, de modo que, para objetivar vou chamar atenção para alguns documentos importantes que fazem parte da história do movimento das pessoas com deficiência, que teve início lá nas décadas de 40/50 nos Estados Unidos, quando muitos combatentes retornaram com sequelas da guerra do Vietnã. Esse movimento veio amadurecendo ao longo do tempo e, para ilustrar, selecionei quatro documentos-chave que resultaram desse processo. Um deles é a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), de 1980, que representa o modelo biomédico, cujos conceitos e terminologias estão presentes em legislações em vigor. Termos como invalidez e incapacidade, por exemplo, constam ainda em nossa legislação, com base nessa classificação. Depois de mais de 20 anos de debates e construção, foi revogada e substituída pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que representa o modelo biopsicossocial. Ambas são classificações da Organização Mundial de Saúde e servem para codificar uma série de eventos na área de saúde. Assim, a CIF, que está em vigor, adota um modelo biopsicossocial interativo, que serviu de base para a conceituação adotada pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2006.

Posteriormente, ambas, a CIF e a Convenção da ONU, nortearam e embasaram a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, de 2015. Esses documentos se distanciam por alguns anos porque, até mudanças e incorporações serem feitas, leva um tempo.

A Pessoa com Deficiência é definida como aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Parece uma definição complexa, difícil de memorizar, mas resulta de um processo de construção abrangente que aboliu (ou buscou abolir) o conceito caritativo do modelo anterior. Dessa forma, a proposta da CIF é justamente viabilizar o processo de inclusão, autonomia, independência, protagonismo e equiparação de direitos e oportunidades das pessoas com deficiência com as demais

peessoas. São conceitos presentes nessa definição e em toda a discussão que vem ocorrendo ao longo dos últimos anos.

É importante ressaltar que a CIF possui um organograma formado por seis retângulos. O primeiro retângulo, na parte superior, se refere à condição de saúde, com ou sem distúrbio ou doença, porque a CIF engloba todas as pessoas, inclusive as que não têm qualquer distúrbio ou doença. Na linha intermediária, há três outros retângulos, um representando as Funções e Estruturas do Corpo, outro as Atividades e outro a Participação. Mais abaixo dois outros retângulos representam os Fatores Ambientais e os Fatores Pessoais. Ao aplicar a definição de Pessoa com Deficiência ao organograma acima, vale enfatizar que antes da doença, vem a pessoa, representada na CIF pelos Fatores Pessoais, envolvendo raça, sexo, gênero, idade, experiências pregressas, nível de instrução, dentre outras características pessoais.

Além disso, quando a definição de pessoa com deficiência fala em impedimento de longo prazo, esse termo impedimento, embora não tenha sido uma boa tradução do termo em inglês, se refere a alguma alteração na função do corpo e/ou em uma de suas estruturas, de órgãos, de aparelhos e sistemas. É preciso que seja uma alteração de longo prazo, não precisa ser permanente, mas também não pode ser um prazo curto, porque se eu, por exemplo, fraturar uma perna, estarei com uma alteração, um impedimento temporário. Não é isso. É necessário que o impedimento seja um pouco mais longo.

As funções e estruturas do corpo caracterizam a diversidade dos corpos. Os nossos corpos são diferentes e algumas pessoas têm esses corpos com algumas alterações, maiores ou menores. Às vezes há uma alteração física, mental, intelectual, visual, auditiva, ou em qualquer aparelho ou sistema, de forma mais relevante.

A CIF também fala em barreiras, a Convenção da ONU fala em diversas barreiras. A Lei Brasileira da Inclusão avançou ao considerar uma ou mais barreiras. Pra Lei brasileira de inclusão, uma só barreira já pode ser impactante. Interessante é que os fatores ambientais não abrangem só barreiras, mas também facilitadores. Então, as duas coisas se opõem? Sim. Ou melhor, se substituem. Você pode reduzir ou eliminar barreiras quando você cria facilitadores, por exemplo.

Ainda no organograma, também são citados os componentes Atividades e Participação. Assim, quando funções e estruturas do corpo interagem com os fatores ambientais e pessoais, de forma positiva, essa pessoa consegue fazer atividades ou participar de coisas. Existe uma diferença no significado desses dois termos? Sim. Atividade é algo que você faz sozinho, já participação é algo que você faz em grupo. Falar, por exemplo, é uma atividade, mas falar pra vocês é participação. Então, se nós tivéssemos uma linha imaginária, o lado positivo seria a funcionalidade e o lado negativo seriam as dificuldades, ou seja, a deficiência ou incapacidade. Já se conseguiu suprimir o termo

incapacidade, prevalecendo o termo deficiência, mas a tendência é a gente trabalhar mais com o termo funcionalidade, maior ou menor funcionalidade, porque é sempre uma conotação mais positiva. O fato é que essa linha imaginária existe para qualquer atividade. Agora, quando a gente define que a pessoa com deficiência, ao interagir com barreiras, pode ter mais dificuldades para exercer atividades ou participar socialmente, em igualdade de condições com as demais pessoas, é aí que se caracteriza o direito. Não é participar mais ou menos, mas participar sim, na concepção do direito, e não na concepção da concessão, como se fosse uma condição caritativa.

Após entender essa interação que a CIF tem com a atual definição de pessoa com deficiência, vamos pegar a COVID como exemplo e focar os Fatores Ambientais, algumas situações que envolvem a pandemia no Brasil e no mundo e os impactos que isso está gerando. Vai ser muito fácil, porque a gente vai perceber que a pessoa com deficiência depende de recursos, de apoios, de uma série de questões e a COVID impacta diretamente isso tudo. Então, podemos citar cinco domínios de Fatores Ambientais: 1. produtos e tecnologia, 2. ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano, 3. apoio e relacionamentos, 4. atitudes e 5. serviços, sistemas e políticas.

Fatores ambientais são a relação do meio com a gente, ou seja, tudo que o meio nos oferece ou deixa de oferecer. Quando oferece, é uma oferta positiva, chamamos facilitador, e quando deixa de oferecer ou é uma oferta negativa, chamamos barreira.

Vamos começar pelos produtos e tecnologias, que representam tudo o que foi produzido e nos envolve. Os celulares, por exemplo, não são aparelhos adaptados, mas sim de acesso universal. Assim, tanto a pessoa surda, como a pessoa com deficiência visual conseguem acessar o mesmo celular que todos utilizam, só que usando os recursos de acessibilidade. Outro exemplo, hoje estamos em busca de um medicamento que consiga conter o coronavírus. Vários medicamentos estão sendo testados com essa finalidade, alguns novos, outros já em uso para outras doenças. Também o desenvolvimento de testes, mais sensíveis e específicos, isso também é produto e tecnologia. É possível citar uma infinidade de recursos e na medida em que a procura de alguns produtos é muito grande, o que acontece? Eles faltam e seus preços sobem. Até mesmo o dinheiro é produto e tecnologia, assim como mercadorias e propriedades também são. A falta de dinheiro e de trabalho é uma situação que impacta diretamente as pessoas, sendo importante barreira. Isso pode ser observado, por exemplo, em quem precisa de órteses, de próteses, de recursos diagnósticos ou de medicamentos, além de produtos que ajudam na locomoção, como bengala, cadeiras de rodas, muletas, andador e veículos. Isso tem um impacto direto pra todas as pessoas, o que não dizer para as pessoas com deficiência. O próprio corrimão, que é útil para todo mundo, hoje pode ser uma fonte de transmissão do coronavírus. A pessoa cega que precisa tocar nas coisas, agora não pode, porque podem estar infectadas e por isso dependerá de terceiros. Assim, as pessoas que já tinham conseguido ou estavam conseguindo conquistar sua autonomia e sua independência,

passam a ficar enclausuradas, porque há um risco muito grande. Além disso, chamam atenção aqui os recursos de comunicação. Isso, porque hoje a conectividade é uma coisa fundamental e a acessibilidade nesses recursos é extremamente importante. Hoje estamos contando com a tradução concomitante em Libras, mas nem sempre isso ocorre. A gente deve começar a pensar que existem pessoas do outro lado que têm direito a ter acesso a todas as informações de forma correta e completa, pra também se prevenirem e serem incluídas nesse processo de prevenção e tratamento do coronavírus.

Em relação ao segundo domínio de fatores ambientais - ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano - a CIF aborda isso de uma maneira muito geral, mas a gente percebe que no caso do coronavírus a conexão pode ser feita, por exemplo, com o mercado de Wuhan na China, que vende animais silvestres vivos, que por permanecerem confinados, facilitaram a transmissão de um vírus como esse para o ser humano. Além disso, o desmatamento e a invasão do meio ambiente pelo homem também estão relacionados a doenças que saem do meio silvestre para o meio urbano, como por exemplo a febre amarela, e isso impacta a saúde de todos. Ainda é importante citar como as desigualdades sociais acabam ficando muito evidentes nessas situações, porque na hora das catástrofes, das epidemias e das pandemias, as populações mais vulneráveis estão muito mais expostas. Agora, nesta pandemia, isso fica muito evidente, até mesmo na questão do isolamento social.

São também fatores ambientais os apoios e relacionamentos, que envolvem as pessoas do entorno, como a família, pessoas vizinhas, amigos, professores, dentre outros, formando uma rede que pode funcionar como facilitador ou barreira. No momento de pandemia, por exemplo, o apoio é fundamental, porque algumas pessoas não poderão sair de casa, por conta do risco maior de se expor em qualquer aglomeração, o que acontece muito com os idosos, pessoas que têm outras doenças mais graves e pessoas com deficiência. Pode ser um apoio e relacionamento positivo ou negativo e aí a gente vê o nosso papel, enquanto profissionais de saúde, mais do que fundamental que nesse momento.

O quarto domínio de fatores ambientais são as atitudes, que podem ser proativas, mas também podem ser negativas, preconceituosas ou discriminatórias. A CIF trata isso de uma maneira muito clara e, atualmente, é momento de refletirmos, principalmente quanto à questão das *fake news* e seus efeitos prejudiciais. Por exemplo, muitas pessoas já estão deixando de tomar vacinas por conta disso, e aí o sarampo, que estava erradicado voltou, e isso é uma coisa absurda. As pessoas precisam ter responsabilidade e hoje, em função do acesso rápido à informação, as pessoas recebem muita informação falsa e já passam adiante, sem se preocupar. Quanto à COVID é a mesma coisa, porque às vezes temos muitas expectativas em relação a tratamentos, vacinas, e vai todo mundo pra rua na expectativa de que está tudo ótimo, mas não está. Conseguimos abrandar por enquanto a curva da

pandemia, mas as coisas ainda não estão sob controle. Quando pensamos em qualquer retorno, pra economia não entrar em colapso, regras precisam ser postas, ir com cuidado, até porque a realidade de um lugar não é exatamente a realidade de outros lugares e a gente deve estar atento também em não ser uma fonte de disseminação de informações equivocadas, o que é bastante ruim.

Por último, vamos falar de serviços, sistemas e políticas, que é a chave daqueles quatro documentos que eu mencionei como importantes. Isso porque foram elaboradas leis, decretos e documentos nacionais e internacionais ao longo desses anos, atendendo ao movimento pelos direitos das pessoas com deficiência e são justamente essas políticas que podem ser determinantes como facilitadoras. Como serviços, sistemas e políticas, podemos englobar várias coisas, como a produção de bens de consumo, arquitetura e construção, planejamento de espaços abertos, condições de habitação, por exemplo, e a pandemia mostrou as desigualdades e nós não podemos continuar sendo tolerantes com essa indiferença social existente no país. A população em situação de rua, por exemplo, está aumentando cada vez mais e isso parece estar incorporado, mas as pessoas não podem viver nessas condições, a sociedade precisa repensar essas questões e a gente precisa exigir dos governos posições em relação a isso. Estamos falando de moradia, serviços públicos, comunicação, sistema de transporte, proteção civil. A legislação precisa ser aprimorada, até pela questão da violência. As associações e organizações, fundamentais na luta pelos direitos e de voz e de fala, para as pessoas poderem se organizar. É justamente através dos conselhos representativos que a sociedade civil tem voz e pode interferir para ter os seus direitos atendidos. Meios de comunicação nem se fala, também precisamos ter uma responsabilidade com o que circula, assim como as políticas econômicas, previdência social, assistência social, saúde, educação, todo esse sistema político. Assim, com a pandemia, a gente vê que todos esses setores estão sendo impactados. A pandemia não é algo pra gente ignorar e nós vamos cometer erros, pois é algo inusitado e a gente não vai conseguir voltar ao que era, vamos ter o novo normal depois disso e devemos repensar todas essas questões, por serem extremamente importantes. Estamos em um momento de ter mais empatia e repensar, enquanto ser humano, cada um com suas necessidades, as diversidades dos seus corpos e sua realidade social, a melhoria dessa realidade social. A pandemia veio dar uma chacoalhada em todo mundo, pois as coisas não podem continuar na forma que estão. Temos que repensar um novo futuro.

Obrigado, desculpa, acho que ultrapassei um pouquinho o tempo. Fico à disposição depois pras perguntas.

Cristina: Miguel, muito obrigada pela sua fala, excelente pra introduzir o nosso tema e contextualizar todos os fatores. Agora, Ana, por favor, a fala está com você.

Ana Carolina: Olá, boa tarde a todos e a todas. Primeiramente, gostaria de parabenizar o professor Miguel pela organização do seminário que trata de um tema muito importante. Precisamos falar e dar visibilidade à pessoa com deficiência, principalmente neste momento de pandemia no qual

observamos situações graves envolvendo tantos grupos de pessoas. Gostaria, também, de cumprimentar a professora Cristina, a professora Clévia e o convidado, o Sr. Marcelo, e agradecer a presença de todos por estarem aqui assistindo a gente.

Início fazendo a autodescrição para garantir à acessibilidade caso estejam participando pessoas com deficiência visual. Possuo cabelo preto, cumprido e liso. Estou de blusa de manga cumprida rosa, casaco preto, na sala da minha casa, com fundo de parede branca e alguns quadros.

Hoje falarei um pouco sobre o trabalho que a comissão, responsável pelo acompanhamento do tema da inclusão da pessoa com deficiência na UNIFASE/FMP, desenvolve.

Antes de prosseguir, apresento os colaboradores que compõem a comissão: Fátima Schmitt, Ana Helena Goldenstein, Gislaine Dias e eu, Ana Carolina e que a sua constituição ocorreu em em 2015, através de portaria publicada pela direção da Instituição.

Antes de contar sobre o trabalho da comissão, precise importante esclarecer que o trabalho de inclusão da pessoa com deficiência na UNIFASE/FMP antecede muito a nomeação da comissão, o que pode ser verificado em PDIs, importante documento institucional, anteriores, nos quais já havia a previsão sobre a necessidade da inclusão da pessoa com deficiência no ensino ministrado. Além do PDI, também verificamos que a concepção arquitetônica do principal prédio do campus, realizada no início dos anos 2000, considerou a necessidade de garantir a acessibilidade, contemplando elevador, rampas, banheiros adaptados, balcões de atendimento com altura viável para uma pessoa com baixa estatura ou a um cadeirante. Todo projeto de engenharia e arquitetônico considerou o desenho universal, acessível. Somado a esses dois exemplos, também precisamos citar o trabalho desenvolvido pelo N Núcleo Pedagógico da instituição, da qual fazem parte psicólogo e pedagogo. O trabalho do NUPED, em conjunto com o acadêmico, sempre objetivou garantir que o aluno com dificuldade no aprendizado estivesse incluído e vencesse as suas dificuldades, independente da dificuldade ser proveniente ou não de uma deficiência.

Feitas essas considerações, passarei a falar sobre o trabalho da comissão iniciado em 2015 e que tinha o objetivo de somar aos trabalhos já existentes e difundir, ainda mais, o trabalho de inclusão na Instituição.

No mesmo ano de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão foi publicada, como abordado pelo professor Miguel, e a Comissão iniciou seu trabalho pautando-se na norma. De acordo com o artigo 1º da LBI é necessário que os o exercício dos direitos fundamentais sejam assegurados para que a pessoa com deficiência esteja incluída. Partindo dessa premissa, quais seriam os direitos fundamentais que a legislação queria garantir às pessoas com deficiência? Os direitos fundamentais estão na LBI mas também estão na constituição de 1988 que é bem anterior a LBI. E quais seriam esses direitos fundamentais? A vida, a educação, a saúde, o trabalho, a cultura, o lazer. Precisamos lembrar que a

pessoa tem que ter esses direitos garantidos para estar incluída, apesar de muita gente confundir essa inclusão com integração. Por exemplo, a pessoa com deficiência estar matriculada na escola não significa que esteja incluída. Ela pode estar frequentando a escola e estar totalmente excluída. A pessoa com deficiência pode estar matriculada e usufruindo parcialmente do ambiente coletivo, sem acesso ao segundo andar da escola por ausência de um elevador, por exemplo. Podemos citar, também, a pessoa com deficiência que está na sala de aula, mas não consegue acompanhar a ensino porque não foi feita a adaptação do currículo para suas necessidades. Enfim, os conceitos da LBI são importantes e guiam o trabalho da comissão. O próprio conceito de Pessoa com deficiência, sobre o qual o professor Miguel abordou, demonstra a evolução da concepção estritamente médica para a análise do ambiente no qual a pessoa com deficiência está inserida, o conceito biopsicossocial. A LBI também dispõe sobre as barreiras, também abordadas pelo professor Miguel, que são os entraves, obstáculos. As barreiras estão no ambiente e o podem ser, até mesmo, um comportamento. São muitas as barreiras que a pessoa com deficiência enfrenta e são essas barreiras que precisam ser “quebradas”. Por exemplo, a Ana Carolina, pode ser cadeirante numa cidade que não tem transporte público adaptado e com isso ela não consegue exercer o direito de ir e vir. Ela não possui autonomia e, portanto, se ela pensar “sou cadeirante, moro sozinha e quero ir à praia, então vou pegar um ônibus e vou à praia”. Ela não poderá porque não tem ônibus adaptado na cidade dela. Se ela estiver em uma cidade que tem ônibus adaptado, poderá ser cadeirante, morar sozinha, pegar o ônibus, ir e voltar de onde quiser. Isso é poder exercer os direitos com autonomia e segurança. Quando falamos em acessibilidade cujo conceito também está previsto na LBI, o que queremos dizer é que a acessibilidade garante que a pessoa com deficiência usufrua dos seus direitos. Para a pessoa ter dignidade, conforme prevista na Constituição Federal, é preciso que usufrua dos direitos básicos e, por isso, as barreiras precisam ser quebradas. Concluindo, os conceitos constantes na LBI são de extrema relevância.

A partir das premissas da LBI é desenvolvido o o trabalho da Comissão que está focado na quebra da barreira atitudinal. E por quê? Seria muita pretensão que a Comissão tivesse conhecimento de todos os assuntos e presente em todos os ambientes institucionais, solucionando-os. Dessa forma a Comissão optou por trabalhar quebrando as barreiras atitudinais, ou seja, conscientizando a comunidade interna que todos, inclusive as pessoas com deficiência, devem poder exercer os direitos previstos pra qualquer cidadão. Sobre a quebra das outras barreiras mencionadas, pelo professor Miguel, como a arquitetônica, a tecnológica e da comunicação, a Comissão acredita que as suas eliminações são consequência da quebra da barreira atitudinal. Quando trabalhamos a quebra da barreira atitudinal estamos nos baseando na disposição do do artigo 4 da LBI que trata da igualdade e da não discriminação. A Comissão iniciou uma série de atividades pra mostrar e desenvolver o conceito desse artigo na Instituição. A não discriminação da pessoa com deficiência é exatamente o oposto do capacitismo que é o preconceito e que põe em xeque a capacidade de uma

pessoa de fazer algo por ela ter uma deficiência. Então, exemplificando, um profissional de RH que recebe duas pessoas, com a mesma formação (duas advogadas), para uma entrevista, sendo uma delas cadeirante e a outra não. Ao partir do princípio, antes mesmo de entrevista-las, que a pessoa que é cadeirante é menos capaz do que a não cadeirante retrata a discriminação. Neste exemplo, partiu-se do princípio que, por se tratar de uma pessoa com uma deficiência física, seria menos capaz do que a que não possui deficiência. Isso é o capacitismo, o preconceito que é proibido pela LBI.

A comissão trabalha com os funcionários, sensibilizando-os através de atividades no qual um se coloca no lugar do outro, possibilitando compreender os desafios que a outra pessoa enfrenta e as suas necessidades. Nas atividades o funcionário precisa realizar tarefas com os olhos vendados, servindo e tomando água, com os braços imobilizados, navegando pelo computador, A sensibilização digital faz com que o funcionário experimente o software, disponibilizados nos laboratórios de Informática e na Biblioteca, que possibilita o uso do computador apenas com movimento faciais, garantindo acessibilidade à pessoa com deficiência motora, ainda que sem o uso das mãos e braços.

A Comissão elaborou uma cartilha cuja primeira versão foi publicada em 2015. A Cartilha apresenta alguns dos conceitos da LBI, como o da pessoa com deficiência, o da não discriminação e etc.

A Comissão também realiza o trabalho de sensibilização comunicacional, anualmente, sendo que um deles é em parceria com a professora Clévia, também palestrante e intérprete do evento. Em 2017, foi feita a oficina sobre a Língua Brasileira dos Sinais – LIBRAS com o objetivo de despertar o interesse e mostrar a sua importância às pessoas com deficiência auditiva. Nos currículos dos cursos de graduação da UNIFASE/FMP oferece a Língua Brasileira dos Sinais - Libras e os funcionários interessados podem cursá-la. A instituição incentiva a capacitação em LIBRAS por saber que é importante que seus colaboradores estejam capacitados para atender um aluno ou um visitante que se comunique através de Libras. Em 2019, a Comissão realizou um evento no qual um grupo de capoeira, com pessoas com deficiência como cadeirante, síndrome de Down, entre outros, se apresentou. Seguindo outras determinações da LBI como, por exemplo, o atendimento prioritário, a Comissão instalou placas e realizou treinamento sobre o assunto, para garantir o atendimento prioritário às pessoas com deficiência nos setores administrativos. Outro artigo da LBI dispõe sobre os assentos de uso preferencial e com base nesse dispositivo, a Comissão organizou a sinalização desses assentos como preferenciais às pessoas com deficiência nos auditórios.

Recentemente e já na pandemia, a professora Clévia sugeriu à Comissão a realização de uma oficina para sensibilização dos funcionários do Ambulatório Escola da UNIFASE/FMP sobre a importância do conhecimento da LIBRAS e os sinais referentes a pandemia. A Comissão também promoveu um evento sobre a violência doméstica e a pessoa com deficiência devido ao grande aumento de casos durante a pandemia no país. O objetivo de todas essas ações promovidas pela instituição, ainda que no âmbito e nos limites da sua atuação, tem como objetivo contribuir para promover a acessibilidade

e evitar a violência contra a pessoa com deficiência na região. Em 2004, por exemplo, foi acionada uma ação civil pública em face do estado do Rio de Janeiro, porque, na época, muitas pessoas da comunidade surda, estavam se contaminando com HIV por falta de acessibilidade nas comunicações. Assim, eles não conseguiam ter acesso a como as campanhas de prevenção, o que se caracterizava como uma barreira, responsável também por esse aumento de HIV na comunidade surda. Hoje, em 2020, momento da pandemia, verificamos a Defensoria Pública também chamando a atenção para a mesma discussão. Portanto, anosdepois, o problema permanece: falta de compreensão das as pessoas com deficiência auditiva e visual em relação às campanhas de conscientização sobre a prevenção ao coronavírus. A Organização Nacional de Cegos do Brasil, a ONCB, também evidenciou que muitos materiais informativos do Governo Federal, inclusive sobre o auxílio emergencial, não era acessível. Isso privou milhares de brasileiros que têm deficiência auditiva e visual de obter informações de utilidade pública, ou seja, a pessoa, no momento de pandemia que está isolada e precisando do auxílio, não consegue obter informação, se comunicar, ou seja, sequer exercer seus direitos por causa das barreiras.

Por fim, eu gostaria de concluir reforçando que o trabalho de inclusão da pessoa com deficiência, realizado pela Instituição, está pautado na LBI e é um trabalho permanentemente aprimorado. Não temos nenhuma pretensão de dizer “fizemos tudo”. Não fizemos. Sempre estaremos aprendendo também. Espero que vocês tenham gostado e tenho certeza que estão todos ansiosos pra ouvir agora o Marcelo, obrigada.

Cristina: Ana, muito obrigada pela sua excelente apresentação. A gente tem muito o que falar sobre as pessoas com deficiência, tanto fora da instituição como dentro dela. Eu vou passar então a palavra pro Marcelo, agradecendo mais uma vez a sua presença.

Marcelo: Boa noite. Gostaria primeiramente de agradecer a UNIFASE pelo convite para participar desse seminário. Agradecer à professora Cristina, à professora Clévia, minha colega de trabalho na Superintendência de esporte, também parabenizar o doutor e a professora pela excelente explanação sobre a COVID. Assim, fiquei com a fala de uma parte mais prática, porque além de ser pessoa com deficiência (sou paralisado cerebral), tive a COVID -19, fiquei internado durante um mês, sendo 13 dias na UTI entubado. Então, [a COVID] é uma doença que realmente ataca o corpo de uma maneira muito agressiva e rápida. Por exemplo, eu tive febre, fiquei 7 dias internado no hospital, tomando dois antibióticos, azitromicina e avalox, durante esse período, e a pneumonia não regrediu, ao contrário, evoluiu. Por isso, eu tive que ir para o respirador, para a UTI. Para a pessoa com deficiência, a dificuldade maior é pós-UTI, porque além da debilitação que a COVID causa, ainda tem a deficiência para piorar a situação. Como eu sou PC, eu tenho hemiplegia do lado direito. Além de ter perdido massa muscular, eu perdi também muito equilíbrio, porque eu fiquei 13 dias deitado, imóvel, e tendo COVID é mais difícil ainda, por causa da própria situação da doença que nos deixa

isolados. Mas como uma pessoa com deficiência vai ficar isolada? Eu tive o acompanhamento do meu irmão, porque ele também era COVID e se não fosse, eu ia ter que ficar sozinho. Foi logo no início e ainda não tinha um protocolo formado como tem hoje, foi muito naquela experiência, erra, experimenta de novo, acerta E foi assim, eu fui internado no dia 24 de março. A própria estrutura hospitalar ainda não estava muito preparada pra receber um paciente com COVID-19 em questão de proteção até dos profissionais que atuaram ali conosco, até descobrir realmente algum medicamento que fosse mais eficaz pra estar atuando naquele momento no qual o pulmão estava comprometido, a respiração estava prejudicada. Isso foi fazendo com que nós pudéssemos avaliar o quanto é difícil pra pessoa com deficiência. Meu irmão que ficou comigo é fisioterapeuta, o que me ajudou muito na minha recuperação. A gente sabe que a fisioterapia do hospital, apesar de sempre ter essa possibilidade de atendimento, é utilizada apenas uma vez por dia e trabalham com você ali 1 hora, 40 minutos, porque também têm mais pessoas para serem atendidas. Assim, o fato do meu irmão ter ficado comigo foi o que facilitou o meu processo de recuperação. Eu com 3 dias na enfermaria já estava caminhando, com uma certa dificuldade, porque além daquilo tudo que a gente passou, estava com soro e sonda pra alimentação. O que acontece muito hoje é que, pensando nas pessoas com deficiência, tem algumas que vão ficar sozinhas e a gente sabe que a estrutura hospitalar ainda não vai conseguir absorver da forma que tem que ser absorvida, com os profissionais atuando junto à pessoa com deficiência. O nosso país é um país do futuro, só que esse futuro está um pouco distante. Para a pessoa com deficiência é bem mais [distante], por causa de todas as barreiras que já foram faladas aqui pelos meus colegas, até mesmo pelo fato da pessoa com deficiência não acreditar ou não saber os seus direitos, porque a informação é uma coisa que muitas vezes não chega como tem que chegar. Nós precisamos a cada dia brigar mais, buscar os direitos, pra que a pessoa com deficiência possa realmente ser cidadão, com seus direitos e deveres. Precisamos, em relação ao COVID-19, tomar cuidado, porque tem as comorbidades, como eu sou hipertenso e diabético tipo 2, isso foi um agravante para eu não ter me recuperado mais rápido.

Agora, falando um pouco da minha experiência enquanto deficiente, eu fui o primeiro professor com deficiência de Educação Física formado na cidade de Petrópolis. Fui paratleta de 2000 até 2015, quando eu parei de competir por causa da idade, que é um fato limitante, para o alto rendimento. Hoje, atuo com bocha adaptada, que são cadeirantes na sua maioria, porque alguns andam com alguma dificuldade, mas para praticar a modalidade tem que ser feita em cadeia de rodas. Muitos deles têm comorbidades também, como problemas respiratórios, a maioria é porque ficam sentados ou problema renal, por exemplo. A pessoa com deficiência, por ter mais essas particularidades, têm mais vulnerabilidade para adoecer. Além disso, o esporte é uma ferramenta que acaba aglomerando pessoas e, por isso, se torna muito difícil reunir esses atletas, porque atleta precisa de um acompanhante. Se você tiver 30 atletas, você vai ter 60 pessoas ali naquele local. Esse ano, o Comitê Paralímpico Brasileiro já deu de início encerradas suas atividades esportivas. Acredito que só retorne

quando tiver um remédio ou alguma vacina que venha realmente ser eficaz para que as pessoas possam transitar com segurança. Por causa dessa união que o esporte provoca, as pessoas estão com medo de sair e de participar, porque sabem que se um cadeirante pega uma infecção, por COVID, a probabilidade de ele não sobreviver é alta. São pessoas que têm realmente uma grande limitação, além de ter a limitação física, de estado de saúde, de imunidade, que é muito baixa. Enfim, então o que a gente vai fazendo é o treinamento online e individualizado. Eles treinam em casa, em um local com mais espaço, seja na garagem, sobrado, corredor, e eles vão fazendo suas atividades individuais, pra que eles possam realmente estar se movimentando. Isso é importante, também porque as pessoas estão sofrendo. Estão até com síndrome do pânico, por não estarem acostumadas a ficar isoladas, sem comunicar. Essa doença não afeta só o corpo, mas também a mente. Isso acontece muito com o atleta, porque agora, por exemplo, esse ano, a gente ia ter a olimpíada e a paraolimpíada. Houve um trabalho de um ciclo de 4 anos de rendimento pra que os atletas chegassem lá e pudessem dar seu melhor, mas esse ciclo foi quebrado. Mesmo que se descubra uma vacina, ano que vem, por exemplo, a grande maioria não está treinando hoje e terão menos de 1 ano pra treinar o que eles treinaram em 3 anos e pouco, chegar no quarto ano dar o seu 100%. O que a gente precisa então é o que? É realmente aguardar que os cientistas, o mais rápido possível, descubram uma vacina, para que venha acabar com essa pandemia e com esse medo.

Pra encerrar, eu quero falar também um pouco do nosso trabalho, meu e da Clévia, na Superintendência de esporte que a gente vem trabalhando bem nesses três anos, propiciando cada vez mais a nossa população de pessoas com deficiência experiências positivas pra suas vidas e que elas possam cada vez mais experimentar novas experiências. Isso vai fazendo com que as pessoas com deficiências comecem a entender que lazer e alto rendimento são direitos delas também, porque elas são cidadãs e têm esse direito assegurado por lei. Muito obrigado a todos.

Cristina: Clévia, a bola está com você.

Clévia: Olá a todos, eu sou a Clévia. A minha fala vai ser curtinha, porque os palestrantes anteriores a mim explanaram maravilhosamente bem, inclusive eu os parabenezo. Falando um pouco externamente à instituição, eu sou membro do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência. Me tornei deficiente física em 2016, após uma cirurgia severa de artrodese lombar completa. Também fiz duas cirurgias no joelho, perdi o movimento de sustentação, perdi alguns movimentos, que diminuíram a mobilidade. O que eu posso falar, nessa questão da pessoa com deficiência, é que também depende muito da visão que a pessoa tem sobre si mesma. Por isso entra o lado da psicologia, que é tão importante para nós. Sou coordenadora de grupos de esporte, grupos especiais, como o Marcelo falou do IMCE, a antiga secretaria de esporte de Petrópolis, onde nós temos uma equipe de bocha adaptada, e realizo um trabalho específico com autistas. A gente faz dias de convivência dentro dos jogos estudantis para que os alunos com deficiência de todas as escolas

particulares e públicas possam participar do esporte. A gente tem um time só de surdos, eu também sou diretora da Associação Petropolitana de Surdos, que é a APES, onde a gente estimula essa prática de atividade física. Como a gente pode observar, o Marcelo se recuperou muito bem, várias pesquisas científicas têm demonstrado que a prática regular de atividade física aumenta o sistema imunológico, auxilia na prevenção e no combate a doenças como, por exemplo, o coronavírus, nesse momento de pandemia. Dentro dessa questão esportiva, o foco do esporte, como a gente tem mencionado, da prefeitura é que haja uma mobilização muito grande para que esses atletas se vejam como atletas, não como pessoas com deficiência, justamente porque essas barreiras podem ser transpassadas e essas pessoas com deficiências podem ser vistas como paratletas e não como pessoas com deficiência simplesmente. Então a gente tem um conceito hoje que a gente sabe que está em construção. É importante que esse lado psicológico e social se manifeste, que ele esteja dentro desse conceito, justamente porque aí há a possibilidade dessa pessoa com deficiência ter uma visibilidade sobre si mesma diferente, tendo o psicológico menos abalado por esses problemas, sejam físicos, mentais, intelectuais ou qualquer outra deficiência. Eu também sou professora de Libras na UERJ, onde a gente pode ver que o atendimento a pessoa surda, que é o foco do meu trabalho, é diferenciado, justamente porque tem acessibilidade comunicacional. Dentro da instituição UNIFASE, que eu atuo desde 2012, a gente vê que semestralmente, como a Ana bem colocou, a disciplina de Libras, é oferecida para os funcionários, para equipe de apoio, para professores de forma gratuita, para que eles tenham o interesse em adquirir conhecimento e oferecer essa acessibilidade comunicacional à nossa população surda, que é grande. Segundo o último censo do IBGE de 2010, o último realizado aqui em Petrópolis, tinham cerca de 14 mil pessoas, surdas ou com deficiência auditiva na nossa cidade. Então, onde está essa população? Essa população normalmente está isolada, fica dentro da nossa associação ou em grupo, justamente por conta dessas barreiras comunicacionais. E a UNIFASE busca essa quebra de barreira quando ela oferece cursos e capacitações que acontecem com muita frequência e dão essa acessibilidade para pessoa surda. Como curso de extensão que está com as inscrições abertas, onde nós podemos nos capacitar de forma online, um curso de educação e saúde com foco no COVID. É muito importante que a gente possa oferecer esse modelo de acessibilidade, principalmente na instituição, pois eles geram muitos frutos, como os vídeos realizados, um que é institucional sobre o coronavírus e outro de criação dos funcionários do ambulatório escola que ficou maravilhoso, onde vocês podem ver que é nítido a vontade de aprender a se comunicar em Libras e, assim, poder oferecer o primeiro contato a um paciente surdo e que vai ter que estar em isolamento, não vai ter um acompanhante intérprete para que possa oferecer acessibilidade comunicacional, justamente porque com o coronavírus a gente tem que manter o isolamento social e assim os funcionários da UNIFASE podem fazer esse primeiro atendimento, esse primeiro contato com o surdo, de modo que ele se sinta acolhido e

seguro, pra realizar o tratamento e talvez uma possível cura, como a gente teve no caso do Marcelo. Muito obrigada.

Cristina: Muito bem, Clévia. Eu queria fazer duas observações que apareceram aqui durante a nossa palestra. A primeira, do Cuca Munhoz, especialista em acessibilidade, a quem eu gostaria de agradecer a presença. Ele é de São Paulo e fez uma observação sobre a acessibilidade, que precisa ser sistêmica. Não adianta você ter acessibilidade, ter ônibus acessível ou acessibilidade dentro dos prédios, se você, no momento em que você chegar ao ponto de ônibus, no momento em que você precisa se locomover no meio urbano, não terá acessibilidade. Muito pertinente, super bem colocada essa observação do Tuca. E a Letícia Garcez também fez uma observação dizendo que todos os seminários de pesquisa da nossa instituição poderiam ter alguém traduzindo a palestra em LIBRAS como esse. Eu acho que você tem razão e eu gostaria de sublinhar o trabalho da Clévia, que é um trabalho voluntário, na verdade, e dizer pra vocês que a acessibilidade, é uma coisa que ainda está em construção dentro da nossa instituição. Tanto da nossa instituição, como dentro da nossa sociedade. Então, a gente já fez muita coisa, mas ainda certamente tem um longo caminho a percorrer.

Eu gostaria de fazer algumas perguntas, uma delas é para o Miguel, mais especificamente. Eu queria que ele comentasse um pouquinho a questão da situação da pessoa com deficiência em relação aos protocolos que foram surgindo com o tempo da COVID, durante a pandemia da COVID 19, sobre a avaliação de prioridade na ocupação de leitos, leitos gerais ou leito de UTI, como é que a pessoa com deficiência se posiciona nisso e como é que está a situação atual nos protocolos de avaliação. Eu gostaria que a Clévia e o Marcelo comentassem, por favor, sobre as instâncias municipais ligadas ao poder público ou não, para as quais as pessoas com deficiência pudessem recorrer e participar pra defender os seus direitos ou ampliar a sua ascensão social. E, por fim, eu gostaria também que a Ana, ou os demais que quiserem, nos dissessem como é que vocês veem a questão da acessibilidade na instituição de ensino superior à luz das dificuldades de acesso das pessoas com deficiência a todo sistema educacional, em especial nos níveis anteriores. Então, por favor, se o Miguel quiser começar respondendo à pergunta que eu fiz sobre a questão dos protocolos.

Miguel: O que acontece é o seguinte, houve uma preocupação de entidades representativas, em um primeiro momento, por conta da perspectiva de haver uma corrida por leitos, eles não serem suficientes e, na hora da escolha, o fato de ser uma pessoa com deficiência, pesar contra. Os critérios utilizados pelas entidades de terapia intensiva são critérios técnicos. A questão da deficiência não é o que vai pesar. Existem critérios clínicos e laboratoriais que levam em conta uma série de parâmetros pra uma decisão dessa ordem. Até o momento, a ocupação dos leitos de UTI tem se mantido sobre controle, sendo parâmetro para maior ou menor liberação e por isso a gente reforça a importância das pessoas seguirem todas as orientações.

Cristina: Muito obrigada, Miguel. Eu gostaria que vocês comentassem a questão da acessibilidade das pessoas com deficiência ao ensino superior e as dificuldades nos níveis anteriores.

Miguel: Eu acho que o processo depende dos investimentos no nível fundamental, no nível médio e na preparação para o ensino superior, porque o grande diferencial para o acesso desses alunos à universidade, é justamente a preparação anterior. É importante que a escola tenha acessibilidade, mas o indivíduo também precisa acessar a escola. Então, quando a gente fala em acesso, a gente tem dois ângulos de visão, um é a acessibilidade da escola e outro é o preparo pessoal do aluno. É fundamental que em todos os níveis se invista muito na educação da pessoa com deficiência, porque a inclusão começa desde a alfabetização. É importante que ela tenha todo o suporte e não apenas de instituições especializadas. O indivíduo deve chegar preparado e a instituição precisa recebê-lo e dar todas as condições pra que ele possa frequentar, apesar da sua diversidade corporal.

Ana Carolina: Reforçando o que o professor Miguel respondeu, no ensino superior, de fato, poucas pessoas com deficiência tem acesso porque o problema está ainda na inclusão na educação básica. Mas outro dia eu vi uma imagem que eu achei tão interessante, era sobre inclusão de pessoa com deficiência, tinham várias crianças numa sala de aula pintando com um pincel na boca. Várias tinham braços, mãos, mas uma não possuía então todas pintaram como ela, com a boca. Na verdade acredito que você deve trabalhar a inclusão na escola regular, não ter uma escola específica pra pessoa com deficiência. Assim, a criança aprende a conviver com a diversidade desde pequena, ela já cresce considerando isso uma questão normal e não vai achar estranho quando tiver que trabalhar com uma pessoa que não é igual a ela, até porque ninguém é igual a ninguém. Eu queria só fazer uma observação com relação ao assunto anterior que o professor Miguel abordou, referente a questão do atendimento à prioridade, da pessoa com deficiência nas UTI's, a comissão de direitos da pessoa com deficiência da OAB, juntamente com diversas outras entidades, em 6 de maio de 2020, emitiu uma nota para o poder executivo, se posicionando justamente sobre a exclusão da pessoa com deficiência no atendimento prioritário, porque as normas preveem, inclusive a LBI, que a pessoa com deficiência tem direito a atendimento prioritário, inclusive, ela é considerada vulnerável.

Clévia: Cristina, queria falar só uma questão. Quando a gente fala desses modelos de escola regular, claro que pra inclusão, hoje a gente vê que essa questão de legislação é pela LBI¹²⁶, a importância das pessoas com deficiência estarem incluídas em escolas regulares. Só dou um destaque a uma exceção que são as crianças com surdez. Porque no mundo onde todos nós somos ouvintes, as crianças com surdez necessitam de um modelo surdo, para compreender sua identidade e personalidade. Crianças pequenas, do primeiro ao terceiro ano, que estão alfabetizando, aprendendo a ler e a escrever, precisam desenvolver a Libras, pra depois a segunda língua, que seria a língua portuguesa. Por isso a

126 Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

necessidade de uma escola especial no caso de crianças surdas, justamente pra elas terem o modelo de uma professora que seja surda, que elas compreendam o modelo de identidade.

Cristina: Clévia, muito obrigada. Eu queria acrescentar a essa sua observação, uma situação que sempre me incomodou muito. Libras é uma disciplina obrigatória no ensino superior, mas é a nossa segunda língua oficial e deveria ser ensinada em todos os segmentos. Eu queria que você e o Marcelo completassem, por favor, falando um pouco sobre as entidades, as instituições e organizações que existem aqui em Petrópolis nas quais a pessoa com deficiência, seja ela qual for, pudessem se inserir.

Marcelo: Aqui nós temos as ONG's, Organizações não governamentais, que são as associações que trabalham com deficientes. A professora Clévia está lá na Associação de Surdos, eu estou na Associação Petropolitana de Deficientes Físicos. Nós temos as APAE's e existe sempre essas instituições que estão trabalhando com a pessoa com deficiência. Fora disso, o Conselho Municipal da Pessoa com deficiência, que vem atuando onde eu e a Clévia somos conselheiros. Agora com a pandemia as reuniões estão sendo virtuais, mas nos reuníamos toda segunda e quinta-feira do mês, lá na casa do Conselho da Prefeitura, na rua Ipiranga.

Cristina: Muito obrigada, Marcelo. Então eu vou encerrar o debate. Gostaria muito de agradecer aos palestrantes, com bastante carinho, agradecer a escuta de todos que estiveram aqui até agora, às dezenove e trinta e dizer que a gente pretende fazer outros eventos como esses. Nós tivemos um na semana passada e esse, que dá visibilidade àquelas questões de saúde que permanecem invisíveis de maneira geral na sociedade. Eu espero que todos se cuidem e que a gente consiga superar esse momento de pandemia logo.

Marcelo: Deixa eu só acrescentar uma coisinha em relação à inclusão da pessoa com deficiência nas escolas? A grande dificuldade que se tem de incluir as crianças nas escolas primeiro é conscientizar as famílias que seus filhos com deficiência têm potencial. E pra que essa inclusão aconteça você tem que dar mais direitos do que as crianças ditas normais têm, pra que essa criança chegue ao nível dos alunos que estão lá.

Cristina: Está joia, Marcelo. Isso aí que você levanta é o conceito de equidade. É um conceito pra gente muito caro na área de saúde, acho que se aplica a todas as políticas públicas. Equidade não é dar a mesma coisa pra todo mundo, é dar para cada um de acordo com sua necessidade. As pessoas têm necessidades diferentes, então elas precisam receber assistências, políticas públicas de atenção, programas diferentes, de acordo com as suas necessidades. Miguel, Ana Carolina, Clévia, muito obrigada pela parceria e até a próxima, gente, boa noite, muito obrigada.

Desafios Diante da Abertura de Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Cenário de Covid-19

Challenges with the opening of an intensive care unit (ICU) in the scenario of Covid-19
Retos con la apertura de una unidad de cuidados intensivos (UCI) en el escenario del Covid-19

Julyana Gall da Silva e Ana Carolina S. de Carvalho
Retextualização: Rafaela Leite Bicalho

16.07.2020

Ana Carolina Siqueira de Carvalho: professora do curso de medicina, vice líder do grupo de enfermagem e pesquisa, enfermeira e responsável técnica por uma UTI de um hospital em Petrópolis, faz mestrado na UFF e especialista em medicina intensiva.

Julyana Gall da Silva: Pós-Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro Efetivo do Grupo de Pesquisa em Enfermagem FMP/FASE (GEPENF). Membro efetivo do núcleo de pesquisa de Fundamentos do cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da EEAN - UFRJ, departamento de Enfermagem Fundamental (DEF - EEAN) desde 2009.

Julyana Gall da Silva: Carol a gente queria primeiro agradecer a sua presença aqui, dá um pouco desse conhecimento de algo que a gente está vivenciando, para todos os profissionais de saúde, agradecer em nome da UNIFASE, agradecer em nome do grupo GEPENF, que é sempre importante ter pessoas como você, que estão na prática atualizada sobre o assunto. Gostaria de dar início a sua palestra, avisar o pessoal que está entrando, por favor desligarem a câmera e o microfone, pra gente não ter interferência durante as palavras da Ana Carolina. E as dúvidas e perguntas que forem surgindo, indo escrevendo ao longo da palestra no chat, que ao final vou estar repassando para ela responder. Desde já agradeço a presença de todos os alunos, de todos os profissionais de saúde presentes na palestra, visto que a gente está em um tempo, alguns alunos estão de férias, outras pessoas estão trabalhando muito, mas a gente agradece a presença e prestígio de todos. Ana Carolina obrigada, quando você quiser pode começar.

Ana Carolina: Boa tarde a todos, em primeiro lugar queria agradecer pelo convite, retornar ao lugar onde eu iniciei na academia é muito bom, agradecer o convite da Juliana do grupo de pesquisa, é muito bom fazer parte, dividir um pouco de conhecimento e aprender um pouco com vocês. Então eu vou dar início a minha palestra. O tema é os desafios diante da abertura de uma unidade de terapia intensiva, uma UTI, no cenário de covid-19.

Em meados de janeiro, começaram as informações mundialmente sobre o coronavírus. Desde dezembro, mais ou menos, já estávamos nos preparando, para o que estávamos por enfrentar. Matérias de jornal já falavam das dificuldades que o corona vírus trouxe, a dificuldade de leitos de

UTI, tanto para montar, a falta de equipamentos, uma situação bem complexa que passamos nessa fase de coronavírus e ainda estamos passando.

Os grandes desafios iniciais que tivemos na UTI Covid: primeiramente as informações em excesso. Nós tivemos uma grande dificuldade, principalmente com os profissionais, porque normalmente nós fazemos um treinamento de um determinado assunto e isso anualmente é atualizado para os profissionais. Na situação do coronavírus nós tivemos que fazer treinamentos repetitivos, então existiu uma dificuldade muito grande em criar protocolos assistenciais. Hoje dentro da unidade hospitalar precisamos estar baseados nesses protocolos assistenciais, pra nortear as ações dos profissionais da área da saúde, e foi muito complexo. Como gerente de enfermagem, essa foi umas das maiores dificuldades. Como explicar pros profissionais, tantas mudanças em tão pouco tempo. Como explicar um tema de uma semana atrás, tudo o que modificou em uma outra semana. Isso compromete bastante a assistência. Mas é uma coisa inerente da doença, que é uma doença nova, que acaba trazendo realmente muitas dificuldades, cada semana uma descoberta nova.

O que que são protocolos assistenciais? Na enfermagem é um instrumento muito necessário, e no hospital, num todo, são necessários para nortear os procedimentos. Esse protocolo assistencial como eu disse, é que vai nortear a enfermagem, como fazer cada procedimento, passo a passo.

Treinamos os enfermeiros, treinamos os técnicos de enfermagem, fizemos treinamentos ligados com a fisioterapia, com a recepção, com a higiene. Nesse momento precisamos unir forças, para conseguir dar continuidade nesses treinamentos e para todo mundo falar a mesma língua dentro do hospital.

Passamos por dificuldades de exigências da vigilância epidemiológica, partes burocráticas muito trabalhosas. A vigilância epidemiologia ajudou muito, nesse sentido, mas nós precisamos notificar todos os casos de coronavírus. Então, surgem as dúvidas: quem é o profissional notificador? Quem é o profissional responsável por identificar os sintomas e apontar que aquele paciente é suspeito de Covid ou não? Nós precisamos muito da ajuda da vigilância epidemiológica, e precisamos muito também do envolvimento da equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas. Muitas pessoas ainda acham que é só uma pessoa, que norteia os cuidados, e na verdade não é. A gente precisa trabalhar em equipe para conseguir desenvolver as habilidades, até para prestar uma qualidade assistencial melhor para o paciente.

Então, quem é o profissional notificador? A notificação é compulsória. Identifiquei que o paciente está com suspeita de Covid tenho que notificar ele imediatamente. Ela pode ser feita por qualquer profissional de saúde, mas neste hospital onde nós abrimos a UTI de Covid, nós definimos através desse protocolo que os médicos são responsáveis pela notificação dos pacientes e os enfermeiros plantonistas são responsáveis pela notificação dos funcionários que se contaminaram por Covid.

Além de treinamentos burocráticos, tiveram treinamentos práticos. Inicialmente tivemos o treinamento sobre a intubação orotraqueal, que no início foi um procedimento novo, que a gente teve que implantar mudanças para se adaptar a esse cenário do Covid. A primeira mudança da intubação é utilizar uma equipe reduzida. Procuramos no protocolo, colocar que seria um médico, o fisioterapeuta, um enfermeiro e somente um técnico de enfermagem, para a gente reduzir o número de pessoas expostas ao Covid, ao risco de contaminação. A necessidade de experiência profissional, porque a intubação tem que ocorrer de forma rápida, para reduzir os aerossóis. E até mesmo para garantir uma melhor qualidade de assistência para esse paciente, a agilidade é um fator importante. A equipe tem que estar muito treinada. Nós chamamos “time de resposta rápida”, a formação de uma equipe para agir prontamente nessas situações, principalmente intubação. Nós tivemos que inserir dentro do material de intubação uma pinça para clampeamento do tubo orotraqueal. Para quem não sabe, essa pinça serve para reduzir o risco de secreção sair do tubo e contaminar outras pessoas. Então é toda uma técnica para a gente intubar e não gerar aerossóis ou gerar de uma menor forma possível.

É um fato muito interessante nos treinamentos, conseguir explicar para os profissionais a necessidade de reduzir os aerossóis e com isso não utilizar o AMBU. Eu não sei se todos são profissionais da área da saúde, se todos já passaram pela disciplina de saúde do adulto, UTI e emergência. Mas, o AMBU é um equipamento para a gente fazer a ventilação manual o paciente. É uma coisa utilizada em todos os procedimentos de PCR. Só que nesses casos, evitar o uso para reduzir a geração de aerossóis. Esse foi um grande desafio, porque mudar uma cultura e sensibilizar os profissionais para mudança de prática é uma etapa bem complicada. Nós pedimos um médico da própria UNIFASE para fazer o treinamento e foi muito satisfatório, as pessoas saíram com outra cabeça e prontas para encarar essas situações de intubação.

Em relação a gestão dos profissionais de saúde, continuamos com os treinamentos. Utilizamos os treinamentos de posicionamento prona. Esse posicionamento é muito utilizado para os pacientes de COVID, por melhorar os parâmetros respiratórios e facilitar a abertura dos alvéolos pulmonares. Com isso tem uma melhora de troca gasosa, que reduz o tempo de intubação do paciente. Esse procedimento era pouco utilizado dentro das unidades, então tivemos que passar por um treinamento de alguns dias envolvidos com a fisioterapia para conseguir chegar à conclusão de treinamento.

Fizemos o treinamento de coleta de SWAB. Hoje o SWAB é um meio utilizado como padrão ouro do Covid 19 para identificar se o paciente é positivo ou negativo. O método de coleta desde o início do Covid até hoje já mudou 4 vezes. Então, inicialmente nos coletávamos 3 swabs. Um para cada narina e um para orofaringe. Depois passou para 2 swabs, 1 da narina e outro para orofaringe. E atualmente nos usamos 1 swab para 2 narinas.

Essa é a dificuldade. Toda semana tem novidade, há mudança da prática, de protocolos e fluxos. Tivemos treinamentos sobre como notificar, sobre como paramentar e desparamentar. Aprende na disciplina de fundamentos da faculdade, como paramentar e desparamentar e parece uma coisa tão simples. Mas, o profissional envolvido nessa situação e no risco de poder se contaminar até com a paramentação e desparamentação, é uma coisa difícil de ser realizada. Então nós intensificamos os treinamentos nesse sentido.

Agora vamos falar sobre recursos humanos. Uma grande dificuldade encontrada nesse tempo de Covid foi a escassez de profissionais. Porque mesmo com tanta gente que se forma _ e nós temos tantos técnicos e enfermeiros no Brasil e no mundo _ com o crescente dos casos de Covid, abriram muitas unidades e hospitais campanha, a demanda por profissionais aumentou. Aqui em Petrópolis abriu uma unidade específica para Covid, um hospital específico para Covid, e com isso ocorreu um aumento da oferta de empregos e vagas para esses profissionais. Nesse sentido ficou difícil a contratação porque os profissionais na maioria das vezes já estavam alocados em algum outro hospital. Nós também abrimos mais 11 leitos de UTI, então, tivemos que aumentar a equipe inteira. Essa foi uma dificuldade muito grande encontrada nessa pandemia.

Outra dificuldade foi a pouca ou nenhuma qualificação específica para a UTI. A formação inicial, em geral, é pouco voltada para intensificação, para UTI, e isso dificulta a composição de quadros, porque é muito complicado colocar um funcionário que não tem muita experiência numa situação onde os treinamentos são mais focados para o Covid, e temos poucos profissionais com experiência nos cenários de UTI. Assim intensificamos o treinamento. Tivemos muitos profissionais contaminados com Covid e o afastamento de diversos profissionais.

Se pensar que existe uma escassez de profissionais devido o aumento da oferta do emprego, e ainda temos que contar com o afastamento de diversos profissionais, inclusive por doenças psicológicas _ lidar com o óbito de profissionais e pessoas que são próximas no ambiente de trabalho. Existiu também uma sobrecarga dos profissionais durante o plantão, tanto pela falta do colega, quanto pela carga horária, que acabou sendo aumentada com plantões extras. Então, percebemos a sensibilização dos profissionais na falta, na ausência de outro colega. Os profissionais se oferecem para fazer plantões extras e com isso eles acabam sobrecarregados. O cansaço e o comprometimento da saúde mental foram fatores muito associados ao Covid e até hoje, mesmo com a “normalidade agora da doença”, tendo se adaptado à todos os protocolos e à prática dessas unidades, ainda percebemos que os profissionais têm muito comprometimento da saúde mental.

Em relação ao dimensionamento de profissionais, na enfermagem o COFEM cobra de todo responsável técnico que exista dimensionamento de profissionais de enfermagem. O que isso quer dizer? Que eu tenho uma fórmula que me diz quantos profissionais, tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem, eu tenho que ter dentro de uma UTI para prestar um cuidado de qualidade.

Junto com essa solicitação do COFEM, nós encontramos RDC Nº 26 de 2012, que é uma resolução um pouco antiga, mas que ainda é vigente. Então, administrativamente, nós estamos em um conflito entre seguir os dimensionamentos de profissionais que o conselho federal de enfermagem solicita ou seguir a RDC Nº 26. Essa RDC diz que temos que ter um enfermeiro assistente a cada 3 leitos e um técnico de enfermagem a cada 2 leitos. Então uma UTI com 10 leitos, teria que ter pelo menos pela RDC, 5 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Porém dentro dessas unidades, temos escalas que são utilizadas especialmente nas UTIs. Uma delas é o NAS (nurse activity score) e o TISS28. O NAS e o TISS sempre dão resultados de quantitativo de profissionais maior do que a RDC preconiza. É muito importante refletirmos sobre essa situação, isso é um ganho que a enfermagem ainda precisa lutar para conseguir ter um quantitativo de profissionais ideal diante dessa pandemia.

Tivemos a dificuldade tanto na contratação, pela escassez de profissionais, como em seguir o dimensionamento correto porque a RDC diz uma coisa e o dimensionamento pelo CONFEM cita outra. Então na nossa unidade não tivemos falta de profissionais. Seguimos a RDC por conta dos extras que tivemos que abrir para os funcionários trabalharem além da carga horária deles. Porém existe sim o comprometimento da qualidade assistencial pela ausência de profissionais, isso é um problema mundial e aqui em Petrópolis não seria diferente. A sobrecarga profissional, quando existe uma falta de profissionais em excesso, que a gente chama de taxa de absenteísmo mutual. Acaba que os profissionais assistem mais pacientes do que eles podem até mesmo conforme a resolução da RDC. Então muitas vezes o profissional assume mais de 2 pacientes e isso sobrecarrega o profissional e compromete a qualidade assistencial.

Nós seguimos algumas orientações da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) sobre o treinamento de profissionais de outros setores. Tínhamos um setor de clínica cirúrgica e um setor de centro cirúrgico, onde intensificamos o treinamento dessas pessoas e acabamos trazendo profissionais mais experientes para dentro da UTI. Esse foi um dos recursos utilizados para manter uma quantidade de profissionais ideais. Porém essa estratégia de treinar os profissionais que nunca tiveram contato com a UTI segundo a própria AMIB é um risco estratégico. Mas em comparação aos riscos relativos do absenteísmo, tem um ganho. É melhor que a gente tenha um funcionário com mais dificuldades, mas que possa se adaptar com um colaborador e com um profissional de mais experiência, do que contar com o absenteísmo, que é a falta desses profissionais.

A AMIB recomenda a mesma situação, que a partir desse momento que estamos em pandemia, nós deveríamos deixar, abrir mão da RDC Nº 26, que dá um quantitativo menor de profissional para atingir o dimensionamento de acordo com o NAS e o TISS. Só que tivemos muita dificuldade para alcançar essa quantidade.

As mudanças em fluxos e protocolos... agora é a parte mais curiosa para quem não trabalha em UTI. Existe essa curiosidade de como é feita a entrada e a saída de uma unidade, como os profissionais se

paramentam e não se paramentam, onde é o que mudou dentro dessas unidades. Então, em relação a como entrar nas unidades exclusivas de Covid, fizemos uma estratégia que deu muito certo. Tínhamos um centro cirúrgico _ e ele existe ainda, porém com essa situação de pandemia todas as cirurgias eletivas foram canceladas e o centro cirúrgico foi desativado como centro para Covid. Em primeiro lugar, para que conseguíssemos atender as exigências, tanto do Ministério da Saúde quanto da ANVISA e da vigilância sanitária, o primeiro pensamento foi o conforto dos funcionários.

Como vamos manter as pessoas que estão na linha de frente com o mínimo de comodidade possível e com condições de trabalho necessárias? Então, como entrar nessas unidades exclusivas de Covid? Nós temos um vestiário exclusivo desses colaboradores de unidade de Covid. Eles entram nesse vestiário com a roupa normal que vêm da rua, de casa, e eles trocam essa roupa. A roupa de casa não tem contato nenhum com o uniforme que eles utilizam dentro da unidade hospitalar. Disponibilizamos uniformes exclusivos para esses colaboradores de unidade de Covid que chamamos de “pijamas” por serem mais confortáveis. Então, o profissional entra nesse vestiário, troca a roupa e coloca esse uniforme do hospital. O colaborador não leva esse uniforme para casa, não lava em casa para tentar reduzir o contágio desse profissional e dos familiares dele, e até a propagação do Covid. Como eles utilizam esse uniforme? Esse uniforme é utilizado quando o colaborador vai entrar na unidade de Covid. Quando ele precisa sair dessa unidade para comer, para necessidades fisiológicas e até para descanso, ele tira esse uniforme e coloca para lavar e entra novamente no vestiário para colocar uma outra roupa para ele seguir com a atividade dele, seja ir ao banheiro ou o que for.

Em relação a paramentação e a desparamentação, tivemos que criar um lugar, uma antecâmara para realizar a paramentação e a desparamentação dentro dessa unidade exclusiva de Covid. Então, o colaborador tem espaço, tem bancadas com todo o EPI necessário para utilização e ele tem o espaço e locais identificados com paramentação e desparamentação. Então não é um procedimento que nós fazemos dentro da unidade de Covid, sempre é do lado de fora em um lugar identificado.

E quando utilizar cada equipamento de proteção individual? Essa também foi uma grande dificuldade do início porque antes de abrir uma unidade de Covid tínhamos três UTI's onde os pacientes acabavam chegando com o diagnóstico de Covid e a discussão sobre os protocolos já existentes do Ministério da Saúde era: qual tipo de EPI vai utilizar, vai utilizar N95, vai utilizar máscara cirúrgica, vai usar capote impermeável, não vai usar capote impermeável? Então, o treinamento foi uma atitude, uma estratégia essencial no Covid. Definimos através de protocolo o que cada profissional dentro do hospital utiliza de EPI em cada situação. Na unidade exclusiva de Covid, o colaborador fica paramentado as 12 horas de plantão dele. No caso dos técnicos de enfermagem, os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas ficam 24 horas paramentados dentro dessa unidade. Aí provavelmente vão surgir as perguntas, eles ficam 24 horas com essa roupa? Como eles fazem para realizar as outras

atividades? Nós fizemos um limite de uniformes para cada profissional, para poderem retirar durante os plantões. Então, tinha uma quantidade de vezes para ir e trocar e sair da unidade até mesmo para poder tomar um ar diferente e não ficar em um setor fechado direto.

As modificações afetaram os outros setores também. Em relação à farmácia, temos ainda muitos óbitos por conta do Covid e a dúvida desde o início era: o que que nós vamos fazer com a medicação que sobra desse paciente de óbito, de um paciente que recebeu alta ou de um paciente que foi transferido? Como determinação do Ministério da Saúde, seguimos todas as recomendações. São realizadas a assepsia quando o paciente vai a óbito, e elas são entregues à farmácia e a farmácia lida de acordo com o protocolo deles, com o repouso dessas medicações durante um determinado tempo que, se não me engano são sete dias, até retornar para o estoque como uma medicação não contaminada.

Em relação à nutrição, a enfermagem e a nutrição entraram em um acordo de não expor tanto os profissionais. Sendo assim, o setor de nutrição encaminhava a alimentação para o setor de Covid e os técnicos de enfermagem e enfermeiros e até toda a equipe, todo mundo funcionando muito junto e muito unido, fornecia alimentação desse paciente sem que as copeiras precisassem entrar dentro dessa unidade.

Então, um pensamento muito importante nesse momento de Covid, na montagem dessa UTI, é realmente **a união dessas equipes**, para a gente tentar expor o menos possível os profissionais, para reduzir até a propagação desse vírus.

O setor de recepção foi um setor que teve que mudar fluxo e protocolos já existentes porque o prontuário não pode sair dessa UTI de Covid e ir direto para mão de outra pessoa. Esse prontuário tem que ser ensacado e identificado, fica em repouso também por alguns dias até ele ser encaminhado para as mãos dos colaboradores da recepção. Em relação à higienização, nós encontramos bastante dificuldade porque são muitas novidades para as pessoas. Tivemos que treina-las também, para entender a gravidade da doença e saber o que exatamente fazer em cada sentido, em cada momento. Por exemplo, quando um paciente vai a óbito ou quando ele sai do leito por algum motivo, por transferência ou alta, este leito tem que ficar fechado durante 03 horas, antes de ser iniciada a limpeza.

Então, são rotinas que não existiam, imagina, você acostumado a ir para o seu trabalho e todo dia fazer aquela rotina de um momento para o outro tudo mudou. São rotinas novas e uma percepção muito importante é que os profissionais de saúde estiveram poucos resistentes para estas mudanças. Em vista desta pandemia todo mundo se uniu para tentar se adaptar aos protocolos mesmo com a dificuldade destas mudanças constantes. O setor central de material de esterilização se modificou também, tiveram muitas mudanças de fluxo. As bacias utilizadas para dar banho nos pacientes, os

patinhos, as comadres não podem descer mais para a central de material de esterilização, eles tem que ficar no setor com o paciente, fazendo a limpeza dentro do próprio setor. Estas são recomendações do próprio COFEN.

A hemodiálise também é um fator muito importante, tem um documento da AMIB que diz que 23% dos pacientes que são graves com Covid evoluem para insuficiência renal aguda e com isso a hemodiálise dentro deste setor é uma constante muito grande. Para vocês terem uma noção, anteriormente, nós tínhamos de 3 a 4 pacientes por semana, realizando hemodiálise, dependendo do período. Hoje na UTI tiveram semanas que tínhamos 8 ou 10 dentro só da unidade de Covid. Assim, o número de hemodiálise subiu muito e precisamos aprender a lidar com esta situação da hemodiálise também, porque são muitas máquinas ocupando muito espaço. O protocolo para retirada destas máquinas para uma sala específica indica que tem que ser feito toda uma assepsia da máquina, então, realmente muito trabalhoso ainda.

O setor de transporte também sofreu com muitas mudanças de fluxo e protocolo, pela necessidade de encaminhar o paciente para outra unidade quando ele recebe alta e ainda ele é um paciente que tem que estar em isolamento. O nosso protocolo de isolamento de Covid são 14 dias de sintomas passados, ele recebe alta de Covid. Mas após a alta de Covid ele fica 07 dias em isolamento pelo fato ele ter tido contato com outros pacientes e profissionais. Então, quando o paciente recebe alta da UTI de Covid, pode ser transportado para outro hospital do município, mas precisa continuar mantendo os mesmos cuidados. Então, também houve treinamento do pessoal de transporte.

Em relação aos indicadores todos os protocolos criados a partir de fluxos eles geram indicadores. E, para que não sabe, os indicadores são ferramentas utilizadas para medir o nível da qualidade assistencial prestada. Um indicador que é alarmante é o aumento de incidência de lesão por pressão. Esta é uma incidência muita alta dentro da unidade de Covid por isso temos preconizado dentro das UTIs mudança de decúbito de 2 em 2 horas, para evitar o aparecimento de lesão por pressão. Só que como o paciente do Covid é muito instável e muitas vezes tem que estar na posição prona _ nesta posição o paciente fica por no máximo 16 horas pronado, é uma situação que a gente não consegue fazer essa mudança de decúbito. A gravidade dele, a estabilidade dele, hemodinâmica tudo isso também contribui para o aparecimento dessas lesões por pressão. Então, nós identificamos que o índice de lesão por pressão aumentou muito devido à instabilidade desse paciente, a dificuldade de realizar a mudança de decúbito e até mesmo por ele ficar muito tempo pronado. Foi identificado também através desses identificadores que os pacientes são de alta dependência, o que quer dizer isso? São pacientes que necessitam de cuidados, totalmente dependentes dos cuidados, tanto da enfermagem quanto da fisioterapia como dos outros profissionais. Isso demanda mais tempo de cuidado e mais gravidade do paciente.

Em relação aos materiais e equipamentos, foi uma dificuldade encontrada. Todos os pacientes entubados ou traqueostomizados diagnosticados com Covid, precisam fazer o uso do “Trachcare”, que é um sistema de aspiração fechado. Por que é utilizado? No paciente de Covid, ou paciente com qualquer outra doença respiratória que possa disseminar infecção, ele precisa ser aspirado na forma de sistema fechado, porque se retirar o paciente, desacoplar do tubo, do respirador e ficar com o tubo aspirando isso pode gerar aerossóis, então aumenta o risco de contaminação. Por isso, a utilização do “Trachcare”. O “Trachcare” é sempre utilizado nas UTIs, nesses casos de doença, no caso de PEEP > 10 ou 11. Só que imagina, uma coisa que era utilizada em 3 ou 4 pacientes, passa a ser utilizada em 10 pacientes. Temos que ter bem estabelecido quando troca, como utiliza, para prestar uma assistência adequada para esse paciente. Os frascos de aspiração dessas secreções têm que ser descartáveis e isso também é um problema porque, diante dessa pandemia ficou muito difícil para o setor de compras hospitalar a obtenção desses materiais, a falta no Brasil no geral foi muito grande. Os materiais próprios para cada paciente, como já falei para vocês, o paciente utiliza uma bacia para tomar banho no leito, e essa bacia é dele até o momento da sua saída da UTI, a redução do uso do AMBU, enfim.

O ar condicionado é uma discussão muito grande, porque tem algumas unidades que não utilizam ar condicionado nas unidades exclusivas de Covid. Porém a AMIB fala do uso de ar condicionado com o filtro direcionado, e essa foi até uma medida que nós utilizamos. Manter o ar condicionado de acordo com a CCIH, com essa forma de filtro direcionado porque é um setor muito fechado, os profissionais com muitas vestimentas, eles usam uniforme, usa a vestimenta por cima, que é aquela vestimenta plástica, que gera muito calor, e sem o ar condicionado estava muito difícil. Então, nós fomos atrás de estudos, juntos com a rotina médica do hospital, com o setor de comissão de controle de infecção hospitalar para averiguar o risco-benefício dessa situação. Alguns estudos apontaram como cancelado o uso de ar condicionado em algumas unidades. Seguindo algumas linhas de estudos, aumentou a transmissão de outras bactérias, como a MRSA, outras bactérias multirresistentes. Então tem que avaliar o custo-benefício nessa situação, apesar de ser uma situação muito discutida, se usa o ar condicionado ou se não usa, nessas unidades. A nebulização e oxigenoterapia foram canceladas dentro dessas unidades. Hoje o paciente que dá entrada respirando em ar ambiente quando ele precisa de oxigênio, ele usa somente aquele catéter de oxigênio tipo óculos, que não gera aerossóis, mais máscara de Venturi, VNI, que é um procedimento muito utilizado pela fisioterapia. Todos esses procedimentos que geram aerossóis foram cancelados dentro das unidades exclusivas de Covid. O uso racional de equipamentos de proteção individual, essa é uma luta muito grande, porque realmente precisamos ser racionais nesse momento pela falta de EPIs para compra.

No início, tivemos muitas dificuldades com a gramatura dos capotes e com a impermeabilidade. Infelizmente, no Brasil ainda existe, talvez seja considerado uma falta de respeito em relação ao que

se vende. Então a pessoa, muitas vezes, nós testamos mais de 20 capotes tanto em relação a gramatura quanto em relação à impermeabilidade, acredito que uns 30 a 50, e somente uns 10 funcionaram realmente com a função de impermeabilidade. Então houve muito disso, uma venda de um capote em um valor muito alto, e que não era o que estava descrito, que não tinha a impermeabilidade necessária. E como fazemos os testes de impermeabilidade dos capotes? Isso também é importante. Todo mundo pensa que permeável é só colocar água em cima, se não passar está impermeável, mas não é. Fazemos o teste com desodorante aerossol para ver se passava aerossóis para roupa do colaborador, muitos passaram. Muitos passaram água, mesmo com a descrição de impermeável. Nesse momento de testes, é muito importante contar com a opinião do profissional da área da saúde, porque às vezes quem está na parte da burocracia, pela leitura da descrição do produto está OK, mas no teste não está. Então, trabalhamos muito com a opinião dos colaboradores de trabalho tanto da enfermagem, quanto da medicina, quanto da fisioterapia, quanto da higiene, todo mundo opinava sobre os EPIs.

Agora uma situação muito importante é sobre a apresentação dos medicamentos. Não sei se é do conhecimento de todos mas teve falta no mercado de noradrenalina _ que é uma medicação utilizada para controlar a pressão arterial dos pacientes; de fentanil _ que é o opioide utilizado para os pacientes graves; e o midazolam _ um benzo diazepínico sedativo, utilizado na UTI, tanto para manter o paciente sedado, quanto para sedar na hora da intubação. O midazolam por exemplo, a prescrição do protocolo dentro dessa unidade hospitalar são 250mg. E tínhamos ampola de 10ml, que tem 50mg por ampola, e utilizávamos 5 ampolas de midazolam para fazer um dripping. O dripping é a solução que fazemos para colocar para infusão do paciente, é a medicação. O midazolam nessa unidade que eu trabalho, ele é feito de forma pura e sem diluição, só que com essa dificuldade toda da pandemia, as apresentações da ampola de 50mg em 10ml acabaram no mercado e com isso o setor de compras conseguiu a compra do midazolam mas em outras apresentações, ampolas de 5ml com 5mg por ampola. Essa foi a maior dificuldade sem dúvidas da equipe técnica, por que? No dia a dia, por mais que seja incentivado o pensamento crítico-reflexivo do que você está fazendo, às vezes os profissionais são muito mecânicos. Então, a gente está acostumado a fazer a medicação midazolam prescrito são 5 ampolas de 10ml, e do nada me aparece uma apresentação de 5mg em cada ampola de 5ml, e aí surgiu um treinamento de novo, por que? Quando eu tenho um midazolam de 5mg em 5ml, a minha quantidade de ampolas muda, eu tenho que utilizar 50 ampolas de midazolam nessa apresentação para chegar à solução final que são 250mg, e aí, com isso, o ml/hora fundido para o paciente tem que aumentar em 5 vezes. Então, você imagina os colaboradores profissionais que faziam a medicação de uma forma que eram 5 ampolinhas, hoje diluir, utilizar 50 ampolas para formar uma solução e ainda ter que aumentar em 5 vezes o ml/hora infundido para o paciente. Ou seja, normalmente, o DORMONID puro, que é o midazolam, DORMONID é o nome comercial, começa entre 5 e 10ml/hora para o paciente, a gente programa esse valor em uma bomba

de infusão e com essa apresentação de ampola de 5ml, nós tivemos que começar na prescrição anterior a 5ml/hora com essa apresentação era 25ml/hora. Então, assim, acaba que a área de saúde não é só prestação do cuidado, é o cálculo matemático, nós tivemos que sentar e fazer regra de três e apresentar para a equipe como que isso ia funcionar daqui para a frente. Não satisfeito, no mercado acabou a ampola de 5ml também. Surgem as ampolas de 3ml que possuem 15mg, e muda tudo de novo, porque como tem 15mg em cada ampola, para atingir a solução final precisa de 17 ampolas. Então, uma grande dificuldade dentro dessas unidades de Covid são as mudanças, as apresentações. O fentanil que não tinha no mercado teve que ser substituído por outras medicações, o midazolam teve que trocar por propofol, que são medicações usadas em outros casos, como outras alternativas. A falta dos insumos e das matérias primas no mercado influenciam diretamente na nossa prática.

Como manter o bem-estar desses profissionais alocados nessas unidades? Essa foi uma preocupação muito grande. Administrativamente tivemos muito apoio para conseguir realizar e adaptar uma unidade para o Covid. Fechar um centro cirúrgico não é uma coisa fácil, adaptar ele para favorecer o bem-estar do funcionário também não é uma coisa fácil, mas conseguimos. Costumo dizer que temos que provar para a administração sobre o conhecimento, quando mostramos o conhecimento, o resultado daquilo, e o que que aquilo pode beneficiar, mostrando o custo-benefício, as coisas são mais fáceis de serem conquistadas. Então, o que vestir e onde vestir um pijama exclusivo para essas unidades, o colaborador não utiliza o sapato dele dentro da unidade onde ele fica e pode descansar, onde ele pode se alimentar e pode ir no banheiro. O sapato dele contaminado fica do lado de fora. Onde se alimentar? Nós estruturamos uma área no centro cirúrgico como se fosse uma copa para o colaborador se alimentar, fechamos com a nutrição, que foi muito parceira nesse sentido, por oferecer uma alimentação diferenciada para esses colaboradores que estavam sob tanta pressão. Porque, além de lidar com pacientes muito graves, eles estavam 12 horas ou 24 horas paramentados com aquela roupa quente, muito quente e o cansaço deles era evidente. Então, pensamos como beneficiar esses profissionais de alguma forma? Como fazer para beber água? É uma pergunta que já fizeram várias vezes. Tínhamos um bebedor no setor de UTI de Covid, porém proibimos a utilização desse bebedouro para os profissionais porque ele está dentro de um setor contaminado, a roupa dele pode estar contaminada pelos próprios pacientes, e por eles mesmos, então como ele iria beber água dentro desse setor? Então ficou definido que ele tinha que sair desse setor exclusivo de Covid para poder ir para esse outro setor adaptado que era esse antigo centro cirúrgico para poder beber água, realizar as necessidades fisiológicas, inclusive descansar. Em relação às necessidades fisiológicas, muitas vezes, perguntam como é que eles fazem. Realmente observamos uma redução de idas ao banheiro e até mesmo para beber água, acredito que futuramente vão surgir estudos falando sobre o comprometimento desses profissionais por conta dessa redução, não realizar as necessidades fisiológicas em tempo hábil. O descanso deles tentamos fazer de uma forma bem

confortável, onde as camas tivessem bem separadas, porque mesmo eles não estando na área de Covid, tínhamos que manter o isolamento de pessoas. Então, até hoje eles descansam em lugares bem distantes um do outro, mas com conforto. A vestimenta deles, eu vi várias vezes na televisão mostrando aquela vestimenta tipo de um astronauta, é essa mesmo que nós utilizamos no início. E como nós fizemos para garantir que essa vestimenta fosse confortável? Eu não posso dizer 100% que todas as vestimentas foram tão confortáveis como nós queríamos. Porém, para garantir isso aos profissionais nós fizemos teste, dávamos as vestimentas por 12 horas e pedíamos o parecer deste colaborador, e quando o parecer deste colaborador era negativo, tirávamos ela de uso. Por exemplo, muitas vestimentas encontradas no mercado rasgavam, e quando elas rasgam, elas aumentam o risco de contaminação do profissional. Então, foi um embate muito grande com o setor de compras e o setor de compras com esses fornecedores, porque lutamos a todo momento para os profissionais conseguirem ter um mínimo de bem-estar possível.

Outro grande desafio foram os casos de exposição e contaminação. Por muitas vezes nas unidades que não eram de Covid mas eram UTI, foram admitidos pacientes com diagnósticos de infarto, insuficiência cardíaca e com 2 dias de internação o paciente começava a apresentar sinais de Covid. Quando esse paciente apresentava sinais de Covid era realizado todo o protocolo, notificação, coleta de swab, referência para o setor de Covid ou à unidade de coorte de isolamento de possíveis Covid. Mas até chegar à conclusão de que era suspeito ou não era suspeito, muitos profissionais foram contaminados com esse tempo. Outra dificuldade muito grande que encontramos e é um conselho que eu dou para quem não é profissional e para quem é: às vezes você acha que a burocracia é algo pode passar despercebida. A falta de comunicação à respeito das notificações dos pacientes com Covid, por exemplo. As vezes o paciente vinha de uma unidade do município para nossa unidade, sendo que ele já era notificado na epidemiologia como suspeito de Covid só que essa informação não era passada. Então, assim, a informação a esses profissionais da área da saúde sempre foi muito importante mas nesse momento é uma coisa que merece destaque, sem dúvidas, porque você não passar a informação de que um paciente é suspeito, você não compromete só uma equipe, são várias equipes, vários pacientes que estão no mesmo local. O manejo dos casos de exposição proporcionando maior conforto ao profissional, então esse manejo quando o paciente é suspeito nós o tirávamos dessa UTI e passávamos para uma unidade de suspeito ou confirmado de Covid.

Outra atitude que tomamos em relação ao Covid foi a assistência dos profissionais doentes. No princípio se lia pouco sobre essa assistência dos profissionais, era mais sobre os pacientes, a gravidade dos pacientes. Mas nós tomamos a medida de notificar, coletar swab, dar toda a assistência necessária, tanto psicológica quanto a preocupação de como o paciente está. Existiu muito monitoramento dos sintomas do profissional da saúde para saber, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º dia, como estava em relação à doença. Eu acho que isso contribuiu positivamente tanto para os profissionais quanto para a instituição. Ter a preocupação pelo outro é muito importante, mas pelos

profissionais que estão na área de frente em um momento tão fragilizado e tão delicado é muito importante. Saber que a instituição se preocupa com eles, que ele não é apenas mais um funcionário, é o funcionário que merece todo cuidado.

As estratégias utilizadas dentro das unidades foram as equipes “limpas” e de “isolamento”, o que é isso? Quando existia um paciente suspeito de Covid dentro de uma unidade clínica, ele ficava em um box de isolamento, esse box de isolamento era visitado somente por um técnico. Um técnico de enfermagem e um enfermeiro eram exclusivos dessa unidade de isolamento. Fizemos a outra estratégia que foi a coorte de casos suspeitos e confirmados. Como eu expliquei para vocês, um paciente confirmado fica 14 dias de sintomas em isolamento, após o 14º dia ele vai para uma outra unidade para ficar mais 7 dias em isolamento. A gente chama “unidade pós Covid”, identificamos ela dessa forma. Nessa instalação os profissionais fizemos também instalação para descanso, alimentação e idas ao banheiro, fizemos também instalação para banho. No final de cada turno, todo profissional é obrigado a tomar banho antes de sair dessa unidade de Covid, com fornecimento de uniformes, monitoramento de temperatura na entrada e na saída do turno de cada profissional, e os treinamentos intensos.

Dentre todos os itens, todos são muito importantes, mas os treinamentos foi a estratégia mais eficaz nesse momento. A gente consegue comprovar que sem treinamento a gente não conseguiria chegar em um consenso do que era melhor tanto para o profissional quanto para o paciente. Isso foi realmente muito importante.

A saúde mental dos profissionais foi um grande desafio, nós passamos por situações em que os profissionais solicitavam remanejamento de setores, ou seja, eles pediram muito para sair das unidades de terapia intensiva para ir para um setor aberto. Pela sobrecarga e pela pressão dentro dessas unidades, estivemos muito dispostos a ouvir o que o colaborador gostaria. Quanto aos colaboradores escalados na unidade de Covid, tentamos mesclar os colaboradores com mais prática, e no final de cada mês perguntamos, vocês querem sair da unidade de Covid? É importante receber esse feedback do funcionário, porque nós como gerentes, nós não podemos pensar que o colaborador é somente daquele local. Será que aquilo está fazendo bem para ele, será que ele quer continuar? E para nossa surpresa, os colaboradores escalados nas unidades exclusivas de Covid, na maioria das vezes não queriam sair das unidades de Covid. O comprometimento deles com esses pacientes foi notório, e a alegria deles em ver que eles estão realmente na linha de frente, atuando na melhora da saúde desses pacientes. Tivemos solicitação de demissão de colaboradores após o contato com o Covid, percebemos que muitas pessoas ficaram muito reflexivas após o Covid, devido a tantos óbitos, tantas complicações e a sensibilização dos profissionais com os pacientes. Os profissionais que foram acometidos pelo covid é notória a preocupação deles com os outros pacientes, será que eu estou fazendo o meu melhor, estou prestando a assistência necessária?

Obrigada a todos.

Julyana Gall da Silva: Carol como sempre brilhante! Quero agradecer pela palestra esclarecedora, várias coisas indagadas no dia a dia você acabou respondendo. Vou te passar umas perguntas que foram feitas e você pode responder. Primeiramente, sobre a posição prona que colocamos o paciente, dentro desse quesito tem uma pergunta sobre o prognóstico. Como é o prognóstico desse paciente, tendo que ver o custo-benefício, sendo que vai gerar algum tipo de lesão para esse paciente.

Ana Carolina: Então, vou falar pelos dois lados. Pela enfermagem, a nossa lesão por pressão é uma coisa que eu tento com todos os esforços reduzir. O paciente realmente sai com muitas lesões por pressão, mas o prognóstico dele em prona tem sido muito satisfatório, é muita dificuldade para pronar o paciente, são muitos profissionais envolvidos no procedimento, é como mostrei para vocês é uma interação de fisioterapia, médicos, técnicos e enfermeiros, mas vale a pena.

Julyana Gall da Silva: Entendi, tem um bom prognóstico. Uma questão... a gente teve a resolução do COFEM 639, que deu mais autonomia ao enfermeiro de mexer nos parâmetros em relação aos respiradores e a atuação do enfermeiro frente a ventilação mecânica. Como que foi esse treinamento, os profissionais já se sentem seguros ou não? Como é que vocês estão fazendo essa organização do manuseio das paramentações tecnológicas que tem dentro da unidade para tentar diminuir os riscos, por exemplo de infecção cruzada, de infecção dos próprios profissionais?

Ana Carolina: A minha percepção é que os profissionais da enfermagem tem um conhecimento muito restrito sobre a ventilação mecânica. Observo que o modo ventilatório é muita coisa muito difícil, não é simples para o profissional de enfermagem. Apesar de a resolução dar respaldo para a gente atuar na ventilação mecânica, dentro dos limites, eu vejo muita dificuldade da enfermagem lidar com isso. No hospital onde trabalho, o protocolo é: toda a parte respiratória é de responsabilidade da fisioterapia. Então, a enfermagem não entrou na atuação com ventilação mecânica.

Julyana Gall da Silva: Outra pergunta: como é que foi observado e se houve aumento de uso de contenção nesse enfrentamento do Covid? Porque sabemos que nem todos os pacientes estão sedados, e há o desconforto respiratório, houve esse aumento considerável nas contenções?

Ana Carolina: Existe uma, não é um protocolo, é uma política muito voltada para tentar postergar a intubação. O paciente, principalmente idoso, numa unidade fechada vai desenvolver o “delirium” mesmo, e fazendo uma hipóxia, apresenta muita agitação pré intubação. Então, a contenção mecânica é um fator bem complicador dentro dessas unidades, porque eles fazem muita contenção ainda. O que vale a pena ressaltar, trazendo um pouco pro meu lado, é que o COFEM tem a resolução 543-2012, que fala sobre o uso da contenção mecânica. Então, precisa sensibilizar os

profissionais com relação a se e quanto realmente devo utilizar. E se utilizar, a gente precisa seguir os cuidados estipulados nessa resolução, como monitoramento de hora em hora, avaliar se o paciente deixou de estar agitado ou não. Isso ainda é muito difícil pros profissionais entenderem, a contenção é uma coisa muito banalizada.

Julyana Gall da Silva: Uma outra coisa ainda na questão profissional, as perguntas foram bem direcionadas para a questão profissional, é sobre o manejo do profissional que está apresentando “síndrome de *burnout*”? Vocês ressaltou um pouco dessa questão de saúde mental, que a psicologia está atuando junto, mas como é que está acontecendo o manejo desses profissionais que estão sendo diagnosticados e que tiveram a síndrome? Se tiveram casos, como é que o hospital está enfrentando essa perda profissional, porque acaba sendo uma perda.

Ana Carolina: “*Burnout*” não foi diagnosticado ainda em nenhum dos profissionais, mas ansiedade e depressão sim. Então, como gerente junto com a coordenadora e supervisora de enfermagem da UTI, e até na própria clínica médica, nós tentamos modificar a área de atuação desse profissional. Colocamos uma na CCIH, uma na ASMS, setores que envolvem pouca assistência, para tentar melhorar essa condição da saúde mental. Mas acompanhamento profissional é uma coisa essencial, e muitos estão se afastando. Hoje mesmo recebemos o atestado de uma colaboradora por ansiedade que vai afastar. Sentimos a perda de profissionais excelentes na maioria das vezes, são aqueles profissionais que se destacam, eles se entregam tanto a profissão e ao que está acontecendo que a saúde mental deles fica abalada.

Julyana Gall da Silva: Vem agora a questão familiar. Como é que está a comunicação com a família? Já que a família não pode ter acesso a esse paciente, muitas vezes alguns dos pacientes internados estão lúcidos e como é que está sendo essa comunicação, essa relação com a família?

Ana Carolina: Há uma proposta sendo realizada entre os setores de recepção, serviço social e enfermagem. O médico tem hoje pouco acesso, porque foi restrito o número de visitas, nas unidades de UTI clínica, e na unidade de UTI de Covid foi suspensa totalmente a visita dos familiares. Então, como é que nós fazemos para atuar nesse sentido? Vídeo chamada! Até com o paciente intubado mesmo nós fazemos. Inicialmente era uma proposta do serviço social fazer. Só que os profissionais estão tão comovidos com a situação, que quando um paciente lúcido está pedindo muito, aí a gente acaba liberando. Mas assim, muitas reclamações em relação aos familiares porque fica muito difícil ter só um familiar para você passar a notícia do paciente. Às vezes você é a filha, mas o paciente tem 10 filhas. Aí você explica para uma, mas as outras estão sem informação. E ouvir do profissional de saúde o que é que está acontecendo é diferente de ouvir o que o familiar está passando.

Julyana Gall da Silva: Só mais uma pergunta sobre o uso de máscara n95. Qual é o indicado em relação ao tempo de uso e se é possível usar a n95 mais de uma vez ou não?

Ana Carolina: É possível utilizar mais de uma vez, se ela for acondicionada em envelope de papel com as ligas pro lado de fora. Em relação do tempo de uso isso é muito institucional. Existe unidades em Petrópolis que estão usando por 30 dias, acondicionadas da forma correta. Na instituição onde eu trabalho nós colocamos 7 dias de acordo com a orientação da CCIH, que é a correção de controle de infecção hospitalar. Mas sobre a N95 nós temos as lesões relacionadas ao uso da N95 que é outro assunto. A máscara do N95 do ferrinho no nariz, é a nossa marca do futuro.

Julyana Gall da Silva: Ana Carolina queria muito agradecer!! Sem mais perguntas, então boa noite.

Ana Carolina: Boa noite.

Cura Reversa

Reverse Cure

Cura al Revés



Thiago Gonzaga

FMP

Petrópolis, RJ - Brasil

gonzagathiago50@gmail.com

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

Todo dia é tanta gente
indo para guilhotina
Preto, índio, meninas, bixas, trans e sapatão
O preconceito canhão
Uma arma tão pesada
Vem em forma de mãozada, bala ou pedaço de pau
Não é caso de hospital
Essa doença safada

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

Numa cena futurista
Que hoje é o presente
Um ambiente tão solene, rico em automação
Máquinas inteligentes
Fazem a conexão
O médico digita tudo, o atendimento é uma bala
Com 10 minutos em sala sai com remédio na mão

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

E o aprendiz de médico
Com seu ego bem inflado
Que nem baiacu inchado, que sofreu uma ameaça
Pensa que aprende na raça
Teorias científicas

Não sabe o que é empatia
Quando escuta se zanga
Faz careta e muita manha
E diz que lá ele não fica

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

A medicina excludente faz pouco da alternativa
Ela é corporativista
E muito convencional
Para quem nem está mal Manda usar drogas químicas
Acumputura e homeopatia
Não passa de uma frescura
Pegue a píula e engula
O efeito colateral

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

A maconha tão benéfica
Uma planta proibida
Vista como descabida pelos chefes federais
Para fins medicinais
É incomum e esquisita
Trata epilepsia evitando a convulsão
Até na recreação deixa a vida mais bonita

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

O poeta Mario Gomes
Figura sensacional
Visto como anormal doente e muito pirado
Tantas vezes foi dopado
Tratado com eletro-choque
Eis aqui o paradoxo frio e impessoal
Nunca recebeu um toque Humano e profissional

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

A teoria hipocrática Natural e filosófica
Via o homem como um ser dotado de corpo e espírito
Conhecia os aflitos e sua cultura local
Era um clínico geral e não um especialista
Sem viés mecanicista do terapeuta atual

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

A grande indústria da farmácia
Sem interesse na cura
Faz controle das doenças no ato de remediar

E pra médico se calar
Oferece mordomias
Viagens e estágios, congresso no exterior
Visa o lucro e se torna um mero propagandista

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

Esse mesmo cidadão Bota nariz de palhaço
Protesta feito abestado contra os médicos de Cuba
Que na realidade dura
Trabalham sem hesitar
Na Amazônia estavam lá em cidades ribeirinhas
Preenchendo e ocupando
Onde não querem pisar

Diga doutor quem cuidou da medicina
porque ela tá doente e cheia de toxinas

Thiago Gonzaga

Artista radicado em Fortaleza/CE e estudante de Medicina do sétimo período pela Faculdade de Medicina de Petrópolis, se aventurou no universo das composições enquanto fazia parte de um coletivo na capital cearense chamado “Os Trambecantes Contadores de Histórias”. O grupo o provocou a criar e produzir melodias e letras para coadjuvar as histórias teatrais contadas para o público infantil e, assim, tornar aquele universo mais lúdico. A letra acima, *Cura Reversa*, traz para o leitor e ouvinte, uma provocação crítica de caráter multifatorial e “multi-sentidos” em forma de conversa, de prosa e de cordel, com intuito de incitar a reflexão para diversos temas que, infelizmente ainda hoje, são tabus.

“... redigir essa narrativa, que termina aqui, para não ser daqueles que se calam, para depor a favor dessas vítimas da peste, para deixar ao menos uma lembrança da injustiça e da violência que lhes tinham sido feitas e para dizer simplesmente o que se aprende no meio dos flagelos: que há nos homens mais coisas a admirar que a desprezar”.

Albert Camus

Em 14 de janeiro de 2021, com o sistema de saúde em colapso, a falta de oxigênio em hospitais de Manaus levaram pacientes à morte por asfixia. Quatro dias depois, em 18 de janeiro foi iniciada a vacinação no Brasil. Até o momento de finalização da edição deste número o país já contabilizava mais de 350 mil mortes por Covid-19 e creca de 6 milhões de pessoas vacinadas.

Dedicamos essa edição da Revista Intervenções aos profissionais de saúde que não mediram esforços para cuidar do próximo, a todos os trabalhadores e trabalhadoras que continuaram em seu labor garantindo nossa condição de vida e a memória dos brasileiros e brasileiras que morreram de covid-19.

Av. Barão do Rio Branco, 1003
Centro – Petrópolis – RJ
(24) 2244-6497

revistaintervozes@fmpfase.edu.br
www.fmpfase.edu.br