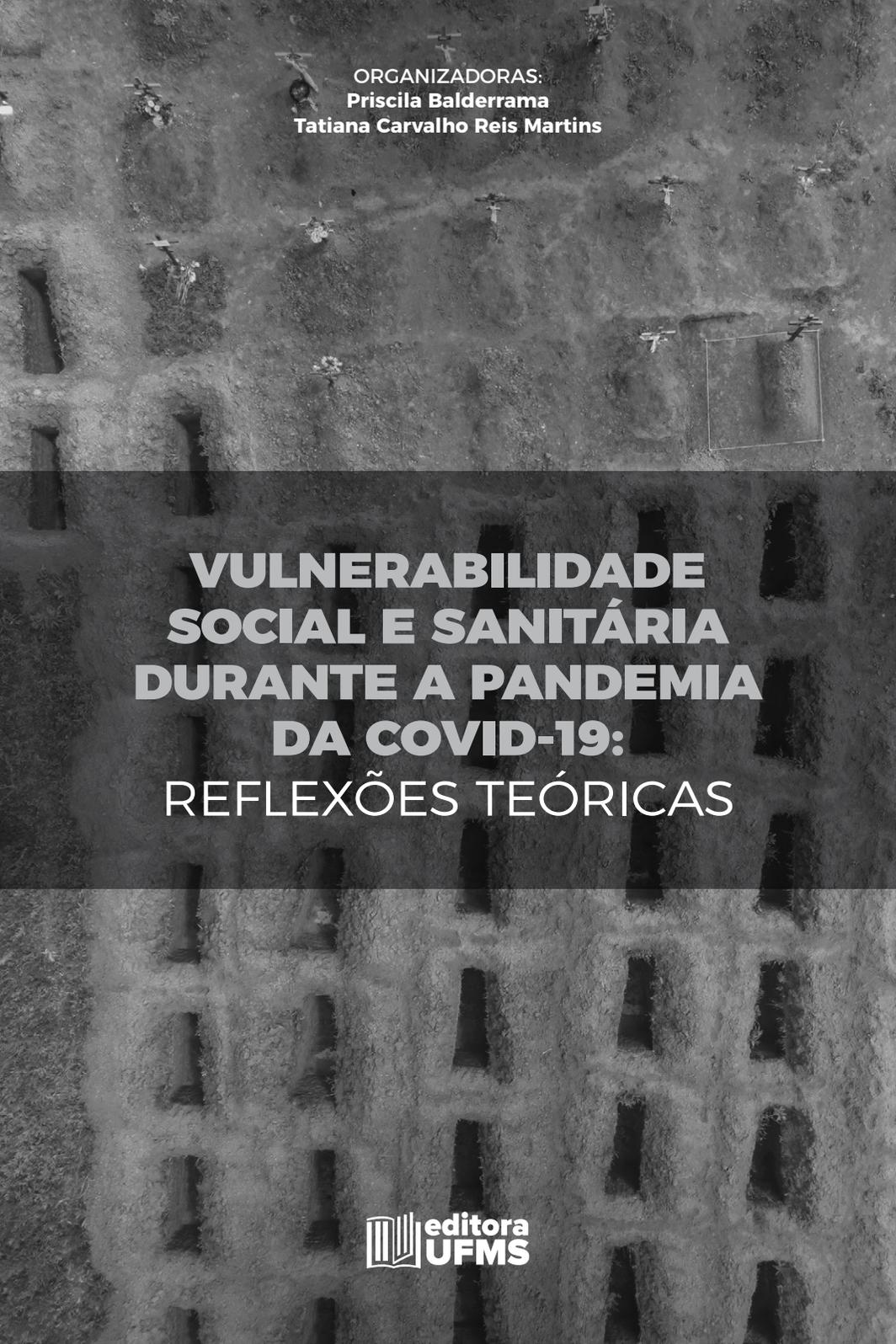


ORGANIZADORAS:
Priscila Balderrama
Tatiana Carvalho Reis Martins

**VULNERABILIDADE
SOCIAL E SANITÁRIA
DURANTE A PANDEMIA
DA COVID-19:
REFLEXÕES TEÓRICAS**



ORGANIZADORAS:
Priscila Balderrama
Tatiana Carvalho Reis Martins

**VULNERABILIDADE
SOCIAL E SANITÁRIA
DURANTE A PANDEMIA
DA COVID-19:
REFLEXÕES TEÓRICAS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reitor

Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Obra aprovada pelo conselho editorial da UFMS

RESOLUÇÃO Nº 139-COED/AGECOM/UFMS.

DE 2 DE SETEMBRO DE 2022.

Conselho Editorial

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro (presidente)

Adriane Angélica Farias Santos Lopes de Queiroz

Ana Rita Coimbra Mota-Castro

Andrés Batista Cheung

Alessandra Regina Borgo

Delasnieve Miranda Daspert de Souza

Elizabete Aparecida Marques

Geraldo Alves Damasceno Junior

Maria Lígia Rodrigues Macedo

William Teixeira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Diretoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

Vulnerabilidade social e sanitária durante a pandemia [recurso eletrônico] : reflexões teóricas /
organizadoras, Priscila Balderrama, Tatiana Carvalho Reis Martins -- Campo Grande, MS : Ed.
UFMS, 2022.
251 p. : il.

Dados de acesso: <https://repositorio.ufms.br>

Inclui bibliografias.

ISBN 978-65-89995-29-6

1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Vulnerabilidade social. 3. COVID-19. 4. Vulnerabilidade
sanitária. I. Balderrama, Priscila. II. Martins, Tatiana Carvalho Reis.

CDD (23) 362.1042

Bibliotecária responsável: Tânia Regina de Brito – CRB 1/2.395

ORGANIZADORAS
Priscila Balderrama
Tatiana Carvalho Reis Martins

**VULNERABILIDADE
SOCIAL E SANITÁRIA
DURANTE A
PANDEMIA
DA COVID-19:
REFLEXÕES TEÓRICAS**

Campo Grande - MS
2022

 **editora
UFMS**

© **das autoras:**

Priscila Balderrama

Tatiana Carvalho Reis Martins

1ª edição: 2022

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica

TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica

é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos para esta edição



Secretaria da Editora UFMS - SEDIT/AGECOM/UFMS

Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário

Campo Grande - MS, 79070-900

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Fone: (67) 3345-7203

e-mail: sedit.agecom@ufms.br

Editora associada à



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

ISBN: 978-65-89995-29-6

Versão digital: setembro de 2022.



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais. br.creativecommons.org

Dedicamos essa obra a todas às
vítimas da COVID-19, em especial, as
que foram colocadas às margens das
políticas sociais e excluídas por um
Estado que hierarquiza e segrega corpos.

*“E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia”*

(JOÃO CABRAL DE MELO NETO)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

EFEITOS DA COVID-19 SOBRE OS DIREITOS HUMANOS E O ACESSO À SAÚDE NO CENÁRIO GLOBAL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA 11

CAPÍTULO 2

A FACE RACISTA DA SAÚDE PÚBLICA E A NECROPOLÍTICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA 36

CAPÍTULO 3

A VULNERABILIDADE SÓCIO-SANITÁRIA DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA 53

CAPÍTULO 4

DESAFIOS NA PREVENÇÃO À COVID-19 ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA 71

CAPÍTULO 5

IMPACTOS DA COVID-19 NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA..... 89

CAPÍTULO 6

DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE E PREVENÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA..... 109

CAPÍTULO 7

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IMIGRANTES E REFUGIADOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 141

CAPÍTULO 8

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
CONTEXTO PANDÊMICO DO COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA.....168**

CAPÍTULO 9

COVID-19 E OBESIDADE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA183

CAPÍTULO 10

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE SARS-COV-2 SOBRE A SAÚDE DA
POPULAÇÃO TRANSGÊNERO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA196**

CAPÍTULO 11

INIQUIDADE EM SAÚDE NAS FAVELAS E A PANDEMIA DA COVID-19216

SOBRE OS AUTORES241

APRESENTAÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que possa assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar. No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988.

Em seu aspecto coletivo, o direito à saúde privilegia a igualdade. Assim, para sua preservação, faz-se necessário garantir a todos os indivíduos as mesmas oportunidades para ser e se manter saudável.

Embora o arcabouço jurídico brasileiro garanta o direito à saúde a todos os cidadãos, na prática, esse direito vem sendo negligenciado. Paradoxalmente, os grupos sociais mais vulneráveis são aqueles que possuem maiores dificuldades de acesso, conforme evidencia a Lei dos Cuidados Inversos, produtora de grandes iniquidades em saúde.

Em dezembro de 2019, uma doença emergente, causada por um vírus respiratório conhecido como “novo coronavírus” (SARS-CoV-2) foi identificada pela primeira vez em Wuhan na China e, em março de 2020, declarada como pandemia mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A pandemia de COVID-19 trouxe implicações que vão além das questões de ordem biomédica e epidemiológica, repercutindo, também, nos campos social, econômico, político, cultural e histórico. Seu impacto pode ser sentido na vida de todas as pessoas, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, em cujas vidas, as marcas deixadas são ainda mais profundas.

No Curso de Medicina do Campus de Três Lagoas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), o estudo das Políticas

Públicas de Saúde faz parte da disciplina de Bases Psicossociais da Prática Médica (BPPM). O distanciamento social tornou-se medida prioritária e necessária para se prevenir a disseminação da doença, levando a UFMS a adotar o ensino remoto de emergência.

Os acadêmicos se aproximaram do tema Políticas Públicas de Saúde em um momento crítico para toda a humanidade e aceitaram a situação desafiadora da construção coletiva do conhecimento por meio de reuniões virtuais, cujo objetivo final foi a construção de um artigo de Reflexão Teórica de Literatura acerca do tema acesso à saúde em diferentes grupos populacionais reconhecidos como prioritários pelas políticas de saúde em face da sua vulnerabilidade social e sanitária. O produto deste trabalho difunde-se ao longo dos capítulos em que se organiza este livro.

Assim, reunimos, nesta obra, textos dedicados à apresentação dos resultados das experiências e pesquisas desenvolvidas pelos acadêmicos no decorrer da disciplina, sob a orientação de docentes com diferentes formações acadêmicas. O resultado comprova o caráter de potencial interdisciplinaridade do trabalho realizado.

Diante disso, a obra “Vulnerabilidade social e sanitária durante a pandemia da COVID-19: reflexões teóricas” propõe uma reflexão crítica sobre os direitos humanos e o acesso à saúde dos grupos vulneráveis que inclui a população ribeirinha, população indígena, deficientes visuais, imigrantes e refugiados, profissionais da saúde, população transgênero e população residente em favelas. O presente livro enfatiza a necessidade de ações concretas do Poder Público frente às necessidades dessas populações, que carecem de políticas de proteção social e humanitária, que respeitem a saúde, a vida e os direitos dessas pessoas.

CAPÍTULO 01

EFEITOS DA COVID-19 SOBRE OS DIREITOS HUMANOS E O ACESSO À SAÚDE NO CENÁRIO GLOBAL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

EFFECTS OF COVID-19 ON HUMAN RIGHTS AND ACCESS TO HEALTH IN THE GLOBAL SCENARIO: A THEORETICAL REFLECTION

Isabel Cristina Dias Bento

Isabelle Rotta Gonçalves

José Pedro Oliveira da Silva

Juan Pablo Oviedo Tonheiro

Sayuri Letícia Bitencourt Kanno

Vinícius Fernando da Silva Machado

Heloisa Helena de Almeida Portugal

Priscila Balderrama

RESUMO

Objetivos: Refletir sobre os impactos da pandemia de Sars-Cov-2, sobre o acesso à saúde no cenário global, em especial, as questões acordadas na Declaração do Milênio. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em informações coletadas de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em documentos estabelecidos ao longo da história. **Resultados:** A nova realidade imposta pela pandemia da

COVID-19 tem se mostrado limitadora para alguns direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, o que impactou, direta ou indiretamente, o exercício dos serviços de saúde. Diante desse contexto, nota-se que certos acordos mundiais de desenvolvimento humano enfrentam muitos obstáculos, como no caso das Metas do Milênio, firmadas na Declaração do Milênio das Nações Unidas em 2000. **Conclusão:** A pandemia do Sars-CoV-2 restringiu alguns direitos humanos e dificultou o cumprimento de determinados objetivos estabelecidos pela Declaração do Milênio como a redução da mortalidade infantil, a melhora na saúde materna e o combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças.

Descritores: direitos humanos; acesso aos serviços de saúde; COVID-19; populações vulneráveis; objetivos de desenvolvimento do milênio.

ABSTRACT

Introduction: Reflect on the impacts of the Sars-Cov-2, pandemic on access to health in the global scenario, in particular, the issues agreed in the Millennium Declaration. **Methods:** This is a theoretical reflection based on information collected from articles in the Virtual Health Library (VHL) and documents established throughout history. **Results:** The new reality imposed by the COVID-19 pandemic has been shown to limit some rights guaranteed by the Universal Declaration of Human Rights, which directly or indirectly impacted the exercise of health services. In this context, it is noted that certain global human development agreements face many obstacles, as in the case of the Millennium Goals, established in the Millennium Declaration of the United Nations in 2000. **Conclusion:** The Sars-CoV-2 pandemic restricted some rights and made it difficult to achieve certain goals established by the Millennium Declaration, such as reducing child mortality, improving maternal health and combating HIV/AIDS, malaria and other diseases.

Descriptors: human rights; access to health services; COVID-19; vulnerable populations; millennium development goals.

Introdução

A busca por direitos políticos, sociais e civis sempre constituiu um dos maiores anseios sociais. Nesse sentido, algumas legislações internacionais, frutos dessa busca incessante, merecem destaque na evolução do direito à saúde, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), documento elaborado por juristas de diversos países e proclamado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948). A partir dele, e em um momento de superação de um passado de calamidade – a Segunda Guerra Mundial – diversas noções jurídicas já estabelecidas foram compiladas de modo a simplificar e difundir alguns dos direitos inalienáveis e essenciais à dignidade humana (POMPEU, 2010).

Partindo desta análise, compreende-se que, dentre os principais direitos inerentes à dignidade do homem, encontra-se o direito à saúde – o qual designa um conceito utópico e inacessível a diversas populações em estado de vulnerabilidade, sobretudo, quando se destacam suas condições de vida no contexto pandêmico atual (GODOY, 2020; FREITAS, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Tendo isso supracitado, cabe salientar a definição de acesso à saúde fixada na Constituição Nacional de 1988, a qual é vista como a disponibilidade universal e igualitária de medidas de promoção, proteção e recuperação do bem-estar individual e coletivo (BRASIL, 1988). Diante dessa conceituação, ressaltam-se quatro eixos que possibilitam o acesso à saúde. São eles: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade. Tais eixos significam, respectivamente, proximidade ou distanciamento do serviço de saúde e do cidadão, contexto

financeiro do usuário, compatibilidade da comunicação entre sistema de saúde e público-alvo, e relação funcional entre profissionais e pacientes (SANCHEZ, 2012; CICONELLI, 2012).

Contudo, na prática, o que ocorre não é exatamente o que a teoria propõe – sendo isso perceptível ao se explicar o fato da existência de grupos populacionais incontestavelmente privados desse acesso e incapazes de seguirem protocolos de segurança e de isolamento sociais que os protejam do mal em vigor – uma vez que vivem submetidos a condições sanitárias precárias, bem como estão assolados pela invisibilidade social (GODOY, 2020; FREITAS, 2020; OLIVEIRA, 2020).

Em virtude dessa problemática, é inevitável confirmar os impactos causados pela pandemia do novo Coronavírus sobre o acesso aos serviços públicos de saúde e sobre a vigência de alguns direitos inerentes a todo cidadão – em especial, àqueles que foram restringidos frente às novas exigências de proteção (CASABONA, 2020).

Por fim, vale lembrar que, no panorama mundial, a preocupação com a garantia da saúde e de outros direitos humanos levou à realização de cúpulas internacionais, que resultaram na publicação da Declaração do Milênio e da Declaração de Alma-Ata, em que uma série de metas foram convencionadas para assegurar a dignidade humana e a promoção da saúde (ONU, 2000; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). O documento do milênio, por sua vez, pode ser usado para exemplificar a magnitude do acesso à saúde, haja vista que os países assinantes firmaram o compromisso de, entre outros objetivos, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças – e a disponibilidade dos serviços de saúde tem impacto direto no cumprimento desses desígnios (ONU, 2015).

Assim sendo, este estudo teve como objetivo analisar os direitos humanos e o acesso à saúde no cenário global em tempos da CO-

VID-19. Para isso, buscou-se discutir o impacto da pandemia do novo Coronavírus no cumprimento das metas estipuladas pela Declaração do Milênio que estão relacionadas ao acesso à saúde – partindo da ideia de que esta se caracteriza por meio de um conjunto de determinantes, conforme descrito na Declaração de Alma-Ata e no Relatório Lalonde, bem como refletir, de maneira geral, sobre a situação de vulnerabilidade vivenciada por muitos indivíduos no atual contexto pandêmico.

Métodos

Trata-se de um ensaio, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde no cenário global durante a pandemia de COVID-19 dá-se a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Relatório Lalonde, a Declaração de Alma-Ata e a Declaração do Milênio das Nações Unidas.

Realizou-se também uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores e as seguintes palavras chaves: Direitos Humanos; Acesso aos Serviços de Saúde; COVID-19; Populações Vulneráveis; Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Portanto, o ensaio parte, também, de um estudo documental a partir do instrumental bibliográfico.

Referencial teórico

Os referenciais teóricos que embasam o presente capítulo são documentos que tratam dos direitos humanos fundamentais, com enfoque principal para o direito à saúde, a saber: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração de Alma-Ata, o Relatório Lalonde e as Metas do Milênio, presente na Declaração do Milênio das Nações Unidas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos objetivou a manutenção da dignidade e do valor da pessoa humana em liberdade e em igualdade de direitos como forma de alcançar o progresso social e melhorias nas condições de vida. Embora esse documento não possua caráter obrigatório de adoção legal pelos Países-Membros da Assembleia Geral, uma compreensão comum dos direitos e liberdades expressos na Declaração é de suma importância para guiar os compromissos jurídicos compatíveis com uma permanência digna do indivíduo enquanto parte de uma sociedade democrática (ONU, 1948).

Outro documento de motivação teórica utilizado neste artigo é a Declaração de Alma-Ata, produzida pela Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, da qual depreende-se que, para que existissem mudanças consideráveis da situação de saúde vivenciada até aquele momento, seria mandatário interferir em fatores que influenciam diretamente a qualidade da saúde de uma população (BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Para que se concretizassem as mudanças necessárias, foram propostos alguns objetivos, como o de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, o progresso no desenvolvimento socioeconômico, a atenuação das desigualdades que prevalecem entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento e o fortalecimento da atenção primária à saúde, cuja garantia reside em priorizar problemas de saúde particulares de cada comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Nessa discussão, quanto à promoção de saúde da Conferência citada, retomou-se o conceito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), levantados no Relatório Lalonde, que analisa as influências de fatores externos aos indivíduos no processo saúde-doença (BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Os DSS estabelecem que as condições sociais de vida, expressas em economia, cultura, etnia, comportamento, trabalho, entre ou-

tros, influenciam o processo saúde-doença (RELATÓRIO LALONDE, 1974; BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007). No que tange aos mecanismos em que tais determinantes influem, existem abordagens relevantes a serem explicitadas. Primeiramente, destaca-se que a precariedade de aspectos físico-materiais interfere no investimento de recursos em infraestrutura – que, por sua vez, assegura serviços de educação, habitação, saúde, saneamento básico e transporte à comunidade. Ademais, ainda existem fatores psicossociais que consideram o conhecimento e o reconhecimento da situação social, composta de profundas desigualdades sociais, de uma população como possível estressor e produtor de doenças (BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com uma perspectiva de cuidar da população de acordo com os riscos aos quais está submetida segundo os DSS, entra em cena, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) após extensas discussões sobre as Metas do Milênio na tentativa de assegurar o direito à saúde para todos (BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por fim, o último documento que embasa este artigo é a Declaração do Milênio, a partir da qual surgem as Metas do Milênio, usadas aqui como parâmetro comparativo. Tal declaração foi desenvolvida em uma reunião com 191 países, no ano de 2000, e contempla a preocupação dos envolvidos em respeitar e defender a igualdade, a equidade e a justiça a nível mundial (ONU, 2000).

Fundamentando-se neste documento e com o intuito de mudar o rumo da humanidade neste novo século, foi estipulada uma série de metas concretas que buscavam incorporar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. São eles: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV/AIDS, malária e outras

doenças; 7) Garantir sustentabilidade ambiental e 8) Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (ONU, 2015).

Estabelecidas essas metas, os países, ainda de acordo com a Declaração do Milênio (2000), firmaram o compromisso de respeitar e aplicar os direitos humanos integralmente, deixando assinalado o empenho em garantir os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, bem como a igualdade e a liberdade entre todos os seus cidadãos. Assim, configura-se o acesso à saúde, em vista desse viés, pauta de discussão por ser um direito explicitado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e estar intimamente relacionado com três dos oito objetivos apontados pela Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000).

Resultados e discussão

Ao longo do surgimento e alastramento da pandemia provocada pelo vírus Sars-CoV-2, a necessidade de garantia da saúde pública foi potencializada, já que esta se revelou como um dos principais direitos ameaçados pela expansão da mencionada calamidade (CASABONA, 2020).

Dessa forma, pode-se configurar o direito à saúde como um bem de natureza supra-individual. Além disso, é correto também designá-lo como um bem de caráter pessoal, haja vista que, embora seja tratado em um panorama grupal prioritariamente, diz respeito à proteção da vida e da saúde das pessoas (CASABONA, 2020). Todavia, dada a catastrófica expansão mundial que a pandemia experimentou, com inúmeros casos de infecção e morte, entende-se que a proteção de tal direito, garantida na teoria, tornou-se falha na prática (CASABONA, 2020).

A urgência de conter a propagação do Coronavírus forçou os poderes públicos nacionais e internacionais a decretarem medidas que

impactaram rigorosamente os direitos fundamentais e as liberdades particulares dos cidadãos – o que parece inviável, à primeira vista, já que fere princípios inerentes ao homem (CASABONA, 2020). Entretanto, previu-se a possibilidade de aplicar restrições ao exercício pleno desses direitos e liberdades em prol da segurança de interesses coletivos – como já permitido, anteriormente, em emergências, pelo Convênio sobre Direitos Humanos e Biomedicina (Convênio de Oviedo) (CASABONA, 2020).

No entanto, ainda que exista a possibilidade de realização dessas restrições, é inevitável o confronto decorrente da colisão de deveres entre interesses grupais – dever de proteção da saúde pública – e interesses individuais – dever de não danificação dos direitos humanos e das liberdades particulares – uma vez que o conflito se dá, justamente, porque quem é obrigado a cumprir os dois deveres, necessariamente, transgredirá um deles (CASABONA, 2020). Com efeito, a “solução” para tal colisão teve de ser construída com base na preferência do interesse juridicamente preponderante na situação em análise, a qual resultou, mediante a justificativa de restabelecimento futuro do pleno exercício dessas liberdades, na prevalência da saúde pública e na suspensão temporária de algumas dessas garantias individuais (CASABONA, 2020).

Sabe-se, portanto, que, segundo Casabona (2020), as alegadas privações, ocorridas em virtude das medidas de isolamento social e das complicações econômicas pandêmicas, afetaram vários direitos constitucionais de natureza tanto individual quanto supra-individual, os quais estão manifestados na DUDH. Para exemplificação, podem ser citados alguns daqueles que tiveram o seu potencial reduzido, sendo eles: os direitos à livre circulação, à liberdade religiosa no seu exercício comunitário, às liberdades de manifestações pacíficas, ao trabalho e à proteção contra o desemprego, ao lazer e, por fim, à proteção da saúde.

Diante disso, destaca-se que o cenário de crise sanitária impactou a continuidade das medidas que buscavam o cumprimento da meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, eleita na Declaração de Alma-Ata, e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre os quais, a redução da mortalidade infantil, a promoção da saúde materna e o combate ao HIV, à malária e a outras doenças. Ademais, é possível relacionar quatro pilares teóricos que estabelecem o acesso à saúde e que sofreram consequências da gestão pública e privada no contexto da COVID-19: disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade.

Em primeiro lugar, a qualidade dos recursos públicos e a relação espacial da comunidade com tais serviços são o que definem a disponibilidade (BORGES, 2020). Primeiro, porque a estrutura física das instituições de promoção de saúde deve estar ao alcance da população, através de uma distância viável ou por meio da existência de transporte coletivo. Segundo, pois a qualidade e a acessibilidade do atendimento, tanto no que tange à presença de profissionais quanto de insumos devem ser garantidas pelos gestores (BORGES, 2020). Por conseguinte, observa-se que a condução do enfrentamento ao Coronavírus realocou recursos financeiros e profissionais, diminuindo o poder de ação das instituições médicas e o contato da sociedade com as diferentes formas de atendimento. Além disso, as restrições de movimentação em decretos de reforço ao isolamento social afastaram os indivíduos da oferta de saúde, uma vez que sua locomoção foi prejudicada (BORGES, 2020).

Outrossim, salienta-se a condição financeira dos cidadãos no contexto de custo dos serviços de saúde, a qual estabelece o conceito de poder de pagamento (CARVALHO, 2021). Nesse ínterim, vê-se que pessoas com menor poder econômico possuem maiores limitações de acesso à saúde, visto que não detêm condições de pagamento pelos serviços privados. Dessa maneira, pode-se compreender que, no atual período pandêmico, houve uma acentuação dessa vulnerabilidade,

aumentando a dependência em relação ao setor público de saúde, o qual, por sua vez, também foi impactado pela COVID-19 (CARVALHO, 2021).

Somado a esses conceitos, reafirma-se a disparidade de percepção entre usuários e profissionais da saúde, a qual define a ideia de informação (SANCHEZ, 2012; CICONELLI, 2012). Assim, sem plena comunicação entre esses agentes sociais, a comunidade perde a autonomia de suas decisões, porque a amplitude de suas possibilidades está reduzida, já que não possui consciência de sua capacidade de escolha (SANCHEZ, 2012; CICONELLI, 2012). Sob esse viés, nesta pandemia, onde as informações são incertas e a comunicação é deficitária, abre-se espaço para um possível prejuízo ao acesso à saúde.

Por fim, cita-se a aceitabilidade, a qual consiste na dinâmica de confiança entre profissionais da saúde e população (BORGES, 2020). Se, por um lado, os responsáveis pela oferta dos serviços de cuidado esperam adesão ao plano terapêutico, por outro, os pacientes aspiram a uma prática médica organizada e com uma comunicação eficiente. Destarte, em meio às transformações acarretadas pelo medo da nova doença, os membros do corpo social se distanciaram do devido atendimento médico, prejudicando os tratamentos de saúde (BORGES, 2020).

Em decorrência disso, notam-se, principalmente, algumas consequências com reflexo negativo no cumprimento de alguns objetivos relacionados ao acesso à saúde no cenário global e pactuados na Declaração do Milênio – sendo eles: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater HIV/AIDS, malária e outras doenças.

Mortalidade Infantil

Com o decorrer da pandemia, percebeu-se que as taxas de infecções e de morte por COVID-19 em neonatos eram muito baixas e que a preocupação com a saúde de recém-nascidos deveria estar mais voltada para os efeitos indiretos causados pela calamidade, como a falta de qualificação profissional e a redução das visitas das mães ao médico no período pré e pós-natal (KLINGENBERG *et al.*, 2021).

Analisando alguns países classificados de baixa e média renda pelo Banco Mundial, responsáveis pela maioria dos nascimentos e quase pela totalidade de casos de mortalidade infantil do mundo, conclui-se que, no atual contexto pandêmico, o desvio de profissionais e de recursos para a linha de frente contra à COVID-19, unido à redução da taxa de admissão à unidade neonatal, têm sido os principais desafios no combate à mortalidade infantil, seja ela causada pelo vírus ou não (KLINGENBERG *et al.*, 2021).

Considerando os casos que chegam aos hospitais, existem divergências em relação aos procedimentos obstétricos e pediátricos que podem influenciar a saúde dos neonatos (KLINGENBERG *et al.*, 2021). Apesar das diretrizes da OMS sugerirem a não separação da mãe infectada por Sars-CoV-2 do filho recém-nascido, muitos países de baixa e média renda tomam medidas que divergem do recomendado, impossibilitando os primeiros contatos entre mãe e criança (KLINGENBERG *et al.*, 2021). Essas medidas são controversas, uma vez que o benefício de reduzir o risco de contaminação horizontal se mostra muito menor que as consequências advindas da separação, pois tal privação do contato pele a pele e da amamentação pode impactar o desenvolvimento cognitivo da criança e aumentar os riscos de desnutrição e de infecção por outras doenças, além de provocar estresse desnecessário para mãe e filho. Como consequência, as estratégias de combate ao Coronavírus podem provocar aumento não só da mortalidade infantil, como materna (KIMANI *et al.*, 2020; KLINGENBERG *et al.*, 2021).

Saúde Materna

Não é obscuro o fato de que, em situações de calamidade pública, as mulheres, especialmente em fase gestacional ou puérperas, figuram entre os principais grupos de risco a serem mais afetados (GAUSMAN, 2020; LANGER, 2020), o que realça as desigualdades advindas de determinantes como a estratificação socioeconômica, as divergentes condições de vida e mesmo os diferentes comportamentos dentro de cada estilo de vida (CNDSS, 2008). Tais aspectos podem ser associados a importantes defasagens no cumprimento do acesso à saúde, sendo que alguns ramos específicos da saúde materna foram particularmente afetados pela pandemia. Como exemplificação, é imprescindível citar a redução da atenção neonatal (KLINGENBERG *et al.*, 2021), a sobrecarga enfrentada pela enfermagem obstétrica (SOUZA *et al.*, 2020) e por parteiras (PALLANGYO *et al.*, 2020) e as dificuldades de suporte à amamentação (RUWISCH, 2021; PHILLIPS, 2021).

No Quênia, por exemplo, a COVID-19 tem prejudicado o acesso aos serviços de saúde por mulheres que necessitam de assistência para parto, amamentação, imunização e planejamento familiar. Em decorrência da pandemia, o número de mulheres quenianas que optam por realizar o processo do parto e de amamentação em suas próprias residências tem aumentado (KIMANI *et al.*, 2020). Para garantir a efetividade do periparto nessas situações, o governo do Quênia reforçou o programa de obstetrícia comunitária – o CMM – por meio do qual se fomenta a distribuição de enfermeiras e parteiras pelas residências de mulheres em situação de vulnerabilidade. Nesse momento de calamidade, tais serviços têm se provado funcionais no auxílio periparto (TIRUNEH, 2019; SHIFERAW, 2019; WORKU, 2019). No entanto, ainda há restrições no alcance, preparo e número de auxiliares disponíveis por comunidade, limitando o acesso à saúde durante o primeiro período materno (KIMANI *et al.*, 2020).

As consequências do agravamento da pandemia também têm efeito limitador no acesso à saúde no nordeste dos Estados Unidos. Em março de 2021, um artigo publicado na Revista de Lactação Humana expôs diversos relatos acerca de limitações nas discussões em formato virtual, problemas de acesso e comunicação e demoras no fornecimento das teleconsultas, seja por incompatibilidade com o contexto financeiro do usuário, seja por ausência de relação funcional entre o provedor e o paciente (RUWISCH, 2021; PHILLIPS, 2021). A exemplo, 70% dos pacientes que optaram por aderir a grupos de condução virtual sentiram que o apoio fornecido era menos eficaz em relação aos grupos presenciais. E, ainda, 64% das 36 participantes achavam que as pacientes estavam recebendo apoio insuficiente para a lactação de seus pediatras (RUWISCH, 2021; PHILLIPS, 2021).

Embora a região de estudo seja restrita, Ruwisch (2021) e Phillips (2021) afirmam que os mesmos resultados observados são esperados em qualquer localidade em que haja semelhante prevalência de Sars-CoV-2 e consequente alteração nos serviços de apoio à maternidade. Tal fato demonstra o distanciamento do acesso à saúde nesse grupo devido à incompatibilidade, mesmo que temporária, entre o sistema de atendimento em saúde e o público alvo.

HIV/AIDS

A ocorrência da pandemia atual trouxe não apenas as complicações e mortes decorrentes da COVID-19, como também consequências para populações já vulneráveis que enfrentam a realidade da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Dito isso, mostra-se indeclinável refletir sobre a situação africana de enfrentamento da pandemia concomitantemente à ocorrência

massiva de casos de HIV em adolescentes e jovens do sexo feminino. Para construir um parâmetro de gravidade desta infecção na África, cabe citar alguns dados: no ano de 2017, de todas as mortes relacionadas a esse vírus em âmbito mundial, 90% são africanas; essa doença é uma das 5 causas de falecimento principais entre meninas com idades entre 10 e 14 anos; no ano de 2019, mulheres jovens e crianças representavam 50% dos casos mundiais de infecção por HIV (GOGA *et al.*, 2020).

Culturalmente, na população africana, pertencer ao sexo feminino é, em si próprio, um grande fator de risco e isso pode ser explicado pela elevada prevalência do patriarcalismo, pobreza, desigualdade de gênero e educação deficitária que permeiam a Nação e impedem que as mulheres tenham autonomia sobre sua vida e, portanto, sobre sua saúde (GOGA *et al.*, 2020). Alguns avanços foram feitos na contenção do HIV por meio da melhora da escolaridade e ensino sexual sobre a profilaxia da doença nos últimos anos, contudo, a pandemia privou essas mulheres da educação nas escolas pela necessidade de distanciamento social. Por conta disso, a educação, como um DSS, foi gravemente prejudicada no sentido de assegurar a saúde (BUSS, 2007; PELLEGRINI FILHO, 2007; GOGA *et al.*, 2020).

Ademais, outros dados ainda indicam que a disseminação vertical dessa morbidade – de mãe para filho, na gravidez – também foi afetada por conta da COVID-19. Relata-se que mais de 15 países africanos reduziram a testagem de HIV nos exames pré-natais, bem como diminuíram o acesso ao tratamento da infecção em mulheres grávidas. Torna-se nítido, assim, que a vulnerabilidade desse grupo de risco foi potencializada pela pandemia (GOGA *et al.*, 2020).

Não só esse impacto na saúde das mulheres foi significativo, como a população pobre também foi severamente prejudicada por conta do aumento expressivo dos serviços de saúde privados instituídos no continente africano devido aos elevados gastos pandêmicos.

Isso acontece por conta de uma pressão imposta pelos órgãos financeiros, que subsidiam os recursos do país, em decorrência da sobrecarga e ineficiência do sistema de saúde público vigente, que tem elevados gastos sem resultados satisfatórios nas intervenções médicas (SEHOOLE, 2020).

Apesar de ser uma iniciativa que visava o aprimoramento do acesso à saúde, teve como seqüela o oposto, uma vez que a população africana tem um dos maiores índices de pobreza mundiais. Para ilustrar essa magnitude, uma previsão feita para 2030 revela que 90% dos pobres pertencerão ao continente africano (SEHOOLE, 2020). Desse modo, a vulnerabilidade econômica, outro DSS, exclui o acesso aos serviços de saúde de grande parte desse povo, deixando o cumprimento da meta do milênio referente ao combate de doenças um pouco mais distante.

Malária

Partindo para outra análise, o aumento de casos de COVID-19 parece também ter levado a uma desestruturação dos serviços de controle de doenças endêmicas, uma vez que houve um crescimento acentuado na demanda por atendimento médico-hospitalar. Nesse cenário, é possível observar que a maior parte da ação governamental, em diferentes nações, foi direcionada ao combate à pandemia, transferindo recursos financeiros e profissionais para hospitais especializados no enfrentamento ao novo vírus (BORGES *et al.*, 2020).

Em razão dessa estratégia do Poder Público, vê-se um possível prejuízo às políticas estatais de combate a endemias. Como exemplo, pode-se citar o combate à malária na Amazônia peruana. O programa “Malária Zero”, cujo objetivo era o de zerar os casos dessa doença até 2030, vinha obtendo resultados positivos no Peru até 2019, chegando

a registrar uma diminuição de 50% nos casos em quase dois anos de atividade (TORRES *et al.*, 2020). Tal ação governamental é pautada em uma rede capilarizada de serviços, a qual necessita de intenso contato humano e atividades organizadas, passando não apenas por testagem de indivíduos e tratamento dos doentes, mas também por combate ao parasita nas áreas mais afetadas, como a região de Loreto, e por campanhas conscientização (TORRES *et al.*, 2020).

Entretanto, o rápido crescimento dos casos de Coronavírus no começo da pandemia, associado ao alto número de internações e à elevada demanda por recursos, desestabilizou o sistema de saúde peruano (TORRES *et al.*, 2020). Por causa disso, relatórios referentes à vigilância da malária foram atrasados, o que pode ter colocado em risco a efetividade do programa Malária Zero no atual contexto pandêmico, visto que as autoridades competentes passaram a não ter informações reais e atualizadas sobre a situação da maleita no país (TORRES *et al.*, 2020). De fato, segundo os responsáveis pelo Malária Zero, em determinado período de 2020, o número de atividades do programa foi, aproximadamente, 60% menor quando comparado ao mesmo período do ano anterior. Ademais, houve uma diminuição aparente no número de casos registrados, o que pode ter relação com a interrupção do acompanhamento da doença (TORRES *et al.*, 2020).

Outras doenças

Por fim, sob uma nova perspectiva e com ênfase em outras doenças que também sofreram transformações sistêmicas pela pandemia da COVID-19, destaca-se que, em relação às doenças crônicas, tanto o sistema de saúde e sua interação com seus usuários quanto fatores intersociais foram afetados. Logo, essas mudanças foram determinantes para um agravamento da qualidade de vida da população doente, com uma possível piora no estado de bem-estar (BORGES *et al.*, 2020).

Em vista disso, não só se diverge da diretriz do combate de doenças determinada nas Metas do Milênio, mas também se cria um empecilho para o direito humano de acesso à saúde tangente aos fatores de disponibilidade, pela necessidade de fornecer recursos direcionados para a nova doença pandêmica, e de aceitabilidade, pelo anseio da população em buscar atendimento em um espaço de disseminação viral (BORGES *et al.*, 2020).

Baseado neste contexto, muitas pessoas que necessitavam periodicamente do sistema de saúde se distanciaram dos cuidados médicos por motivos pessoais ou pela oferta insuficiente de assistência médica (BORGES *et al.*, 2020). Consequentemente, houve um impedimento nas ações das políticas de saúde, comprometendo, assim, o diagnóstico e o acompanhamento da enfermidade, que são fundamentais para uma melhor qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2008).

O isolamento social e o desvio da disponibilidade de serviços públicos foram determinantes para a diminuição do contato entre a comunidade e o atendimento médico (BORGES *et al.*, 2020). Salienta-se, desse modo, uma obstrução das funcionalidades das práticas públicas. Por conseguinte, na tentativa de descongestionar o sistema público, foram criadas adequações nos mecanismos de atendimento, as quais se fundamentam na comunicação entre profissional e paciente à distância, conhecidos como telessaúde. Porém, esse novo modelo não é capaz de suprir todas as lacunas de uma consulta clínica comum, devido à impossibilidade de realização de exames físicos, por exemplo (MALTA *et al.*, 2021).

Com o intuito de refletir sobre as consequências do período pandêmico na vida dos pacientes com adoecimento prolongado, vale ressaltar as necessidades e os impactos nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis pela maior causa de morte no Brasil (MALTA *et al.*, 2021). As DCNT perturbam, principalmente, a população vulnerável aos DSS, visto que essa parcela da sociedade

está submetida a condições mais precárias de bem-estar físico e social. A partir da disseminação do novo Coronavírus, além da degradação da comunicação entre os cidadãos e o serviço nacional de saúde, os indivíduos criaram hábitos menos saudáveis, aumentando os riscos das DCNT e suas agudizações (MALTA *et al.*, 2021). Com efeito, é admissível estabelecer um estado de congruência entre fatores da falha no acesso a recursos e das conformações negativas de estilos de vida na pandemia, os quais fortalecem a necessidade de políticas eficientes de promoção de saúde, para estabelecer uma conexão da sociedade com programas direcionados para a melhora das condições físicas, sociais e psicológicas da comunidade.

Conclusão

Constata-se que o acesso à saúde, o qual já era prejudicado, foi agravado por causa das novas dinâmicas provocadas pelo cenário da pandemia. Outrossim, ações governamentais como realocação de recursos e as medidas de isolamento social afetaram os DSS.

De início, percebe-se que, nos países responsáveis pela maior parte das mortes de recém-nascidos do mundo, o despreparo profissional, a ausência de protocolos específicos para neonatos durante a pandemia e a redução do acesso aos serviços de saúde trazem mais riscos aos bebês que o próprio Coronavírus. Somado a isso, nota-se que as políticas de atenção à maternidade e auxílio à amamentação sofreram intenso impacto em diversas localidades, o que compromete o caráter funcional da relação ideal entre os serviços de maternidade e as mães usuárias. Ainda, outra consequência é o retrocesso do combate ao HIV/AIDS, principalmente nos países onde a situação dessa doença já era grave. Ademais, as medidas de enfrentamento ao Coronavírus diminuíram o acesso da população aos serviços de saúde, o que impactou

tanto o combate de doenças endêmicas, quanto o acompanhamento e o tratamento de doenças crônicas.

Em face do exposto, torna-se inegável que, na atual situação sanitária, os gestores públicos encontram dificuldades em administrar as políticas estatais que garantem o total acesso à saúde – direito inerente ao ser humano. Por essa razão, compete aos Estados zelar pelo cumprimento das diretrizes estabelecidas pela evolução dos direitos humanos, dado que a recuperação do pleno exercício de tais direitos só se faz possível mediante o restabelecimento de todas as práticas democráticas atribuídas ao Poder Público.

REFERÊNCIAS

BORGES, K. N. G. *et al.* O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago**, Goiânia, v. 6 n. 3, set. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129415/o-impacto-da-pandemia-de-covid-19-em-individuos-com-doencascronicas.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção de Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. v. 8, Brasília: EDITORA MS, 2008, 74 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CANADÁ, Ministério da Saúde Nacional e do Bem-Estar. **A New Perspective on the Health of Canadians, a working document**. Ottawa, 1974. Disponível em: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CARVALHO, S. S. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: os resultados dos microdados da PNAD Covid-19 de novembro. **Carta Conjuntura Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, n. 50, p. 1–18, jan./mar. 2021. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10472/5/CC_50_mt_efeitos_da_pandemia.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

CASABONA, C. M. R. A. COVID-19 e as políticas europeias sobre direitos humanos. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, Belo Horizonte, v. 23, n. 46, p. 66–83, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.2318-7999.2020v23n46p65%20-%2082>.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2008. ed. 22, 215 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

GAUSMAN, J.; LANGER, A. Disparidades de sexo e gênero na pandemia COVID-19. **Journal of Women's Health**, Nova Iorque, v. 29, n. 4, p. 465–466, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8472>.

GODOY, L. P.; FREITAS, R. S.; OLIVEIRA, E. C. V. A Covid-19 e o desafio para o cuidado das populações vulneráveis no Estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública Paraná**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 22–29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p22>.

GOGA, A. *et al.* Centrando meninas adolescentes e mulheres jovens nas respostas ao HIV e COVID-19. **The Lancet**, Londres, v. 396, n. 10266, p. 1864–1866, nov. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32552-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32552-6).

KIMANI, R.W. *et al.* Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: re-contextualising the community midwifery model. **Human Resources for Health**, Berlim, v. 18, n. 75, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00518-3>

KLINGENBERG, C. *et al.* COVID-19 preparedness- a survey among neonatal care providers in low- and middle-income countries. **Journal of Perinatology**, California, v. 41, n. 5, p. 988–997, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01019-4>.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, supl. 1, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 6–12 set. 1978. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração do Milênio das Nações Unidas**, Nova Iorque, 6–8 set. 2000. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 29 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório Sobre os Objetivos do Milênio, 2015**. Nova Iorque, 2015. Disponível em: <http://abm.org.br/ods/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

PALLANGYO, E., *et al.* O impacto de covid-19 na prática de parteiras no Quênia, Uganda e Tanzânia: um relato reflexivo The impact of covid-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: A reflective account. **Midwifery**, Reino Unido, v. 89, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102775>.

POMPEU, M. P. M. R. A evolução histórica dos direitos humanos. **Revista da Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 107–118, ago./dez. 2010. Disponível em: <http://revistathemis.tjce.jus.br/index.php/THEMIS/article/view/171/162>. Acesso em: 17 jun. 2021.

RUWISCH, J. S.; PHILLIPS, K. E. Breastfeeding During a Pandemic: The Influence of COVID-19 on Lactation Services in the Northeastern United States. **Journal of Human Lactation**, Nova Iorque, v. 37, n. 2, p. 260–268, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/08903344211003898>.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260–268, mar. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22569702>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SEHOOLE, T. J. COVID-19: pandemic burden in Sub-Saharan Africa and the right to health. The need for advocacy in the face of growing privatisation. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, Cidade do Cabo, v. 12, n. 1, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2476>.

SOUZA, K. V., *et al.* Direitos Humanos das mulheres no parto frente à pandemia de COVID-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0>.

TIRUNEH, G.T.; SHIFERAW, C.B.; WORKU, A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, Berlim, v. 19, n. 1, art. 507, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2651-6>.

TORRES, K. *et al.* Malaria Situation in the Peruvian Amazon during the COVID-19 Pandemic. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, Arlington, v. 103 n. 5, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0889>.

CAPÍTULO 2

A FACE RACISTA DA SAÚDE PÚBLICA E A NECROPOLÍTICA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

THE RACIST FACE OF PUBLIC HEALTH AND THE NECROPOLITICS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A THEORETICAL REFLECTION

Raíssa Piccoli Fontoura
Raquel Maria Ávila Santos
Sara Pussoli da Costa
Vanessa Alves Goulart
Vinícius Alves dos Santos
Yara Silva Souto
Bruna Moretti Luchesi
Thais Carolina Bassler

RESUMO

Objetivo: Desenvolver uma reflexão teórica para destacar a carência de acesso à saúde dos indivíduos afro-brasileiros, a falta de serviços a eles oferecidos e como o racismo tem afetado as taxas de morbimortalidade durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em uma revisão bibliográfica de artigos científicos publicados nos anos de 2020 e 2021. **Resultados:** A análise de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, do ensaio

“Necropolítica” e de obras científicas selecionadas permite a explícita constatação de que a população negra vem sendo privada do acesso universal e equânime à saúde, uma vez que, muito além de terem suas demandas negligenciadas, essa população também tem sua existência ignorada, o que é evidenciado pela falta de desagregação raça/cor nos registros de saúde. A ausência de um olhar específico e atento voltado a esse grupo populacional gera altas taxas de morbimortalidade, revelando a profundidade desse panorama. **Conclusão:** Em um contexto pandêmico, a exposição dos indivíduos negros ao patógeno é mais elevada que a de indivíduos de outras etnias. Outrossim, devido à negligência estatal, à falta de informações e à ausência de cumprimento de políticas públicas com enfoque nessa parcela populacional, o acesso aos direitos básicos desses indivíduos é comprometido e, conseqüentemente, eles enfrentam mais comorbidades, além de comporem o grupo com número majoritário de óbitos.

Descritores: iniquidade em saúde; infecções por coronavírus; pandemia; população negra; racismo.

ABSTRACT

Objective: To develop a theoretical reflection to highlight the lack of Afro-Brazilians health access, absence of services offered to them and how racism has affected morbidity and mortality rates during the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a theoretical reflection based on a bibliographic review of articles published in 2020 and 2021. **Results:** The National Policy for Integral Health of the Black Population (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), from the essay “Necropolitics” and selected scientific works allow the explicit conclusion that black population has been deprived of universal and equitable health access, once that apart from having their demands neglected,

they also have their existence ignored, which is evident in the lack of disaggregation of race and color concepts in health registers. e absence of a specific and attentive perspective aimed at this population group generates high morbidity and mortality rates, showing the rough depth of this scenery. **Conclusion:** In a pandemic context, the exposure of black individuals to the pathogen is greater than that of individuals of other ethnicities. Besides, due to state negligence, lack of information and absence of compliance with public policies, the access to the basic rights of these people becomes impaired and, thereafter, they struggle with major comorbidities, in addition to being the largest group in terms of number of deaths.

Descriptors: health inequity; coronavirus infections; pandemic; black population; racism.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, caracterizou a disseminação do vírus Sars-CoV-2 como um contexto pandêmico (SANTOS *et al.*, 2020). A partir desse panorama, as iniquidades em saúde atingiram um nível expressivo de agravo, especialmente no que concerne ao prejuízo diferencial vivenciado por grupos sociais e raciais no Brasil. Essa diferença reside, principalmente, na acessibilidade à saúde e na forma impactante que a ausência desse direito, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, adquire na sociedade. Tal documento define, no Art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 104).

Nesse contexto, o presente artigo tem como finalidade destacar, por meio da reflexão teórica, a conjuntura da população negra, vítima de políticas de saúde excludentes e que promovem, por conseguinte, a morte de modo segregador e atroz (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Elucida-se, nesse sentido, que as desigualdades raciais se fundamentam no racismo estrutural, o qual teve origem na colonização escravista e se desenvolve até os dias atuais (SOUZA, 2020). Tal desigualdade resulta em uma maior exposição dos corpos negros ao SARS-CoV-2 e, conseqüentemente, maior taxa de morbimortalidade pela COVID-19, quando em comparação com a população branca (ARAUJO *et al.*, 2020). Somado a isso, ressalta-se a falta de desagregação por raça/cor nos formulários de saúde, o que contribui para a invisibilização das disparidades raciais, validando uma interpretação irreal e enviesada que prega a pandemia como democrática (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Portanto, este estudo teve como objetivo geral avaliar a carência de acesso da população negra à saúde durante a vigente pandemia da COVID-19. Ademais, teve como objetivo específico, analisar o impacto do racismo nas taxas de morbimortalidade e nos registros de saúde.

Métodos

O presente artigo trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico obras científicas selecionadas nas bases de dados entre 2020 a 2021. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e MedLine.

Foram utilizados os seguintes descritores: “racismo”, “pandemia”, “infecções por coronavírus”, “população negra” e “iniquidade em saúde”. Tais descritores obedeceram às seguintes combinações: “racismo” e “pandemia”; “população negra” e “pandemia”; “infecções por coronavírus” e “racismo”; “iniquidade em saúde” e “população negra”.

Os critérios de inclusão foram: abordar o território brasileiro; tratar da falta de acesso à saúde da população negra e seu respectivo impacto na morbimortalidade durante o contexto pandêmico. Já os critérios de exclusão: abordar problemas de saúde específicos e incluir outros grupos étnicos na análise.

A partir de tais critérios, foram encontrados 171 artigos na base de dados MedLine, utilizando a combinação racismo e pandemia. Na SciELO, encontraram-se 5 artigos usando a combinação “população negra” e “pandemia”. Por fim, na LILACS, foram analisados 10 artigos, usando as combinações “infecções por coronavírus” e “racismo”, além de “iniquidade em saúde” e “população negra”.

O total identificado foi de 186 artigos. Desses, houve a repetição de 3 artigos entre as plataformas MedLine e LILACS e 1 artigo nas plataformas SciELO e MedLine. Dessa maneira, 182 artigos foram analisados a partir da leitura dos resumos. Tomando como base os critérios de inclusão e exclusão, somente 9 deles enquadraram-se nos pré-requisitos.

As buscas iniciaram-se no dia 26 de maio de 2021 e foram finalizadas no dia 15 de junho de 2021.

Referencial teórico

A metodologia utilizada para a formulação dessa reflexão teórica permitiu a seleção de artigos que tinham como enfoque as iniquidades constatadas no acesso à saúde durante a vivência da pandemia da COVID-19 pela população negra brasileira, a qual é identificada de forma moral, ética e ilegalmente prejudicada em um contexto de entaves a direitos considerados básicos, como os que dizem respeito à acessibilidade ao sistema público de saúde do país e à própria vida (SANTOS

et al., 2020). Os textos científicos selecionados tratam, sobretudo, do escárnio à dignidade da população negra, que foi e permanece sendo relegada a situações de vulnerabilidade, exclusão e morte. Esse caótico panorama é abordado como resultado direto do passado colonial escravista do Brasil, bem como da continuidade da elaboração de ações e políticas públicas excludentes, pautadas em um projeto necropolítico que visa ao extermínio dos indivíduos cuja cor de pele é preta (MBEMBE, 2011).

A estrutura de funcionamento do necropoder foi explicada minuciosamente no ensaio “Necropolítica”, de autoria do filósofo Mbembe. O emprego dessa obra neste artigo acontece mediante o reconhecimento da absoluta relevância dos esclarecimentos feitos a respeito do racismo, que é explanado como fruto de uma soberania que contém e exerce, intrinsecamente, o controle político por meio da morte dos cidadãos. Portanto, essa análise é imprescindível para avaliar os objetivos propostos (MBEMBE, 2011).

Tendo isso em vista, além do ensaio de Mbembe, levou-se em consideração, no presente artigo, a vigência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Instituída em 13 de maio de 2009, por meio da Portaria GM/MS n° 992, essa política surgiu da necessidade de oferecer atendimento em saúde aos indivíduos que se autodeclararam negros de acordo com as suas realidades socioeconômicas, utilizando o preenchimento completo dos formulários de saúde, como a declaração raça/cor, como base de informação para direcionar a construção dessa política pública. A PNSIPN também tem como objetivo garantir o acesso da população negra brasileira, de forma oportuna e organizada, a serviços de saúde, com o intuito de, cumprindo os princípios e diretrizes que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), melhorar as condições de vida e reduzir as iniquidades historicamente impostas a essa camada populacional (BRASIL, 2009).

Apesar de bem estruturada, a PNSIPN possui inúmeras lacunas práticas, ou seja, sua redação não condiz com sua aplicabilidade real, sendo vistas barreiras à participação efetiva da população negra no acesso e na permanência no serviço de saúde. Isso acontece devido à negligência proposital aplicada pelo governo a essa parcela populacional, a qual permite a perpetuação do racismo ao ser conivente com as desigualdades e discriminações com a população afrodescendente, sendo a reflexão teórica de artigos publicados com a temática de analisar tal negligência, o enfoque do artigo em curso.

Logo, o ensaio “Necropolítica” e a PNSIPN, bem como os artigos selecionados, segundo os critérios estabelecidos para a formulação metodológica, são calcadas em uma visão democrática e equitativa quanto ao direito incontestável do acesso à saúde pelos brasileiros negros, além de serem unânimes no que se refere ao desrepeito a essa diretriz legal e à face racista do Estado, evidentemente branca.

Resultados e discussão

A princípio, estiveram em pauta questões relacionadas à iniquidade e à desigualdade racial em saúde no contexto pandêmico.

Verificou-se, primeiramente, que a escravidão ocorrida durante o período colonial deixou resquícios culturais, a exemplo de uma mentalidade escravista que perdura até a hodiernidade. Nesse sentido, evidencia-se que o racismo estrutural e institucional que remonta ao colonialismo brasileiro é refletido em diversas esferas sociais, inclusive na saúde pública. (SARDINHA *et al.*, 2020)

Considerando-se uma conjuntura de análise histórica, destaca-se a situação de saúde da população negra durante as primeiras décadas do século XX, a qual permaneceu deficiente, visto que, mesmo a pan-

demia de gripe espanhola tendo ocorrido duas décadas após a abolição da escravatura, não foram encontradas menções em bibliografias aos efeitos da escravização na vulnerabilização dos indivíduos negros durante essa pandemia (SARDINHA *et al.*, 2020). Assim, percebe-se que, por séculos, a saúde da população negra conservou-se marginalizada.

Após séculos de completa negligência em relação à saúde da população negra, houve a criação do SUS em 1988, que, apesar de ser destinado a toda população residente no país, tem os afrodescendentes como principais usuários. Desse modo, o sucateamento do SUS – pela compreensão de saúde pública como gasto, não como investimento –, atrelado às precárias condições socioeconômicas da maior parcela da população negra é um indício de que o racismo estrutural, especialmente em um momento pandêmico, é reafirmado (SARDINHA *et al.*, 2020).

Levando isso em consideração, o acesso à atenção primária por parte de grupos minoritários, que, no Brasil, abrangem grande parte dos afrodescendentes, ficou mais prejudicado, tendo em vista a vulnerabilidade socioeconômica em contexto de crise. O fato de o SUS ter suas ações prioritariamente destinadas a atender essa parcela populacional e não conseguir atingir seu objetivo, não apenas se mostra como descumprimento de uma lei magna – não garantindo o acesso à saúde de forma equânime entre todos os cidadãos –, como também aponta para as lacunas intencionais de origem histórica que, mesmo após mais de 130 anos, continuam segregando e pormenorizando a população negra brasileira. Parte dessa pormenorização está relacionada ao mito propagado de que tal parcela populacional seria imune ao SARS-CoV-2, portanto, o atendimento médico a esse contingente populacional seria um gasto evitável em primeiro plano (LAURENCIN, MCCLINTON, 2020).

A outra parte está associada à questão financeira frente à crise econômica derivada da pandemia. Tendo em vista os relatos econômicos re-

ferendados pelos gestores do país, há muitos gastos e pouca arrecadação, levando à racionalização, sobretudo na saúde pública. Assim, essa suposta incapacidade financeira da gestão da saúde torna-se uma forma tão convincente de tratar a temática da saúde pública como onerosa, não como um investimento, que é utilizada secularmente (SOUZA *et al.*, 2020).

Outrossim, observa-se que a ilusão democrática dos efeitos do SARS-CoV-2 é desmontada quando se verifica que os corpos mais atingidos de forma letal pelo vírus são corpos pretos. Tal contexto coloca em visibilidade limitações históricas da sociedade brasileira, como a dificuldade em garantir condições básicas para que a população mais vulnerável adote o distanciamento social. Mesmo que em um primeiro momento a doença tenha atingido os grupos sociais mais privilegiados, neste momento, ela atinge de forma desproporcional as populações mais vulnerabilizadas, e, sobretudo, a população negra (SARDINHA *et al.*, 2020).

Na ótica da morbimortalidade, a maior incidência de comorbidades ocorre na população negra, sendo a hipertensão, a diabetes e a anemia falciforme as que merecem maior destaque (BRASIL, 2017a). Além disso, de acordo com a OMS, essas doenças são potenciais agravantes do quadro da COVID-19, principalmente quando se trata de idosos acima de 60 anos, de imunossuprimidos e de doenças hematológicas (WHO, 2020). Paralelamente, alguns distritos dos Estados Unidos da América (EUA), como Illinois, cuja população negra representa 39% do total, até a data de 6 de abril de 2020, notificou que 48% dos dados de COVID-19 confirmados e que 56% das mortes registradas foram dessa camada vulnerável. Essa taxa, apesar de não ser a mesma, permanece alta em vários outros territórios dos EUA (ARTIGA, GARFIELD, ORGERA, 2020).

Além da questão social e do aspecto letal do vírus para a população negra, há ainda as recomendações de higiene, feitas pelo Ministério da Saúde, evidenciando também as desigualdades sociais e a gravidade

da situação, visto que grande parte da população brasileira não possui acesso à água potável e à coleta de esgoto, e, dentro dessa categoria, destaca-se a população favelizada, composta principalmente por pessoas negras (SARDINHA *et al.*, 2020). Assim, embora a higienização das mãos seja fundamental para a defesa de primeira linha a fim de evitar-se o contágio da COVID-19, para um número expressivo de pessoas essa ação não é simples ou rotineira.

A realidade das favelas e periferias, em especial a do Rio de Janeiro, é a da desassistência e abandono, pois mazelas, como a ausência de saneamento básico e moradias insalubres, datam do século XIX e permanecem até a atualidade sem resolução (SOUZA *et al.*, 2020). Dessa forma, observa-se o desinteresse estatal na garantia de direitos básicos para a população negra, o que deixa essa população mais vulnerável a complicações de saúde, a exemplo da COVID-19.

Esse mecanismo de atuação governamental age diretamente sobre a saúde dos indivíduos negros, em especial durante a pandemia da COVID-19, uma vez que os corpos pretos estão mais expostos ao vírus em questão, o que se dá, principalmente, porque uma grande parcela dessas pessoas trabalha em serviços considerados essenciais ou na linha de frente do combate à doença (FERNANDES, 2020). Portanto, negar o direito à saúde a uma população que, há séculos, vem sofrendo uma exclusão tão atroz apenas demonstra o quanto a sociedade e o Estado brasileiro pouco evoluíram em questões absolutamente básicas e que dizem respeito à “pessoa humana negra”. Essa diferenciação é importante em um país que tende a celebrar a branquitude, comemoração que está diretamente ligada à morte ou à permissão dela no que se refere aos indivíduos negros, que em nenhum momento da história brasileira, muito menos no contexto pandêmico nacional, deixaram de ser vistos como detentores dos piores defeitos humanos, especialmente, da cor de pele preta, que causa tanto asco, repulsa e nojo em racistas.

Além disso, o estereótipo social de superioridade considerado em sociedade diz respeito ao homem branco, o qual é tratado como um ser social, com seus direitos básicos de acesso assegurados. Logo, o homem negro não se enquadraria nesse ponto, o que, por fim, dá respaldo para a desumanização dos afrodescentes em território brasileiro diante da disparidade de acesso à saúde enfrentada por essa população (SOUZA; MEDEIROS; MENDONÇA, 2020).

Essa recusa do acesso à saúde no que tange à população negra pode ser analisada sob a ótica da necropolítica, processo político-social calcado na determinação estatal de quem deve viver e de quem deve morrer. Tal arbitrariedade é marcada excessivamente pelo racismo, que define uma hierarquia étnica irracional, anti-cientificista, eugenista e fatalmente segregadora. Evidencia-se, então, que, ao concentrar esse poder, tal instância contribui efetivamente para a manutenção do projeto de genocídio contra a negritude e para a legitimação das vidas brancas como valorativamente superiores às demais (MBEMBE, 2011).

A negligência estatal premeditada revela a máquina de fazer morrer que as estratégias de enfrentamento da pandemia tem escancarado. O aspecto segregador constatado na saúde é pautado na invisibilização do critério raça/cor nos formulários, sendo uma flagrante tentativa de ocultar a realidade segregadora vigente. Logo, verifica-se a pertinência da análise de Santos *et al.* (2020, p. 4220):

Afinal de contas, o que se percebe dentro de uma estrutura de um sistema que legitima mortes de pessoas negras são as diversas articulações tanto no sistema penal que encarcera, quanto na violência policial que aniquila, quanto na saúde pública que invisibiliza suas mortes. Resta nítido que a necropolítica funciona perfeitamente bem no Brasil.

Ainda, o Ministério da Saúde instituiu, pela Portaria nº344, de 1 de fevereiro de 2017:

A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena. (BRASIL, 2017b, p. 62).

Apesar disso, a carência de informações referentes aos dados raça/cor nos prontuários de saúde permanece, prejudicando o parâmetro quantitativo da relação de morbimortalidade de corpos negros ao omitir os números comparativos necessários para traçar o perfil das populações afetadas (WERNECK, 2016).

No contexto de preenchimento dos formulários de saúde, ressalta-se que nas fichas referentes aos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave em situação de hospitalização e às declarações de óbito formuladas pelo Ministério da Saúde, existe o campo raça/cor, importante parâmetro para que políticas públicas sejam elaboradas especificamente para a população negra, a qual possui necessidades e problemas distintos do restante da população e de outros grupos minoritários (SANTOS *et al.*, 2020). Ademais, reforça-se que, especificamente, durante a pandemia da COVID-19, há uma carência omissa, irresponsável e criminosa da desagregação de dados por raça/cor, o que contribui para a perpetuação da invisibilidade de um grupo que é mais afetado pelas circunstâncias epidemiológicas do que a parcela branca da população (REVISTA CONSULTOR JURÍDICO, 2020).

Por fim, deve-se evidenciar que o Estado vem desrespeitando os direitos da população negra, em especial no que se refere ao acesso

à saúde. A marcação do campo raça/cor nos formulários de saúde tem sido deficitária, impedindo que políticas públicas sejam desenhadas, especificamente, para esse grupo populacional, que possui demandas de saúde diferentes do restante da sociedade, ressaltando que tais necessidades devem ser respeitadas, consideradas e valorizadas na gestão do SUS.

Conclusão

O racismo estrutural e institucional, heranças históricas do período escravocrata nacional, são estigmas presentes na saúde pública do Brasil e contribuem para a marginalização da população negra no contexto da COVID-19 e para o aumento das taxas de morbimortalidade desses indivíduos.

É inegável, portanto, que a população afrodescendente brasileira está mais vulnerável ao vírus SARS-CoV-2, pois, os negros – grupo com maior percentual de óbitos durante a pandemia do coronavírus e, majoritariamente, portadores de comorbidades agravantes – são cotidianamente mais expostos ao vírus, ao passo que, além de muitos trabalharem em ambientes propícios à circulação viral, possuem seus direitos básicos assegurados pela Constituição Federal negligenciados pelo governo. Logo, invisibilizar a população negra é um projeto muito bem arquitetado.

Somado a isso, salienta-se o funcionamento da falácia financeira pautada na carência de erário como justificativa para racionalizar os gastos em saúde. Tal inverdade é proferida a fim de reduzir, paulatinamente, os investimentos nessa área tão primordial. Evidencia-se, então, que essa ideia indefensável agrava, de forma aguda, as condições de saúde da população negra.

Por fim, em plena pandemia do SARS-CoV-2, informações quanto a raça e cor não constam na maioria das fichas hospitalares dos pacientes acometidos pela COVID-19, de modo a inviabilizar as ações da PNSIPN. Essa situação escancara a cruel face racista do sistema de saúde pública, marcada pela necropolítica, a qual decide quem vive e quem morre ao tratar a saúde pública como um gasto. No Brasil atual, as vítimas majoritárias já são absolutamente previsíveis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. M. *et al.* Morbimortalidade pela COVID-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Physis: Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 191–205, dez. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E412.

ARTIGA, S.; GARFIELD, R.; ORGERA, K. Communities of Color at Higher Risk for Health and Economic Challenges due to COVID-19. Disponível em: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/communities-of-color-at-higher-risk-for-health-and-economic-challenges-due-to-covid-19/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. Art. 196. Trata da universalidade da saúde e dever do Estado. **Diário Oficial da União**, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 1–35, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°344/2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial da União**, 1 de fevereiro de 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Portaria GM/MS n°992, de 13 de maio de 2009**. Brasília, 2009

FERNANDES, A. Coronel Vírus chegou: Notas etnográficas sobre a Covid-19 entre vulnerabilizados da cidade do Rio de Janeiro. **Sexualidad, salud y sociedad**, Rio de Janeiro, n. 37, p.7–34, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.02.a>.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>.

LAURENCIN, C.T.; MCCLINTON A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. **J Racial Ethn Health Disparities**, Bethesda, v. 7, n. 3, p. 398–402, abr. 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs40615-020-00756-0>.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Public Culture**, v. 15, n. 1, p. 11–40, jan. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1–14, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150120>

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO. Defensorias pedem que coleta de dados da Covid contemple registro de raça e cor [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jun-17/defensorias-pedem-dados-covid-contemplem-raca-cor>. Acesso em: 13 jun. 2021.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 4211–4224, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>

SARDINHA, L. S.; BOTELHO, P. S.; CARVALHO, M. W. V. Desigualdades raciais em tempos de pandemia na cidade do Rio de Janeiro: reflexões a partir de 1918 e 2020. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 8–24, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.8-24>.

SOUZA, F. A.; MEDEIROS, T.; MENDONÇA, A. L. O. “Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 03, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300316>.

SOUZA, F. O dia em que a vida parou: expressões da colonialidade em tempos de pandemia. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300210>.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health Topics: coronavirus disease (COVID-19). Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1. Acesso em: 15 jun. 2021.

CAPÍTULO 3

A VULNERABILIDADE SÓCIO-SANITÁRIA DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

THE SOCIO-SANITARY VULNERABILITY OF RIVERSIDE POPULATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A THEORETICAL REFLECTION

Ana Heloísa Alves da Silva

André Luiz Dias Rodrigues Filho

Andreza Vitória Venega Mühl

Carolina Pfaffenbach Navarro de Andrade

Diego de Brito Branquim

Elysângela da Silva

Bruna Moretti Luchesi

Thaís Carolina Bassler

RESUMO

Objetivo: Analisar as condições socioassistenciais na saúde da população ribeirinha perante a pandemia do vírus Sars-CoV-2. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em relatos, estudos bibliométrico exploratório, qualitativo e descritivo. **Resultados:** A população ribeirinha sofre com as más condições sanitárias normalmente, mas, com a pandemia da COVID-19, isso foi ainda mais escancarado.

Há uma precariedade acentuada na comunidade ribeirinha, e, para tentar superar a falta de assistência médica, ela utiliza conhecimentos populares. Porém, esses podem não ser eficazes no combate à pandemia do novo coronavírus existente desde o começo de 2020. **Conclusão:** É de suma importância o estudo dessa comunidade por acadêmicos e profissionais da área da saúde, com a intenção de propiciar melhores cuidados e entender como os ribeirinhos veem sua situação de saúde. O poder público precisa atuar com convicção para suprir as necessidades das populações moradoras das margens dos rios em todo território nacional, uma vez que não possuem renda para terem boas condições de vida devido a economia voltada à pesca, caça e manufaturas.

Descritores: pandemia; vulnerabilidade; COVID-19; ribeirinha; saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyse the socio-assistance conditions on health care of riverside population during the Sars-CoV-2 virus pandemic.

Methods: It is a theoretical reflection based on reports and exploratory bibliometric, qualitative and descriptive studies.

Results: The riverside population usually suffers from poor sanitary conditions, but with the COVID-19 pandemic, this was even more expressed. It is clear that there is a marked precariousness in the riverside community, and in order to try to overcome the lack of medical assistance, they use popular knowledge. However, these may not be effective in combating the coronavirus pandemic that has existed since the beginning of 2020. **Conclusion:** It is important the studying of this community by professionals and academics in the health area with the intention of providing better caring and understanding how riverside dwellers see their own health situation. Public authorities need to act with conviction to supplement the needs of populations living on the banks of

rivers throughout the country, as they do not have the income to have good living conditions due to the economy focused on fishing, hunting and manufacturing.

Descriptors: pandemic; vulnerability; COVID-19; riverside; health.

Introdução

Em dezembro de 2019, foram relatados os primeiros casos da COVID-19 na província de Wuhan, na China Central, causada pelo vírus Sars-CoV-2. A disseminação mundial do vírus foi rápida e, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia. No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte, em 17 março do mesmo ano (COELHO *et al.*, 2020).

Nesse viés, torna-se importante ressaltar os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2021) sobre a COVID-19, em que, aproximadamente, 425.711 mortes e 15.285.048 casos foram confirmados no Brasil no período de março de 2020 a maio de 2021. Assim, torna-se relevante ressaltar que, aproximadamente, 165 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, sendo que, mesmo antes do início da pandemia, a taxa de ocupação das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) públicas já atingia o patamar de 78%, com pacientes não relacionadas com a COVID-19 (SILVA; PROCÓPIO, 2020).

Considerando-se os dados mencionados, o aumento das taxas de desemprego, dos preços de produtos de higiene pessoal e as altas taxas de ocupação das UTIs, evidencia-se que o Brasil não estava preparado para enfrentar uma pandemia e, conseqüentemente, as populações mais vulneráveis e fragilizadas sofrem o maior impacto, justamente pe-

las disparidades regionais, de renda e pela falta de saneamento básico, sendo este último um direito garantido pela Constituição e fundamental para a promoção da saúde e do bem-estar público (BRASIL, 1988). De acordo com o art.196 da Constituição Brasileira, todo indivíduo tem direito à saúde básica, a qual deve ser fornecida pelo Estado. No entanto, a população ribeirinha tem o seu direito negligenciado, fato diretamente ligado à má infraestrutura e ao modo de vida dessa população. Isso porque essas localidades sofrem com questões histórico-culturais, reveladoras das raízes coloniais da negligência do poder público em relação às regiões Norte e Nordeste. Dessa maneira, a comunidade ribeirinha se encontra mais fragilizada quando comparada à do centro-sul do Brasil (ARRUDA; PILETTI, 2012). Nesse viés, a indiferença estrutural sofrida por essa parcela populacional dificulta a criação de políticas públicas que possam abranger suas reais necessidades. O isolamento social e as normas de higiene só seriam viáveis para elas com a distribuição ampla de recursos em diferentes setores sociais, tais como educação, saneamento básico e saúde (ANDRADE *et al.*, 2020).

A região Norte, especialmente a porção da Amazônia Legal, carece desses direitos constitucionais. Por conseguinte, evidenciam-se os hábitos precários de higiene dos povos que vivem nesses locais de vulnerabilidade social e sanitária, situação favorável à disseminação do vírus SARS-CoV-2. Além desse fator que açoita a população ribeirinha, habitantes tradicionais das margens dos rios, a falta de alimentação e nutrição adequadas e o precário investimento em educação também apresentam-se marcantes. Além disso, a comunidade citada está substancialmente isolada não só da cultura geral, como da mídia escrita e televisiva, mas também de outros moradores da mesma comunidade, uma vez que a distância entre as residências pode ser superior a 2000 metros (FRANCO *et al.*, 2015). As vilas ribeirinhas não possuem uma satisfatória renda financeira devido à economia voltada aos pescados, à caça e a produtos vindos da floresta, fatos que dificultam sua realidade

econômica (SOUSA *et al.*, 2018). A renda escassa acarreta vários problemas, como a falta de meios para alcançarem a zona urbana com a finalidade de buscarem auxílio para o suprimento de suas necessidades (GAMA *et al.*, 2018). Logo, a assistência médica também é dificultada, expondo ainda mais a vulnerabilidade desse grupo na pandemia.

Consoante às diretrizes estabelecidas pela OMS, são primordiais o uso de álcool 70%, recurso praticamente inexistente na realidade ribeirinha; a lavagem adequada das mãos e o distanciamento social como formas de prevenção do coronavírus. Sem água tratada e com grande dependência de centros urbanos, o isolamento social e as medidas profiláticas tradicionais não são facilmente aplicáveis nesses casos.

Somado a isso, o deslocamento dessas pessoas para áreas urbanizadas está diretamente vinculado à busca por serviços não oferecidos pela comunidade, como o acesso à educação, a atendimento médico eficiente e a venda de sua produção familiar. As viagens e a forma de acomodação dessas famílias (em casas de parentes) contribuem para o descumprimento do isolamento social, acarretando em um maior risco de contato com a doença (ANDRADE *et al.*, 2020).

Este estudo teve como objetivo geral analisar as consequências que a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) trouxe à população ribeirinha brasileira.

Métodos

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o modelo de relatos (FRANCO *et al.*, 2015; GAMA *et al.*, 2018), o modelo bibliográfico exploratório (SILVA; PROCÓPIO, 2020) e de estudo qualitativo e quantitativo (SILVA *et al.*, 2020) e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais.

A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed.

Referencial teórico

Os referenciais teóricos legais escolhidos para embasar nosso estudo foram as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), documentos presentes na Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988). Essas predizem os direitos fundamentais no quesito sistema de saúde brasileiro, incluindo aspectos sanitários, laborais, epidemiológicos, nutricionais e habitacionais. Assim, quando há um descompasso e um descumprimento de algum desses itens citados, há danos às saúdes individual e coletiva, o que, infelizmente, tornou-se mais frequente no Brasil desde o início da pandemia de coronavírus. As leis citadas nesta obra apresentam o intuito de explicitar quantos e quais direitos constitucionais a população ribeirinha tem em desfalque. Em acréscimo, esses direitos, além de serem dos brasileiros, são da humanidade como um todo, como prediz a Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) (ONU, 1948) e da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Outro referencial teórico utilizado são as orientações do Ministério da Saúde no que tange ao combate do coronavírus por meio dos cuidados de higiene pessoal (lavagem correta das mãos, uso de máscaras PFF2), e distanciamento social (BRASIL, 2021). Em suma, esses materiais foram usados com objetivo de elucidar a rotina das populações moradoras dos leitos dos rios.

Resultados e discussão

A população denominada ribeirinha constitui-se em famílias que estabelecem sua moradia em torno das margens dos rios, e que, por conseguinte, desenvolvem atividades econômicas utilizando os recursos disponíveis, como o extrativismo, a pesca e a caça. Os ribeirinhos apresentam, ainda, um modo particular de vida em vários aspectos, como uso do território, o uso e o manejo coletivo dos recursos locais orientados por seus saberes em bases comunicativas e cooperativas no estabelecimento das relações sociais de trabalho, de compadrio e de parentesco (GUARIM, 2000).

Historicamente, as populações ribeirinhas são constituídas por grupos nativos, agricultores, quilombolas, seringueiros, castanheiros, dentre outros, que foram alvos de negligência estatal, favorecendo a atual situação de mazela social. No período colonial, a extração de recursos interferiu na formação do espaço social dessa região, em que os povos mais tradicionais foram os mais prejudicados. Além da extração, esse período também proporcionou uma cultura flexível, conhecimentos e valores diferentes. Por estarem diretamente ligados biológica, histórica e culturalmente à população indígena, foram afetados no processo de colonização. Os indicadores para esse esquecimento são analisados pelos baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada região e pelo pouco investimento público (ARRUDA; PILETTI, 2012).

As comunidades que vivem às margens dos rios são isoladas não só de aspectos culturais, mas também do acesso à mídia, comunicação, saúde, transporte e educação. Sua interação social, em geral, apresenta-se restrita (FRANCO, 2008).

Nesse quesito, o rio é importante em vários aspectos, como no transporte para a área mais urbanizada, que geralmente é o ponto de apoio para esses povos, atuando como fonte de contato, transporte e ponte ambiental.

A pandemia do SARS-CoV-2 não afetou, homogeneamente, a todos os brasileiros. A população ribeirinha exibe uma vulnerabilidade ao vírus muito superior, em comparação aos grandes centros do Sudeste, por exemplo, por não ter recursos para se proteger, apresentando uma infraestrutura sanitária precária e falta de informação sobre a gravidade da enfermidade. Esses são fatores ocasionados pelo descaso do poder público com essa comunidade, principalmente da região Norte e Centro-Oeste do país (ARRUDA; PILETTI, 2012).

As condições ribeirinhas também se demonstram precárias em outros âmbitos, como moradia, escolaridade e situação financeira. Ademais, a falta de saneamento básico, a distância de centros urbanos e de assistência médica e as escassas opções para obtenção de recursos financeiros são fatores limitantes para uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto, a fragilidade social desse povo, principalmente na pandemia, é alarmante devido justamente a esses problemas estruturais.

Conforme as recomendações dos profissionais e autoridades de saúde, o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), como máscaras cirúrgicas e modelo PFF2, uso de álcool 70%, higiene das mãos, manutenção do distanciamento e isolamento social são medidas a serem seguidas para a prevenção da disseminação do Sars-CoV-2. Em contrapartida, as populações ribeirinhas não possuem tais recursos para a sua proteção, sendo vulneráveis ao contágio do vírus, pois não têm suporte para soluções simples, como a higiene das mãos com o uso de água potável e sabão. Desse modo, a atenção a essa região deve ser priorizada para proporcionar uma qualidade de vida melhor conforme manda a Constituição Brasileira, evitando riscos à saúde em geral, mas especialmente relacionado à COVID-19 (CARMO; SILVA, 2020).

Além disso, até mesmo no meio acadêmico, falta conhecimento acerca dessa população, uma vez que o IBGE, órgão responsável pela realização do censo ou recenseamento, não contempla as comunidades

ribeirinhas ASSEMAE (Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento) na realização do censo. Esse fato atrapalha o desenvolvimento de pesquisas e de políticas de auxílio pelo Estado. Ademais, por não serem considerados municípios, os dados populacionais dessa região são extremamente escassos, pois são registrados por administradores locais, sem fontes oficiais como as demais e isso pode prejudicar o controle de casos da COVID-19 (ÁVILA; HORA; SCALIZE, 2018).

O acesso à infraestrutura dos serviços públicos de saúde é raro e limitado, sendo necessário, em casos graves e de urgência, que atravessem o rio com canoas primitivas para buscar atendimento médico nos municípios de suporte e, quando isso não é possível, usa-se os conhecimentos empíricos, como as plantas medicinais. A saúde precária está ligada ao baixo saneamento básico, como água não potável, proveniente de rios com um elevado nível de mercúrio utilizado na extração de minerais, esgoto a céu aberto, entre outras inúmeras situações que vão limitar seus padrões e, conseqüentemente, favorecer uma baixa qualidade de vida, indo contrário ao Art. 6º do capítulo II da Constituição Brasileira e as Leis Orgânicas de nº 8080/90 Art. 2º e 3º (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

Ademais, um fator agravante já citado é a dificuldade de acesso às políticas públicas e, além disso, o estabelecimento de ações que, de fato, atendam as necessidades da população ribeirinha. É inegável que a distância existente entre representantes do governo, ou da população localizada em centros urbanos, é notória responsável pelas dificuldades de acesso a tais serviços, impactando diretamente na saúde e qualidade de vida na localidade (CAVALCANTI, 2008).

Outro desafio acerca das comunidades ribeirinhas é o empecilho na aquisição de informações em diversos aspectos, principalmente relacionados à saúde, situação que também vai de oposição com a Lei 8.080 do SUS, asseguradora do direito à informação às pessoas assisti-

das. Isso dificulta o estabelecimento do processo saúde-doença, melhor compreendido mediante à participação do usuário e, por isso, busca a participação deste na responsabilização pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertence (BRASIL,1990).

Somado a isso, a condição financeira precária é uma característica inegável dessas comunidades tradicionais, sendo sua média de renda mensal inferior em relação à média dos habitantes do centro urbano da região (GAMA *et al.*, 2018). O pouco dinheiro faz com que utilizem mais produtos vindos da floresta, além de já ser algo cultural desse povo, dando destaque aos produtos com fins medicinais, fator que leva essas pessoas a não buscarem auxílio médico regularmente. Como consequência, seu estado de saúde fica bastante debilitado, deixando esse grupo muito vulnerável a complicações de doenças contagiosas como a COVID-19.

Além de dificuldades econômicas, é comum que tais comunidades apresentem escassez de recursos nos sistemas de educação, pois a localização da população se constitui elemento intensificador da desigualdade na oferta de oportunidades de escolarização, sendo que, quanto mais próximo dos centros urbanos, maiores são as oportunidades de ensino para os moradores. O acesso à informação mostra-se precário, em algumas comunidades, é observado que crianças e adolescentes não sabem seu nome completo, idade e/ou data de nascimento, quiçá possuem informações em relação ao coronavírus (SALGADO; CARVALHO, 2017).

Com a dificuldade de fornecer educação para essas pessoas, onde ainda há adultos que não sabem escrever ou ler, crianças não conseguem, em muitos casos, concluir sua escolaridade nas regiões ribeirinhas, sendo necessário que vá até um município que possa lhe proporcionar isso. Diante desse fato, existe uma lacuna na educação e saúde impossibilitando o conhecimento eficaz para o combate do coronavírus.

Por essas razões, em muitos casos, são observadas carências de recursos para qualquer tratamento técnico-científico de saúde, persistindo a utilização de conhecimentos caseiros e de ervas medicinais para sanar os problemas de saúde (OLIVEIRA JUNIOR, 2009).

Nesse mesmo raciocínio, as moradias da população ribeirinha, em sua maioria, são feitas em cima de toras de madeira adaptadas para flutuar e as casas são feitas do mesmo material com telhado de palha (uma influência indígena) ou telhas. Em muitas residências, não há energia elétrica por falta de infraestrutura. A divisão da casa é feita de modo a separar o banheiro, a varanda e o espaço interno, fazendo com que cozinha, sala e quartos dividam o mesmo espaço (OLIVEIRA JUNIOR, 2009). Dessa forma, o isolamento de possíveis infectados pela COVID-19 torna-se praticamente impossibilitado, visto que um mesmo cômodo abriga a cozinha e todos os membros da família, que comumente constituem-se de três gerações.

O esgoto é despejado diretamente nas águas, tornando o ambiente propício à disseminação de doenças infectocontagiosas, além de não haver água tratada disponível, situação que dificulta a lavagem das mãos com água e sabão (ANDRADE *et al.*, 2020).

Assim, a falta de saneamento básico e o pouco espaço para um grande número de pessoas é fator preocupante em relação à aplicabilidade das medidas de prevenção indicadas pelo Ministério da Saúde (ANDRADE *et al.*, 2020; BRASIL, 2020).

Além disso, vale ressaltar que esta parcela da população apresenta diversidade de suas atividades produtivas. Isso ocorre pela necessidade de gerar recursos que assegurem sua sobrevivência. A população ribeirinha se encontra em isolamento físico e social devido à sua localização afastada dos grandes centros urbanos que recebem recursos e participam ativamente de decisões sociais e políticas. Logo, possuem

baixo poder e influência e, como consequência direta, as políticas públicas desenvolvidas para esta população não possuem grande efetividade, o que reflete na ausência de serviços de saneamento básico, fator determinante da saúde segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (LIRA, 2016).

Portanto, é notório o impacto negativo do isolamento dessa população. Em muitos aspectos, é possível perceber o descaso existente com a comunidade ribeirinha, levando ao seu abandono. Por isso, essa parcela populacional encontra empecilhos quando precisa realizar atividades cotidianas, tais como ir à escola, encontrar serviços que não estejam atrelados aos rios e estabelecer uma boa qualidade de vida. Também, é necessário ressaltar que todos estes fatores são determinantes de saúde e, quando se encontram escassos, impactam de forma prejudicial na saúde da população (ÁVILA; HORA; SCALIZE, 2018).

Como dito anteriormente, os ribeirinhos se valem de práticas de pesca e caça para sua sobrevivência. Esse modo de vida, que é passado por gerações, continua sendo uma das principais maneiras de subsistência desse povo. A pesca ribeirinha geralmente é feita em canoas de tripulação reduzida, onde são executadas diversas técnicas pesqueiras (SILVANO; BEGOSSI, 2017). A comunidade utiliza-se muito da caça, prática essa permitida por acordos locais informais (FONSECA *et al.*, 2017). Quando esta é produtiva, é compartilhada com as pessoas da comunidade, sendo um dos principais modos de criar laços entre as pessoas da vila (LIRA; CHAVES, 2016).

As práticas rotineiras da pesca e caça possuem objetivos importantes na comunidade ribeirinha, servindo para alimentação e recurso financeiro. O comércio desses produtos geralmente é para revendedores, que pagam pouco para revender com preço mais alto. O pouco capital adquirido após as vendas não é suficiente para a obtenção de outros recursos essenciais para uma melhor qualidade de vida, faltando

atenção para higiene e saúde. Existem ainda complicações que não são do controle da comunidade que afetam sua maneira de viver, como desmatamentos, e a pesca comercial em maior escala, que dificultam ainda mais a obtenção de recursos. Além disso, as terras que habitam não são próprias juridicamente, sendo que as atividades no processo de produção não são, necessariamente, para o consumo interno, ou seja, isso favorece a um sentimento de não pertencimento à terra e uma crise de abastecimento (SILVANO; BEGOSSI, 2017).

Conclusão

O atendimento das necessidades da população ribeirinha é urgente, visto que ela exibe uma maior vulnerabilidade social e sanitária em relação às outras comunidades. Em suma, os ribeirinhos são invisíveis ao poder público uma vez que este propicia pouquíssimos direitos, e, quando isso acontece, são de má qualidade, como a educação em saúde e a assistência sanitária. Outro ponto de válida importância é a questão das moradias, as quais são de baixa qualidade, pequenas e com um grande número de pessoas por cômodo, facilitando, assim, o espalhamento do vírus analisado. Em acréscimo, a rede de água e esgoto é ínfima ou inexistente.

Ademais, suas rotinas têm impactos consideráveis no quesito saúde. A questão cultural está baseada em uma medicina alternativa por meio de ervas e chás, os quais precisam ser analisados tratando-se de saúde da comunidade beira-rio.

Ressalta-se que a economia desse povo gira em torno da caça e pescados, e, somada às más condições de educação presentes nas populações citadas, gera-se uma baixa renda em comparação com as pessoas dos centros urbanos, o que dificulta o acesso a uma boa qualidade de

vida e de saúde, além da compra de EPIs e álcool em gel, itens estes cruciais na batalha contra o SARS-CoV-2.

Portanto, conclui-se que os ribeirinhos são esquecidos, seja pelo Estado, como dito anteriormente, como pela literatura acadêmica uma vez que pouco se fala nessa comunidade. São necessários estudos e análises para tornar esse assunto mais pertinente para o poder público e, desse modo, providenciar os direitos, assegurados pela Constituição, dos ribeirinhos. Ademais, esse assunto revela-se de extrema relevância para os acadêmicos de Medicina e futuros médicos com o fito de melhor conhecer as condições de vida de seus pacientes e, consequentemente, terem maior sucesso na conduta terapêutica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. C. *et al.* Os potenciais impactos da pandemia do COVID-19 nas comunidades ribeirinhas da Amazônia Central e as soluções recomendadas para mitigação. **Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência**, Tefé, v. 1, n. 1, p. 1–8, abr. 2020. DOI: 10.13140/RG.2.2.18493.49125.

ARRUDA, J. J. A.; PILETTI, N. Um novo mapa para a colônia. In: ARRUDA, José Jobson de A.; PILETTI, Nelson. **Toda a história**. São Paulo: Ática S.A., 2012. p. 280–287.

ÁVILA, L. F.; HORA, K. E. R.; SCALIZE, P. S. Análise Conjuntural Das Comunidades Ribeirinhas No Brasil E Sua Importância Para Ações De Saneamento Rural. **Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento**. Fortaleza, 2018.

BRASIL. **Constituição**. República Federativa do Brasil de 1988. Direitos Humanos na Constituição do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_227_.asp. Acesso em: 01 jul. 2021.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990a, **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jul. 2021.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 01 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como se proteger?**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>. Acesso em: 3 jul. 2021.

CARMO, E. D.; SILVA, M. E. S. Invisibilidade da População Ribeirinha ao Acesso e Efetivação das Políticas Públicas: as experiências do território em disputa de Anajás-PA. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. Macapá, v. 13, n. 2, p. 189–209, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18468/pracs.2020v13n2.p189-209>.

COELHO, F. C. et al. Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system. **Medrxiv**, [S.L.], mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.03.19.20039131>.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3431–3436, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>.

FONSECA, R. *et al.* Caça de subsistência dentro e fora da lei: um debate necessário. **((o))eco**. 2017. Disponível em: <https://www.oeco.org.br/analises/caca-de-subsistencia-dentro-e-fora-da-lei-um-debate-necessario/>. Acesso em: 2 jul. 2021.

FRANCO, E. C. *et al.* Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1521–1530, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517518714>.

FRANCO, J. L. A.. As sociedades caboclas na Amazônia: tradição e modernidade. **Bol. Mus. Para. Emilio Goeldi Cienc. Hum.**, Belém, v. 3, n. 2, p. 255–258, ago. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222008000200008>.

GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 2, 2018, DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>.

LIRA, T. M. CHAVES, M. P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, n. 1, p. 66–76, 2016. DOI: <https://doi.org/10.20435/1518-70122016107>.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. Arquitetura Ribeirinha sobre as águas da Amazônia: o habitat em ambientes complexos. **Teses USP**. São Paulo, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948.

SALGADO, V. G. C.; CARVALHO, B. M.. **Habitar Sobre Pilotis: A Moradia Vernácula Ribeirinha No Contexto Urbano Da Amazônia**. 2017.

SANTOS, J. G. Desafios para a promoção da saúde da população ribeir. Biblioteca Herta Maria de Açucena do N. Soeiro. DOI:https://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2995/1/TCC%20J%-c3%9aLIA%20BANCA%20ASSINATURA_assinadoJSV_assinadoSCS%20%281%29_carimbotempo.pdf. Acesso em: 24 jun. 2021.

SANTIAGO, A. de *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **SciELO**. DOI:<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n2/e00002817/pt/> Acesso em: 24 jun. 2021.

SILVA, L. B. *et al.* Knowledge of primary health care professionals on health policies for the riverside population. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190080, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0080>.

SILVA, M. H. A.; PROCÓPIO I. M. The fragility of the Brazilian health system and social vulnerability in front of COVID-19. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1–12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10724>.

SILVANO, R. A. M.; BEGOSSI, A. Ribeirinhos e Caiçaras: a vida entre terra e água. **Com Ciência**. Campinas, nov. 2017. Disponível em: <https://www.comciencia.br/ribeirinhos-e-caicaras-vida-entre-terra-e-agua/>. Acesso em: 2 jul. 2021.

SOUSA, C. B. de *et al.* Queixas dolorosas e percepção de risco do trabalho de homens ribeirinhos de uma comunidade do Amazonas. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia** [s.l.], v. 5, n. 10, p. 45, 2018. Associação Brasileira da Rede Unida. DOI: <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v5n10suple>.

CAPÍTULO 4

DESAFIOS NA PREVENÇÃO À COVID-19 ENTRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

CHALLENGES IN THE PREVENTION OF COVID-19 AMONGST THE HOMELESS POPULATION: A THEORETICAL REFLECTION

Gabriel Felipe Heringer Feliciano

Giulia Rita Barbosa Scorsin

Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva

RESUMO

Objetivo: Analisar o cenário das ações preventivas à COVID-19 na população em situação de rua (PSR) no Brasil. **Métodos:** Reflexão teórica, cujo referencial adotado para sustentar a discussão dá-se a partir da Política Nacional para a População em Situação de Rua. **Resultados:** Poucas produções na literatura nacional se debruçaram sobre a saúde da população durante o período de pandemia. Apesar disso, foram produzidas orientações específicas voltadas à prevenção da COVID-19 entre a PSR, considerando os processos de adoecimento intrínsecos dessa população. A literatura mostra uma piora na vulnerabilidade da PSR associada à crise econômica e às repercussões do isolamento social, afetando diretamente a obtenção de fontes materiais e a alimentação, bem como o acesso a cuidados preventivos e terapêuticos e a informações referentes à COVID-19. **Conclusão:** A PSR, em decorrência de

suas características específicas, foi fortemente afetada pela pandemia de SARS-CoV-2, agravando seu estado geral de saúde. Diante disso, abordagens preventivas adaptadas à realidade dessa população se fazem necessárias, urgindo uma maior ação por parte dos gestores públicos na efetivação das medidas e da articulação entre os sistemas de saúde e de assistência social.

Descritores: pessoas em situação de rua; COVID-19; vulnerabilidade; prevenção de doenças.

ABSTRACT

Objective: To analyze the scenario of preventive actions against COVID-19 in the homeless population (RP) in Brazil. **Methods:** Theoretical reflection, whose framework adopted to support the discussion is based on the National Policy for the Homeless Population. **Results:** Few productions in the national literature focused on the health of the population during the pandemic period. Despite this, specific guidelines were produced aimed at the prevention of COVID-19 among the RP, considering the intrinsic illness processes of this population. Literature shows a worsening in RP vulnerability associated with the economic crisis and the repercussions of social isolation, directly affecting the obtainment of material sources and food, as well as access to preventive and therapeutic care and information regarding COVID-19. **Conclusion:** RP, due to its specific characteristics, was strongly affected by the SARS-CoV-2 pandemic, aggravating its general health status. Therefore, preventive approaches adapted to the reality of this population are necessary, urging greater action on the part of public administrators in the implementation of measures and the articulation between the health and social assistance systems.

Descriptors: homeless persons; COVID-19; vulnerability; disease prevention.

Introdução

É considerada população em situação de rua o conjunto de pessoas que sofrem com a pobreza extrema, a fragilização ou interrupção de vínculos familiares, e não possuem moradia convencional, utilizando espaços públicos ou áreas degradadas como forma de moradia e sustento. É comum também a esses indivíduos a invisibilidade social como um dos principais problemas que preterem o reconhecimento de seus direitos humanos como cidadãos e cidadãs (PAIVA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o Estado surge como assegurador de direitos humanos no modelo democrático. Enquanto instituição de desenvolvimento e aplicação de políticas sociais e econômicas, o Estado exerce influência direta sobre a saúde de suas populações, com suas necessidades e variáveis, de acordo a cultura, a renda, a região geográfica, o gênero etc., estando esse papel bem definido na Constituição Federal de 1988 que determina o dever do Estado em prover a saúde a todos como um direito fundamental de todo brasileiro. Um marco nesse contexto é o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8.080/1990, impulsionando o acesso público e gratuito aos serviços de saúde, como afirmam Rosa *et al.* (2006).

Mesmo atualmente, a exemplo do 23 de julho de 2003 – dia do Grito dos Excluídos –, as pessoas em situação de rua tentam gritar por visibilidade e denunciar a ideologia higienista, descrita por Canônico *et al.* (2007), que opta por calar, ao invés de ouvir, aqueles que detém a resposta perante ao questionamento sobre o fenômeno social da formação dos que vivem nas ruas – “quem é esta população?”. E quase duas

décadas depois do marco do Grito dos Excluídos, uma nova questão é posta – “como está essa população diante dos desafios sanitários e sociais trazidos pela pandemia de SARS-CoV-2?”.

Nos últimos dois anos, o mundo se viu paralisado diante dessa pandemia, gerando um novo fenômeno de alta morbimortalidade, sobretudo para as porções mais vulneráveis da sociedade. De acordo com a progressão da disseminação do vírus entre a população, o que se iniciou como uma crise sanitária evoluiu para a consolidação de uma crise econômica global, afetando, principalmente, países emergentes como o Brasil. Na perspectiva nacional, as disparidades socioeconômicas que já eram críticas antes da pandemia, passam a se agravar, acentuando o sofrimento e o adoecimento dos segmentos menos favorecidos da população (SILVA *et al.*, 2020).

Diante dessa realidade, concordamos com Silva *et al.* (2021), quanto à PSR ser um ponto crítico para aplicação das políticas de prevenção da COVID-19, pois garantir o direito à vida e à saúde dessas pessoas durante uma pandemia é um desafio maior, quando as principais medidas sanitárias para prevenção e controle da doença se pautam no isolamento domiciliar, nos cuidados de higiene pessoal e na vacinação, condições que demandam moradia, infraestrutura sanitária adequada e acesso à informação.

A dinâmica entre PSR e COVID-19 torna-se uma discussão ainda mais relevante quando se percebe a característica dessa população de suscetibilidade ao adoecimento por diversas causas, o que se torna nítido diante da alta prevalência de doenças infectocontagiosas como tuberculose, HIV/AIDS e hepatite B, gestações de risco e uso abusivo de álcool e outras drogas. Nas atuais circunstâncias de pandemia, tais condições refletem diretamente na maior vulnerabilidade dessa população ao desenvolvimento de quadros graves e/ou complicados de COVID-19 (BRITO *et al.*, 2021).

É necessário analisar a aplicabilidade das propostas de prevenção à COVID-19 entre as pessoas em situação de rua, a fim de garantir os direitos formalmente assegurados a essa população, evitando perpetuar a negligência com esses cidadãos e essas cidadãs para os quais se fazem urgentes a dignidade e o reconhecimento.

Método

Trata-se de um artigo de reflexão teórica, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão acerca do cenário das ações preventivas à COVID-19 na população em situação de rua dá-se à partir da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Realizou-se também a busca por documentos técnicos, do Ministério da Saúde, bem como a pesquisa em bases de dados SciELO, LILACS, BVSsalud e PubMed foi feita com os descritores “pessoas em situação de rua” AND “covid-19”; “pessoas em situação de rua” AND “pandemia”. Foram selecionadas publicações nacionais em português e inglês, com acesso integral ao texto, produzidas entre março de 2020 e setembro de 2021 sobre a pandemia, além das fontes nacionais e internacionais sobre o tema, anterior à pandemia, quando iniciamos o estudo.

Referencial teórico

A fim de embasar as reflexões presentes neste capítulo destacamos o Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e a Resolução nº 2 de 27 de fevereiro de 2013, que define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no âmbito do SUS.

Por muito tempo excluídas da abrangência das políticas públicas e, portanto, privadas de sua cidadania, as pessoas em situação de rua tiveram, a partir do final do século XX, o início de uma justa atenção quanto às políticas no Brasil. Já no século XXI, em 2009, o Decreto nº 7.053 apresenta a Política Nacional para a População em Situação de Rua, estabelecendo uma série de princípios e diretrizes com o objetivo de resgatar as condições básicas de vida à PSR, como saúde, moradia e família, bem como (re)introduzir essas pessoas no mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Complementando esse cenário, o Ministério da Saúde instituiu portarias e resoluções visando o aprimoramento do atendimento à saúde da PSR, como a Portaria nº 940/2011, que dentre outras atribuições dispensa a obrigatoriedade de apresentação de endereço de domicílio permanente para obtenção do Cartão SUS a ciganos, nômades e pessoas em situação de rua.

As Portarias nº 122/2011 e nº 123/2012 estabelecem o Programa Consultório na Rua. Finalmente, através da Resolução nº 2/2013, o Ministério da Saúde institucionalizou e reforçou o papel do Sistema Único de Saúde diante das demandas e necessidades biopsicossociais específicas dessa população. (BRASIL, 2013).

Resultados e discussão

As origens da população em situação de rua (PSR) remetem aos séculos XVIII e XIX, quando a primeira revolução industrial consolidou o capitalismo no cenário europeu, causando a migração de milhares de camponeses para as áreas urbanas. Nessa trajetória, o camponês perdeu suas formas tradicionais de sustento e passou a depender de sua força de trabalho para sobreviver, enquanto aqueles que eram des-

cartados nesse processo formavam a parcela do “exército industrial de reserva” que vivia nas ruas, descrito por Marx (KLAUMANN, 2015).

A progressão do sistema capitalista deu origem, no século XX, a governos neoliberais contrários a políticas públicas assistencialistas, que temiam uma alta dependência do Estado e, por conseguinte, afastamento do mercado de trabalho como forma de sustento. Tal conceito se reflete na formação de um “Estado Penal”, com políticas higienistas que acabam dificultando a existência da PSR e intensificando ainda mais a situação de vulnerabilidade (PAIVA et al., 2016).

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948 estabelece os direitos fundamentais de toda e qualquer pessoa humana. No âmbito do direito à saúde, a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990) determina os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde, que prevê o acesso integral e equitativo a todos os cidadãos brasileiros.

Embora o arcabouço legal garanta os direitos fundamentais à população em situação de rua, em especial, o direito à saúde, na prática, esse acesso é bastante precário.

A população em situação de rua está submetida a condições anti-higiênicas e inseguras, agravadas por situações estressantes que se relacionam à sua própria invisibilidade, à fome, à violência, além de outros fatores. Com isso, a prevalência de doenças físicas e mentais nessa população, associada a um acesso precário aos serviços de saúde, é elevada em relação à população geral, como lembram Vandentorren e Chauvin (2018).

Tal situação de degradação à qual as pessoas em situação de rua são continuamente expostas eleva os riscos gerais à saúde, além de reforçar pensamentos e sentimentos de insegurança, o que contribui para

a vulnerabilidade desses seres humanos (FRANSHAM; DORLING, 2018). Romaszko *et al.* (2017) destacam que a dinâmica saúde-doença ocorre de forma bem diferente a essas pessoas, refletindo a necessidade de abordagens comunitárias ou epidemiológicas diferenciadas e proporcionais à situação vulnerável nas perspectivas biológica, psicológica e social.

Frente a essa realidade, é notável que, em uma situação de crise sanitária, como a pandemia da SARS-CoV-2, as práticas de prevenção e cuidado voltadas às pessoas em situação de rua requerem abordagens particularizadas de acordo com as demandas e características específicas dessa população. Analisar esse processo é essencial na medida em que, sem a devida adaptação, tais medidas podem permanecer inacessíveis e impraticáveis por e para esses sujeitos, violando diretamente os princípios de equidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

Agravamento da vulnerabilidade durante a pandemia

Simultaneamente ao processo de instalação da mais recente pandemia em território brasileiro, houve um expressivo aumento da população em situação de rua no Brasil, de acordo com Silva *et. al* (2020). Associados a essa problemática, os albergues e abrigos temporários encontram dificuldades em oferecer as condições adequadas para a prevenção ao contágio e em estabelecer o distanciamento social dentro desses espaços, muitas vezes, sendo necessária a redução da capacidade de acolhimento.

Além disso, são reconhecidas adversidades em acolher pessoas com problemas de saúde ou doença ativa por esses serviços, principalmente pela indisposição de estrutura para manejar sintomas e promover assistência adequada à saúde dessas pessoas (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

De forma geral, a população em situação de rua costuma se estabelecer em locais em que há maior fluxo de pessoas e serviços, preferencialmente próximo às áreas centrais e comerciais das cidades. Esses espaços propiciam maiores chances de obtenção de renda, que se baseia, principalmente, no “manguear” (ato de pedir), na coleta de materiais recicláveis e em doações.

Como medidas de prevenção ao contágio, a restrição do funcionamento de serviços considerados não essenciais e as recomendações de quarentena ou isolamento social impactam diretamente no modo de subsistência das pessoas em situação de rua, exponenciando suas vulnerabilidades (PAULA *et al.*, 2020).

Sob essa ótica, compreende-se que o obstáculo para a obtenção de renda informal por essas pessoas agravou de forma significativa a sensação de desamparo e solidão, e principalmente, exacerbou a fome, influenciando diretamente a saúde e o adoecimento dessas pessoas, e oferecendo riscos ainda maiores às suas vidas. Por sua vez, a maior prevalência de comorbidades que aumentam o risco para formas mais graves da doença pelo SARS-CoV-2, reforça a criticidade do contexto pandêmico e evidencia a necessidade do cumprimento das políticas públicas e recomendações voltadas à proteção dessa população (BRITO *et al.*, 2021).

Esse quadro revela a necessidade de ações emergenciais voltadas, sobretudo à prevenção de agravos relacionados à COVID-19 entre a PSR, a fim de se cumprir os objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua, conforme consta:

Art. 7o – São objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I – assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; (...)

IV – produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua; (...)

IX – proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; (...)

X – criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços. (BRASIL, 2009).

Recomendações institucionais para a população em situação de rua

Em consideração ao estado de vulnerabilidade extrema da população em situação de rua em meio ao cenário pandêmico, a Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS) recomenda, por meio de duas notas técnicas, algumas medidas para o enfrentamento da COVID-19 entre essas pessoas. Tais propostas surgem em consonância com os eixos de ação I e II definidos pela Resolução nº 2 de 27 de fevereiro de 2013:

Art. 5º As três esferas de gestão do SUS implantarão as estratégias de que trata esta Portaria com fundamento em cinco eixos, conforme definidos a seguir:

I – Eixo 1: inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

a) implantação das equipes de Consultórios na Rua (eCR), de acordo com a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro 2012, com especial atenção à incorporação de Agente Social, preferencialmente com "trajetória de rua", observadas as políticas e ações de redução de danos;

- b) garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional;
- c) capacitação permanente das equipes da urgência e emergência para tratamento da PSR; e
- d) inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos, tais como mulher, criança, idoso e população vulnerável;

II – Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde, a partir da implantação das seguintes ações e estratégias:

- a) intensificação da busca ativa e dos tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas, tais como tuberculose e DSTs/AIDS, nas populações institucionalizadas e em situação de rua;
- b) controle e redução da incidência de doenças infecciosas, tais como tuberculose e DSTs/AIDS, e demais agravos recorrentes na PSR; e
- c) proposição de estratégias diferenciadas de ação que garantam o acesso da PSR às vacinas disponíveis no SUS, visando à prevenção de doenças; (BRASIL, 2013).

Em um primeiro momento, destaca-se a importância de as equipes dos Consultórios na Rua atuarem de forma integrada com outros setores de assistência em saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial e os serviços de urgência e emergência, bem como de assistência social, referenciando casos suspeitos, e oferecendo, de acordo com as demandas específicas, atenção à saúde e medidas de prevenção e controle do contágio pelo novo vírus. Além disso, recomenda-se a realização de busca ativa, fornecendo às pessoas atendidas, de forma individualizada, máscaras, álcool gel (levando em consideração a ingestão alcoólica compulsória identificada em alguns casos), e informações acerca da nova doença e das formas de prevenção de sua disseminação (BRASIL, 2020).

Além das medidas individuais de promoção à saúde, também são recomendadas estratégias de adaptação dos abrigos temporários para a prevenção da transmissão do vírus entre as pessoas acolhidas. Indicam-se, nesses casos, modificações dos espaços de acolhimento para garantir o distanciamento social, como afastamento dos beliches, utilização individual de roupas de cama e toalhas, além da higienização recorrente do local e disponibilidade água e sabão para lavagem recorrente das mãos (BRASIL, 2020).

De acordo com a ABRASCO (2020), o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, elaborado por entidades representativas de especialistas em saúde pública, epidemiologia e virologia, advoga em defesa da priorização dessas pessoas nas campanhas de vacinação, reconhecendo os riscos inerentes de formas complicadas da doença nessa população.

Honorato e Oliveira (2020) ressaltam que, como medida importante para a proteção dessa população em tempos de pandemia, é indicado que os profissionais de saúde prestem orientações, individual ou coletivamente, sobre a identificação dos principais sintomas relacionados à COVID-19, viabilizando a participação dessas pessoas no seu próprio processo de cuidado e prevenção em saúde.

Em associação a essas medidas, os pontos de acolhimento, os restaurantes populares e toda a rede de atenção em saúde devem estar dotados de estrutura, planejamento e recursos, possibilitando um trabalho efetivo que ofereça resultados à essa população que demanda, assim como a população geral, reconhecimento de seus direitos e proteção do Estado.

Percebe-se, portanto, uma movimentação na esfera política institucional e civil para se estruturar uma estratégia de resposta e prevenção apropriadas para as características culturais, sociais e sanitárias

específicas da PSR, almejando a garantir a esses sujeitos a efetivação de seus direitos, possibilitando o enfrentamento da situação crítica que aflige agressivamente essa população nos últimos dois anos.

Acesso à informação e infraestrutura

Nos últimos dois anos, os meios de comunicação como televisão, internet, e diários virtuais foram muito utilizados para a propagação de informações úteis no combate à pandemia. De forma geral, as recomendações de prevenção foram amplamente divulgadas na intenção de orientar a população sobre os riscos da COVID-19, sua forma de transmissão e de informar ao povo as alterações nos hábitos de vida provocados pelos decretos e decisões dos governantes acerca do controle da pandemia. Por sua vez, a população em situação de rua tem pouco ou nenhum acesso a esses meios de informação, estando, dessa forma, sujeita à ignorância dos fatores que influenciam em vários aspectos suas vidas e sua saúde (PAULA *et al.*, 2020).

Além das dificuldades referentes à informação, a PSR tem acesso restrito a água corrente e sabão para lavagem das mãos e a máscaras limpas ou em quantidade suficiente para troca regular. Levando isso em consideração, há relatos de projetos sociais desenvolvidos para a arrecadação e distribuição de equipamentos de proteção individual na tentativa de solucionar, de forma paliativa, esse problema, como destacam Cunha *et al.* (2020).

Todavia, Silva *et al.* (2021) observam que as medidas de apoio às pessoas em situação de rua no contexto pandêmico, em maior parte, partiram do interesse dos próprios profissionais de saúde com vínculo preexistente a essa população (estudantes de graduação na área da saúde, equipes de Consultórios na Rua), tendo pouca ou nenhuma ação

dos governantes sobre a atuação dos serviços de saúde voltados à essa população.

Diante disso, percebe-se que o Estado permanece negligenciando a PSR, reforçando a barreira que se impõe entre esses sujeitos e seu direito inalienável à saúde, delegando à sociedade civil seu dever constitucionalmente estabelecido. As organizações civis, contudo, não são capazes – tampouco deveriam ser – de suprir a ausência de assistência pública, podendo-se inferir uma insuficiência grave na garantia dos direitos básicos da PSR, refletindo-se em consequências catastróficas na morbimortalidade associadas à COVID-19.

Conclusão

A população em situação de rua no Brasil possui um trajeto de negligência na efetivação de direitos constitucionais. Mesmo com a publicação de decretos e resoluções nos últimos vinte anos, voltados a reparar esse dano histórico, a efetivação dessas políticas públicas passa por diversas dificuldades, que se traduzem na permanência dessa população em graves estatísticas de morbimortalidade, quadro que parece ter se agravado durante a pandemia.

No contexto atual, as barreiras que se impõem entre essas pessoas e o acesso à saúde, informação, prevenção e tratamento se alastram, sobretudo diante do cenário de crise econômica do país. Órgãos estatais e organizações não governamentais têm se mobilizado a fim de promover debates, orientações e ações voltadas a assegurar os devidos cuidados demandados pela PSR. Ainda assim, percebe-se que essa temática não ocupa espaço de prioridade nos estudos sobre saúde pública, além de serem evidentes as lacunas para efetivação plena de tais propostas, reforçando o silenciamento e apagamento desses sujeitos.

Visando cumprir os objetivos da Política Nacional para a PSR e da Resolução nº 2 de 27 de fevereiro de 2013, e almejando efetivar os direitos promulgados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, faz-se essencial uma maior atividade política tanto das esferas governamentais quanto da sociedade civil, que não se satisfaça apenas com a publicação de orientações, mas que se dedique à aplicação e avaliação das propostas e recomendações em todos os níveis de prevenção.

Além disso, é necessário um comprometimento dos gestores com o mapeamento e a avaliação da situação de saúde da PSR em seus territórios, de forma a identificar fatores de risco e possíveis pontos de intervenção adequados à realidade local.

Finalmente, é indispensável reforçar o potencial da participação social desses sujeitos neste processo de produção, aplicação e avaliação de ações preventivas, visando o empoderamento da PSR e a maior efetividade das medidas propostas, bem como a redução dos índices de morbimortalidade associada à COVID-19 nesta população.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. [internet]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 2 de 27 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota técnica**: Recomendações para os profissionais no âmbito das equipes de Consultórios na Rua referentes ao COVID-19. Brasília, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.306, de 23 de dezembro de 2009**. Brasília, 2009.

BRITO, C. et al. Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Rev Bras Enferm.** 2021;74(Supl 1): 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0832>.

CANÔNICO, R. P. *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(Esp):799–803. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500010>.

CUNHA, A.T.R. da *et al.* População em Situação de Rua: o papel da educação médica ante a redução de iniquidades. **Revista Brasileira de Educação Médica** [S.L.], v. 44, n. 1, p. 1–6, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>.

FRANSHAM, Mark; DORLING, Danny. Homelessness and public health. **Bmj**, [s.l.], p. 1–2, 29 jan. 2018. DOI: <http://doi:10.1136/bmj.k214>.

HONORATO, B.E.F.; OLIVEIRA, A.C.S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 54, n. 4, p. 1064–1078, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>.

KLAUMANN, A.R. **Moradores de rua – um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do centro pop de Rio do Sul/SC**. UNIEDU. Secretaria de Estado da Educação (SED). Santa Catarina, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 01 jul. 2021.

PAIVA, I.K.S. de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 8, p. 2595–2606, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

PAULA, H.C. *et al.* Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm.** 2020; 73(Suppl 2): e20200489. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0489>.

ROMASZKO, J. *et al.* Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 12, p. 1–16, 21 dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189938>.

ROSA, A.S. *et al.* O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 331–336, maio 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>.

SILVA, Simone S. da *et al.* Coletivo Nós nas Ruas e Programa Corra pro Abraço: ações para o enfrentamento da Covid-19 em Salvador, BA, Brasil, 2020. **Interface (Botucatu)**, 25 (suppl 1) 11 jun 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200690>.

SILVA, Tatiana D. *et al.* **População em situação de rua em tempos de pandemia**: um levantamento de medidas municipais emergenciais. IPEA. Brasília, 2020.

VANDENTORREN, S.; CHAUVIN, P. Health and Health Care for Homeless People in Various Contexts. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 948–949, 10 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15050948>.

CAPÍTULO 5

IMPACTOS DA COVID-19 NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

IMPACTS OF COVID-19 ON INDIGENOUS POPULATION IN BRAZIL: A THEORETICAL REFLECTION

Amanda Rocha Abreu

Daniele da Silva Pires

Eduardo Feitosa Canato

Felipe Ricardo de Oliveira Cardoso

Karine Alcará Ferreira

Léo Morato Luize

Thiago Montá de Castro Andrade

Ani Fabiana Berton

Sueli Santiago Baldan

RESUMO

Objetivo: Compreender a atual situação das populações indígenas frente à pandemia da COVID-19. **Métodos:** trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na revisão de legislações e artigos presentes nas bases de dados SciELO, Fiocruz-SI e MedLine. **Resultados:** a pandemia vivenciada na atualidade evidencia o contexto histórico de vulnerabilidade dos povos indígenas e o impacto dessa doença sobre os aspectos sociais e culturais. **Conclusão:** é perceptível que há a necessidade de melhorar a assistência e atenção à saúde dessas populações, devido aos inúmeros danos, tais como perdas culturais e humanas, oca-

sionados pela falta de preocupação e atendimento não eficiente dado a esses povos.

Descritores: povos indígenas; COVID-19; vulnerabilidade; saúde da populações indígenas.

ABSTRACT

Objective: To understand the current situation of the indigenous populations facing the COVID-19 pandemic. **Methods:** It's about a theoretical reflection based on a review of legislations and articles found on databases SciELO, Fiocruz-SI e MedLine. **Results:** the pandemic experienced nowadays evinces the historical context of vulnerability of the indigenous peoples and the impact of this disease on the social and cultural aspects. **Conclusion:** it is noticeable that there is the need to improve the assistance and attention to the health of these populations, due to the innumerable damages, such as cultural and human losses, caused by the unconcern and the non-efficient attendance provided to these peoples.

Descriptors: indigenous peoples; COVID-19; vulnerability; indigenous populations health.

Introdução

A COVID-19, decorrente do vírus SARS-CoV-2, é uma síndrome respiratória aguda de rápida transmissão. A doença teve seu primeiro caso registrado na província de Hubei, em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. A partir desse momento, o vírus se espalhou por diversos países e chegou ao Brasil, onde o primeiro registro ocorreu em meados de fevereiro de 2020. O primeiro contato dos povos

indígenas com essa moléstia ocorreu em 4 de abril de 2020, ao atingir um adolescente de 15 anos da etnia Yanomami, que foi internado em Roraima e, posteriormente, transferido para uma unidade de terapia intensiva devido a complicações (PALAMIM *et al.*, 2020).

Apesar de populações no mundo todo terem sido afetadas pela disseminação desse patógeno, a minoria indígena é a que está sendo majoritariamente afetada nos quesitos sociais, econômicos e culturais devido a sua anacrônica vulnerabilidade, por isso, é apresentado como um “Fato Social Total”, conceito relacionado a um variado conjunto de fenômenos que se relacionam de maneira complexa (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante disso, pesquisas vêm sendo realizadas para mostrar uma associação entre a alta taxa de transmissão comunitária do vírus, relacionada ao modo de vida e aos aspectos culturais e o intercâmbio socioeconômico estabelecido entre os indígenas e os não-nativos (OVIEDO *et al.*, 2020).

Em decorrência das pessoas idosas ou com comorbidades possuírem maior risco de mortalidade pelo SARS-CoV-2 (FERRANTE *et al.*, 2020), a morte dos chefes tribais, responsáveis pela transmissão da cultura, ocasiona uma perda inigualável dessa elevada carga histórica.

Somente a oferta de serviços de saúde não garante a resolução da problemática. Faz-se necessário o diálogo entre profissionais e líderes indígenas (caciques) para aumentar a adesão da comunidade às medidas apropriadas no combate à pandemia, veiculadas pelo Ministério da Saúde.

Este estudo teve como objetivo refletir sobre o avanço do vírus SARS-Cov-2 nas populações indígenas brasileiras, de modo a compreender como esse grupo social está sendo impactado.

Método

Trata-se de uma reflexão teórica, pautada em uma revisão de literatura, utilizando as bases de dados SciELO, Fiocruz-SI e MedLine. Utilizaram-se estudos que respondiam à questão norteadora: Como a população indígena brasileira está sendo impactada pela pandemia?

Referencial teórico

A COVID-19 é uma doença que surgiu na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019 (PALAMIM *et al.*, 2020). Por ser uma síndrome respiratória aguda grave e de alta transmissão que ocorre por meio de gotículas de indivíduos sintomáticos ou assintomáticos, ela se espalhou rapidamente por diversos países, resultando em uma pandemia, declarada pela OMS em 11 de março de 2020. Os primeiros casos confirmados no Brasil ocorreram em fevereiro de 2020 e, desde então, dados sobre os casos têm sido coletados e disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (BALKHAIR, 2020).

O Sars-CoV-2 pode ter um aspecto clínico de doença leve, moderada, grave ou crítica, sendo as duas últimas as responsáveis por sobrecarregar o sistema de saúde. Além disso, ainda não há terapêuticas com evidências científicas de tratamento para o coronavírus, mas vacinas estão sendo desenvolvidas globalmente para combater a situação atual (BALKHAIR, 2020). Desse modo, o novo quadro se instalou no país e exigiu mudanças no hábito de vida da população a fim de evitar a transmissão do vírus. Com isso, as populações que já eram vulneráveis, agora encontram-se ainda mais afetadas, haja vista as dificuldades surgidas com a pandemia.

No caso dos indígenas, a situação é preocupante, pois as tribos já se mostraram devastadas por doenças exógenas no passado.

Por meio de uma retrospectiva histórica, percebe-se a suscetibilidade dos indígenas com maior ênfase, como ao analisar a pandemia de gripe espanhola, a qual ocorreu durante os anos de 1918 e 1919 e foi responsável pela extinção de inúmeras tribos indígenas no país (BRASIL, 2016).

A pandemia de H1N1, no ano de 2009, causou um índice de mortalidade quase cinco vezes maior que o da população geral brasileira (PALAMIM *et al.*, 2020). As doenças são uma das principais causas de morte entre as populações indígenas (CARDOSO *et al.*, 2019). O autor indica que se deve levar em consideração a maior facilidade de transmissão devido ao hábito cultural comunitário que envolve esses povos e ao contato com invasores em seus territórios.

O primeiro caso, de COVID-19, entre os povos indígenas ocorreu em 8 de abril de 2020 na etnia Kokama em uma jovem de 20 anos que trabalhava como agente de saúde indígena no Alto Rio Solimões (AM). Nesse caso, ela teve o contato com um médico que tinha acabado de retornar das férias e estava contaminado. Após um mês desde o primeiro contato da COVID-19 com os povos indígenas, ocorreu um total de 70 mortes, principalmente entre aqueles com comorbidade, ou os mais velhos (PALAMIM *et al.*, 2020).

Resultados e discussão

Para uma melhor compreensão dos impactos da pandemia na população indígena, dividimos os resultados em categorias: A pandemia como um Fato Social Total; Vulnerabilidade e Atuação de profissionais e da atenção à saúde.

A pandemia como um Fato Social Total

A chegada da pandemia no Brasil logo alertou organizações indígenas para adotarem medidas que teriam o objetivo de proteger esses povos e amenizar o risco potencial da doença. Com isso, incentivaram o isolamento voluntário e a redução da circulação de pessoas de fora das aldeias, disponibilizaram materiais de higienização e realizaram campanhas de conscientização. Contudo, essas ações são apenas complementares às ações promovidas pelo governo, que deveria assegurar a saúde indígena (PONTES *et al.*, 2021).

Apesar das ações realizadas contra a COVID-19 em aldeias indígenas, essa minoria é amplamente atingida pela nova infecção devido a influência de sua fragilidade histórica em comparação à população não-indígena, uma vez que “nas américas, cotidianamente, as minorias nativas vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação, que as colocam em situação de maior vulnerabilidade social e de saúde” (RIBEIRO; ROSSI, 2020). Nesse contexto, os danos causados ao seu estilo de vida na economia, religião, legislação, moralidade, estética e ciência na atualidade, pode ser considerado um Fato Social Total (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante dessa perspectiva, é preciso frisar a vulnerabilidade atribuída aos indígenas no Brasil, pois a realidade da conjuntura de saúde indígena, tanto anterior quanto durante a pandemia, é resultado da construção da iniquidade entre a população indígena e a não-indígena ao longo de cinco séculos nos campos da saúde, educação, saneamento e habitação (CARLOS, 2014). Tal situação é expressa pelo aumento da insegurança alimentar, do isolamento social de povos já postos à margem da sociedade e pela impossibilidade de manifestar parte de suas morais e tradições perante os riscos da COVID-19, a exemplo da inviabilidade de realizar ritos funerários (SANTOS *et al.*, 2020).

Nota-se que esses povos estão sendo atingidos pelo SARS-CoV-2 de forma estarrecedora, haja vista que essa nova infecção resgata alguns dos transtornos causados pela pandemia de H1N1 em 2009. Isso se deve ao Fato Social Total e à vulnerabilidade da saúde atribuída à vivência deles, o que é expresso por estudos do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS) que indicam a forte presença de fatores de risco a infecções respiratórias, sendo os principais: a diabetes, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a desnutrição infantil e o sobrepeso feminino nas aldeias (RIBEIRO; ROSSI, 2020).

Nessa ótica, garantir saúde às populações indígenas, em especial na pandemia, é uma questão delicada que precisa vencer memórias individuais e coletivas de abusos políticos, sociais e ambientais precursores do atual quadro de Fato Social Total nesse período atual (SANTOS *et al.*, 2020).

Faz-se necessária uma ação adequada da estrutura de saúde, considerando as normas culturais desses povos de forma que a atenção à saúde possa ocorrer de diferentes formas onde coexistem formas de cuidado respaldadas pelos saberes tradicionais dos povos nativos e pelos saberes técnicos baseados em evidências, reproduzidos pelos profissionais de saúde” (RIBEIRO; ROSSI, 2020).

Deve-se assegurar o atendimento às diretrizes da Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas (PNASPI), respeitando e dando valor à medicina tradicional dessa minoria aliada à ciência não-indígena para transpor os entraves à promoção de bem-estar e à prevenção de doenças, tal qual a COVID-19 (RIBEIRO; ROSSI, 2020).

Portanto, os povos indígenas vivem o reflexo de um histórico abusivo dos não-indígenas, o que causa o atual estado de Fato Social Total decorrente da pandemia da SARS-CoV-2. Tal realidade precisa ser enfrentada pela gestão do serviço de saúde voltada para essa minoria de forma dialogada e deliberativa junto às lideranças locais, uma vez

que na atual pandemia, os serviços de saúde do SUS devem estabelecer uma relação dialógica junto às lideranças indígenas.

Vulnerabilidade

A vulnerabilidade é um fenômeno que possui origens remotas, podendo ser observada desde tempos próximos à chegada dos colonizadores portugueses. Desse modo, é perceptível que o contato com pessoas vindas de outras localidades foi responsável por trazer inúmeras moléstias aos indígenas.

A transmissão de enfermidades ocasionada pelo convívio entre as diferentes culturas é um empecilho que foi observado ao longo da história e causou inúmeras epidemias entre os indígenas, tais como a da gripe, varíola, sarampo, tuberculose e de infecções sexualmente transmissíveis (HEMMING, 2007; RIBEIRO, 1996).

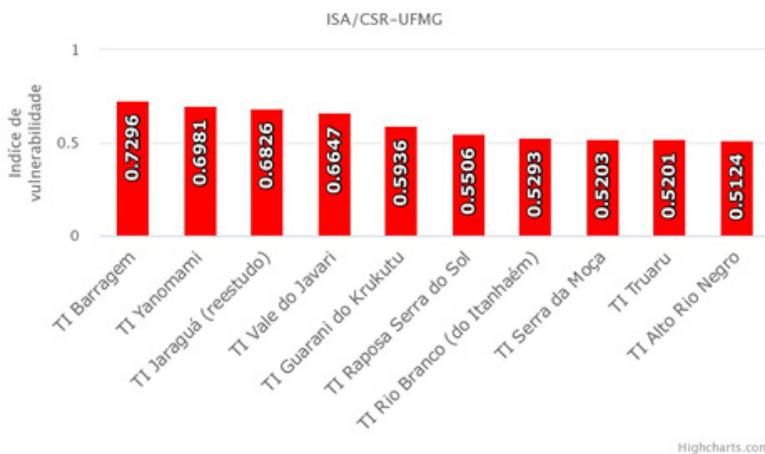
Além dessas moléstias estarem relacionadas às principais causas epidemiológicas observadas ao longo da história nacional, a pandemia da COVID-19, na atualidade, vem sendo responsável por causar inúmeras mortes, tanto em populações não indígenas quanto nativas.

Desse modo, é perceptível que a pandemia vivenciada nos anos de 2020 e 2021 vem causando inúmeros óbitos entre as populações indígenas, porque muitos se encontram vulneráveis à agentes infecciosos, como o vírus SARS-CoV-2, e não possuem acesso adequado aos meios para enfrentarem situações como essa.

Apesar de existirem normas e regulamentações para assegurar o cuidado à saúde da população indígena, é fato que esse grupo enfrenta um quadro de vulnerabilidades avassalador, deixando sua saúde à mercê do governo.

O Indicador de vulnerabilidade das Terras Indígenas em relação a COVID-19 (Figura 1), atualizado em 05 de junho de 2021, representa numericamente esse fenômeno. Essa representação é baseada em valores que vão de 0 à 1, sendo que valores próximos de 1 indicam maior risco. A elaboração desse índice considera questões como a “vulnerabilidade social, disponibilidade de leitos hospitalares, números de casos por município, número de óbitos, perfil etário da população indígena, vias de acesso e outros fatores relacionados com a estrutura de atendimento da saúde indígena e mobilidade territorial” (Instituto Socioambiental, 2021).

Figura 1. Indicador de vulnerabilidade das Terras Indígenas em relação à COVID-19



Fonte: Centro de Sensoriamento Remoto (CSR-UFGM) e o Instituto Socioambiental, 2021.

Historicamente, os indígenas brasileiros foram afetados por um acesso precário a serviços de saúde devido às desigualdades étnico-raciais e à distância que, por vezes, se encontravam dos polos de atendimento (ZAVALETA, 2020).

É imprescindível a mobilização do SUS, por meio de políticas e estratégias que incentivem a implementação de ações promoção de saúde e prevenção de doenças, como no caso do atual cenário enfrentado pela pandemia do novo coronavírus, a fim de atender as demandas essenciais desse grupo social e assegurar uma boa qualidade de vida. Todavia, a vulnerabilidade é bem delineada quando as ações propostas pelo SUS não consideram a perspectiva dos indígenas no manejo de serviços, ou seja, quando as políticas públicas não dialogam com a população alvo.

Baseado na análise relacionada ao cuidado à saúde em Terras Indígenas (TI) e nos Polos de Base de Atendimento Médico (OVIÉDO *et al.*, 2020) em tempos de pandemia, é plausível discorrer sobre algumas dessas vulnerabilidades, com foco em uma reflexão teórica do assunto.

Nota-se que houve um despreparo frente às questões de saúde no combate à introdução do coronavírus nas comunidades indígenas, situação que desestruturou a organização dessas sociedades. (PÊGO *et al.*, 2021). Desse modo, o elevado número de mortes de pessoas com idade avançada, resultou em um prejuízo para a perpetuação cultural indígena, a qual depende da fala e do compartilhamento de experiências para o mantimento das tradições e costumes locais (MENDES, 2021). Para essas populações, a dolorosa realidade de perder entes queridos transcende o luto, causando a extinção de imensos acervos culturais que caracterizam a sua identidade.

Os chamados anciãos indígenas – pessoas da comunidade com idade mais avançada e que são detentores de mais conhecimento a respeito da identidade da aldeia – carregam consigo a responsabilidade e a honra de transmitir a cultura da comunidade, criando uma espécie de fluxo contínuo que garante a sobrevivência cultural do povo (MENDES, 2021). São frequentes os casos em que os anciãos vão a óbito, sem ao menos terem tido tempo suficiente para honrarem suas respectivas responsabilidades de transmissão da ancestralidade comunitária.

É fato que a disseminação do patógeno SARS-CoV-2 exerce um impacto extremamente perigoso na saúde dos indígenas. Ao se analisar a saúde não apenas como a ausência de doenças, mas, também, como um fator relacionado à qualidade de vida, compreende-se que o bem-estar físico dessa população não é o único componente que o vírus é capaz de eliminar comprometendo a continuidade de seus costumes e saberes.

Outro fator de fragilidade social para os indígenas a ser citado é a dificuldade de acesso aos serviços que atendam às necessidades básicas das populações no quesito alimentação e comercialização de produtos urbanos, haja vista que a integração social em tempos de pandemia pode ser uma “porta de entrada” para uma maior taxa de transmissibilidade do vírus. Em decorrência disso, um processo de insegurança alimentar pode prejudicar os indicadores nutricionais dessa população, dado que além da inacessibilidade, existe também a problemática relacionada aos procedimentos de higienização e vigilância dos produtos que adentram nas comunidades, com o fito de não serem vetores para transmissão do vírus da COVID-19 (LEITE, 2020).

Levando isso em consideração, as comunidades são afetadas de formas diversas devido a existência de diferentes padrões de comportamento e mobilidade.

As lideranças ressaltam que os povos indígenas localizados fora das áreas urbanas, por exemplo, sofrem com a falta de testes de detecção do vírus. Dessa forma, o maior risco de exposição à doença ocorre porque, em comparação a outros grupos, os indígenas vivem em condições precárias e de aglomeração, convivendo em ambientes coletivos (CUPERTINO *et al.*, 2020). Tal fator facilita a dispersão do vírus, de modo a aumentar a probabilidade de contaminação interna nas aldeias, ponderando-se que o distanciamento ou isolamento social são medidas difíceis de serem aplicadas e respeitadas nesses locais (OPAS, 2020).

A necessidade de circulação dos indígenas entre as reservas e os centros urbanos promove maior risco de contaminação pela COVID-19, porque muitos trabalham nessas áreas e ao retornarem para as aldeias podem facilitar a disseminação do vírus. Sendo assim, a migração pendular é um determinante social relevante que contribui, negativamente, na saúde durante o período pandêmico (LÉON-PÉREZ, 2019). Segundo as lideranças indígenas, a maioria das pessoas possui trabalho informal, intensificando esse fluxo migratório para sustentar a economia da tribo (OPAS, 2020).

Há ainda dificuldades a serem enfrentadas devido ao desrespeito com o isolamento social por parte de exploradores de madeira e de minérios e por invasores de terras, os quais agem ilegalmente nas reservas indígenas, e promovem outras rotas de acesso do coronavírus (BRASIL, 2020).

Assim sendo, a população indígena é impactada de inúmeras maneiras e acaba sofrendo ainda mais com a adaptação à nova realidade pandêmica, em virtude do fato de seus hábitos culturais estarem diretamente relacionados à maior possibilidade de transmissão do vírus. Consequentemente, devido a aspectos tanto geográficos, relacionados ao isolamento, quanto aos diferentes hábitos e modos de tratar as doenças, as populações indígenas se tornam mais vulneráveis.

Juntamente com essas características relacionadas à maior propensão de propagação dessa doença, os empecilhos referentes ao atendimento no campo da saúde prejudicam ainda mais o acesso dessas populações a condições adequadas de tratamento.

Atuação de profissionais e da atenção à saúde

O SUS é atualmente responsável pela coordenação de ações com base na PNASPI para a assistência à saúde dessas minorias em território brasileiro, com o objetivo de assegurar o acesso à atenção integral levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

Para tal, são divididas, por critérios étnicos e demográficos, regiões geográficas atribuídas a determinados Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os quais atendem e se adaptam de forma democrática às necessidades particulares das comunidades indígenas acerca das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões delimitadas (BRASIL, 2002).

Nesses locais, o trabalho de equipes multidisciplinares, compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes indígenas de saúde, no auxílio e comunicação com a aldeia é essencial tanto em relação ao atendimento prestado, quanto na promoção de ações de caráter educativo em saúde, o que se faz essencial no contexto da pandemia da COVID-19 (RIBEIRO, 2020; ROSSI, 2020).

A presença de profissionais dessas equipes atuantes nas aldeias qualificados ao contexto de assistência diferenciada é fundamental, pois o respeito e a valorização da cultura indígena, principalmente em relação às práticas de medicina tradicional, são imprescindíveis para a inserção das comunidades nos atendimentos essenciais e para o consentimento na adoção de medidas preventivas na situação de pandemia vivenciada, de modo a amenizar os fatores de vulnerabilidade à COVID-19 (ROSSI, 2020).

Nessa conjuntura, deve-se ressaltar que um dos principais motivos que levam determinados grupos indígenas, a exemplo da etnia Terena, no Mato Grosso do Sul, a procurar as Unidades Básicas de Saúde

é a possibilidade de diálogo, isto é, estabelecer uma conversa com os profissionais do local e com outros indivíduos, tornando as unidades, além de um espaço de atendimento, uma área de convivência e criação de vínculos (ROSSI, 2020). Tendo isso em vista, é possível que, por meio de um diálogo facilitado por essa familiarização de grupos indígenas com suas unidades básicas, as ações de educação em prevenção de saúde se tornem muito mais propensas a serem adotadas pela aldeia.

Nos casos de comunidades mais reservadas, o diálogo apropriado com caciques, que possuem autoridade cultural para empreender regulamentos nas aldeias, de forma a elucidar a importância das questões em saúde, é fundamental para a adesão das populações indígenas às medidas preventivas no contexto atual de pandemia (RIBEIRO, 2020; ROSSI, 2020).

Há relatos de que, grupos indígenas da Amazônia Legal foram orientados, mediante o diálogo, sobre a necessidade de cuidados em razão da COVID-19. Nessa conversação foi proposta a aceitação da ideia de que essa doença não poderia ser solucionada através de métodos tradicionais de cura, mas sim pelos tratamentos oferecidos nas UBSs, a partir desse diálogo passaram a aceitar a COVID-19 como uma doença “não indígena” (SANTOS, 2018).

Para a transposição de barreiras linguísticas e o aumento da efetividade do diálogo a presença do Agente Indígena de Saúde – AIS facilita a comunicação devido a uma maior intimidade e confiança presentes entre o próprio AIS e sua aldeia (LANGDON *et al.*, 2015). Fato esse que evidencia a participação comunitária mais ativa de seus membros e a aderência aos processos de gestão em saúde, bem como, conseqüentemente, facilitam a cooperação dos indivíduos no combate à COVID-19.

Todo esse aspecto de comunicação intercultural e articulação para uma maior inclusão do indígena aos processos de saúde diz res-

peito a um processo de indigenização da prestação de serviços. Desse modo, a habituação e integração dos povos indígenas às ações educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com auxílio de profissionais capacitados, são indispensáveis nesse período pandêmico (RIBEIRO, 2020; ROSSI, 2020).

Conclusão

Os povos indígenas se encontram em uma situação de vulnerabilidade histórica, com a chegada da COVID-19 observa-se que, apesar do aprimoramento de campanhas e projetos de atenção à saúde indígena, tais como o PNASPI e o SASI-SUS, essa condição de vulnerabilidade se manteve. Tal perspectiva é ocasionada pelo modo de vida e cultura desses povos, pelo atendimento pouco eficaz do sistema de saúde que acarretou a exposição gradual desses povos a doenças trazidas por pessoas vindas de fora das aldeias, que deveriam contribuir no auxílio para realizar os tratamentos desses povos.

É preciso maior investimento para melhorias na educação da população brasileira conscientizando-a sobre a maior vulnerabilidade dos povos indígenas. Tendo em vista que, com a população ciente dessa situação, é possível que haja movimentações com maior engajamento popular em busca da defesa dos direitos desse povo e melhor aplicação, das políticas públicas que protegem essa população, de forma a melhorar o atendimento e acessibilidade à saúde por esse segmento da sociedade diminuindo os riscos decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2 e contribuindo para a preservação de seus costumes e de sua cultura.

REFERÊNCIAS

BALKHAIR, A.A. COVID-19 Pandemic: A New Chapter in the History of Infectious Diseases. **Oman Med J.** 2020 Mar; 35(2): e123. DOI: <https://doi.org/10.5001/omj.2020.41>. Acesso em: 06 de jun. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. 2. ed., 40 p. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 06 de jun. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE (AIS) E AGENTES INDÍGENAS DE SANEAMENTO (AISAN). Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_doenca_atencao_territorios_indigenas.pdf. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria Especial de Saúde Indígena. PLANO DE CONTINGÊNCIA NACIONAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) EM POVOS INDÍGENAS. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano_de_contingencia_da_saude_indigena_preliminar.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

CARDOSO, A. M. *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: contribution of influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. **PLoS One**, v. 14, n. 7, p. e0218925, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218925>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CARDOSO, A. M. *et al.* Prevalence of pneumonia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. **International Health**, v. 7, n. 6, p. 412–419, 23 de abril de 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv023>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CARLOS, E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 855–859, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CUPERTINO, G. A. COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 103, 2. ed., p. 609–612, 09 de junho de 2020. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0563>. Acesso em: 12 jun. 2021.

FERRANTE, L. *et al.* Brazil's policies condemn Amazonia to a second wave of COVID-19. **Nat Med**, v. 26, n. 9, 1315, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1026-x>. Acesso em: 6 jun. 2021.

Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2ª edição, 2002.

HEMMING, J. Ouro vermelho: a conquista dos índios brasileiros. São Paulo: EdUSP, 2007.

LANGDON, E. J. M.; DIAS-SCOPEL, R. P.; DIEHL, E. E. O Papel e a Formação dos Agentes Indígenas de Saúde dos Povos Indígenas Brasileiros. *In: Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas* (Carla Teixeira e Luiza Garnelo, orgs.). Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 213–240, ago. 2015. Acesso em: 8 jun. 2021.

LEITE, M. S. *et al.* O protagonismo indígena no contexto da insegurança alimentar em tempos de Covid-19. **Rev Nutr.**, vol. 33, 2020, p. e200171. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202033e200171>. Acesso em: 8 jun. 2021.

LEÓN-PÉREZ, G. Internal migration and the health of Indigenous Mexicans: A longitudinal study. **SSM - Population Health**. v. 8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100407>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MENDES, A. P. M. *et al.* The challenge of providing primary health-care care to indigenous peoples in Brazil. **PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH**. v. 42, 184. ed., 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Acesso em: 3 jun. 2021.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Considerações sobre povos indígenas, afrodescendentes e outros grupos étnicos durante a pandemia de COVID-19. Brasília (DF); 2020. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/3747>. Acesso em: 12 jun. 2021.

OVIEDO, A. *et al.* Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil à COVID-19. **Instituto Socioambiental (ISA)**, 2020. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/3687>. Acesso em: 12 jun. 2021.

PALAMIM, C. V.C.; ORTEGA, M. M.; MARSON, F. A. L. COVID-19 in the Indigenous Population of Brazil. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, São Paulo, v. 7, p. 1053–58, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00885-6>. Acesso em: 13 jun. 2021.

PÊGO, B. *et al.* PANDEMIAS E FRONTEIRAS: OITO MESES EM EVOLUÇÃO NO BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdirur22>. Acesso em: 6 jun. 2021.

PONTES, A.L.M., CARDOSO, A.M., BASTOS, L.S., and SANTOS, R.V. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G.C.; REGO, S.; SOUTO, E.P.; SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 123–136. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0010>. Acesso em: 1 jun. 2021.

POVOS INDÍGENAS NA PANDEMIA: Caminhos da Reportagem. **TV Brasil**. Brasil, 2020. 1 vídeo (24min17). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0jTd7CVGG6Q>. Acesso em: 1 jun. 2021.

RIBEIRO, A. A.; ROSSI, L. A. Pandemia covid-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0312>. Acesso em: 9 de jun. 2021.

RIBEIRO, D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: **Companhia das Letras**, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6331848/mod_resource/content/1/2.%20RIBEIRO.%20Os%20C3%ADndios%20e%20a%20civiliza%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20povo%20brasileiro.pdf. Acesso em: 5 de jun. 2021.

SANTOS, I. Sem orientação da Sesai, indígenas combatem por conta própria novo coronavírus nos territórios. **Amazônia Real**, Amazonas, 13 de março de 2018. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/sem-orientacao-da-sesai-indigenas-combatem-por-conta-propria-novo-coronavirus-nos-territorios/>. Acesso em: 12 jun. 2021

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA, C. E. A. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública (CSP) – Reports in Public Health**, vol. 36, n. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>. Acesso em: 13 jun. 2021.

UNITED NATIONS. ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL. **Permanent Forum on Indigenous Issues. Report on the seventeenth session**, 16–27 April. Nova York, 2018. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/06/Report-on-ForumEnglish.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

VULNERABILIDADES, IMPACTOS E O ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO CONTEXTO DOS POVOS INDÍGENAS. **Fiocruz**. Brasil, 2020. 1 vídeo (2:11:50). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=b3I1kMawC1Q>. Acesso em 10 jun. 2021.

ZAVALETA, C. COVID-19: review Indigenous peoples’ data. **Nature**. v. 580, p. 185, 07 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01032-1>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CAPÍTULO 6

DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE E PREVENÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NA PANDEMIA DE COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

DIFFICULTIES OF ACCESS TO HEALTH AND PREVENTION OF PEOPLE WITH VISUAL IMPAIRMENT IN THE COVID-19 PANDEMIC: A THEORETICAL REFLECTION

Lucas Poletto Mezzomo
Maria Letícia Meirelles de Araujo
Nathalia de Oliveira Zavan
Pedro Santos Damião
Rafael Guedes de Freitas Aparecido
Warley Vithor Camargo de Souza
Priscila Keila de Mendonça
Tatiana Carvalho Reis Martins

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde enfrentadas por pessoas com deficiência visual no contexto de pandemia de COVID-19. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em artigos científicos e na Lei nº 13.146 (2015) – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **Resultados:** Observou-se, com base no referencial teórico utilizado, que pessoas com deficiência visual enfrentam obstáculos em diversos âmbitos frente à pandemia,

como acesso às informações adequadas com relação à prevenção, à mobilidade e aos cuidados para não contaminação em decorrência do contato tátil em superfícies potencialmente infectadas, à comunicação entre médico e paciente, à necessidade de acompanhantes, à demora no atendimento e ao agendamento on-line de consultas. **Conclusão:** É possível concluir que existe a necessidade de melhora na divulgação de informações e de comunicação para prevenção, bem como o aprimoramento de mecanismos como a telemedicina e a seguridade de locomoção.

Descritores: pessoas com deficiência visual; infecções por coronavírus; saúde.

ABSTRACT

Objective: **Reflecting** about the difficulties of access to health services faced by people with visual impairment in the context of the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a theoretical reflection based on scientific articles and in Law no. 13.146 (2015) – Brazilian Law for the Inclusion of Persons with Disabilities. **Results:** It was observed, based on the theoretical framework used, that people with visual impairment face obstacles in various areas in the face of the pandemic, such as access to adequate information regarding prevention, mobility and care for non-contamination due to tactile contact on potentially infected surfaces, communication between doctor-patient, need for companions, delay in care and online scheduling of consultations. **Conclusion:** It is possible to conclude that there is a need for improvement of dissemination of information and communication for prevention, as well as the improvement of mechanisms such as telemedicine and safety of locomotion.

Keywords: people with visual impairment; coronavirus infections; health.

Introdução

As pandemias, com base em um contexto estritamente histórico, deixaram em todo o mundo impactos políticos, econômicos e culturais ao longo dos séculos. Nesse sentido, não se mostra diferente das demais a situação pandêmica da Doença por Coronavírus – 2019 (COVID-19) no cenário hodierno, pois esta, por sua vez, também afeta uma quantidade significativa de pessoas e impõe novas organizações, regras e hábitos sociais em todo o globo. Nesse âmbito, torna-se indubitável que, no Brasil, foram adotadas medidas de prevenção que visam diminuir as implicações da doença no que tange à saúde e à qualidade de vida dos cidadãos. Assim sendo, a criação de medidas de prevenção à disseminação do vírus traz consigo a tentativa de mitigar seus reflexos negativos, e com isso garantir à sociedade brasileira todo e qualquer aspecto vinculado à saúde. Diante disso, tratando-se de maneira mais específica o contexto aludido, é imprescindível pontuar o que caracteriza e quais são os principais desafios de uma pessoa com deficiência visual.

De acordo com o artigo 2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, considera-se:

Considera-se pessoa com deficiência 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. (BRASIL, 2015).

Segundo o artigo 4º do Decreto nº 5.296, de 2004:

Deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade vi-

sual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004).

As pessoas com deficiência visual podem ser divididas em dois principais grupos: os que apresentam baixa visão e os que apresentam cegueira total. O primeiro grupo é representado por pessoas que apresentam debilidade na visão, mas que utilizam ou são potencialmente capazes de realizar tarefas. Sob o âmbito educacional, pessoas com visão subnormal apresentam resíduos visuais que lhes permitem fazer leituras de textos, por exemplo, com o auxílio de recursos didáticos e equipamentos especiais. Já para o segundo grupo, cegueira é um termo utilizado para representar aqueles que apresentam perda total de visão, sendo necessário sua substituição por métodos alternativos, como o sistema *Braille* ou Tecnologias da Informação e Comunicação.

Segundo dados do último censo realizado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Brasil registrou mais de 18,6% da população brasileira com algum tipo de deficiência visual, sendo que 6,5 milhões são considerados deficientes visuais severos. Diante disso, observou-se que havia cerca de 6 milhões de pessoas que apresentaram baixa visão, enquanto aproximadamente 500 mil indivíduos não apresentaram qualquer grau de visão diante dos 195,7 milhões de pessoas analisadas. Dentre eles, no referido estudo, constatou-se que as principais origens dessa enfermidade são a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética, a cegueira infantil e a degeneração macular. Dessa forma, vale ressaltar que garantir a acessibilidade de todos às políticas públicas de saúde é essencial para garantir qualidade de vida.

A acessibilidade é um direito previsto tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em seu princípio doutrinário designado Universalidade (que garante o acesso universal de todas as pessoas, independentemente da cor, da classe, da profissão, da religião etc., ao sistema de saúde), quanto pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 9050). Entretanto, essa garantia constitucional não se configura como realidade no Brasil, uma vez que na prática, de fato, as pessoas com deficiência visual encontram dificuldades e obstáculos no que tange à sua inserção integral no campo da saúde no Brasil, sobretudo pela ausência da habilidade comunicativa entre os profissionais e os usuários cegos no âmbito do sistema de saúde.

Nesse sentido, na análise de um cenário pandêmico, o qual representa aumento de aspectos que dificultam a vida diária dos indivíduos como um todo, deve-se destacar que as condições de acessibilidade que outrora não atendiam integralmente às pessoas com deficiência, tornam-se ainda mais prejudicadas. Isso se explica, resumidamente, em razão da facilidade de contágio e alta transmissibilidade apresentadas pelo SARS-CoV-2, fator esse que limita as possíveis vias comunicativas, locomotoras e, conseqüentemente, impedem o amplo sentimento de inserção e pertencimento social desses indivíduos.

Para entender os desafios impostos pelo novo coronavírus aos deficientes visuais, é necessário analisar de maneira separada as provocações em cada um dos seus pilares, sempre analisar estes a partir do princípio da equidade do acesso à saúde presente na Carta Magna do Brasil. Dessa forma, deve-se ainda entender que, sem reconhecer fronteiras, o vírus da COVID-19 se manifesta em maior gravidade principalmente naqueles que estão em situações mais vulneráveis – como é o caso dos deficientes visuais – já que entre os cuidados que devem ser adotados diante da pandemia atual estão as medidas de prevenção – tal como a higienização das superfícies ou das mãos após o contato hápti-

co – e as informações veiculadas pelas autoridades de saúde, algo que torna o convívio entre deficientes visuais nesse contexto de pandemia algo ainda mais complicado. Logo, com a ausência de meios que informem e contribuam para a consolidação do acesso à saúde para esses sujeitos, torna-se notório a displicência de um funcionalismo público que garanta a acessibilidade e equidade a estes. Além disso, em situações nas quais há necessidade de um acompanhante – como no caso de pessoas que perderam totalmente a visão –, algo comum no meio hospitalar para os deficientes visuais antes da pandemia, tornou-se algo dificultoso em alguns serviços de saúde, principalmente devido à negligência de alguns profissionais na área da saúde a esse direito.

Portanto, esse trabalho teve como objetivo refletir acerca da dificuldade de acessibilidade de pessoas com deficiência visual aos serviços de saúde, a qual foi acentuada pela pandemia de COVID-19.

Métodos

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), além da pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos três anos. Para isso, foram utilizados como descritores as seguintes combinações, tanto em língua portuguesa como inglesa: “pessoas com deficiência visual” e “infecções por coronavírus”, sendo unidos pelo operador booleano *and*. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e MedLine por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Assim, utilizando a pesquisa feita pelos descritores de Saúde na plataforma do Portal Regional da BVS, foram encontrados sete arqui-

vos, sendo que cinco representam artigos na MedLine, os quais são todos em inglês; os outros dois representam arquivos de multimídia disponíveis na plataforma de *streaming* Youtube.

Para a melhor compreensão do problema, foi utilizado o software *NVIVO* para a análise de frequência de termos utilizados dentro de todos os artigos que foram selecionados, sendo que correspondem à língua inglesa. Para isso, o software apontou que a palavra “saúde”, em sua tradução para o português, foi a mais utilizada ($f = 139$). Diante disso, confeccionou-se a nuvem de palavras com os 100 termos mais relevantes, em correspondência exata, na composição dos textos consultados, conforme pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Nuvem de termos mais comuns na base de pesquisa



Fonte: autoria própria, 2021.

A nuvem de palavras é uma importante ferramenta didática que auxilia a elucidar os termos mais importantes na elaboração dos artigos analisados, elencando, em maior tamanho e na porção central, as

palavras que foram citadas com mais frequência no corpo textual do referencial teórico consultado.

Referencial teórico

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência apresenta-se como um conjunto de normas que visam a seguridade dos direitos de pessoas com deficiência, inclusive a visual. Nesse sentido, essa obra possui um agrupamento de artigos e de diretrizes que objetivam a promoção, a aplicação e a garantia integral de acesso ao amplo aproveitamento de cidadania na vivência de indivíduos com deficiências, nesse caso, visuais no meio social (BRASIL, 2015).

Segundo a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), a equidade de se constitui como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece, conceitualmente, o tratamento de forma desigual às pessoas diferentes, de acordo com as suas necessidades específicas (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, percebe-se que pessoas com deficiência visual necessitam de uma atenção mais direcionada à sua condição de saúde, uma vez que elas possuem maior vulnerabilidade no que tange à acessibilidade a centros de cuidado, por exemplo. Dessa forma, a equidade, que fundamenta a ideologia de funcionamento do SUS, defende que sujeitos com limitações visuais alcancem a igualdade de oportunidades em relação às pessoas que não possuem essa demanda maior de atenção, ou seja, que conseguem facilmente acessar serviços de saúde.

Tendo isso em vista, a criação da Lei nº 13.146 fundamenta-se como um mecanismo viável de aplicabilidade efetiva do princípio de equidade no acesso à saúde. Isso porque, ao buscar a garantia da inclusão social e cidadania a esse público, esse documento traz regras e

orientações para a promoção dos direitos e liberdades das pessoas com deficiência, com uma abordagem indispensável à deficiência visual, promovendo, assim, a democratização do acesso aos serviços públicos oferecidos de maneira legal, baseado na Constituição Cidadã de 1988.

Resultados e discussão

Escassez de informações sobre a COVID-19 para as pessoas com deficiência visual

A pandemia da COVID-19, como constatado no artigo de Rizzo *et al.* (2021), criou repercussões cataclísmicas em praticamente todas as facetas da vida. Embora todas as deficiências sejam inquestionavelmente desafiadoras de diversas maneiras, esta perspectiva se destina a chamar atenção especial para aqueles com deficiência visual. A COVID-19 é extremamente contagiosa e se espalhou globalmente com rapidez, sendo considerada uma pandemia em poucos meses após o relato do primeiro caso. Diante do alto risco de contágio, o melhor contra-ataque das medidas de prevenção incluem equipamentos de proteção individual (EPI), distanciamento social, e minimizar ou evitar o toque ou contato com superfícies ou objetos que podem estar contaminados com partículas virais, todas as quais representam desafios para aqueles com baixa ou nenhuma visão.

Rizzo *et al.* (2020) afirma que quando não se pode ver o que está ao redor, o toque torna-se o principal modo de explorar e interagir com o ambiente onde se está inserido. Para essa população, o toque vai além da percepção para auxiliar nas muitas tarefas ao longo do dia, seja para mudança das teclas enquanto se usa o computador, o calor e o peso ao pegar uma xícara de café matinal, seja a textura das roupas.

Normalmente, ações que exigem o contato físico, a proximidade e de comportamento de movimento ocorrem diariamente para uma

pessoa com deficiência visual, a qual interage com o mundo e mantém suas atividades diárias, especialmente com base no toque – essenciais para a sua independência. No entanto, em virtude do contexto pandêmico, muitas dessas atividades são possivelmente perigosas para o contágio do coronavírus (RIZZO *et al.*, 2020).

Dada a importância da percepção espacial não visual para esta comunidade, é árduo o trabalho dessas pessoas em conseguir evitar o distanciamento social dos demais indivíduos, aumentando, assim, a probabilidade de contaminação por doenças transmissíveis. Logo, Senjam (2020) afirma que pessoas que vivem com deficiência visual são mais propensas a contraírem a Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus (SARS-CoV 2), quando comparado às pessoas sem deficiência visual.

Para as pessoas com deficiência visual a maior possibilidade de contrair o vírus, aumentar a morbidade e a mortalidade, pode ser atribuída a muitos fatores. Em primeiro lugar, falta conhecimento adequado sobre a COVID-19, resultante da ausência de meios adequados para divulgar informações às pessoas com deficiência visual. Mesmo com anúncios feitos por governos, pela mídia e redes sociais, a respeito da conscientização sobre a COVID-19 e suas implicações de riscos pode ser ampla, mas o conhecimento em termos de causa, de transmissão, de técnica de prevenção e de proteção às medidas podem ser deficientes ou ineficientes devido à falta de informações acessíveis a esse público. Em suma, o anúncio atual está focado, principalmente, no público em geral, que pode não ser adequado às pessoas com deficiência visual (SENJAM, 2020).

Vale ressaltar que um indivíduo com deficiência visual é, muitas vezes, uma vítima de negligência e ignorância da sociedade. Senjam (2020) reitera que pessoas com deficiência são comumente discriminadas e estigmatizadas, resultando em iniquidades no acesso à informação e serviços de saúde.

Mobilidade para as pessoas com deficiência visual

As pessoas com deficiência visual também vivenciam barreiras no que tange à sua mobilidade – seja para a realização de atividades rotineiras, seja para o acesso indispensável aos serviços de saúde –, as quais foram agravadas pela pandemia de COVID-19 e representam um sério risco de infecções por Coronavírus para esse grupo com perda parcial ou total da visão. Como um exemplo de dificuldade de locomoção independente, tem-se, teoricamente, a Lei nº 10.098/2000, a qual traz, em seu artigo 9º, a seguinte garantia:

Os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que emita sinal sonoro suave, intermitente e sem estridência, ou com mecanismo alternativo, que sirva de guia ou orientação para a travessia de pessoas portadoras de deficiência visual, se a intensidade do fluxo de veículos e a periculosidade da via assim determinarem. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2004).

No entanto, é evidente a dificuldade de se encontrar sinalizações adequadas para o deslocamento de pessoas com deficiência visual, conforme está estabelecido na lei, e infelizmente, não se faz realidade na grande maioria das localidades do Brasil.

Com a pandemia e suas implicações, surge também o empecilho relacionado ao auxílio de transeuntes aos indivíduos cegos, uma vez que aqueles podem apresentar determinada resistência ou receio de ajudar na movimentação destes devido ao medo de contaminação própria, visto que referida ajuda, geralmente, faz-se por meio do contato físico e háptico (pelo tato), guiando a pessoa cega, por exemplo, para atravessar ruas que não possuem semáforos sinalizadores. Além da locomoção em vias movimentadas, isso pode acarretar também em obstáculos para adentrar e usufruir do transporte público a fim de ir a uma consulta em um centro médico, por exemplo, acarretando ainda

mais prejuízos no campo da saúde do indivíduo. Nesse sentido, pode-se inferir a necessidade de acompanhantes para esse grupo, assunto que será abordado mais à frente (OVIEDO-CÁCERES *et al.*, 2021).

Ademais, outra dificuldade que surge da necessidade de contato do indivíduo que possua deficiência visual com uma pessoa vidente, além do medo dessa pessoa de se contaminar, é ela contaminar o indivíduo cego, uma vez que ele não consegue assegurar se a pessoa realmente está seguindo as recomendações de saúde adequadas feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para prevenir a propagação do Coronavírus, como o uso de máscaras e a utilização de álcool etílico 70% para higienização das mãos antes do toque. Tal situação pode aumentar a possibilidade de infecção do indivíduo pelo SARS-CoV-2 no que se refere à sua locomoção independente na sociedade (ESPPE, 2020).

Nesse sentido, deve-se enfatizar a opção de ajuda de um cão-guia, ou seja, um animal rigorosamente treinado para auxiliar em tarefas cotidianas de pessoas com deficiência visual. Dessa forma, o cão-guia pode literalmente guiar o indivíduo cego em locais públicos, auxiliando no desvio de declives ou em relevos acidentados, como buracos, e ajudando a pessoa a atravessar a rua, por exemplo. Todavia, a falta de noção do animal para a realização do distanciamento social também pode acarretar na contaminação do dono, uma vez que, mesmo sem intenção, infringe uma das medidas de enfrentamento contra o SARS-CoV-2. Outrossim, deve-se levar em consideração a higienização das patas do animal antes de entrar no ambiente doméstico, uma vez que, sem proteção, elas podem carregar partículas de sujeira e até mesmo contaminadas para dentro do lar do indivíduo (OVIEDO-CÁCERES *et al.*, 2021).

Associadamente ou não ao auxílio de um cão-guia pode haver a necessidade do uso de órteses, próteses e meios auxiliares para lo-

comoção (OPM) em muitos casos. Entre eles, nessa situação, está o uso de bengala longa e/ou dobrável e de lupas (para casos de cegueira parcial/baixa visão). Em relação à utilização da bengala, esta é, metaforicamente, os olhos da pessoa com perda visual, uma vez que sinaliza objetos que possam impedir a movimentação ou mesmo causar a queda do indivíduo (em superfícies acidentadas), o que poderia implicar em maiores riscos de saúde, como fratura de ossos. Nessa perspectiva, a bengala dobrável é um item essencial na mobilidade da maioria dos casos de pessoas com deficiência visual.

Com a pandemia, porém, o risco de infecção ao usar uma bengala, uma vez que esse equipamento percorre vários ambientes e, com isso, acumula partículas de sujeiras que potencialmente podem se encontrar contaminadas. Logo, é evidente que existe a necessidade de higienização e desinfecção desse utensílio tão importante que está presente na vida de pessoas com deficiência visual, mas a falta de conscientização ou as orientações insuficientes sobre a limpeza direcionada especificamente a esse grupo podem acarretar na contaminação indireta dele. Desse modo, além da necessidade de realizar a limpeza do cabo (parte que o deficiente visual tem contato direto com o equipamento por meio das mãos) da bengala dobrável é também importante realizar a desinfecção dos encaixes entre os gomos, visto que são eles que, majoritariamente, acumulam partículas e podem conter o vírus, assim como o roller, o qual tem contato direto com a superfície de ruas e de superfícies sujas. Igualmente em relação ao uso de lupas, o cuidado também deve ser enfatizado, visto que é um objeto presente na rotina da pessoa com deficiência visual e usado com frequência, e também possui riscos de contaminação (ESPPE, 2020; SENJAM, 2020).

Além disso, grande parte das pessoas com deficiência visual ou sensorial precisam constantemente tatear objetos para, além da questão da leitura pelo sistema em Braille, localizar-se no espaço. Isso acontece

tanto no ambiente doméstico quanto fora dele, em razão de não conhecer tão bem o local onde se está. A pandemia, no entanto, dificulta a segurança desse gesto essencial na comunicação das pessoas cegas com o meio e/ou com outras pessoas, uma vez que, como o contato se faz pelas mãos, é muito provável a contaminação do aparelho desse sistema de leitura para a bengala, por exemplo, e, assim, para as vias aéreas. Em virtude disso, medidas mais resolutas são necessárias para evitar a contaminação pelo SARS-CoV-2, sem que seja tirado esse meio de acessibilidade das pessoas com deficiência visual (SENJAM, 2020).

Sabe-se que indivíduos que possuem deficiência visual, seja por apresentar baixa acuidade visual, seja por cegueira total, têm, quando devidamente alfabetizados, o sistema de escrita em Braille e o método soroban, ou sorobã, como meios primordiais para o aprendizado e para a obtenção de informações. Este se configura como um mecanismo de facilitação e dinamização do aprendizado matemático, ao passo que aquele representa o principal meio de escrita e leitura praticadas por deficientes visuais (CARVALHO JÚNIOR, 2021).

Destaca-se que o número de indivíduos integralmente aptos à compreensão e ao completo entendimento dos mecanismos de escrita em braille representam, se comparados à taxa de alfabetização entre sujeitos que não apresentam deficiências visuais, número bem inferior, os quais, em alguns casos, limitam-se apenas à taxa de 80% da população com deficiência visual (FERNANDES *et al.*, 2021).

No entanto, levando-se em consideração tanto os indivíduos aptos a compreenderem e a interagirem por meio do Sistema Braille quanto aqueles que se utilizam do soroban ou os que fazem uso de outros equipamentos informativos voltados às pessoas com deficiência visual, grande maioria desses mecanismos são caracterizados pela necessidade de contato e interação tátil entre o indivíduo e o objeto de informação (CARVALHO JÚNIOR, 2021).

Diante dessa questão e mediante o contexto pandêmico desencadeado pela infecção por SARS-CoV-2, a qual apresenta como uma de suas principais formas de transmissão o contato direto entre sujeito e superfície contaminada, tem-se a problematização acerca da limitação das possíveis vias comunicativas que, em contextos de normalidade sanitária, são fundamentalmente utilizadas por deficientes visuais (CARVALHO JÚNIOR, 2021). Assim, segundo Senjam (2020), o impedimento e a restrição comunicativa que o cenário de pandemia ocasionado pelo novo coronavírus impôs sobre a completa integração social de deficientes visuais, tornam inviáveis as condições de um amplo e integral direito à garantia de saúde a esses cidadãos, desencadeando, por consequência, discriminação e preconceito sobre essa população.

Comunicação Médico-Paciente

No âmbito da comunicação, os deficientes visuais se encontram em uma linha tênue entre o desenvolvimento de suas habilidades comunicativas e sua nova adaptação tecnológica frente ao atual cenário mundial de pandemia, que ao ter como medida preventiva o isolamento social, provoca, em parcela significativa dos deficientes visuais, certa instabilidade e preocupação, já que os novos desafios atrelados à participação desse público em atividades remotas podem criar barreiras que impedem o pleno exercício comunicativo. Nesse sentido, é de intrínseca importância refletir sobre os impactos da pandemia no sistema de saúde hodierno, especificamente vinculado à comunicação dos deficientes visuais com os profissionais de saúde, pois se torna evidente que esse grupo populacional ocupa posição desigual no que tange à interação comunicativa médico-paciente. Logo, tanto os deficientes visuais, quanto os meios de saúde, sobretudo, os profissionais que o compõem, necessitam não apenas de um estudo aprofundado com objetivo de desenvolver uma comunicação fluida com os deficientes visuais, mas

também de um método especial para que obtenham resultados positivos no tratamento desse grupo minoritário (PEREIRA, FREIRE, 2019).

Em primeira perspectiva, compreende-se que, de modo geral, existem estudos sobre a cegueira, contudo, referente à relação dela com o processo comunicativo, ainda há lacunas. As pessoas com deficiência visual apresentam dificuldades quanto às informações recebidas, pois o cego possui uma barreira sensorial que limita e compromete o meio comunicativo. Esse estudo se comprova pela necessidade de o profissional da saúde, durante a consulta, utilizar constantemente a comunicação verbal no procedimento de assistência. Para tanto, é preciso ter o conhecimento dos princípios e conceitos referentes ao processo comunicativo para estabelecer tais condutas necessárias, sem que haja, para o paciente, qualquer desconforto e insegurança ao longo de seu tratamento. Sendo assim, verifica-se que há grande dificuldade dos deficientes em geral, sobretudo dos deficientes visuais em relação à comunicação, seja com as pessoas de seu convívio social ou entre o deficiente e os serviços de saúde. Desse modo, é notável a escassez e a precariedade de tecnologias assistivas que auxiliam no campo comunicativo dessas pessoas. Tais tecnologias seriam agentes facilitadores para o pleno exercício comunicativo dessa parcela com os profissionais de saúde (NEYLA, 2005). Com isso, o contexto pandêmico atual agrava de maneira significativa a situação dos deficientes visuais, que, no passado, além de enfrentarem as dificuldades comunicativas no modo de consulta ou de tratamento presencial, agora também necessitam de atenção especial voltada aos recursos tecnológicos, haja vista que a distância social provocada pela pandemia deixa ainda mais complexo o contato entre médico-paciente, tornando mais difícil de ser alcançada uma comunicação efetiva entre eles.

Diante do exposto, é notável que há uma dificuldade intrínseca na comunicação entre o médico e o paciente com deficiência visual

devido à inúmeros fatores como barreiras arquitetônicas, atitudinais e falta de preparo médico para atender de forma efetiva o paciente com deficiência visual. Todos esses impasses estão sustentados por um sistema educacional e cultural que desvaloriza a inserção social dos deficientes visuais nos diversos âmbitos da sociedade, inclusive no atendimento médico, haja vista a lacuna que há durante o período de formação acadêmica e a falta de cursos profissionalizantes que ensinem os profissionais da saúde a lidarem com os pacientes com deficiência visual durante a consulta. Ademais, custos elevados (consultas e transportes), serviços disponíveis limitados, barreiras físicas e falta de formação e conhecimento dos profissionais de saúde para lidar com as suas necessidades são alguns dos impasses apresentados na dificuldade da comunicação entre médico e paciente durante uma consulta. Percebe-se a necessidade de políticas públicas voltadas à formação de médicos que estejam aptos a atender essas pessoas, contribuindo para uma assistência humanizada e integral (PEREIRA; FREIRE, 2019).

Necessidades de acompanhantes para as pessoas com deficiência visual

Em 17 de março de 2020, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou um alerta mundial sobre a infecção por COVID-19, no qual a ONU chama a atenção das autoridades quanto à necessidade de atentar-se à vulnerabilidade das pessoas com deficiência. Desde então, várias medidas têm sido adotadas para tentar diminuir a transmissão do vírus, principalmente, em relação aos grupos vulneráveis – caso das pessoas com deficiência visual. Dentre tais medidas, destaca-se o isolamento social das pessoas infectadas. Com isso, nos casos mais leves, é recomendado que a pessoa fique isolada dentro de sua própria casa, afastando-se dos demais membros da família e seguindo as orientações e tratamentos indicados pelos médicos. Nos casos mais graves, nos

quais é preciso realizar internação hospitalar, está ocorrendo a restrição de visitas e de acompanhantes (SOUZA *et al.*, 2020).

A falta de uma ação governamental efetiva frente à pandemia no Brasil constitui-se em falha grave de gestão perante a crise. Nesse sentido, passado mais de um ano desde o primeiro caso confirmado da pandemia de COVID-19 em território brasileiro, observa-se que a situação é particularmente grave para os grupos que correm maior risco de contrair a doença, como exemplo as pessoas com deficiência visual, em que em meio a pandemia por infecção de COVID-19, suas particularidades, em muitas vezes, não são consideradas na construção de estratégias e normas que visam garantir os direitos desses (SOUZA *et al.*, 2020).

No mesmo sentido, é entendido que a inação do governo gera o aumento de demandas judiciais, com pacientes pleiteando na justiça o direito ao uso de leitos de UTI, respiradores, medicamentos e serviços de acompanhantes. Isso porque, ainda que o Estado tenha promovido ações que reafirmam o direito das pessoas com deficiência visual em poder ter um acompanhante, este não promove meios que penalizam os meio hospitalares que negarem esse direito, bem como a ausência de informações direcionadas aos profissionais de saúde em meio a pandemia (ALMEIDA, 2020).

Assim, é conhecido que o sistema legislativo brasileiro possui um vasto amparo às pessoas com deficiência visual, sendo estes direitos decorrentes de conquistas alcançadas após longos períodos de lutas e movimentos sociais. Com isso, embora garantidos por lei, os direitos das pessoas com deficiência visual são, ainda, violados em diferentes situações em meio a pandemia de COVID-19. Tendo em vista a existência de diversos direitos legalmente respaldados para essa parcela social, é necessário, assim, a ressalva de que a pessoa com deficiência possui direito a acompanhante ou atendente pessoal em caso de internação,

não destacando situações excepcionais – como é o caso da crise pandêmica por infecção decorrente de COVID-19 (SOUZA *et al.*, 2020).

Em referência às recomendações para acompanhantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia da COVID-19, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas orientações, especificando, dentre elas, a proibição de acompanhantes para os pacientes com síndrome gripal, excetuando as condições previstas por lei: crianças, idosos e pessoas com necessidades especiais. Diante disso, ao final do tópico sobre a temática referente às visitas e acompanhantes, o Ministério da Saúde destacou que cada serviço de saúde tem autonomia para orientações específicas, considerando suas características próprias e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Como consequência dessa situação, tem-se que ao atribuir autonomia aos serviços de saúde – conduta adotada em muitos hospitais em meio a pandemia de COVID-19 –, nota-se que há uma ausência de padronização, havendo díspares metodologias entre um hospital e outro, fato que resulta na aflição de muitas famílias de pessoas com deficiência, principalmente no que se refere à visual (SOUZA *et al.*, 2020).

Ainda que as pessoas com deficiência visual tenham o direito de serem acompanhadas durante o período de internação por COVID 19 (Resolução SS-01, de 23/06/2020), nota-se que algumas instituições hospitalares acabam violando o direito das pessoas com deficiência ter a seu lado um acompanhante em tempo integral. Assim, mesmo considerando problemas estruturais de instituições hospitalares não adaptadas, pode-se destacar, enquanto ponto crítico, o atendimento falho desses meios em não considerar a necessidade de um acompanhante durante o período de consulta ou internação (SOUZA *et al.*, 2020).

As experiências de vida das pessoas com deficiência visual são únicas e diversas, mas também têm em comum o fato de, em maior

ou menor grau, necessitem de garantias complementares para viver com plenos direitos ou participar em igualdade de condições como os demais cidadãos das atividades de vida diária (econômica, social, cultural). Tendo isso em vista, é notória a importância da presença do acompanhante, em que isto configura até mesmo respeito à dignidade humana da pessoa com deficiência. O acompanhante nessas situações, via de regra, exerce a função de protetor, oferece acolhimento, apoio físico e emocional, além de facilitar a comunicação, já que a deficiência visual em alguns casos pode dificultar essa transmissão de informações entre médico e paciente. Sua presença se torna imprescindível para garantir a própria integridade física e mental da pessoa com deficiência visual, esteja ela internada com COVID-19 ou em decorrência de outras patologias em meio a pandemia (OVIDO-CÁCERES *et al.*, 2021).

Segundo Duarte *et al.* (2020), as ações e reações do ser humano são resultantes do contexto histórico e das interações sociais. A partir disso, o indivíduo deve ser afetado no sentido de transformar esse contexto, ajudando a promover a humanização. Desse modo, vê-se que esse contexto trouxe à tona as falhas de atendimento e a consequente necessidade de mudanças no meio hospitalar, sendo fundamental que no âmbito hospitalar seja priorizado o respeito aos direitos das pessoas com deficiência visual e suas limitações de modo a garantir um atendimento acolhedor e resolutivo que transmita segurança e apoio. Perante as considerações de Oviedo-Cáceres *et al.* (2021), todas as sociedades do mundo estão em um processo de aprendizagem que tem implicado assumir novas práticas de autocuidado e cuidado coletivo com a saúde. Logo, condutas que restringem a presença de acompanhantes em consultas ou internações em que o paciente tem deficiência visual, sem levar em conta as necessidades desses sujeitos, criam transtornos e novos riscos para sua autonomia, sua saúde e sua vida.

Impacto da pandemia no agendamento de consultas

É bem sabido que, mediante a Lei nº 8.080/90, os princípios fundamentais de organização e estruturação do SUS asseguram que todo e qualquer cidadão tem, em todo o amplo território nacional, a garantia de acesso aos serviços de saúde de modo integral, universal e equitativo (BRASIL, 1990). No entanto, evidencia-se, conforme Canabrava (2021), também que, embora o ideal abrangente e universalista expresso no regulamento supracitado seja reverberado publicamente, medidas de austeridade fiscal, fragilidade financeira e políticas de congelamento dos gastos públicos limitam a efetiva aplicabilidade real desses princípios no cotidiano nacional.

Nota-se, segundo Canabrava (2021), que após a implementação e criação, no início da década de 2010, de programas e políticas de dinamização e ampliação dos serviços de saúde, tais como a Rede Cegonha (Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011) e a Rede de Urgência e Emergência (Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011), houve recorrente processo de diminuição das ações públicas voltadas à ampliação dos serviços ofertados na área da saúde. Sendo assim, na emergência de um súbito contexto pandêmico caracterizado pela necessidade constante de internações e pela crescente demanda pública de acesso à saúde, todo o complexo sistema de vigilância sanitária nacional foi colocado à prova, expondo, assim, suas diversas fragilidades (LANA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, entende-se, então, que o desencadeamento da crise sanitária global ocasionada pelo agravamento do contágio pelo SARS-CoV-2 repercute também sobre o funcionamento e as atividades normalmente executadas pelos sistemas nacionais de saúde (MAGALHÃES, 2020). Em decorrência disso, os agravos e as restrições sobre agendamentos de consultas, procedimentos eletivos e tratamentos públicos padronizados potencializam impactos

sanitários sobre todos os indivíduos, mas, principalmente, sobre populações “vulnerabilizadas”, tais como pessoas com deficiências visuais (FERNANDES *et al.*, 2021).

Diante disso, vale bem destacar que com o surgimento do cenário pandêmico, houve maior destinação de recursos destinados às medidas de contenção em face ao caos sanitário que tem ocasionado alto número de pacientes hospitalizados em razão da COVID-19 (MENDES, 2020). Logo, partindo dessa perspectiva, evidencia-se que procedimentos e programas desenvolvidos em um cenário de normalidade sanitária sofreram abrupta interrupção subsidiária (MENDES, 2020). Números expostos pelo Ministério da Saúde, quando ainda no primeiro semestre de 2020, apontam redução de 1,1 milhão na realização de consultas eletivas previamente agendadas, e queda substancial no número de consultas especializadas, que foram de 218,6 mil até a marca de 188,4 mil. Deve-se destacar também que o número de cirurgias oculares teve queda superior a 30% nesse mesmo período analisado (MENDES, 2020). Em decorrência disso, medidas de prevenção e acompanhamento constante a deficientes visuais, as quais são garantidas perante a Lei nº 7.853/89, tornaram-se impedidas ou limitadas, ferindo a normatização legal preestabelecida (BRASIL, 1989), e reduzindo o sentimento de pertencimento social desses indivíduos.

Segundo Magalhães (2020), a prática de consultas e procedimentos oftalmológicos sem que ocorra um devido processo de cuidado e prevenção à transmissibilidade de doenças infectocontagiosas, bem como o SARS-CoV-2, tornam-se intimamente limitadas em um contexto pandêmico. Isso porque, embora as maiores possibilidades de contágio estejam prioritariamente relacionadas às vias mucosas e através do contato individual com secreções respiratórias (gotículas expelidas em espirros, tosses e na própria fala), nota-se grande importância de vias oculares na infecção por COVID-19, tendo em vista a

já comprovação da presença de SARS-CoV-2 em secreções oculares de pacientes infectados, e até mesmo em lágrimas desses indivíduos; a comunicação e proximidade diretas que os olhos mantêm com as fossas nasais, e a constante exposição da cavidade ocular ao meio externo (MAGALHÃES, 2020).

Ademais, em análise do aumento do número de indivíduos em filas de espera para o agendamento de consultas e outros procedimentos eletivos de saúde, nota-se, também, o grande medo populacional em ir até centros hospitalares e contrair a infecção causada pelo SARS-CoV-2. Nota-se, conforme pesquisa realizada com 2.201 indivíduos, que 29% desses declaram assumidamente o cancelamento ou postergação a ir até centros de prestação de serviços de saúde em função do medo de infecção pelo novo coronavírus. Em razão de tal comportamento, evidencia-se grande número de adiamentos ou até mesmo recusa de pacientes a consultas previamente agendadas. Em consequência dessa resistência em ir aos centros de acesso à saúde, forma-se um desarranjo e desencontro de horários, fato que ocasiona em extensiva demora no fornecimento de serviços de saúde (MENDES, 2020).

Telemedicina: dificuldades diante do aumento do número de consultas online

Diante da indubitável dificuldade encontrada pelos indivíduos com deficiência visual no enfrentamento da pandemia de COVID-19, surge a necessidade de discutir sobre as novas adaptações aplicadas na medicina para evitar aglomerações nos hospitais e consultórios: a telemedicina. Tal modalidade consiste em um processo avançado para monitoramento de pacientes, troca de informações médicas e análise de resultados de diferentes exames via remota e on-line. Posto isso, é evidente que surge uma nova problemática baseada no acesso dificulta-

do ao agendamento das teleconsultas pelos indivíduos com deficiências visuais (ARAUJO, FERNANDES, 2020).

A princípio, de acordo com Bhaskaran e Sharma (2020), a telemedicina, mesmo estando em seus estágios iniciais, consegue minimizar efetivamente algumas barreiras à acessibilidade e à saúde, já que diversas situações conseguem ser resolvidas durante uma teleconsulta, como triagem de problemas agudos, acompanhamento de condições crônicas, reprogramação de consultas e procedimentos, reavaliação de planos de tratamento e prescrição de medicamentos, sem a necessidade de deslocamento aos hospitais e, conseqüentemente, diminuindo aglomerações desnecessárias e perigosas no contexto de pandemia. Entretanto, algumas áreas médicas podem enfrentar maiores impasses na garantia ao acesso a essas consultas, como o caso da oftalmologia, a qual é importante salientar quais pacientes se beneficiarão com o exame virtual por teleconferência.

Diante do exposto, problemas oculares comuns como calázio, ptose, estrabismo, conjuntivite e acompanhamento dos casos operados podem ser feitos por videoconsultas. Senjam (2020) ressalta o impacto benéfico da assistência virtual à distância, seja no âmbito social ou da saúde, em crianças com deficiência visual e que estão isoladas para proteção, ficando sob tutela e cuidado de seus pais. Dito isso, é notável que a teleconsulta para crianças com deficiência visual trouxe alguns benefícios, pois elas puderam continuar o tratamento de forma segura. Ademais, foi notado que o nível de cooperação dessas crianças para seguir o tratamento e fazer os exames é maior, já que elas se sentem mais confortáveis estando em casa (SENJAM, 2020).

Contudo, quadros clínicos mais específicos são mais difíceis de serem abordados devido à dificuldade de substituir aparelhos como a lâmpada de fenda, o gonioscópio e os tonômetros, os quais são parte integrante do exame do segmento ocular anterior. A avaliação da pressão

intraocular também se torna um obstáculo, sendo recomendado que haja um acompanhamento presencial e complementar para a precisão do diagnóstico e tratamento. Ademais, seguindo os preceitos da ética médica e profissional, a teleconsulta também implica algumas condições e termos para que sua aplicação seja efetiva e resolutive. Dessa maneira, toda teleconsulta deve vir assinada com um termo de consentimento do paciente, salientando a possibilidade de exames incompletos e seus riscos, devido a limitação do meio virtual para análise detalhada dos problemas clínicos. Portanto, é evidente que os indivíduos com deficiência visual, seja perda total ou parcial da visão, enfrentam problemas no acesso às teleconsultas de qualidade durante o período atual da pandemia do COVID-19. Isso acontece porque as teleconsultas limitam fisicamente e visualmente a ação do médico em relação à precisão de diagnósticos e exames que necessitam de aparelhagem específica, podendo tornar o atendimento incompleto, inexato e trazer riscos para os pacientes com deficiência visual (SENJAM, 2020).

Conclusão

A pandemia do SARS-CoV-2 trouxe diversas alterações na vida em sociedade, representando grande impacto no acesso aos serviços de saúde das pessoas com deficiência visual. Dessa forma, diante dos acontecimentos, a falta de informação com uma comunicação adequada para esse público representou uma das maiores dificuldades encontradas: um ponto fundamental para alertar sobre os riscos e as formas de prevenção dessa doença altamente contagiosa.

Além disso, é evidente a dificuldade enfrentada por indivíduos cegos no que tange à mobilidade no contexto de pandemia, visto que ocorre o agravamento de obstáculos já existentes para sua locomoção junto à segurança de sua saúde, visando a não contaminação. Assim, é

necessário um maior diálogo entre sociedade civil e Estado para que sejam encontrados meios resolutivos que garantam o direito de ir e vir e a autonomia de deficientes visuais, com base na seguridade. Além de pôr em prática medidas asseguradas pela lei, que facilitam o deslocamento e o acesso aos serviços de saúde. É fundamental o debate e a conscientização tanto desse grupo em relação à limpeza de objetos utilizados, quanto da população em relação à condição ainda limitada de deficientes visuais.

Portanto, no atual contexto pandêmico, as medidas de prevenção contra a COVID-19, como os novos hábitos sociais impostos à sociedade, afetaram, substancialmente, a comunicação dos deficientes visuais no que tange a relação médico-paciente. Diante disso, torna-se evidente que os deficientes visuais se encontram em um multifacetado distúrbio social, pois se verifica que as medidas adotadas para conter o avanço do novo vírus interferem, indubitavelmente, no exercício comunicativo não apenas entre as instituições de saúde e o deficiente, mas também entre o médico e o paciente. Como já abordado, as dificuldades da comunicação entre os médicos e as pessoas com deficiência visual sempre existiram, sendo a prática comunicativa verbal com repetições a mais utilizada em consultas obtendo resultados positivos no tratamento dos deficientes visuais antes da pandemia. Contudo, no atual contexto de COVID-19, as dificuldades a serem enfrentadas por esse setor social são, sem dúvidas, apresentam-se maiores, o que compromete bastante a atual comunicação médico-paciente.

Referente ao cenário apresentado torna-se evidente que dentre as medidas adotadas, algumas não beneficiaram os deficientes visuais. Dentre as medidas destaca-se a transgressão do direito a um acompanhante ou atendente pessoal em caso de internação – fato este que revela uma sociedade ainda excludente. Com isso, ficaram explícitos os problemas estruturais de instituições hospitalares não adaptadas, bem como o falho amparo estatal às necessidades direcionadas a estes.

Acrescenta-se, ainda, a necessidade de desenvolvimento de novos mecanismos que garantam seguras interações e obtenções de informações aos sujeitos com deficiências visuais, sem que ocorra a necessidade de exposição ao contágio pelo novo coronavírus. Nesse sentido, torna-se urgente a demanda pelo desenvolvimento de técnicas e aparatos tecnológicos que superem, integral e eficazmente, a obrigatoriedade de contato e, conseqüentemente, o risco de infecção por SARS-CoV-2 sobre deficientes visuais.

Diante do exposto, é possível concluir que o surgimento da telemedicina e seu crescimento durante a pandemia de COVID-19 foi uma forma efetiva de diminuir aglomerações desnecessárias nos consultórios médicos e hospitais, reduzindo as chances de contaminação dos pacientes. Entretanto, para os indivíduos com deficiência visual, a telemedicina pode trazer algumas limitações para exames que necessitam de aparelhos especiais e diagnóstico precisos, acentuando os riscos de erros médicos e piora na qualidade de vida desses cidadãos durante a atual pandemia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. M. Novo coronavírus (covid-19) e a judicialização da saúde no Brasil em tempos de enfrentamento à crise e medidas emergenciais. **Migalhas**, 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/324342/novo-coronavirus-covid-19e-a-judicializacao-da-saude-no-brasil-em-tempos-de-enfrentamento-a-crise-e-medidas-emergenciais/> . Acesso em: 26 jun. 2021.

ARAUJO, L. A. S.; FERNANDES, E. M. O cuidado com pessoas com deficiência em tempos do COVID-19: considerações acerca do tema. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 5469–5480, 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n3-119.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: <https://www.canoas.rs.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/norma-abnt-NBR-9050-2015-emenda-1-2020.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BATTISTIN, T. et al. Distance support and online intervention to blind and visually impaired children during the pandemic COVID-19. **Res Dev Disabil**, Pádua, v. 108, p. 103816, 2021. DOI: 10.1016/j.ridd.2020.103816.

BHASKARAN, K.; SHARMA, P. Distancing? Mas ainda assim eu cuido: Tele-oftalmologia durante a era COVID-19. **Indian J Ophthalmol.**, v. 68, n. 7, p. 1243–1244, 2020. DOI: 10.4103 / ijo.IJO_1875_20.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.html. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2015/lei-13146-6-julho-2015-781174-normaatualizada-pl.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. GUIA LEGAL - PORTADOR DE DEFICIÊNCIA VISUAL. 2004. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/pdfs#conceito-portador> . Acesso em: 25 jun. 2021.

CANABRAVA, C.M. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de covid-19: ampliação, insuficiências e iniquidade. **Coleção COVID-19: acesso e cuidados especializados**. Brasília, v. 5, p.43–58, jan. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-5-acesso-e-cuidados-especializados/> . Acesso em: 26 jun. 2021.

CARVALHO JUNIOR, A. F. P. DE; LUPETINA, R.M. A educação de pessoas com deficiência visual em tempos de Covid-19. **Benjamin Constant**, v. 27, n. 62, p. 1–15 e276201, 2021. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/794> . Acesso em: 26 jun. 2021.

DUARTE, A.P. *et al.* A epidemiologia da COVID-19 na definição de políticas públicas à luz da Teoria Sociocultural e Histórica de Vygotsky. . **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 4, p. 8581–8593, 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n4-108.

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO. **Protocolo APS comentado – COVID-19 na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Youtube. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=GGgz4VR8wDE&list=PLWdbPdnl-5ae-OWZ-QEuYgdb1f_d0FHse&index=9 . Acesso em: 27 jun. 2021.

FERNANDES, J.; LANZARINI, N. M.; ALMEIDA, M. G. S.; LEMOS, E. R. S. DE. Covid-19 e indivíduos cegos e com baixa visão. **Benjamin Constant**, v. 27, n. 62, p. 1–13 e276203, 2021. Disponível em: <http://revista.ibc.gov.br/index.php/BC/article/view/800> . Acesso em: 26 jun. 2021.

IBGE. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Censo demogr., Rio de Janeiro, p. 1–215, 2010. ISSN 0104-3145. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf . Acesso em: 25 jun. 2021.

LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1–5, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00019620.

MAGALHÃES, A. Retoma de atividades eletivas em oftalmologia: recomendações para a prática médica e cirúrgica. **Revista Sociedade Portuguesa de Oftalmologia**, [S. l.], v. 44, n. 1, 2020. DOI: 10.48560/rspo.20008.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. 92 p. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda-1.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NEYLA, K. **Comunicação verbal entre o profissional de saúde e o cego**: aspectos observadores durante a consulta. Fortaleza, 1 ed, p. 1–106, 31 ago. 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/btstram/riufc/1830/1/2005disknfmacedo.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

OVIDO-CÁCERES, M. D. P.; ARIAS-PINEDA, K. N.; YEPES-CAMACHO, M. D. R.; MONTOYA, F. P. COVID-19 Pandemia: Experiências de Pessoas com Deficiência Visual. **Invest Educ Enferm.**, v. 39, n. 1, p. e09, 2021. DOI: 10.17533 / udea.iee.v38n3e09.

PEREIRA, R.; FREIRE, C. Comunicação em cuidados de saúde primários com pessoas com deficiência visual. In: **V Conferência Internacional para a Inclusão-INCLUDiT**. Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Observatório da Inclusão e Acessibilidade em Ação do CICS. NOVA. IPLeia, Centro de Estudos em Educação e Inovação, 2019. p. 54–66. Disponível em: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5237/1/2019_Pereira_Freire.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

RIZZO, J. R.; BEHESHTI, M.; FANG, Y.; FLANAGAN, S.; GIUDICE, N. A. COVID-19 and Visual Disability: Can't Look and Now Don't Touch. **PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation**, v. 13, n. 4, p. 415–421, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmrj.12541>.

SENJAM, S. S. Impact of COVID-19 pandemic on people living with visual disability, **Indian Journal of Ophthalmology**. v. 68, n. 7, p. 1367–1370, 2020. DOI: 10.4103/ijo.IJO_1513_20.

SOUZA, R.M. *et al.* A luta das pessoas com deficiência pela saúde frente à pandemia da COVID-19: um estudo de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 19701-19711, 2020. DOI:10.34119/bjhrv3n6-346.

CAPÍTULO 7

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IMIGRANTES E REFUGIADOS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

ACCESS TO HEALTH SERVICES BY IMMIGRANTS AND REFUGEES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Erika Xavier dos Santos
Estephany De Oliveira Alves
Giovanna Machado Queiroz
Guilherme Pereira Dos Santos
João Pedro Silva Faleiro Oliveira
Marcela Tavares de Souza Rafael
Juliana Dias Reis Pessalacia
Tatiana Carvalho Reis Martins

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca das barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes e refugiados no contexto da pandemia de COVID-19. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão se dá a partir da Lei nº 9.474/1997 e da Lei nº. 13.445/2017. **Resultados e Discussões:** As grandes divergências culturais, bem como a grande diferença linguística, impedem o pleno gozo do acesso à saúde por populações migrantes estrangeiras em situação de necessidade de atendimento, afrontando os princípios da universalidade de acesso e da equidade dispostos no sistema único de saúde brasileiro. **Conclusão:** Alvitra-se a

necessidade de políticas públicas visando a melhoria do atendimento e acolhimento de pacientes estrangeiros. Sejam na promoção de idiomas a equipes de saúde, bem como na qualificação e orientação acerca da legislação aos gestores locais.

Descritores: migração humana, pandemias, refugiados, acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: Reflect on barriers related to access to health services by immigrants and refugees in the context of the COVID-19 pandemic.

Methods: This is theory-based thinking, whose theoretical references used to support the discussion are substantiated by Law nº 9.474/1997 and Law nº 13.445/2017.

Results and Discussions: The evident cultural divergences, such as linguistic differences, hinder the full access to the healthcare system by foreign migrant populations in need of care, conflicting with the principles of universality of access and equity provided by the Brazilian national health service. **Conclusion:** Enhance care and reception of foreign patients- focused public policies are recommended, either through the promotion of language learning by health teams or legislation qualification and guidance to local managers.

Descriptors: human migration, pandemics, refugees, health services accessibility.

Introdução

Migrantes são indivíduos que se transferem de seu local de nascimento ou residência comum para outro lugar, região ou país. Há migrações espontâneas, em que pessoas se deslocam, voluntariamente,

para outra localidade, seja por motivo econômico, político ou cultural. Contudo, há situações que forçam as pessoas a abandonarem, por diversas razões, seu território de origem, tais como: conflitos, desequilíbrios socioeconômicos, violência, pobreza, epidemias e busca por acesso à saúde. Entre os migrantes forçados, destacam-se os refugiados que constituem indivíduos que se deslocam para outro país e não possuem a possibilidade ou o desejo de retornar, haja vista que temem por perseguição por raça, religião, nacionalidade, grupo social, opiniões políticas ou situação de grave e generalizada violação de direitos humanos em seu país de origem (VENTURA; YUJRA, 2019).

Segundo o Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), publicado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública em 2019, o Brasil registrou, de 2010 a 2018, mais de 770 mil imigrantes e refugiados. Esse dado considera apenas estrangeiros que estão em situação legal no território nacional, o que significa que existem mais indivíduos do que o número lançado evidencia. Entre as nacionalidades mais registradas no país aparecem os haitianos e os venezuelanos (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2019).

O Brasil destaca-se como um país de interesse para os migrantes, uma vez que o acesso à saúde é assegurado a todos. De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), e a partir da norma constitucional, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990). Segundo a legislação brasileira, o acesso aos serviços de saúde para os imigrantes deveria ocorrer da mesma maneira que para a população nativa e o acolhimento desses usuários deveria ser realizado considerando suas particularidades e vulnerabilidades (SANTOS, 2016). A universalidade garantida inclui também aqueles em situação irregular e/ou indocumentada, preceito reiterado pela Lei de Migração nº 13.445/2017 (BRASIL, 2017).

No entanto, diferente do ideal projetado, a população imigrante e refugiados enfrentam barreiras ao acesso à saúde no Brasil. O ato de migrar já apresenta um impacto negativo nas condições de saúde desses indivíduos. Em geral, os refugiados, os quais lidam com uma migração forçada, muitas vezes, em situações precárias, manifestam ocorrência de patologias infecciosas antes e depois de seu deslocamento (FAERSTEIN; TRAJMAN, 2018). A dificuldade linguística também pode se tornar um obstáculo ao alcance dos serviços de saúde, uma vez que os indivíduos não conseguem obter informações a respeito da estrutura do SUS, além disso, caso a pessoa consiga se direcionar ao atendimento, faz-se necessário uma boa comunicação com os profissionais de saúde para explicar os seus sintomas e para compreensão de orientações por partes destes (LOSCO; GEMMA, 2019).

Outro desafio que se evidencia nesse contexto de adversidades que os migrantes lidam é a xenofobia e o racismo ao seu fenótipo e as suas diferenças culturais. No Brasil, os haitianos passaram por constrangimentos e preconceitos durante a epidemia de ebola que ocorria na África ocidental, mesmo o Haiti sendo um país caribenho (VENTURA; YUJRA, 2019). Recentemente, no país, os venezuelanos também foram culpabilizados pelo sarampo, ainda que a cepa D8 tenha sido de origem europeia (LAZAR *et al.*, 2019). Assim, havendo ou não uma conexão epidemiológica, os imigrantes e refugiados são, constantemente, relacionados ao estereótipo do estrangeiro que carrega consigo o perigo sanitário.

Ademais, as moradias e abrigos dos migrantes e refugiados são, diversas vezes, precárias e superlotadas. Muitos desses indivíduos são economicamente vulneráveis, trabalham na informalidade, em locais insalubres ou, inclusive, em circunstâncias análogas à escravidão (GRANADA *et al.*, 2017). Assim, com o surgimento da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), os diversos entraves enfrenta-

dos por essas populações tornaram-se ainda maiores, impossibilitando a garantia de medidas de distanciamento social e o cuidado requerido em situações de acometimento pela doença (OMS, 2020).

Sob o prisma dos serviços de saúde, os impactos negativos causados pelo contexto pandêmico são multifacetados. Entre as dificuldades enfrentadas, tem-se a sobrecarga do sistema de saúde como um todo, a qual se deve à dificuldade de contenção do vírus e culmina na superlotação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, no cancelamento de cirurgias eletivas e no adiamento de procedimentos semieletivos (KUBO *et al.*, 2020). Ademais, existe a escassez de equipamentos para o enfrentamento e tratamento dos casos de infecção pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), como é o caso dos respiradores, os quais são uma aparelhagem importante no tratamento de casos críticos da infecção viral. Apesar da importância do respirador no contexto pandêmico, observa-se uma baixa quantidade de respiradores disponíveis, já que o requisito mínimo exigido pelo Ministério da Saúde é de um respirador a cada dois leitos e a quantidade de leitos já era limitada no país (RACHE *et al.*, 2020).

Além disso, esse cenário de escassez de insumos afeta diretamente a saúde física e mental dos profissionais de saúde, a física por estarem em contato direto com indivíduos infectados e pelo constante manejo (que envolve a higienização, a retirada e o descarte adequado) de equipamentos de proteção individual (máscaras, gorros, protetor facial, avental impermeável e luvas de procedimento), que também podem estar contaminados. Já a saúde mental é influenciada diretamente pela exaustão física, decorrente das longas jornadas e da escassez de pessoal na linha de frente. Ou seja, todos esses impactos desestabilizam o sistema de saúde e dificultam o pleno acesso a todas as suas funções. Essa realidade atinge a toda sociedade, mas de maneira ainda mais intensa as populações já marginalizadas, como é o caso da população imigrante e refugiada (KUBO *et al.*, 2020).

Assim, este estudo teve como objetivo refletir sobre as barreiras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes e refugiados no contexto da pandemia de COVID-19. Faz-se importante conhecer os fatores que dificultam o acesso dessa população vulnerável aos equipamentos de saúde pública, às ações e aos programas de atendimento de pessoas em trânsito, como forma de buscar estratégias para superar tais desafios.

Metodologia

Trata-se de uma reflexão teórica, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde da população imigrante e refugiados no contexto da pandemia da COVID-19, dá-se a partir da Lei nº 9.474/1997 e da Lei nº. 13.445/2017. Realizou-se também pesquisa nas bases de dados SciELO, Lilacs, Pubmed e Medline, nos últimos cinco anos.

Referencial teórico

A Lei n. 13.445/17, que foi regulamentada pelo Decreto n. 9.199/17, disciplinou a migração no Brasil e estabeleceu as diretrizes para as políticas públicas que contemplam os imigrantes no território nacional (BRASIL, 2017). A nova lei é reconhecida como um progresso das políticas migratórias no Brasil, uma vez que se afastou de uma visão unicamente direcionada à defesa nacional e à proteção do trabalhador nacional, a qual se estendia desde os tempos de ditadura militar em relação ao imigrante. Assim, a Lei n. 13.445/17 alinhou a política migratória brasileira com a Declaração dos Direitos Humanos e, em especial, com a Constituição Federal de 1988, haja vista que ambas têm como princípios norteadores a solidariedade, a fraternidade, a garantia

da dignidade da pessoa humana e da igualdade de tratamento, independentemente de raça, sexo, cor ou idade ou quaisquer outros tipos de discriminação (JARDIM, 2017). A Constituição Cidadã de 1988 declara tal qual como segue abaixo:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, inciso IV, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (BRASIL, 1988).

Desse modo, tendo em vista a universalização dos direitos humanos, o imigrante deve ser tratado com dignidade, considerando tal ideal, a nova Lei de Migração garante a essas pessoas a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade privada. Além disso, é previsto o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, 2017).

Já a criação da Lei nº 9.474/97, que trata sobre a questão dos refugiados no território nacional, se deu, uma vez que o Brasil, desde o início da fundação do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), apresentou-se como membro do Comitê Executivo e, após a Segunda Guerra, destacou-se como país latino-americano que mais acolheu refugiados. Ademais, em 1960, o Brasil aderiu à Convenção de Genebra (1951), mesmo com algumas restrições de início, entre elas, optou pela reserva geográfica e que não concederia aos refugiados direito de associação ou direito a emprego remunerado.

No entanto, em 1990, o país aderiu totalmente à convenção. Sendo, então, em 1997, regulamentada uma lei específica para tratar do assunto, a qual reconheceu como refugiado o indivíduo que, devido a grave e generalizada violação de direitos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997; MARTINS, 2020).

A lei nº 9.474/97 é considerada um avanço para o país, haja vista que sua criação, bem como ocorreu com na Lei n. 13.445/17, prioriza uma abordagem em defesa dos direitos humanos desses indivíduos marginalizados. Assim, o Brasil assume a responsabilidade de proteger e integrar os refugiados. Logo, esses indivíduos em território nacional têm direito de obter documentos, trabalhar, estudar, ou seja, eles têm os mesmos direitos e deveres civis de qualquer cidadão estrangeiro em situação regular no país, devido a nova Lei de Migração. Tal lei garante aos refugiados a condição de igualdade com os nacionais em relação a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017).

Resultados e discussão

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/1990, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, porém, mesmo nos dias atuais, persiste uma dificuldade de se reconhecer que os imigrantes e refugiados também têm esse direito resguardado (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988). Além disso, tais indivíduos, ao saírem de seu país de origem, vivenciam muitas adversidades, as quais proporcionam, muitas vezes, adoecimento físico e mental, fato que ressalta a necessidade de obterem atendimento de qualidade à saúde, o que, geralmente, não ocorre (FUJITA *et al*, 2019; LIMA; SOUZA; NUNES, 2020).

As pessoas envolvidas em processos de deslocamento migratórios estão submetidas a várias situações adversas, bem como estão inseridas em um contexto de fragilidade social. Esse aspecto de vulnerabilidade expõe tais indivíduos a condições de vida e de trabalho insalubres e também a diversos patógenos que fragilizam sua saúde, podendo resultar em um processo de adoecimento. Há uma série de situações que levam esse contingente a se deslocar, sejam elas de ordem econômica, cultural ou política. Todos esses eventos convergem em grandes impactos na sociedade receptora. Na maioria das vezes, essas migrações são direcionadas a regiões metropolitanas (GOLDBERG; SOW, 2017).

Embora a Constituição Cidadã promulgada em 1988 garanta aos estrangeiros o acesso integral à saúde em solo nacional, muitos imigrantes e refugiados, por desconhecimento das leis, acabam por não conseguir atendimento integral às suas necessidades de saúde. Um exemplo de contingente populacional que adentrou no Brasil são os haitianos. Eles vieram em busca de refúgio após uma catástrofe natural e passaram a receber apoio de organizações supranacionais para conseguir a emissão do Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF), facilitando assim sua inserção e acesso a serviços básicos no Brasil (GRANADA *et al.*, 2017; LEÃO *et al.*, 2017; SANTOS, 2016; SILVA, 2017).

Há de se ressaltar que as condições precárias de saúde no cenário brasileiro levam à percepção de que o racismo, a discriminação, a precarização trabalhista, bem como a própria xenofobia impactam tanto na sociedade brasileira quanto no sistema de saúde. Em muitas situações, é através do sistema de saúde que essa população marginalizada consegue ter acesso a programas sociais e serviços públicos (SIMÕES *et al.*, 2017).

Nesse sentido, ressalta-se o componente xenofóbico ao qual os imigrantes estão expostos. Sob a alegação de risco epidemiológico, grupos estrangeiros foram restringidos de entrar no país, como ocorrido com os venezuelanos, que foram barrados pela Portaria Intermi-

nisterial do Ministério da Saúde, Justiça e Segurança Pública e Casa Civil n.º 120, de 17 de março de 2020 (BRASIL, 2020). No passado, haitianos foram acusados pelos Estados Unidos da América (EUA) de serem os responsáveis pela epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Outro exemplo de xenofobia, mas esse por parte da população ocorreu recentemente, em que os haitianos residentes no Brasil passaram por situação de discriminação decorrente de seu fenótipo, quando ocorreu um surto de ebola no continente africano, embora geograficamente o Haiti fique em outro continente (VENTURA; YJUDA, 2019).

Em um momento pandêmico percebe-se um agravamento nas condições de vida dessas populações e os preconceitos que já estavam enraizados em muitos brasileiros, ganham força na presença de uma crise sanitária, econômica e política trazida pela pandemia. Exemplo desses preconceitos é a popularização da retórica de que os imigrantes e refugiados subtraem os recursos dos cidadãos nascidos brasileiros, como os benefícios governamentais e os atendimentos médicos. Assim, em tempos de crise, existe uma culpabilização que recai sobre essa população, dificultando ainda mais seu acesso aos serviços de saúde em virtude da xenofobia (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020).

Outrossim, cabe destacar que, devido à situação de risco epidemiológico, a política de fechamento de fronteiras foi adotada por inúmeros países, inclusive o Brasil. Contudo, um dos riscos dessa ação é o fortalecimento de estados autoritários, que propagam a vigilância e suspensão dos direitos humanos, tendo na pandemia um novo argumento para redução da liberdade e de direitos – neste caso, o direito de buscar refúgio (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020). No entanto, organizações mundiais como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), incentivaram os países a acolherem essas

populações vulneráveis e a apoiá-las levando em conta suas diferenças socioculturais (OPAS, 2020).

As já existentes barreiras interpessoais em torno das diferenças culturais e linguísticas são fortalecidas na medida em que se constroem estigmas sobre uma determinada população ou nacionalidade, tornando-se um empecilho para o estabelecimento pleno dos direitos garantidos aos imigrantes, dificultando o acolhimento humanitário e a inclusão desses em serviços essenciais, como os de saúde (ARRUDA-BARBOSA; SALES; SOUZA, 2020). A intensificação dos fluxos migratórios aliados ao contexto pandêmico levou a uma vigorosa disseminação de notícias a respeito de contaminações e variantes do vírus SARS-CoV-2, ocasionando na discriminação contra imigrantes e refugiados instalados em um determinado país (MORENO-FLEITAS, 2020).

Ademais, presente em todos os contextos, mas deixada em segundo plano no contexto pandêmico, existe a barreira cultural. Essa, por ser a mais intrínseca ao indivíduo é, portanto, a mais difícil de ser trabalhada e superada, pois exige uma colaboração multiprofissional e multisetorial para que o migrante se adapte a sua nova realidade. Ou seja, não se pode esperar que o imigrante ou refugiado chegue ao país e assimile com facilidade os diversos aspectos da nova realidade em que ele se encontra, desconsiderando toda a dificuldade de um processo de migração e seus possíveis traumas (SOARES; SOUZA, 2018).

As diferenças culturais são um grande desafio que os imigrantes têm de enfrentar após saírem do seu país natal. Em sua maioria, os refugiados têm de lidar com os estigmas e os estenótipos que modelam e apagam seus traços identitários. Além disso, vale salientar como o choque cultural é um fator estressante, que influencia negativamente a saúde mental dos imigrantes, que tem de reafirmar seus valores internos, ao mesmo tempo em que necessitam se adaptar a uma nova rotina, gastronomia, círculo de amizades, língua, e princípios morais da

sociedade local, sobretudo, em um momento de crise sanitária como da pandemia da COVID-19. Desse modo, surgem problemas relacionados à saúde do imigrante, principalmente, a mental, pois ele tem que lidar tanto com questões socioeconômicas, como também com questões que abalam a constituição da sua identidade (MARTIN; GOLDBERG, SILVEIRA, 2018). Nessas situações, deve-se acolher essa população e, esperar que gradativamente, consigam se adaptar a cultura desse novo país. Essa recepção é fundamental para que o migrante se adapte a sua nova realidade, entenda como ela funciona e conheça seus direitos, como o pleno acesso aos serviços de saúde. Isso poderá contribuir para que as dificuldades encontradas sejam mais facilmente superadas (SOARES; SOUZA, 2018).

No entanto, de alguma forma, os imigrantes (aqui incluídos os refugiados) deixam evidente que compartilham de outros modos de viver e ver o mundo. Assim, a cultura, compreendida geralmente de uma maneira superficial e estereotipada, é imediatamente usada na visão que os outros indivíduos têm sobre esse grupo de pessoas (imigrantes e refugiados). Este estereótipo do imigrante/refugiado construído pela comunidade local gera obstáculos à realização de ações de promoção de saúde, que possam contemplar os determinantes sociais e também impedem a construção de planos resolutivos que culminem em uma melhora na qualidade de vida. Dessa maneira, veem-se vários casos de enfermidades baseados em uma explicação fundamentada em uma noção de cultura equivocada, associada ao exotismo, contribuindo para uma visão estereotipada, reducionista e discriminatória dos imigrantes. O conceito de cultura é complexo e polissêmico, podendo subverter a compreensão dos processos migratórios. Todavia, não pode ser ignorado, apresentando-se como um desafio para intervenções no campo da saúde (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Nesse prisma, vê-se que o déficit de conhecimento pode propagar preceitos errôneos sobre determinadas culturas, destacando a falta

de um diálogo intercultural entre os indivíduos. Por isso, um primeiro aspecto a ressaltar, evidenciado por trabalhadores da saúde, é o perigo da generalização quanto à naturalidade dos imigrantes, chamando-os muitas vezes de: “os bolivianos”, “os congoleses”, “os chineses”, “os sírios” etc. A redução da nacionalidade ao local de nascimento implica em problemas epistemológicos importantes, como o nacionalismo metodológico, que, de maneira sucinta, trata as sociedades nacionais como limitadas e naturalizadas (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Portanto, é necessário refletir sobre a forma que os imigrantes são tratados nos centros de saúde, e se a comunicação intercultural está pautada no respeito e compreensão dos valores do sujeito.

Ademais, percebe-se que a pandemia da COVID-19 desafia os valores culturais dominantes de individualismo rude e autodeterminação, principalmente porque a pandemia revela nossa interconexão e interdependência como uma família global (WATSON; BACIGALUPE; DANESHPOUR; HAN; PARRA-CARDONA, 2020). Nesse sentido, ressalta-se a necessidade da população de agir em conjunto para diminuir a propagação da doença, bem como ajudar aqueles em estado de maior vulnerabilidade social, como os imigrantes. Além disso, provou-se a indispensabilidade de um sistema de saúde universal e igualitário para a população, como também a necessidade de interpor as diferenças culturais, por meio de pontos similitudinários, deixando evidente a importância da humanização nos serviços de saúde.

A barreira linguística também merece destaque entre as causas de dificuldade ao acesso à saúde pela população imigrante, principalmente em momentos que exigem o distanciamento social, dificultando outras formas de comunicação e reduzindo a quantidade de pessoal/equipe aptos a traduzirem as informações. Esse obstáculo dificulta a compreensão do vocabulário médico, principalmente se o migrante estiver pouco familiarizado com o idioma português e pode acabar

por desestimular o indivíduo na busca por atendimento. Além disso, a falta de tradução de material informativo pode gerar uma sensação de desamparo e não pertencimento, já que uma parte dos imigrantes e refugiados que chegam ao Brasil não possuem conhecimento acerca do funcionamento do Sistema de Saúde do país e acreditam não ter direitos sobre ele ou que seja necessário pagar para ter acesso. Tudo isso impacta negativamente no pleno acesso aos serviços de saúde por essa população (CASTELLI *et al.*, 2020).

Para os imigrantes, outro aspecto que se apresenta como entrave linguístico é o uso das máscaras, pois pode dificultar o entendimento de fala. O uso da máscara pode afetar a percepção da fala porque a voz do usuário fica mais fraca e um pouco distorcida, a máscara esconde o rosto e não permite fazer a leitura labial e ela age como um filtro atenuando as altas frequências (2000-7000 Hz) da fala (COFEN, 2020).

O entrave linguístico torna-se um problema até mesmo para a aplicação, compreensão e operacionalização das medidas de biossegurança entre a população migrante, fazendo com que a propagação do vírus entre esse grupo populacional seja potencializada por essa falta de entendimento e, conseqüentemente, mau uso das medidas de biossegurança, como o uso de máscaras, que devem cobrir totalmente a região do nariz e da boca, e de álcool em gel. Nesse contexto, para atender plenamente às necessidades dos imigrantes e refugiados, seria importante que os serviços de saúde providenciassem cartilhas e cartazes com ilustrações e imagens, de modo a facilitar o entendimento por parte dessa população, que, muitas vezes, ainda não está familiarizada com a língua portuguesa (GRANADA *et al.*, 2021).

Esse obstáculo idiomático interfere no pleno atendimento aos imigrantes nas unidades de saúde, tendo em vista que, em muitos casos, o idioma desses usuários não é de domínio dos servidores SUS. O espaço de saúde transformou-se em um ambiente de tensão, onde de

um lado, são utilizadas estratégias de atenção emergencial e de outro empatia e/ou resistência. Quando o diálogo é dificultado, há uma contribuição para o sentimento de insatisfação e não pertencimento por parte do usuário. Dessa forma, os profissionais de saúde devem ter consciência do peso da barreira linguística, e assim, buscar alternativas para prestar uma assistência adequada a essa população (SIMÕES *et al.*, 2017).

Em um cenário como esse, mostra-se extremamente importante o estabelecimento de vínculos entre membros de uma comunidade majoritariamente composta por imigrantes e profissionais de saúde. O vínculo profissional-paciente é uma característica predominante na Atenção Primária a Saúde, que se estabelece por meio das Estratégias de Saúde da Família e que podem minorar os obstáculos enfrentados por esta população em relação ao acesso aos serviços de saúde. Objetivando a formação e fortalecimento deste laço, é de fundamental importância que os profissionais de saúde se revistam de conhecimentos acerca dos aspectos socioculturais da comunidade a ser alcançada, provendo conhecimento acerca dos direitos e deveres relativos à saúde e ao aspecto social, fazendo-os, assim, empoderados (LOSCO; GEMMA, 2019)

O aspecto social é de destacada relevância à saúde dos imigrantes e refugiados, pois a dificuldade de adaptação e a falta de recursos financeiros mostram-se também, barreiras para que essa população tenha pleno exercício do seu direito de acesso aos sistemas de saúde (SALAMI; SALMA; HEGADOREN, 2018). E os profissionais da saúde articulados com os serviços de assistência social podem informar e orientar essas pessoas de maneira efetiva, quanto aos auxílios disponíveis para esta população.

No período pandêmico, devido ao agravamento dos problemas socioeconômicos no Brasil, o governo federal lançou mão de estratégias para minorar esta problemática, como o Auxílio Emergencial. Essa estratégia consistiu na destinação de valores em dinheiro para a popu-

lação vulnerável, que também englobou a população imigrante/refugiada, direito que foi assegurado pela Lei de Migração Lei de Migração nº 13.445/2017. Além disso, o Governo Federal juntamente com o Ministério da Cidadania, destinou auxílios financeiros específicos para imigrantes em situação de vulnerabilidade de diversos municípios brasileiros, melhorando o atendimento e esvanecendo a crise humanitária instalada no país (BRASIL, 2021a).

Outra conquista que beneficia a comunidade imigrante/refugiada, no Brasil, é a instituição da Política Nacional de Promoção da Equidade que foi fruto da parceria firmada entre os Ministérios da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; do Ministério da Saúde; da Educação; e da Justiça e Segurança Pública (HEINEN, 2021). Estas diretrizes foram constituídas por meio de um conjunto de programas e ações governamentais de saúde, no contexto do SUS, visando a promoção do respeito à diversidade e garantia do atendimento integral de populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, estando incluída a população de imigrantes/refugiados. Todavia, um dos principais desafios a efetivação desta política é o preconceito que cerca às populações a que se destina. Sendo essencial a elaboração de ações intersetoriais que visem minorar este “mal”, buscando o melhor atendimento a essas pessoas. (BRASIL, 2021b).

Além disso, vale salientar que a falta de informações sobre a condição dos imigrantes, no contexto da pandemia da COVID-19, dificulta a tomada de medidas assistencialistas para essa população. Nesse sentido, deve-se ressaltar que, além das barreiras culturais e idiomáticas, a alta burocratização para o atendimento desses indivíduos no campo da saúde, por exemplo, a demanda por documentos de identidade e de regularidade migratória, impedem a adesão dessas pessoas ao sistema de saúde brasileiro (FAERSTEIN; RODRIGUES; CAVALCANTE, 2020).

Assim sendo, observa-se que os relatórios e boletins publicados pelo Ministério da Saúde não permitem a plena compreensão da obscura situação dessa população, evidenciando a precariedade dos mecanismos de identificação das condições dos imigrantes e refugiados, no contexto da pandemia originada pelo SARS-CoV-2, levando à carência de dados básicos para essa identificação, como o número de infectados, bem como o seu nível de vulnerabilidade, corroborando para a permanência da situação de invisibilidade dos refugiados no país. Nesse cenário, o real amparo oferecido à essa população pelo Sistema Único de Saúde, mostra-se insuficiente para garantir o completo exercício dos princípios que o regem, como a integralidade e a equidade, limitando seu acesso aos serviços assistenciais (FRANÇA; RAMOS; MONTAGNER, 2019).

A pandemia COVID-19 fez com que muitas mazelas sociais se tornassem mais visíveis, e que populações vulneráveis se tornassem mais vulneráveis devido à crise socioeconômica de extensão mundial que resultou dela. No entanto, essa exposição permitiu que essas populações alcançassem amparo em políticas governamentais durante a pandemia, que poderão ser trabalhadas pelos gestores, a fim de que contribuam no atendimento às necessidades destes, assegurando um atendimento humanizado a essa população, proporcionando comunicação acerca de prognósticos, regimes posológicos e das possíveis formas de tratamento, garantindo também acesso e tratamento igualitário para imigrantes e refugiados, como prescrito pela Lei nº 13.445/17 (BRASIL, 2017). Entretanto, a gestão desses objetivos deve levar em conta as características socioculturais destas populações para que tenha êxito.

Conclusão

Os imigrantes e refugiados enfrentam uma série de desafios para o acesso à saúde, tais quais atitudes discriminatórias, como racismo e

xenofobia; barreiras socioculturais, como as linguísticas; no entanto, são populações vulneráveis e de acordo com os princípios da equidade e universalidade, têm seu direito a esses serviços garantidos por lei. Lidam também, muitas vezes, com o empasse linguístico, com dificuldades de entendimento de direcionamentos e com consultas sem o auxílio de tradutores. Ainda neste contexto, reside o desconhecimento de imigrantes e refugiados quanto ao funcionamento do SUS, o inadequado fluxo de informações e o despreparo ou desinformação dos profissionais e gestores em saúde a respeito dos direitos dos imigrantes e refugiados.

Desse modo, apesar do SUS ter entre suas garantias o princípio da universalidade, é possível notar que os serviços de saúde não estão preparados para atender a demanda intercultural. Assim, mesmo não institucionalizada a exclusão, brechas de interpretação e o funcionamento do sistema podem conduzir a inúmeras problemáticas que dificultam o acesso à saúde pela população imigrante e refugiada. Diante do contexto da pandemia de COVID-19, a dura realidade dessa população se agrava, uma vez que em um cenário pandêmico a necessidade de interconexão e de interdependência entre os indivíduos mostra-se urgente.

A pandemia exibiu, de maneira clara, a relevância de toda a população atuar em conjunto para mitigar a propagação da doença e evitar que o quadro desastroso deixado pela COVID-19 seja capaz de tomar proporções ainda maiores. No entanto, para que este ideal necessário seja alcançado, os indivíduos em situação de vulnerabilidade social precisam do apoio de toda comunidade em que estão inseridos, bem como a assistência universal e igualitária do SUS, o que, diversas vezes, não ocorre.

Portanto, é de suma importância que políticas de saúde sejam elaboradas e aplicadas em conformidade com as necessidades das popu-

lações imigrante e refugiada, a fim de que o acesso à saúde seja facilitado e que os profissionais de saúde sejam devidamente instrumentalizados e preparados para atuar junto a eles. Dessa maneira, espera-se que essa população tenha a possibilidade de alcançar uma vida plena no Brasil, haja vista que, no entendimento das noções dos direitos humanos, a dignidade de alguém não se encontra na nacionalidade, mas em sua condição humana.

REFERÊNCIAS

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade [online]**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-11, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190730/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Botucatu, v. 24, e. 190807, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wyyZ7pD8kJbCDWLq3X3xMLC/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Destinados R\$ 5 milhões para mais de 2 mil imigrantes em situação de vulnerabilidade**. Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/03/destinados-r-5-milhoes-para-mais-de-2-mil-imigrantes-em-situacao-de-vulnerabilidade>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. **Acordos firmados para ações de promoção da igualdade racial**. Brasília, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/06/acordos-de-cooperacao-desenvolverao-politicas-publicas>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Brasília. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 1, 25 de maio de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 18055, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 6.964, de 9 de dezembro de 1981. Brasília. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 23320, 10 de dezembro de 1981.

BRASIL. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Brasília. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 15822, 23 de julho de 1997.

BRASIL. Portaria nº 120. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 1, 17 de março de 2020.

CASTELLI, A. C. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas.** Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. Cartilha. 13p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41690>. Acesso em: 13 jun. 2021.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., **Imigração e Refúgio no Brasil.** Relatório Anual 2019. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2019. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/relatorio-anual/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20OBMigra%202019.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Máscaras e Compreensão de Fala. 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/mascara-e-compreensao-de-fala/> Acesso em: 21 out. 2021.

FAERSTEIN, E.; TRAJMAN, A. Forced Migration and Health: Problems and Responses. *In*: PARKE, R.; GARCÍA, J. (orgs.). **Routledge Handbook on the Politics of Global Health**. 1ed. New York: Routledge Handbook, 2018, v. 1, p. 359–367. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315297255/routledge-handbook-politics-global-health-richard-parker-jonathan-garc%C3%ADa?refId=1d4e3da6-a723-4add-88bb-9830bd4781b3>. Acesso em: 13 jun. 2021.

FRANÇA, R. A.; RAMOS, W. M.; MONTAGNER, M. I. Mapeamento de políticas públicas para os refugiados no Brasil. **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA** [online], Brasília, v. 19, p. 89–106, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43008/29657>. Acesso em: 17 set. 2021.

FUJITA, D. M. *et al.* “Increase of immigrants in emerging countries: free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, e. 00228118, fev. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/53GLK3wvNPrp-dhkX6jwKLZw/?lang=en>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GOLDBERG, A.; SOW, P. Migrantes senegaleses en Argentina: contexto sociopolítico-laboral y vulneración de derechos. *In*: KLEIDER-MACHER, G; TEDESCO, J. C. (orgs.). **A imigração senegalesa no Brasil e na Argentina: múltiplos olhares**. Porto Alegre: EST, 2017. p. 117–134. Disponível em: <https://ciencia.iscte-iul.pt/publications/migrantes-senegaleses-en-argentina-contexto-sociopolitico-laboral-y-vulneracion-de-derechos/40909>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285–296, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200285&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2021.

GRANADA, D. *et al.* Saúde e migrações: a pandemia de Covid-19 e os trabalhadores imigrantes nos frigoríficos do Sul do Brasil. **Horizontes Antropológicos**, 2021, v. 27, n. 59, p. 207–226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/Lv3TMXdjKq7Nsd3XyvYMLqj/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

HEINEN, M. Governo institui Política Nacional de Promoção da Equidade em Saúde. **Rádio Nacional**, Brasília, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2021-06/governo-institui-politica-nacional-de-promocao-da-equidade-em-saude>. Acesso em: 10 set. 2021.

JARDIM, T. D. M. A lei migratória e a inovação de paradigmas. *In: Cadernos de Debates Refúgio, Migrações e Cidadania*. Brasília: Instituto Migrações e Direitos Humanos, v. 12, n. 12, 2017. p. 17–46. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Caderno-de-Debates-12_Ref%C3%BAgio-Migra%C3%A7%C3%B5es-e-Cidadania.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

KUBO, H. K. L. *et al.* Impacto da pandemia do covid-19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 26 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.140>. Disponível em: <https://iajmh.com/iajmh/article/view/140/165>. Acesso em: 16 jun. 2021.

LAZAR, M. *et al.* Characterisation of measles after the introduction of the combined measlesmumps-rubella (MMR) vaccine in 2004 with focus on the laboratory data, 2016 to 2019 outbreak, Romania. **Eurosurveillance**, (s.l.), v. 24, n. 29, p. 1900041, jul. 2019. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.29.1900041>. Acesso em: 21 jun. 2021.

LEÃO, L. H. C. *et al.* Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e. 00181816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181816>. Acesso em: 10 maio 2021.

LIMA, M. R. A.; SOUZA, M. R.; NUNES, F. C. Repercussões dos determinantes sociais na saúde mental das migrantes haitianas em Goiás. **Revista NUFEN**, Belém, v. 12, n. 3, p. 53–70, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2021.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Botucatu, v. 23, e. 180589, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e180589/pt/>. Acesso em: 07 maio 2021.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade [online]**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26–36, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/pt/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MARTINS, G. D. P. **O Instituto do Refúgio**: uma análise da legislação brasileira e internacional. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Três Passos, 2020. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/6897>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MATTA, G. C. *et al.* Narrativas sobre populações vulnerabilizadas. In: **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19. Editora Fiocruz, p. 85–193, 2021. Série Informação para ação na Covid-19. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MORENO-FLEITAS, O. E. La divulgación de la información en la encrucijada de la crisis del COVID-19 en Paraguay. Reacciones y transmisión de datos falsos y científicos a través de las redes sociales y los medios masivos. **Revista de la Sociedad Científica del Paraguay.**, Asunción, v. 25, n. 1, p. 58–85, 2020. Disponível em: http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2617-47312020000100058&lang=pt. Acesso em: 18 jun. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease 2019** (Covid-19) Situation Report. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 29 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guidance for implementing non pharmacological public health measure**, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53078/PAHOIMSFPLCOVID-19200021_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 15 set. 2021.

RACHE, B. *et al.* Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo à COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, São Paulo: Nota Técnica n. 3, 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/necessidades-de-infraestrutura-do-sus-em-preparo-ao-covid-19-leitos-de-uti-respiradores-e-ocupacao-hospitalar/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

RODRIGUES, I. A.; CAVALCANTE, J. R.; FAERSTEIN, E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 30, n. 03, e. 300306, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KJshrr5QR8hXFFRqhy6Qv3g/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SALAMI, B.; SALMA, J.; HEGADOREN, K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. **International Journal of Mental Health Nursing**, (s. l.), v. 28, n. 1, p. 152–161, fev. 2019. DOI: 10.1111/inm.12512. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984880/>. Acesso em: 02 jul. 2021.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477–494, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2021.

SILVA, S. A. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 99–117, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0009>. Acesso em: 07 maio 2021.

SIMÕES, G. F. *et al.* **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Curitiba: Editora CRV; 2017. p. 83–84. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes/Perfil_Sociodemografico_e_laboral_venezuelanos_Brasil.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

SOARES, K. G.; SOUZA, F. B. O refúgio e o acesso às políticas públicas de saúde no Brasil. **Trajectorias Humanas Trascontinentales**, Campo Grande, n. 4, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.25965/trahs.1234>. Disponível em: <https://www.unilim.fr/trahs/1234>. Acesso em: 22 jun. 2021.

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080597>. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/saude-de-migrantes-e-refugiados>. Acesso em: 22 jun. 2021.

WATSON, M. F. *et al.* COVID-19 Interconnectedness: Health Inequity, the Climate Crisis, and Collective Trauma. **Family Process**, 2020. DOI: [10.1111/famp.12572](https://doi.org/10.1111/famp.12572). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32589267/>. Acesso em: 22 ago. 2021.

CAPÍTULO 8

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO PANDÊMICO DO COVID-19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

ATTENTION TO THE MENTAL HEALTH OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE PANDEMIC CONTEXT OF COVID-19: A THEORETICAL REFLECTION

Nathani Murielli Barbosa Machado

Maria Eduarda Barcelos de Oliveira

Marta Janaina Pereira de Oliveira

Matheus Gonçalves Fernandes

Nelly Cruz-Alvarez Remón

Mônica Mussolini Larroque

RESUMO

Objetivo: Desenvolver uma reflexão teórica sobre os efeitos da pandemia do COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada na publicação “*Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*” de Jianbo Lai e colaboradores. **Resultados:** Identificou-se que os principais afetados mentalmente pela pandemia do COVID-19 dentre os profissionais de saúde, foram as mulheres e enfermeiras em geral apresentando sintomas de estresse, depressão, ansiedade e angústia. **Conclusão:** Conclui-se

a partir da reflexão que os principais impactos da pandemia, causada pelo novo coronavírus, na saúde mental dos trabalhadores da saúde foram o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e insônia, aumento do estresse e exaustão emocional, com impactos sobre a qualidade de vida e do serviço prestado por esses profissionais.

Descritores: saúde mental; profissionais de saúde; COVID-19; estresse; transtornos mentais.

ABSTRACT

Objective: Develop a theoretical reflection on the effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of health professionals.

Methods: It is a theoretical reflection based on the publication Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.

Results: It was identified that the main ones mentally affected by the COVID-19 pandemic of health professionals were women and nurses in general, presenting factors of stress, depression, anxiety and anguish. **Conclusion:** It was concluded from the reflection that the main impacts of the pandemic, caused by the new coronavirus, on the mental health of health workers were the development of symptoms of anxiety, depression and insomnia, increased stress and emotional exhaustion, with impacts on quality of life and the service provided by these professionals.

Descriptors: mental health; health personnel; COVID-19; stress; mental disorders

Introdução

Uma nova síndrome respiratória aguda e com potencial altamente infeccioso provocada por um novo Coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificada em dezembro de 2019, na província de Wuhan, China. No Brasil, o primeiro registro foi confirmado em fevereiro de 2020 e, desde então, tem se espalhado pelo país de forma exponencial, provocando milhares de óbitos e produzindo grave impacto na saúde da população (SANTOS *et al.*, 2021; ALDRIGHI *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou surto de novas infecções por COVID-19 em janeiro de 2020 e em 11 de março de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia. Os sintomas mais comuns da infecção por coronavírus duram em média 2 a 14 dias e incluem febre, fadiga, tosse seca, mialgia e dispneia. O uso de máscaras, higienização das mãos e medidas de distanciamento social são medidas que auxiliam na diminuição da transmissão do vírus (SANTOS *et al.*, 2021.; ZANQUETA *et al.*, 2020).

Atualmente, no Brasil, o coronavírus infectou mais de 18.792.511 pessoas e levou pelo menos 525.112 pessoas a óbito e esses números crescem a cada dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Durante períodos pandêmicos, os impactos psicológicos, tanto a nível individual como coletivo, tendem a ser minimizados, em prol da busca pelo tratamento da doença (ORNELL *et al.*, 2020). Ademais, o medo do desconhecido eleva a ansiedade em indivíduos saudáveis e naqueles que já têm condições de saúde mental pré-existentes (SHIGEMURA *et al.*, 2020). Logo, é esperado que a população apresente sintomas de estresse e sensação de impotência devido às incertezas decorrentes do contexto vivenciado.

A pandemia da COVID-19 teve um forte impacto diante dos profissionais de saúde que estão na linha de frente, destacando-se en-

fermeiros e mulheres. Resultando em depressão, ansiedade, insônia, estresse, além do medo e ser vetor para familiares e amigos. Por isso, constituem um dos grupos populacionais que estão em maior risco em cenário de pandemia, devido à alta descarga emocional e psicológica a que estão sujeitos (GUTERRES, 2020).

Os problemas de saúde mental causados pelo excesso de trabalho e altos níveis de pressão durante eventos epidêmicos, podem prejudicar a compreensão e a habilidade de tomar decisões dos trabalhadores da saúde, além de ter um efeito prolongado no bem-estar geral dos profissionais (KANG *et al.*, 2020).

Estudos realizados anteriormente em outras epidemias, como a da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), demonstraram que os principais sintomas relatados por médicos e enfermeiros foram medo e estresse (KHALID *et al.*, 2016). Desta forma, os trabalhadores da saúde são fundamentais no atendimento aos pacientes, por isso devem receber amparo durante e pós-pandemia (WEINTRAUB *et al.*, 2020).

Assim, este estudo teve como objetivo geral realizar uma reflexão teórica acerca do impacto da pandemia do COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde; os objetivos específicos foram a) realizar a busca de artigos no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre maio e junho de 2021 a respeito do impacto da pandemia do COVID-19 na saúde mental dos profissionais da saúde utilizando as seguintes palavras chaves: saúde mental; profissionais de saúde; COVID-19; estresse e transtornos mentais. b) descrever as informações dos artigos comparando com o referencial teórico *“Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019”* de Lai et al. (2020).

Métodos

Trata-se de uma reflexão teórica, utilizando-se como referencial teórico o artigo “*Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*” de Lai et al. (2020), e por meio de pesquisa em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos três anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados ScieELO, LILACS, MedLine e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: saúde mental; profissionais de saúde; COVID-19; estresse; transtornos mentais. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados entre 2019 a 2021, em português, inglês e espanhol, que associavam COVID-19 com a saúde psíquica dos trabalhadores da saúde.

Referencial teórico

O artigo “Fatores associados aos resultados de saúde mental entre os trabalhadores da área de saúde expostos à doença por coronavírus em 2019” foi o referencial teórico utilizado nessa reflexão (LAI *et al.*, 2020). A obra é fruto de uma pesquisa realizada com os trabalhadores da área da saúde de 34 hospitais em múltiplas regiões da China. Objetivando comparar os dados encontrados com o Brasil, foi selecionado o artigo “Saúde mental para profissionais da saúde no Estado de São Paulo no contexto de pandemia COVID-19” (ALDRIGHI *et al.*, 2020).

Nos dois artigos relatam-se diferentes dados e fatores que afetam a saúde dos profissionais no contexto da pandemia de COVID-19, como as constantes exposições a situações de estresse, a falta de contato com os familiares ou amigos e a proximidade com pessoas enfermas, o que gera o medo de contágio. Segundo os estudos, esses fatores ocasionaram sintomas de estresse, ansiedade, insônia, depressão e angústia, sobretudo em mulheres e enfermeiras entre 26 e 40 anos.

Resultados e discussão

Segundo a OMS, a saúde mental está associada à capacidade dos indivíduos de reagir diante das situações – boas e/ou ruins – do dia a dia. Nesse sentido, em eventos de grande adversidade, como a pandemia do COVID-19, espera-se que os profissionais da saúde apresentem sinais de ansiedade, medo e perturbações comportamentais (WEINTRAUB *et al.*, 2020). Durante os períodos de pandemia, esses trabalhadores enfrentam desafios ainda maiores, como jornada de trabalho ampliada. Conforme resultados da pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da COVID-19, realizada pela Fiocruz, 50% admitiram excesso de trabalho durante essa crise sanitária de saúde e 45% necessitavam de mais de um emprego para garantir a sobrevivência. Esses cenários estressantes podem contribuir para a intensificação de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (BAO *et al.*, 2020).

Desgaste emocional durante o período de pandemia

O estudo transversal de Lai *et al.* (2020), utilizado como referencial teórico, incluiu 1.257 entrevistados e revelou uma alta prevalência de sintomas de saúde mental entre os profissionais de saúde que tratam de pacientes com COVID-19 na China.

No artigo, observou-se que todos os participantes do estudo relataram algum sintoma, tais como, depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34%) e angústia (71,5%) (LAI *et al.*, 2020), em consonância com outros artigos, onde, também, foi observado a prevalência desses sintomas entre os profissionais que tratam os pacientes com COVID-19 (ZHANG *et al.*, 2020a; BETTINSOLI *et al.*, 2020.; QUE *et al.*, 2020.; ZHANG *et al.*, 2020b). A maioria dos profissionais não apresentou sinais de insônia e apenas 1,7% dos que estavam na linha de

frente foram classificados com forte gravidade de sintomas. Entretanto, outros estudos mostram que pode haver uma redução da qualidade do sono da equipe médica, devido ao aumento da pressão e estresse (XIAO *et al.*, 2020.; WANG *et al.*, 2020), medo de se infectar com o vírus, falta de apoio psicológico de notícias ou mídia social em relação ao surto (ZHANG *et al.*, 2020a)

Os profissionais da atenção primária, como enfermeiras, técnicos de enfermagem e médicos que estão em contato direto com os pacientes são os mais vulneráveis à infecção, logo possuem maior risco de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade, em consonância com os resultados encontrados no artigo de referência. Um estudo realizado no Hospital Metodista de Houston, Estados Unidos, apontou que os principais fatores que contribuíram para a fadiga ocupacional foram a falta de equipamento de proteção individual, a ineficiência das políticas públicas de saúde de contenção do vírus e preparo e treinamento insuficiente para lidar com uma crise global (SASANGO HAR *et al.*, 2020).

Além dos impactos já citados sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde, outros estudos relataram como efeito a síndrome de Burnout que pode ser produto do esgotamento emocional gerado pela pandemia e se traduz por uma redução de interesse no paciente e uma atitude negativa no trabalho, por conseguinte a qualidade do serviço prestado por esses profissionais fica comprometida (JI-SOO; JEONG-SIL, 2016)

O estudo feito por Lai *et al.* (2020) indicou ainda que ser mulher estava associado a depressão, ansiedade e angústia graves e que trabalhar na linha de frente foi um fator de risco independente para piores resultados de saúde mental em todas as dimensões de interesse.

Assemelhando-se a esse estudo, Santos *et al.*(2021), em pesquisa realizada em Natal, Brasil, incluiu 490 profissionais e também encon-

traram como fatores associados à depressão e ansiedade ser do sexo feminino, enfermeira e estar atuando na linha de frente e atuação em locais pouca estrutura. Ademais, estar na linha de frente assistindo pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 apresenta maior risco de sofrimento psíquico (ARPACIOGLU; GURLER; CARIKOGLU, 2021).

A equipe de enfermagem é a categoria profissional que está mais próxima no cuidado ao paciente com COVID-19. Portanto, os riscos de infecção, de sofrerem pressão psicológica e desenvolverem patologias psíquicas aumentam significativamente (MIRANDA *et al.*, 2021).

Em pesquisa transversal realizada na Arábia Saudita com 554 entrevistados, Alghassab e colaboradores (2021), revelaram uma alta prevalência de sintomas de depressão entre profissionais de saúde que tratam de pacientes com COVID-19. O estudo indicou, ainda, que ser mulher, enfermeira ou médica, com idade entre 30 e 39 anos, representa um risco de intermediário a alto de depressão. No estudo, as descobertas indicam ainda que as trabalhadoras de saúde relataram sintomas mais significativos de depressão em comparação com homens, 20% e 15%, respectivamente. Esses achados estão de acordo com o estudo feito por Lai e colaboradores (2020).

Enfermeiras frente à COVID-19

Conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as mulheres são a maioria na área da saúde, principalmente na enfermagem, onde são cerca de 90%. Elas que compõem a linha de frente ao combate da COVID-19, além do trabalho, enfrentam dupla jornada ao cuidar dos familiares (pais adoecidos e filhos), aumentando assim, o nível de estresse e exaustão, podendo ficar à mercê de medicamentos (LUZ, 1997).

No artigo de referência, os resultados mostram que as mulheres relataram sintomas mais graves de depressão, ansiedade e angústia. Além disso, existem fatores que aumentaram a violência doméstica contra mulheres no contexto pandêmico, e ainda estão expostas a acidentes de trabalho, assédios e baixos salários (se comparadas ao homem). Outro fator é a precariedade de equipamentos de trabalho e produtos hospitalares que são básicos neste contexto como: luvas, álcool em gel, leitos hospitalares, entre outros.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e o Conselho Federal de Enfermagem, o Brasil é o país com mais mortes de profissionais do setor em decorrência da COVID-19, até a data de 05 de julho de 2021, foram confirmadas 835 mortes de trabalhadoras/es da equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos). Analisando as estatísticas e dados disponíveis no site como, os casos por sexo, apresentam 85,34% mulheres e 14,66% de homens infectados, e nos casos de óbito não é muito diferente, sendo 68,50% mulheres e 31,50% homens, no cenário de 57.462 casos reportados.

Essas profissionais encaram a morte de familiares, colegas de trabalho e amigos diariamente, e precisam estar de prontidão para atender os demais pacientes, sem tempo de repouso, chegando a ficar por horas em pé, o que causa desgaste físico. O trabalho de cuidado é complexo, pois envolve as interações entre quem cuida e quem é cuidado, bem como engendra as relações sociais para atender as necessidades humanas com vistas ao bem-estar e conforto, solicitando de quem cuida a responsabilidade pela ação (BORGEAUD-GARCIANDÍA, 2020). Porém, essa representação de heroínas da saúde no atual contexto, pode contribuir não somente para uma valorização social delas, mas também para reforçar a pressão de serem corpos invencíveis para cuidar, portanto, dilui-se o ser individual, o corpo que tem uma vida além do trabalho (BITENCOURT, ANDRADE, 2021)

Conclusão

O atual estudo apresentou uma reflexão sobre os efeitos da pandemia do COVID-19 no bem-estar mental dos trabalhadores da saúde. Com base nas publicações de diferentes artigos, constatou-se que os profissionais de saúde estão vulneráveis não apenas ao vírus, como também a doenças psíquicas como depressão, ansiedade e estresse.

Ademais, durante a pandemia, evidenciou-se a centralidade do trabalho de cuidado, de quem oferece o serviço, de quem tem acesso ou não, e de quem realiza a formação profissional, sendo em sua maioria realizado por mulheres das classes populares. Muitas mulheres, que trabalham na área da saúde, além da dupla jornada de trabalho, também necessitam lidar com o estresse físico e psíquico decorrente da profissão, visto que, diariamente, enfrentam diversos desafios, como a perda de pessoas próximas, situação que aumentou na pandemia. Além disso, a exaustão que lhes foi causada neste contexto, afetam as suas emoções e a sua vivência, desencadeando o medo e a angústia desses profissionais.

Os principais fatores apontados para o adoecimento psíquico desses profissionais na pandemia foram a falta de equipamento de proteção individual, de produtos hospitalares básicos, como luvas, a carência de treinamento para lidar com uma pandemia. Outro fator agravante foi ser do sexo feminino e enfermeira. Esse cenário impede que os profissionais prestem um bom serviço, facilitando o seu adoecimento e morte.

Logo, a atenção à saúde mental desses profissionais é necessária, visto a importância da atuação no contexto pandêmico, principalmente os que atuam na linha de frente no atendimento aos pacientes com suspeita e diagnosticados com COVID-19. Devido a

recente literatura disponível nas bases de dados sobre esse tema, sugere-se que novos estudos sejam realizados para uma melhor análise dos impactos da pandemia na saúde mental desses profissionais, tornando-se possível planejar e propor medidas de intervenções e amparo aos grupos de maior risco.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, A. *et al.* Saúde mental para profissionais da saúde do estado de São Paulo no contexto da pandemia COVID-19. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.** (Online). São Paulo, v.17, n. 204, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145585/172041-12.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ALGHASAB, N.S. *et al.* Depression among physicians and other medical employees involved in the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. **Medicine** (Baltimore), v. 100, n. 15, p. e25290, 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000025290.

ARPACIOGLU, S; GURLER, M; CARIKOGLU, S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. **Int J Soc Psychiatry**, v. 67, n. 1, p. 84–89, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020940742>.

BAO, Y. *et al.* 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **Lancet Psychiatry**. 2020, v. 335, n. 10224, p. e37-e38, 2020. DOI: 10.1016 / S0140-6736 (20) 30309-3.

BETTINSOLI, M.L. *et al.* Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. **Appl Psychol Health Well Being**, v. 12, n. 4, p. 1054–1073, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/aphw.12239>.

BITENCOURT, S.M; ANDRADE, C.B. Trabalhadoras de saúde e a pandemia Covid-19 no Brasil: uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Cien Saúde Colet**, v. 26, n. 3, p. 1013–1022, 2021. Português, inglês. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, N. Cuidado y responsabilidad. **Estud Av.**, v. 34, n. 98, p. 41–56, 2020. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3498.004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. Enfermagem em números. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>). Acesso em: 10 abr. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Observatório da Enfermagem**. Profissionais infectados com Covid-19 informados pelos enfermeiros responsáveis Técnicos/coordenadores. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acessado em: 05 jul. 2021.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fiocruz**, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GUTERRES, A. ONU: serviços de saúde mental devem ser parte essencial de respostas ao coronavírus [Internet]. **ONU Brasil**, 2020 Maio 14. Vídeo: 2:46 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pU2BJaTyaTI>.

JI-SOO, K; JEONG-SIL, C. Factors InflueNCING EMERGENCY NURSES' BURNOUT During an Outbreak of Middle East RespIRATORY SYNDROME CORONAVIRUS IN Korea. **Asian Nursing Research**, v.10, n. 4, p. 295–299, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2016.10.002>.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. e14, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X).

KHALID, I. *et al.* Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. **Clin Med Res**, v. 14, n. 1, p. 7–14, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>.

LAI, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 3, p. 1–12, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v. 7, n. 1, p. 13–43, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100002>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. <https://covid.saude.gov.br>. **Painel coronavírus** - Atualizado em: 06/07/2021.

MIRANDA, F.B.G. *et al.* Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 25, n. spe e20200363, 2021. Suplemento. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Braz. J. Psychiatry** [Internet]. São Paulo. v. 42, n. 3, p. 232–235, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

QUE, J. *et al.* Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. **Gen Psychiatr**, v. 33, n. 3, p. e100259, 2020. DOI:10.1136/gpsych-2020-100259.

SANTOS, K.M.R. *et al.* Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, v. 25, n. spe, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0370>.

SASANGO HAR, F. *et al.* Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. **Anesth Analg**, v. 131, n. 1, p. 106–111, 2020. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004866.

SHIGEMURA, J. *et al.* Public responses to the new coronavirus 2019 (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci.** v. 74, n. 4, p. 281-282, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>.

WANG, S. *et al.* Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. **Occup Med (Lond)**, v. 70, n. 5, p. 364–369, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa074>.

WEINTRAUB, A.C.A.M. *et al.* Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Fiocruz/CEPEDES**, 2020. **Cartilha. 17p.** Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41828/2/Cartilha_TrabalhadoresSaude.pdf.

XIAO, H. *et al.* The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. **Med Sci Monit**, v. 26, 2020. DOI: 10.12659 / MSM.923549.

ZANQUETA, D. *et al.* Produção de materiais psicoeducativos a gestores da saúde para intervenção na pandemia da Covid-19. **Rev. Saúde Pública Paraná** (Online), v. 3, n. Supl.1, p. 168–188, 2020. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p168>.

ZHANG, C. *et al.* Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. **Front Psychiatry**, v. 11, n. 306, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>.

ZHANG, S.X. *et al.* At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. **Brain Behav Immun**, v. 87, p. 144–146, 2020b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/mdl-32387345>.

CAPÍTULO 9

COVID-19 E OBESIDADE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

COVID-19 AND OBESITY: A THEORETICAL REFLECTION

José Elias Borges da Silva
Karine Bachega de Campos
Karine Fernanda Carleto
Leonardo Assis Bassan
Maria Clara Monari Neves
Mônica Mussolini Larroque

RESUMO

Objetivo: Refletir a relação entre COVID-19 e obesidade, por meio de artigos que tratem sobre o tema a partir de diversas esferas que influenciam essa questão. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em cinco artigos base, tendo entre eles um artigo principal. **Resultados:** Identificou-se, a partir da leitura de artigos, que a obesidade, no atual contexto de pandemia, é um fator de risco, devido à maior probabilidade de pessoas obesas desenvolverem quadros graves de COVID-19, além de os casos da comorbidade apresentarem aumento neste momento, como consequência do isolamento social. Existe ainda uma estreita relação entre o tema e os transtornos mentais agravados pela diminuição de atividades físicas e sociais. **Conclusão:** A partir desta reflexão teórica é possível refletir e compreender diferentes aspectos da relação entre COVID-19 e obesidade, esforço impor-

tante no âmbito da medicina no sentido de auxiliar o entendimento do presente e o preparo para o futuro.

Descritores: COVID-19; obesidade; transtornos mentais; fatores de risco; pandemias.

ABSTRACT

Objective: Consider the relation between COVID-19 and obesity, throughout articles that reflect the theme by diverse spheres that influence the question. **Methods:** This theoretical reflection was based on five articles, one of them being the main article. **Results:** Throughout the articles, it was identified that obesity, during the pandemic, is consider a risk factor because obese people have higher probability of developing severe cases of COVID-19, besides that, obesity cases suffered an increase and grievance in this moment as a consequence of social isolation, which leads to the relation between the theme and mental disorders, conditions that were aggravated by decrease of physical and social activities. **Conclusion:** Throughout this theoretical reflection, it is possible to reflect and comprehend different aspects of the relation between COVID-19 and obesity, an important effort under the scope of medicine on the meanings of helping to understand the present and prepare for the future.

Descriptors: COVID-19; obesity; mental disorders; risk factors; pandemics.

Introdução

Em dezembro de 2019 surgiu, em Wuhan, Província de Hubei, na China (SILVA et al., 2021), uma nova pneumonia de etiologia des-

conhecida, mais tarde classificada como síndrome respiratória aguda severa causada por um novo vírus pertencente à família Coronaviridae denominado Sars-CoV-2, responsável pela COVID-19, doença que tem ameaçado a saúde mundial há aproximadamente um ano e meio e pode variar de quadros assintomáticos a quadros sintomáticos, onde são apresentados sintomas de brandos a graves, sendo 5% a taxa dos doentes que necessitam de unidades de tratamento intensivo (UTI) (FENG *et al.*, 2020) e 0,6% a taxa de letalidade real (OMS, 2020a). Essa taxa pode variar e no Brasil essa ela encontra-se por volta dos 2,8% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A COVID-19 atingiu o status de pandemia em 11 de março de 2020 (OMS, 2020b). Desde então, estão sendo feitos vários estudos relacionados ao tema, principalmente em relação às comorbidades que possam contribuir para um agravamento dessa doença (NUNES *et al.*, 2020).

Com as pesquisas, foram identificados grupos onde os danos à saúde eram maiores e também situações que poderiam fazer com que o quadro de COVID-19 colocasse a vida de alguns paciente ainda mais em risco. Essas comorbidades envolvem, entre outros fatores, obesidade, hipertensão arterial e Diabetes (SILVA *et al.*, 2021). A obesidade ganha posição de destaque, dada sua importância já percebida em outras situações de pandemias, como a da H1N1, em 2009, e a gripe espanhola, em 1918.

A obesidade é uma doença que acomete cerca de 2,3 bilhões de pessoas no mundo, sendo considerada um grande problema de saúde há décadas, caracterizando uma sindemia, e consiste no acúmulo excessivo de gordura corporal (OMS, 2019). Um dos primeiros trabalhos sobre a relação entre essa doença e a pandemia, que analisou as características e os resultados clínicos de 383 doentes com COVID-19, na China, sugeria que os indivíduos com obesidade, em particular os do sexo masculino, tinham maior risco de desenvolver pneumonia grave.

Atualmente a obesidade é uma comorbidade considerada como fator de risco e é relacionada com maior probabilidade de quadros de COVID-19 evoluírem para casos com necessidade de hospitalização, UTI e evolução para óbito (POPKIN *et al.*, 2020).

Além disso, com a pandemia e o atual estado de calamidade social, muitas das causas para a obesidade foram potencializadas, principalmente, devido ao isolamento social, como alimentação irregular causada por desbalanceamento da saúde mental e perda de rotina e dificuldade na prática de exercícios físicos. Consequentemente pode-se observar os impactos decorrentes dessas ações no desenvolvimento físico e mental de crianças e adolescentes, por meio do provável risco do aumento de peso, obesidade, ansiedade e depressão (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

No que concerne à prática de atividade física, as Diretrizes sobre Atividade Física da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que adultos pratiquem pelo menos 150 minutos de atividades físicas moderadas ou 75 minutos de atividades físicas vigorosas por semana, como forma de serem considerados fisicamente ativos (OMS, 2020c). No entanto, esse hábito é prejudicado, haja vista que o fechamento de academias e outros lugares destinados à prática de exercícios físicos faz com que menos pessoas se mantenham em atividade. Outro fator que influencia é a mudança nos hábitos diários, pois é provável que jovens permaneçam mais tempo sentados em atividades sedentárias em jogos online, assistindo TV e até em aulas remotas, o que, consequentemente, acarretará uma redução dos níveis de atividade física (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020)

Assim, este estudo teve como objetivo geral realizar uma reflexão teórica a respeito da obesidade em tempos de COVID-19 e como objetivos específicos realizar a busca de artigos utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde de publicações ocorridas entre os anos de 2019

a 2021 a respeito da obesidade como fator de risco para COVID-19, assim como refletir sobre sua relação com o aumento de casos no isolamento social e na maneira como a pandemia afetou as pessoas, prejudicando seu estado mental e físico, criando um ciclo e colocando mais cidadãos no grupo de risco. A pesquisa avançada foi feita utilizando as seguintes palavras chave: isolamento social, fator de risco, obesidade, doenças mentais e COVID-19. Desta seleção, o artigo intitulado *“The Weight of Obesity in Immunity from Influenza to COVID-19”*, foi selecionado como base para fundamentar esta reflexão teórica.

Métodos

Trata-se de uma reflexão teórica de artigos científicos relacionados ao tema COVID-19 e obesidade. No que tange a escolha de referências, inicialmente, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos artigos: publicações entre 2019 e 2021, em português, inglês e espanhol que associavam a COVID-19 com obesidade nos últimos três anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS e MedLine. Com base nisso, foram selecionados 10 artigos relacionados ao tema. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: isolamento social, fator de risco, obesidade, doenças mentais e COVID-19. Em sequência, os artigos foram lidos e entre eles foram escolhidos 5 para fundamentar a escrita da reflexão. Essa busca serviu para construir um alicerce baseado em evidências e dados, que contribuíram para o bom desenvolvimento do texto.

Referencial teórico

Para base referencial da reflexão foi selecionada e utilizada a obra *“The weight of obesity in immunity from Influenza to COVID-19* (AN-

DRADE *et al.*, 2021)”; e de maneira complementar, os artigos: “Obesidade e COVID-19: Presente e Futuro (GREGÓRIO; SANTOS; GRAÇA, 2021).”; “Obesidade e a COVID-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias (BOLSONI-LOPES; FURIERI; ALONSO-VALE, 2021)”; “Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (NUNES *et al.*, 2020)” e “Inatividade física, obesidade e COVID-19: perspectivas entre múltiplas pandemias (PITANGA; BECK; PITANGA, 2020)”. As referências foram obtidas por meio de pesquisa nas bases de dados de periódicos nacionais e internacionais SciELO, LILACS e MedLine.

Resultados e discussão

Este estudo segue os esforços de outros no sentido de ajudar a coletar, organizar, sintetizar e compartilhar informações sobre o tema “COVID-19 e obesidade”. Tal empenho se justifica pelo atual cenário de pandemia do Sars-Cov-2 e a atenção dada à obesidade neste momento, sendo que, nesta pesquisa, serão tratados: obesidade como fator de risco, aumento dos casos de obesidade devido ao isolamento social e relações com adoecimento mental.

A obesidade foi apontada como fator de risco desde o final de 2019, quando os estudos sobre a doença foram iniciados, dada a importância dessa comorbidade em outras síndromes respiratórias, como ocorreu por volta de 2010 com a H1N1. A doença, causada por uma cepa do vírus influenza, que ficou conhecida como gripe suína, acometeu considerável parte da população no final da primeira década deste milênio. Nesta época foram feitos estudos que constataram a obesidade como fator de risco, padrão que se repete atualmente com a COVID-19.

Uma possibilidade de explicação para o padrão de repetição é o fato de que a obesidade altera respostas imunes inatas e adaptati-

vas frente a inflamações. Alguns estudos correlacionam o fato do tecido adiposo em pessoas obesas agir como um facilitador viral no organismo, intensificando a infecção. Tal teoria propõe que o tecido adiposo age como um reservatório para a dispersão do vírus (RYAN; CAPLICE, 2020).

Outra possibilidade é que o quadro de obesidade por si só faz com que o organismo fique inflamado graças a alguns de seus fatores característicos, como extravasamento de tecido lipídico para órgãos não adiposos, lipotoxicidade, desregulação do sistema endócrino e perda de capacidade de armazenamento de tecido adiposo (principalmente, branco). Essa situação de baixo grau de inflamação constante, quando adicionado à COVID-19 gera uma sobrecarga do sistema imune e explosão de citocinas, fato relacionado com o comprometimento da oxigenação sanguínea a nível alveolar pela presença de grande quantidade de citocinas nos capilares que envolvem os alvéolos.

Além disso, a obesidade pode estar associada com predisposição a outras doenças que também são consideradas fatores de risco para casos graves de COVID-19, como a diabetes mellitus e hipertensão arterial, podem agravar o desenvolvimento dos quadros de infecção pelo novo coronavírus (SILVA *et al.*, 2021). Assim, a obesidade é considerada um fator de risco para a evolução da COVID-19 para casos graves aumento de aproximadamente 48% de mortalidade em obesos – tanto por fatores inerentes à doença crônica, como pela sua associação com outras doenças consideradas fatores de risco (VIEGAS; NOGUEIRA, 2021).

Outro aspecto importante em relação à obesidade em tempos de pandemia, é o agravamento e aumento de casos da comorbidade devido à associação entre o isolamento, método mais eficiente de profilaxia do novo coronavírus e fatores que desencadeiam o aumento do tecido adiposo. Embora esta seja uma medida necessária, estudos apontam que o isolamento social gera consequências físicas, como o aumento de peso e até mesmo obesidade, devido ao acréscimo do *home office* e fecha-

mento de locais de prática de exercícios, entre outros. Em razão disso, o isolamento social mostra também uma face negativa que se faz necessária mais atenção (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

De acordo com o estudo de Florêncio Júnior, Paiano e Costa (2020), comportamentos sedentários também podem afetar de forma negativa crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade. Um tempo maior assistindo TV, maior tempo jogando videogame e o tempo total de atividades sedentárias foram associadas com o menor volume de massa cinzenta em seis, três e duas regiões do cérebro respectivamente.

Como foi descrito no estudo, pode-se observar que o isolamento social pode ter um impacto negativo na saúde de crianças e adolescentes, visto que comportamentos sedentários podem prejudicar as funções cognitivas devido a possíveis alterações na estrutura cerebral. Sendo assim, fica evidente que a prática de atividades físicas é essencial nesse momento, mesmo que sejam praticadas em casa, sua prática é importante no mantimento de peso e na manutenção da saúde mental.

Tratando-se de um novo vírus, pouco se sabe ainda sobre as consequências da infecção e também de um longo período de isolamento. Com isso, muitos estudos começaram a ser realizados a fim de entender como atinge a população e quais os seus riscos para a humanidade, entretanto poucos estudos surgiram a fim de explorar e medir quais os impactos que esse novo molde de rotina e adaptações implicaria nas pessoas. Alguns estudos trabalham com premissas baseadas nas incertezas sobre a doença, mudanças abruptas no contexto socioeconômico e a falta de controle sobre a própria vida e como todos esses fatores têm provocado grande impacto e danos à saúde física e mental da população. Neste sentido Szwarcwald expõe a relação da pandemia com o aumento de transtornos psicológicos, agravados pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a adoção de comportamentos não saudáveis (SZWARC WALD *et al.*, 2021).

Essa fase em que a população precisa estar reclusa é de grande influência para o desencadeamento de distúrbios mentais nos indivíduos, uma vez que tal problemática já era algo esperado pelos especialistas, que destacam tais consequências físicas e mentais em todas as faixas etárias, com ênfase maior nas crianças e adolescentes, uma vez que foram os que tiveram sua rotina mais alterada. Evidências indicam que os novos moldes de rotina, em que jovens permanecem mais tempo sentados em atividades sedentárias e o seu lazer está limitado a atividades a serem realizadas em seus lares, podem acarretar escolhas que contribuam para a inatividade física, cabendo ressaltar a visão do autor para a ociosidade do organismo associada a fatores que corroboram para o surgimento e agravamento de sintomas depressivos e ansiosos (FLORÊNCIO JÚNIOR; PAIANO; COSTA, 2020).

Conclusão

Considerando as pesquisas realizadas e os estudos feitos sobre a recente doença e sua evolução, faz-se necessária uma investigação de longo prazo, visto que tal problemática é recente e nunca vivida antes nessa magnitude. Logo, é possível concluir, por meio de uma reflexão, que a COVID-19 pode causar maiores danos a indivíduos com comorbidades, dentre elas a obesidade, uma vez que ela se apresenta como fator inflamatório no organismo, atuando também como um facilitador e intensificador viral. Além disso, a obesidade contribui para a alteração na resposta imune do organismo corroborando para o vírus se apresentar de forma mais severa em tais pessoas. Dessa maneira, vimos que não só a obesidade está atrelada a um fator de gravidade do quadro clínico, como sua associação como Diabetes mellitus e a Hipertensão, podem ser considerados agravantes de maior propensão ao desenvolvimento infeccioso no seu grau mais severo pelo vírus SARS-CoV-2.

Neste viés, é evidente que os novos moldes psicossociais atrelados à pandemia influenciaram diretamente no aumento de casos de obesidade e conseqüentemente no aumento desta comorbidade associada a COVID-19. O isolamento social foi uma medida tomada pelos órgãos mundiais de saúde a fim de impedir a proliferação e contaminação de mais indivíduos, causando mudanças na rotina e hábitos, assim como o surgimento e adaptação a novas atividades como o home-office e escola EAD. Essas mudanças favoreceram o sedentarismo e ocasionaram não só desequilíbrios metabólicos ou maior acúmulo de tecido adiposo, mas também alterações nas relações sociais e psíquicas que foram modificadas de maneira expressiva pela situação pandêmica, em destaque nas crianças e adolescentes, que foram os mais afetados por essa modificação.

Por fim, evidencia-se o surgimento e agravamento de sintomas depressivos e ansiosos, assim como demais distúrbios mentais, que já eram previstos pelos estudiosos trazendo uma nova perspectiva sobre os impactos que a pandemia pode acarretar sobre os indivíduos. Tal visão necessita de estudos mais aprofundados a fim de explorar mais a compreensão acerca de como a obesidade e outras disfunções podem ser fatores agravantes na COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. B. *et al.* The Weight of Obesity in Immunity from Influenza to COVID-19. **Front. Cell. Infect. Microbiol.**, v. 11, 638852, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.638852>.
- BOLSONI-LOPES, A.; FURIERI, L.; ALONSO-VALE, M. I. C. Obesidade e a covid-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe e20200216, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200216>.
- FENG, Wei. *et al.* Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a review. **BioMed Central**, v. 19, n. 100, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12943-020-01218-1>.
- FLORENCIO JÚNIOR, P. G. F.; PAIANO, R.; COSTA, A. S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 25, e0115, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0115>.
- GREGÓRIO, M. J.; SANTOS, A.; GRAÇA, P. Obesidade e COVID-19: Presente e Futuro. **Acta Med Port**, v. 34, n. 5, p. 329–331, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.15921>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Painel Coronavírus**. MS, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00129620, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129620>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Archived: **WHO Timeline – COVID-19**. OMS, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. Acesso em: 25 ago. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO Coronavirus Dashboard**. OMS, 2020b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour**. World Health Organization. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> Acesso em: 05 abr. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Obesity. **OMS**, 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. Acesso em: 25 ago. 2021.

PITANGA, F. J. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S. Inatividade física, obesidade e COVID-19: perspectivas entre múltiplas pandemias. **Rev Bras Ativ Fis. Saúde**, v. 25, e 0114, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0114>.

POPKIN, B. *et al.* Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. **Obesity Reviews**, v. 21, e13128, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13128>.

RYAN, P. M. D.; CAPLICE, N. M. Is Adipose Tissue a Reservoir for Viral Spread, Immune Activation, and Cytokine Amplification in Coronavirus Disease 2019? **The Obesity Society**, v. 28, n. 7, p. 1191–1194, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/oby.22843>.

SILVA, G. M. *et al.* Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, v. 34, eAPE02321, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02321>.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* ConVid – Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cad. Saúde Pública.**, v. 37, n. 3, e00268320, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268320>.

VIEGAS, F.; NOGUEIRA, G. Obesidade aumenta em 48% o risco de morte por COVID-19. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.** 2021. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/obesidade-aumenta-em-48-o-risco-de-morte-por-covid-19/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CAPÍTULO 10

IMPACTOS DA PANDEMIA DE SARS-COV-2 SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

IMPACTS OF THE SARS-COV-2 PANDEMIC ON TRANSGENDER PEOPLE HEALTH: A THEORETICAL REFLECTION

Caroline Rezende Lima

Gabriel Felipe Heringer Feliciano

Giulia Rita Barbosa Scorsin

Priscila Balderrama

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre as barreiras existentes ao acesso à saúde pela população transgênero no Brasil, bem como os desdobramentos da pandemia de COVID-19 acerca da assistência a essa população. **Métodos:** Reflexão teórica, cujo referencial adotado para sustentar a discussão dá-se a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Constituição Federal Brasileira e Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Resultados:** Há uma escassez na literatura científica de produções que abordem as questões de saúde de pessoas transgênero. Durante o período de pandemia, poucas produções nacionais se debruçaram sobre a temática e, num geral, foi constatada uma piora do acesso e dos indicadores socio-econômico-sanitários dessa população, com aumento nos índices de violência não acompanhado por qualquer política pública de proteção, sobretudo às mulheres trans e travestis.

Notou-se também uma disfunção no tratamento especializado através do processo transsexualizador, com potenciais danos à saúde física e mental desses sujeitos. **Conclusão:** A escassez de produções científicas encontradas aponta para a necessidade de que a pauta ocupe um espaço maior no meio acadêmico como alvo de estudos que possam embasar futuras ações e intervenções. Urge-se diante desse quadro um incremento nas políticas públicas que visem a assegurar os direitos básicos dessa população, garantindo atendimento e acolhimento qualificados, bem como notificação adequada de agravos à saúde (incluindo a violência), inserção no mercado de trabalho e no sistema educacional, e participação popular nas instâncias de tomada de decisão.

Descritores: pessoas transgênero; COVID-19; vulnerabilidade; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the existing barriers to access to health care for the transgender population in Brazil, as well as the consequences of the COVID-19 pandemic regarding care for this population. **Methods:** Theoretical reflection, whose framework adopted to support the discussion is based on the Universal Declaration of Human Rights, the Brazilian Federal Constitution and the National Policy for Integral LGBT Health. **Results:** There is a scarcity in the scientific literature of productions that address the health issues of transgender people. During the pandemic period, few national productions focused on the theme and, in general, there was a deterioration in access and in the socio-economic and health indicators of this population, with an increase in violence rates not accompanied by any public protection policy especially to trans women and transvestites. A dysfunction in the specialized treatment through the transsexualizing process was

also noted, with potential damage to the physical and mental health of these subjects. **Conclusion:** The scarcity of scientific productions found points to the need for the agenda to occupy a greater space in the academic environment as a target for studies that can support future actions and interventions. In view of this situation, there is an urgent need for an increase in public policies aimed at ensuring the basic rights of this population, ensuring qualified care and reception, as well as adequate notification of health problems (including violence), insertion in the labor market and in the educational system, and popular participation in decision-making instances.

Descriptors: transgenders; COVID-19; vulnerability; barriers to access of health services.

Introdução

Gênero e sexualidade são escopos de estudos interseccionais que perpassam pela filosofia, pelas ciências sociais e pelas ciências de saúde, de relevância crescente nas últimas décadas. Não há um consenso geral acerca de suas definições e limites, sendo importante explorar algumas vertentes a fim de se compreender as dinâmicas de gênero e as vivências de transgeneridade no século XXI.

Money (1998) determina o sexo como a estrutura genital com a qual cada sujeito nasce; Butler (2003), entretanto, se opõe a tal visão, compreendendo o sexo como uma construção histórico-cultural dada a partir das dinâmicas de poder na modernidade. Já gênero, segundo Scott (1989), foi um conceito criado para contrapor o ideal hegemônico e biologicista nas relações entre os “sexos”, criando um contorno social.

Outro conceito que se faz necessário abordar é o de transgênero, definido por Villike *et al.* (2019) como

[...] as pessoas que realizaram ou estão em um processo de transição, mudança de gênero, abandonando a determinação biológica, ou seja, aqueles que diferem-se do sexo indicado pelas suas características fisiológicas, inaugurando, assim, uma nova identidade de gênero para vivenciar o gênero com o qual se identificam (VILLIKE *et al.*, 2019, p. 3).

A partir desse momento, diferentes identidades surgem: mulher trans, homem trans, transexual, travesti, não-binário, dentre outras. Segundo Sampaio e Coelho (2012), durante o processo de reconhecimento e afirmação enquanto pessoa trans e mesmo após, durante a vida daquele sujeito enquanto um corpo não-cisgênero, há uma alta carga de sofrimento psíquico associada às vulnerabilidades e violências às quais essa população está diariamente sujeita.

No Brasil, em 1992, é fundada no Rio de Janeiro a Associação de Travestis e Liberados (ASTRAL), organizadora do I Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da AIDS (ENTLAIDS). A partir de tais eventos, as pessoas transgênero passam a se estruturar enquanto um movimento social pautado na luta por segurança e acesso às demandas de saúde específicas dessa população (CARVALHO; CARRARA, 2013).

Em 2000, o movimento que se iniciou como ASTRAL converge para a criação da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), entidade que perdura até hoje como representativa das pessoas transgênero (sobretudo transfemininas) no país (ANTRA, 2021).

Com o avanço dos movimentos sociais, sobretudo no início da década de 2000, as necessidades de populações vulneráveis conseguem alcançar maior visibilidade diante dos órgãos públicos, culminando na elaboração de políticas públicas voltadas para mitigar e tentar reverter os danos causados pela situação de vulnerabilidade social. Um marco

importante para a população transgênero é a publicação pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (BRASIL, 2011).

Além disso, a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, consolida o Processo Transexualizador – isto é, a oferta de cuidados referentes às modificações hormonais e corporais de pessoas transgênero – no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Apesar dos pequenos avanços na esfera legal, a população transgênero permanece extremamente vulnerável às iniquidades sociais, estando diariamente exposta às mais diversas formas de violência e de agravos à saúde. O atendimento qualificado para pessoas trans ainda é centralizado e pouco acessível, perdurando diversas lacunas e barreiras que reforçam a negligência do Estado e da sociedade com esse segmento da população (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Durante a pandemia de SARS-CoV-2, o Sistema Único de Saúde foi lesado de forma crítica diante da sobrecarga de utilização dos serviços associada aos processos de desfinanciamento e instabilidade administrativa (SERVO *et al.*, 2020). Durante esse processo, evidenciou-se um prejuízo geral nos cuidados preventivos e de condições crônicas, observando-se uma menor procura pelos serviços de saúde por pacientes portadores de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), associada a uma maior dificuldade de acesso (NASCIMENTO; PACHECO, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2021).

Diante desse cenário de iminente colapso da saúde pública no Brasil, faz-se necessário refletir e analisar o impacto das mudanças sobre a assistência à saúde de uma população com acesso já tão precário, como a população transgênero. Compreender as barreiras que já se

impunham previamente à pandemia e como elas se intensificaram durante esse processo pode permitir identificar possíveis pontos de ações político-sanitárias voltadas à reparação e à mitigação dos danos sofridos por esses sujeitos, sendo este o principal objetivo deste capítulo.

Método

Trata-se de um artigo de reflexão teórica, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão acerca das barreiras existentes ao acesso à saúde pela população transgênero no Brasil e os desdobramentos da pandemia de COVID-19 acerca da assistência a essa população dá-se a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, Constituição Federal Brasileira e Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Realizou-se também pesquisa em documentos institucionais e documentos de entidades representativas de pessoas transgênero acerca das vivências, dificuldades e percursos dessa população no acesso à saúde. Além disso, a fim de se atingir o objetivo geral, foi realizada busca em bases de dados (SciELO, LILACS, BVSalud) com os descritores “pessoas transgênero” AND “pandemia”; “pessoas transgênero” AND “covid-19”; “transsexual” AND “pandemia”, e “transsexual” AND “covid-19”. Foram selecionadas publicações nacionais, com acesso integral ao texto, produzidas entre março de 2020 e setembro de 2021. Foram encontradas cinco publicações no total, sendo duas destas excluídas por não se relacionarem ao escopo de estudo proposto.

Referencial teórico

A fim de embasar as reflexões presentes neste capítulo, foram utilizados como referenciais a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Organização das Nações Unidas em 1948, e a

Constituição Federal de 1988 as quais instituem os direitos básicos e inalienáveis respectivamente da pessoa humana e dos cidadãos e cidadãos brasileiros.

Além disso, visando um enfoque específico sobre a população transgênero, foram utilizados marcos políticos na assistência em saúde como a Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, que define a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, e a Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, que redefine e normatiza o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde. Tais portarias definem o início da fase atual de formalização dos cuidados em saúde a pessoas transgênero na esfera pública, sendo as principais bases para implementação de ações municipais, estaduais e nacionais voltadas à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde dessa população.

Resultados e discussão

Para compreender o impacto da pandemia na saúde de pessoas transgênero, faz-se necessária uma análise das dificuldades enfrentadas por essa população no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pública no Brasil. Principalmente devido à transfobia e à deficiência na formação, seja inicial ou continuada, dos profissionais de saúde para o acolhimento e manejo adequado das demandas da população trans, reproduzem-se diversos preconceitos e micro-violências que resultam num afastamento das pessoas trans dos espaços de saúde, sendo, portanto uma expressiva barreira ao cuidado desses sujeitos (ROCON *et al.*, 2019).

A exemplo disso, um estudo realizado nos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo identificou que 62,1% das pessoas trans entrevistadas relataram sentir-se desconfortáveis ou muito desconfortáveis durante os atendimentos em saúde. O mesmo estudo apontou que 58,7%

dos entrevistados referiram já ter sofrido discriminação durante atendimentos, sendo que 43,2% afirmaram evitar buscar assistência em decorrência de discriminação em atendimentos anteriores (COSTA *et al.*, 2016).

O acolhimento em ambientes de promoção de saúde frequentemente falha em utilizar adequadamente o nome social, levando a um constrangimento e desestimulando a busca por atendimento em toda unidade do sistema de saúde. Com isso, é comum que pessoas trans optem pela automedicação, seja referente à hormonioterapia ou ao tratamento de quaisquer doenças e emergências (RODRIGUEZ, 2014).

Ademais, com frequência, os profissionais de saúde tendem a limitar os atendimentos a essa população, dando enfoque aos efeitos da terapia hormonal e às ISTs, negligenciando outros sintomas e queixas advindas desses pacientes (DE CASTRO *et al.*, 2021).

Finalmente, é visto que os ambientes de cuidados específicos à população transgênero são centralizados em hospitais de grandes cidades, indo contra as propostas de descentralização e regionalização dos cuidados em saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Indicadores da ineficácia do Estado em propiciar uma promoção e preservação adequada dos direitos humanos de pessoas trans no Brasil, como desemprego, barreiras no acesso à saúde, moradia e alimentação, suscetibilidade às várias formas de violência, acabaram agravados durante o período de pandemia, agudizando as iniquidades e disparidades, fato que se denota ainda mais quando se leva em consideração as características interseccionais (cor/etnia, orientação sexual, renda etc.) (SANTANA; MELO, 2021).

Todos os fatores citados denotam um acesso não apenas dificultado como também permeado por violências contra pessoas transgênero no sistema de saúde. Neste contexto, percebe-se então como

a população transgênero sofre um incremento em suas vulnerabilidades sócio-sanitárias, agravadas por uma progressiva desassistência em saúde.

Acesso ao processo transexualizador

De acordo com a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), no seu 25º artigo, “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários (...)” (ONU, 1948).

Aliado a esse conceito, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196º, consta: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988. p.104).

Visando cumprir os princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, derivados dos conceitos explorados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal de 1988, mediante a articulação entre os movimentos sociais e os setores da administração pública, ao longo das últimas décadas foram produzidas algumas políticas a nível nacional reforçando e almejando assegurar os direitos estabelecidos constitucionalmente a segmentos vulneráveis da população brasileira. No que diz respeito à população transgênero, os dois principais marcos são a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a normatização do Processo Transexualizador.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, publicada através da Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, reforça o papel do

Estado em combater as formas de discriminação social e institucional contra pessoas LGBT e em promover um cuidado de saúde digno e qualificado a essas pessoas. O acesso ao Processo Transexualizador emerge como um dos principais objetivos da portaria, como consta em seu artigo 2º:

VI – garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII – promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (BRASIL, 2013, p.2).

A Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, consolida o Processo Transexualizador (PrTr) no SUS, normatizando o acesso às condutas e terapias hormonais e/ou cirúrgicas referentes ao processo de modificações corporais desejados por parte das pessoas trans. De acordo com tal normativa, centros ambulatoriais e hospitalares devem seguir critérios de elegibilidade para efetivarem-se como centros de referência para o atendimento especializado à população transgênero (BRASIL, 2013).

Apesar de ser uma inegável conquista no que tange aos direitos à saúde das pessoas trans, o acesso efetivo permanece precário e tais políticas ainda são alvos de críticas por parte dos movimentos sociais. O Processo Transexualizador, por exemplo, é frequente alvo de debates que se estendem desde a patologização da transgeneridade à centralização da assistência. Outro ponto de crítica importante corresponde à ineficácia e à negligência do Estado quanto à vigilância, prevenção e combate à violência contra pessoas trans no Brasil (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Durante a pandemia, os serviços oferecidos pelo Processo Transexualizador, não sendo categorizados como essenciais, tiveram seu funcionamento alterado na maioria dos centros do país, de forma não estrutura-

da e com pouca ou nenhuma divulgação de informação concreta sobre as ações pertinentes. Isso resulta num agravamento da automedicação e do afastamento de pessoas trans do sistema público de saúde, com um potencial dano severo à assistência dessa população (KAUSS, 2021).

As dificuldades com transporte público intra e inter-municipais se exacerbaram, com circulação em alguns casos reduzidas em até 75% da frota, podendo-se inferir que houve também um prejuízo direto no acesso de pessoas trans aos centros especializados (LIMA *et al.*, 2020).

Com um acesso prejudicado ao PrTr, infere-se uma maior dificuldade de obtenção de hormônios, de realização de exames e procedimentos cirúrgicos voltados à manutenção da saúde física e mental da população transgênero.

Além de prejudicar o vínculo de usuários transgêneros com os serviços de saúde, a falta de acesso aos hormônios, por exemplo, propicia o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários usualmente não desejados pelas pessoas trans, o que as deixa mais vulneráveis à violência no cotidiano, bem como à intensificação e/ou surgimento de quadros disfóricos, os quais estão diretamente associados a distúrbios ansiosos, depressivos e tentativas de suicídio (GIRALDI, 2020).

Entende-se, portanto, que o acesso ao Processo Transexualizador configura um entrave crítico para as pessoas trans no período pandêmico. Considerando as repercussões na saúde desses indivíduos, é inegável a necessidade de se contrapor a negligência das instituições públicas a fim de se garantir os princípios de integridade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde. Assim, percebe-se como indispensável o estímulo à qualificação de profissionais e gestores em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde para acolher, atender e referenciar adequadamente os usuários transgêneros de acordo com suas particularidades e demandas.

Violência e transgeneridade

Segundo a proposta da Organização Mundial de Saúde, existem três tipos principais de violência: coletiva, correspondente aos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos; autoinfligida, a qual não está dissociada de fatores externos; e interpessoal, que contempla as violências comunitárias e familiares (KRUG *et al.*, 2002). Outro importante tipo de violência é a institucional, que analisa os processos de violência em ambientes institucionais como as unidades de saúde e pode ser caracterizada à medida em que “existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas. Esta violência se expressa como negligência na assistência, todas as formas de discriminação social, violência física e até sexual” (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017).

É papel do Estado garantir o combate à violência contra pessoas trans, sendo esta uma das principais causas de morbimortalidade dessa população no Brasil. Conforme descrito no art. 2º da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, são objetivos do Ministério da Saúde:

V – monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (...)

IX – definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de transtornos (BRASIL, 2013, p. 2).

O afastamento dos serviços de saúde aliado às práticas de isolamento social formam uma perigosa combinação para a população transgênero no Brasil. Uma das manifestações da colonialidade na cultura brasileira se apresenta como o culto à cisheteronormatividade, sobretudo no ambiente familiar. No contexto de pandemia, face ao desemprego, ao aumento da violência e à falta de suporte sócio-sanitário, muitas pessoas transgênero se veem obrigadas ao isolamento domici-

liar por tempo indeterminado, sujeitas às relações interfamiliares que perpassam pela transfobia em suas múltiplas facetas – desde a violência moral às agressões físicas e sexuais. Isso acarreta um enorme prejuízo à saúde física e mental desses sujeitos, os quais, além de lesados, se veem desamparados pelo Estado (SANTOS *et al.*, 2020).

Outra alternativa – às vezes a única – para uma parcela da população trans é a vivência nas ruas, emergindo então um outro ponto de intersecção de vulnerabilidades sociais e reforçando o “não-lugar” destas pessoas na sociedade. Diante da ruptura de vínculos familiares e da insuficiência socioeconômica, muitas dessas pessoas – sobretudo mulheres trans e travestis – conseguem seu sustento financeiro como profissionais do sexo, sujeitando-se à violência não só por clientes, mas também por policiais, que deveriam promover sua defesa e segurança (LOGIE *et al.*, 2017).

Considerando a situação de pandemia, com as medidas de isolamento social e o medo geral da população de contrair a COVID-19, há uma redução da clientela destas profissionais, agravando ainda mais sua vulnerabilidade socioeconômica (SANTANA; MELO, 2021).

Além dos fatores supracitados, segundo levantamento feito pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais, houve um aumento substancial nos casos de violência relacionados às pessoas transgênero no Brasil no período de 2020–2021 (ANTRA, 2021).

Em 2020, ocorreram ao menos 175 casos de homicídio, todos contra mulheres trans ou travestis, enquanto no primeiro semestre de 2021 foram identificados 80 casos, sendo 75 contra mulheres trans ou travestis e 5 contra homens trans, transmasculinos ou pessoas não-binárias. Tais dados ultrapassam levantamentos realizados em anos anteriores e evidenciam o agravamento e a disseminação da cultura de ódio aos corpos que fogem da cisheteronormatividade (ANTRA, 2021).

Diante desse cenário de transgenocídio, urge-se que gestores e profissionais da saúde alinhem-se aos movimentos sociais e seus líderes para contrapor uma necropolítica voraz a fim de se tentar minimizar os danos sofridos e intensificados durante a pandemia de SARS-CoV-2 pela população trans, à esperança de que, no futuro, esses sujeitos tenham o seu pleno direito de existir assegurado.

Conclusão

As narrativas de transgeneridade no Brasil invariavelmente passam por trilhas e encruzilhadas marcadas por injustiça, violência e sofrimento, não podendo, entretanto, serem resumidas a isso. Durante a pandemia de COVID-19, essa parcela da população se vê ainda mais vulnerável, desassistida, abandonada pelo Estado e pelas instituições que deveriam lhe assegurar o direito à vida, à segurança e à saúde. Esse abandono é perceptível inclusive no próprio meio acadêmico, em que foram identificadas escassas produções voltadas para analisar os impactos da pandemia sobre essa população.

No cenário atual, a saúde das pessoas transgênero demanda debates e ações emergentes a fim de se garantir que suas vivências não sejam restritas a mortes e sofrimento. Existem déficits colossais em vigilância, assistência, prevenção, promoção e participação em saúde de pessoas trans no Brasil, e cabe aos profissionais, gestores e educadores em saúde, aliados aos governantes e aos movimentos sociais, efetivar medidas que garantam os direitos formalmente assegurados às pessoas trans.

No âmbito das políticas macrossociais, isto é, políticas econômicas e sociais que modifiquem a estratificação social, percebe-se a necessidade de promover o acesso e a permanência de pessoas trans no sistema educacional e no mercado de trabalho formal, o que deve ser

acompanhado de políticas públicas de combate à transfobia nos espaços institucionais, garantindo que as pessoas trans tenham as condições necessárias de desenvolver-se pessoal e profissionalmente, permitindo seu sustento e sua qualidade de vida.

Quanto às políticas de saúde, faz-se necessário cumprir o que já vem estabelecido na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, almejando à eliminação do preconceito nos espaços de saúde, além de incentivar o desenvolvimento de atividades de educação continuada bem como de formação em nível superior dos profissionais de saúde que abordem as particularidades da assistência às pessoas transgênero. Ademais, é necessária uma reforma nos sistemas de vigilância em saúde para que constem nos dados notificados a identidade de gênero com a qual cada indivíduo se identifica, permitindo uma melhor caracterização epidemiológica e demográfica da população trans no Brasil. Estimular a criação de Conselhos LGBTI+ nos municípios e estados também é importante visando a concretização da participação popular e maior dinâmica nos espaços de poder, bem como desenvolver protocolos com enfoque na Atenção Primária à Saúde mas que contemplem a Rede de Atenção à Saúde como um todo, a fim de sistematizar o atendimento às pessoas trans de cada território.

Finalmente, também se faz essencial a promoção da participação de pessoas transgênero no meio acadêmico e nos âmbitos de tomada de decisão política, visando a garantir a representatividade e a visibilidade das pautas oriundas deste segmento da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 380–407, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>.

ALMEIDA, W.S. et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, p.1-14, v. 23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS, 2021, Brasil. Boletim-trans Nr 002-2021-1sem2021. 12 p. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/07/boletim-trans-002-2021-1sem2021-1.pdf>. Acesso em: 13 out. 2021.

AZEREDO, Y.N.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 9, p. 3013–3022, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. (org.). Dossiê dos assassina-tos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular, Antra, 2021. 140 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 13 out. 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**: Revista Latinoamericana, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 319–351, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200015>.

COSTA, A.B. *et al.* Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. **Journal Of Immigrant And Minority Health**, [S. L.], v. 20, n. 1, p. 115–123, 1 nov. 2016. Springer Science and Business Media LLC. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>.

DE CASTRO, Isabela Ferreira *et al.* Os entraves à população transgênero no acesso à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5289–e5289, 2021.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 13 out 2021.

GIRALDI, A. *et al.* Mental health and gender dysphoria – why does it matter? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [S.L.], v. 141, n. 6, p. 483–485, jun. 2020. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/acps.13182>.

KAUSS, B. *et al.* “Semente para Luta”: ativismos, direito à saúde e enfrentamentos de pessoas LGBTI na pandemia da covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e201026, 2021.

KRUG, E. *et al.*, eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

LIMA, G. C. L. S. *et al.* Transporte público e COVID-19. O que pode ser feito?. Centro de Estudos em Regulação e Infraestrutura da Fundação Getúlio Vargas (FGV CERI). Rio de Janeiro; 2020.

LOGIE, C. H. *et al.* Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: a cross-sectional study. **Journal Of The International Aids Society**, Toronto, v. 20, n. 1, p. 1–10, 1 abr. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.7448/ias.20.1.21422>.

MONEY J. Sin, **science, and the sex police**: Essays on sexology & sexosophy. New York: Prometheus Books, 1998.

NASCIMENTO, F.L.; PACHECO, A. E. S. D. SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO NO BRASIL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 2, n. 5, p. 63–72, apr. 2020. ISSN 2675-1488. DOI:<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3759724>. Disponível em: <https://revista.ufr.br/boca/article/view/NascimentoPacheco/2893>. Acesso em: 13 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 out. 2021.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v.14, n. 41, pg. 1795, 2019. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1795](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1795).

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, e0023469, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.

RODRIGUEZ, A. M. M. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC. 2014. 182 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa

Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

SAMPAIO, L.L.P.; COELHO, M.T.Á.D. Transsexuality: psychological characteristics and new demands on the healthcare sector. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 42, p.637–649, jul./set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300005>.

SANTANA, A. D. S.; MELO, L. P. Pandemia de covid-19 e população LGBTI + (In)visibilidades dos impactos sociais. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), 2021.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, W. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Inconfidências de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020.

SCOTT, J. W. **Gender**: a useful category of historical analysis. New York: Columbia University Press., 1989.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 4, p. 114–129, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e407>.

VILLIKE, L. P. *et al.* PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO TRANS-
GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS, PSICOLÓGICAS E
AFETIVAS. **Pretextos**: Revista da Graduação em Psicologia da PUC
Minas, São Gabriel, v. 4, n. 8, p. 287–307, dez. 2019.

CAPÍTULO 11

INIQUIDADE EM SAÚDE NAS FAVELAS E A PANDEMIA DA COVID-19

INIQUITY IN HEALTH ON SLUMS AND THE COVID-19 PANDEMY

Alan Gabriel Natã Pasqualetto

Andreani Souza Santana

Bruna Yokohama Queiroz de Arruda

Camilly Vitoria Ajalas Viana Dos Santos

Isadora Karoline Silva Silva

Mila Tirapelli

Vinícius César de Oliveira Camilo

Christian Muleka Mwewa

Priscila Balderrama

RESUMO

Objetivo: Analisar a intensificação da iniquidade em saúde da população residente em favelas e seus efeitos em tempos de pandemia da COVID-19 e suas implicações para o acesso à saúde e à cidadania.

Métodos: Reflexão teórica, cujo referencial adotado para sustentar a discussão dá-se a partir do conceito de justiça proposto por Rawls e equidade em saúde proposto por Whitehead.

Discussão: Notou-se que a vulnerabilidade financeira aumentou a exposição e as taxas de mortalidade desse grupo ao Sars-Cov-2. Verificou-se, também, um ciclo de desigualdades de oportunidades, associado à negligência estatal. Diante disso, lideranças comunitárias assumiram papel de protagonis-

mo, estabelecendo laços de solidariedade, como forma de contornar os impactos da pandemia. **Conclusão:** A inércia do Estado para a oferta de bens e serviços à essas comunidades intensifica a profunda desigualdade social, econômica e de acesso à saúde dessas comunidades. Em contrapartida o Estado se faz presente nestas comunidades através da repressão policial e cobrança de taxas dos precários serviços de iluminação, por exemplo. Pode-se dizer que tal inércia contribui para a edificação de barreiras ao acesso equânime à saúde da população residentes nestas comunidades que se tornam periféricas diante da distância à efetivação plena da cidadania.

Descritores: equidade no acesso aos serviços de saúde; justiça; população suburbana; COVID-19; Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyze the intensification of health inequity in the population residing in favelas and its effects in times of the COVID-19 pandemic and its implications for access to health care and citizenship. **Methods:** Theoretical reflection, whose framework adopted to support the discussion is based on the concept of justice proposed by Rawls and equity in health proposed by Whitehead. **Discussion:** It was noted that financial vulnerability increased this group's exposure and mortality rates to Sars-Cov-2. There was also a cycle of inequality of opportunity, associated with state negligence. Therefore, community leaders assumed a leading role, establishing bonds of solidarity, as a way to circumvent the impacts of the pandemic. **Conclusion:** the State's inertia to offer goods and services to these communities intensifies the profound social, economic and access to health in these communities. On the other hand, the State is present in these communities through police repression and charging fees for precarious lighting

services, for example. It can be said that such inertia contributes to the building of barriers to equitable access to health for the population residing in these communities that become peripheral due to the distance to the full realization of citizenship.

Descriptors: equity in access to health services; justice; suburban population; COVID-19; Brazil.

Introdução

Sob uma perspectiva histórica, o surgimento das favelas no Brasil está intimamente relacionado à segregação espacial de populações marginalizadas do ponto de vista social e econômico (MAGALHÃES, 2020).

O termo foi cunhado pela primeira vez por ex-combatentes da Guerra de Canudos para nomear o local em que se instalaram e que possuía formações arbustivas semelhantes às existentes no sertão nordestino, de onde eram provenientes (LIMA, 2019).

A priori, as favelas, sob um pretexto sanitário, foram alvo de críticas e tidas como máculas que deviam ser extintas da paisagem urbanística (MAGALHÃES, 2020). Percebe-se, nesse contexto, a alternância entre políticas de urbanização descontinuadas e políticas de intensa repressão e violência, sem o objetivo de promover uma política inclusiva de urbanização (LIMA, 2019).

Desse modo, a construção das favelas sempre foi analisada sob a luz da exclusão e invisibilidade da população residente, não reconhecida como portadora de direitos de cidadania (DIAS, 2017; NUNES, 2021).

Desde sua formação, esses aglomerados populacionais vivenciam o desamparo governamental, fato que propiciou a construção de espaços social e economicamente segregados, constituindo um mosai-

co heterogêneo e histórico de violência e violação de direitos humanos (NUNES, 2021).

A ausência de acesso a serviços públicos essenciais faz das favelas um espelho social do conceito de iniquidade, cujo significado se opõe ao de “equidade” proposto por Rawls (1992). Trata-se de uma teoria de justiça social, fundamentada na premissa de que os homens são intrinsecamente diferentes, sendo incoerente colocá-los em posição de igualdade entre si (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017). Por outro lado, é preciso garantir igualmente o acesso aos bens e serviços.

No que concerne aos estudos relacionados ao acesso em saúde para populações específicas, o termo “população suburbana” é frequentemente utilizado para descrever a relação entre o acesso e a utilização de serviços de saúde para pessoas residentes em favelas, motivo pelo qual utilizaremos esse termo no decorrer do capítulo. Porém, entendemos que essas populações foram e são *suburbanizadas* pela inércia do Estado e pela própria configuração arquitetônica das cidades. Pode-se dizer que quando um ente que seria o responsável, não se responsabiliza por uma camada da população há uma ação deliberada pela não-ação que seria de sua responsabilidade. Portanto, a não-ação se configura em uma ação no processo de *suburbanizar* certas populações “eleitas”, pois do contrário da mesma forma que o Estado chega à estas comunidades (favelas) através da polícia, por exemplo, poderíamos conjecturar a chegada do Estado por meio da saúde e segurança.

Dentre os direitos vilipendiados a essa população *suburbanizada*, tem-se a não plenitude do acesso à saúde, más condições de habitação (SHADMI *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2021; DE SOUZA, MACHADO, DO CARMO, 2020; NUNES, 2021), dificuldades de mobilidade urbana (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016; CESTARI *et al.*, 2021; DE SOUZA; MACHADO; DO CARMO, 2020), falta de saneamento básico (FRANÇA, MODENA; CONFALONIERI, 2016;

SHADMI *et al.*, 2020; CESTARI *et al.*, 2021; DE SOUZA; MACHADO; DO CARMO, 2020; NUNES, 2021), insegurança alimentar (SHADMI *et al.*, 2020; NUNES, 2021) e policial (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

Ademais, deve-se ressaltar o fator dos menores índices de escolarização, o qual está intimamente relacionado aos maiores índices de comorbidades (SHADMI *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2021). Vale salientar também as características inconsistentes dos serviços de saúde nessas regiões, marcadas pela má alocação dos recursos financeiros, infraestrutura irregular e a carência de equipamentos e de profissionais (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

Em tempos de pandemia da COVID-19, a iniquidade observada é aprofundada e a propagação do vírus manifesta-se de maneira ainda mais rápida e letal (NUNES, 2021). Isso porque há extrema dificuldade em fazer com que esse enorme contingente populacional siga as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), de forma a reforçar a histórica “desproteção social” (NUNES, 2021; LI *et al.*, 2021; CESTARI *et al.*, 2021; DE SOUZA, MACHADO, DO CARMO, 2020). A associação de tais desigualdades sociais potencializou a exposição à doença e à morte em grupos socioeconomicamente marginalizados, intensificando a mortalidade já exacerbada da população residente em favelas (LI *et al.*, 2021).

Sob essa ótica, a falta de um plano específico de contingência da pandemia do novo coronavírus nas favelas revela uma passividade pública frente ao direito básico de acesso à saúde e à vida, ideal que é paradoxalmente oposto ao estigma de que são as favelas os espaços homogêneos que, estruturalmente, cultivam e propagam violência no ambiente urbano (NUNES, 2021). Esse paradoxo é diuturnamente reforçado pelas mídias abertas que assumem a sua parcela de responsabilidade no processo de *suburbanização* e propagam a promoção

do turismo nas favelas como programa de entretenimento sádico para estrangeiros. Essa equação macabra (excluir para tornar exótico) tem suas raízes no passado escravocrata que estrutura as relações sociais, econômicas e de saúde no Brasil. Não se trata de escravização factual como outrora, mas sim na atualização estrutural do processo de subalternização psíquica e social que, neste caso, se materializa, também, na *suburbanização* com consequências factuais em relação ao acesso à saúde.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a intensificação da iniquidade em saúde da população residente em favelas e seus efeitos em tempos de pandemia da COVID-19 e suas implicações para o acesso à saúde e à cidadania.

Métodos

Trata-se de um ensaio, cujos referenciais teóricos adotados para sustentar a discussão acerca dos aspectos relacionados ao acesso à saúde da população residente em favelas no contexto da pandemia de COVID-19, dá-se a partir dos conceitos de justiça e equidade em saúde.

Realizou-se também pesquisa nas bases de dados SciELO, LILACS, PubMed e Medline, publicados nos últimos cinco anos, utilizando os descritores e as seguintes palavras chaves: Equidade; Justiça; Favela; COVID-19; Brasil; Organização de bases comunitárias. Portanto, o ensaio parte, também, de um estudo documental a partir do instrumental bibliográfico.

Referencial teórico

Utilizou-se o conceito de justiça de Rawls (1992), o qual a entende como equidade, propondo que, em uma democracia, a concep-

ção de justiça deve ser apartidária, laica e sem influências filosóficas e doutrinárias.

Para ele, esse conceito não deve ser visto sob um prisma moral, mas sim como uma concepção de justiça política sistemática e praticável, na qual cada cidadão, independentemente do seu estatuto social ou interesses especiais, pode analisar os principais sistemas sociais e a sua própria integração nos planos de cooperação social na mesma base, de modo a garantir um esquema dos direitos e liberdades básicas para todos (RAWLS, 1992)

Whitehead (1992) destaca a importância da busca pela equidade em relação à saúde, considerando inúmeros estudos realizados em países europeus que evidenciaram menores chances de sobrevivência e maiores taxas de mortalidade para grupos específicos. Não obstante, relata também grandes diferenças na experiência da doença para essas pessoas, as quais chamam de “grupos desfavorecidos”, que além de sofrerem um fardo maior de doenças, experimentam o início de uma doença crônica e suas limitações, mais precocemente. Tudo isso em decorrência da ausência de cuidados em saúde, especialmente os preventivos.

Segundo Whitehead (1992), nem toda desigualdade em saúde é injusta. As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. Uma variação biológica que causa uma determinada doença, por exemplo, não seria uma situação injusta. O desigual acesso à saúde é uma grande iniquidade promovida pelo Estado que deveria garantir a igualdade no acesso.

Rawls (1992) e Whitehead (1992) defendem que políticas públicas deveriam ser eficientes para reduzir as chances de desigualdades e proverem uma prestação e distribuição de serviços de maneira mais equânime, no caso de Whitehead, de serviços e cuidados de saúde para os que mais precisam, os mais vulneráveis.

Resultados e discussão

Para balizar essa reflexão teórica acerca das iniquidades em saúde, tomaremos como base os impactos da COVID-19 nos indivíduos residentes em favelas. Contudo, o que se percebe é que a situação pandêmica apenas acentuou uma situação de iniquidade que sempre existiu.

Do ponto de vista epidemiológico, algumas condições de saúde são mais prevalentes em cenários específicos. Trataremos, aqui, dos processos de saúde e de doença nas comunidades suburbanas. O que pretendemos destacar aqui é a estreita correlação entre as condições sociais, econômicas e educacionais as condições de saúde.

A discussão será, portanto, construída à partir de três pontos fundamentais que emergiram da leitura dos artigos selecionados: a vulnerabilidade social e sanitária da população residente em favelas; a negligência estatal que compeli para a necessidade de uma autonomia local e a importância da atenção primária a saúde para tentar reduzir as barreiras do acesso em saúde.

A vulnerabilidade social e sanitária

Tomando-se como base uma perspectiva sobre a realidade nacional em um contexto pré- pandêmico, é perceptível uma tendência de grande desigualdade na distribuição de renda e altíssimos níveis de pobreza, fato que corrobora o processo de exclusão social a condições mínimas de dignidade e cidadania (SANTOS; MARTINS; SAWAYA, 2008).

Nesse sentido, pode-se citar o trabalho de Santos, Martins e Sawaya (2008) que analisaram os índices de desnutrição em cortiços e favelas da região central de São Paulo, relacionando esse agravo a fato-

res como renda, nível de educação e sanitização, prática de aleitamento materno, prevalência de doenças infecciosas, existência e efetividade de programas nutricionais e disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde ofertados, dentre outros, demonstrando a intrínseca relação entre pobreza e iniquidade em saúde.

Não obstante, verificou-se também que as famílias residentes em favelas teriam piores condições econômicas, de alimentação, de trabalho, piores condições de moradia e saneamento básico, com maior ocorrência de diarreia e menor cobertura vacinal entre as crianças (SANTOS; MARTINS; SAWAYA, 2008).

Questões estruturais deficitárias que impactam negativamente no acesso em saúde são frequentemente evidenciadas. Estudo realizado na favela do Rio das Pedras/RJ sobre a experiência de indivíduos com serviços de saúde demonstrou, dentre os relatos mais enfatizados, a demora para realização de exames, falta de profissionais e o descaso, principalmente, dos médicos foi frequentemente relatado por indivíduos que procuravam o serviço público (CASTIGLIONE; LOVASI; CARVALHO, 2017).

Sob a perspectiva dos trabalhadores, Agonigi *et. al* (2018) em seu estudo com Equipes de Saúde da Família da comunidade da Rocinha/RJ, nota inúmeros problemas estruturais que podem atuar como barreiras ao acesso dessa população aos serviços de saúde.

Problemas nas escalas de atendimento das equipes, as quais são extenuantes; problemas na infraestrutura, com falta de equipamentos essenciais; dificuldades nos processos de trabalho, atrelado a rigidez protocolos assistenciais, cobranças por números de consultas em detrimento da qualidade do cuidado; alta demanda para atendimento, além dos entraves para os agentes comunitários de saúde (ACS) visitarem os domicílios, haja visto a violência, ausên-

cia de saneamento básico com esgoto a céu aberto, vielas estreitas, dentre outros (AGONIGI *et al.*, 2018).

Portanto, percebe-se que tanto os profissionais quanto os usuários reconhecem adversidades em comum, as quais comprometem a qualidade do serviço público prestado à população local, o que reforça as disparidades econômicas quanto ao acesso à saúde, antes mesmo da instalação de um cenário pandêmico.

Em um cenário equitativo, fatores como o local de nascimento e moradia, por exemplo, não poderiam implicar em uma menor expectativa de vida, nem colocar indivíduos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e de se manter sadio, o que na perspectiva de Rawls, pode ser entendido como uma situação injusta. Para Whitehead, essa situação pode ser entendida como uma iniquidade em saúde, uma diferença inevitável e injusta.

Li *et al.* (2021) no artigo “Maior risco de morte por COVID-19 em populações de baixa renda e não brancas de São Paulo, Brasil” identifica a influência das características sociais, econômicas e demográficas nos desfechos em saúde. A partir desse estudo, identifica-se como tais disparidades contradizem o conceito de justiça como equidade proposto por Rawls (1992) e de equidade em saúde, defendida por Whitehead (1992).

Sob uma perspectiva internacional, Ahmed *et al.* (2020) aborda como os legisladores internacionais se mantiveram omissos às modificações das condições de acesso à saúde na realidade de favelas distribuídas entre Bangladesh, Quênia, Nigéria e Paquistão no contexto da pandemia.

No âmbito de pré-Covid-19, dados dessa pesquisa revelaram que os residentes buscavam com frequência atendimentos médicos por

conta de doenças gástricas e respiratórias, transmitidas pela água e por mosquitos vetores, além de enfermidades cardiovasculares como hipertensão. Contudo, o mesmo estudo demonstra que as barreiras de acesso ao cuidado foram ampliadas após as medidas de restrição e bloqueios por conta da pandemia, devido a fatores como o aumento do custo dos cuidados de saúde, o que envolve aquisição de máscaras, luvas, medicamentos e álcool em gel; diminuição dos salários, desemprego e a maior dificuldade de chegar fisicamente às instalações (AHMED *et al.*, 2020).

Outro aspecto importante abordado por Ahmed *et al.* (2020) diz respeito aos temores dessa população em buscar atendimento médico em tempos de pandemia. Em primeiro lugar, há o medo de se contrair COVID-19 ao se dirigir fisicamente aos locais de serviço de saúde. Em segundo lugar, existe o receio de ser colocado em quarentena em casos de sintomas de tosse e febre, visto que a maioria da comunidade suburbana não conta com o amparo empregatício para suportar o ônus do isolamento, sobrevivendo de trabalhos informais, precários e com baixos salários.

Ao analisar o panorama epidemiológico da COVID-19 no Brasil, verifica-se que os primeiros infectados foram pessoas brancas de alto poder aquisitivo, que se contaminaram em viagens ao exterior e trouxeram a doença para o país (CONDE, 2020; LI *et al.*, 2020; SHADMI *et al.*, 2020).

Seguindo uma cronologia, esses mesmos estudos afirmam, ainda, que com o avanço da doença, populações mais vulneráveis, como as populações residentes em favelas, foram mais afetadas pela contaminação (CONDE, 2020; LI *et al.*, 2020; SHADMI *et al.*, 2020).

Prova disso, são os dados do Painel Rio COVID-19 do dia 21 de junho de 2021, os quais revelaram que a taxa de letalidade no bairro de Bangu, o qual contém 21 núcleos de favelas, era de 18%, enquanto em

Copacabana, bairro com uma das populações mais abastadas do Rio de Janeiro, possuía letalidade de 8,9%, o que é quase metade do percentual relativo à região periférica (RIO DE JANEIRO, 2021).

Essa perspectiva da desigualdade socioeconômica interferindo nas relações de saúde e doença foi abordada por Li *et al.* (2021). Dados de sua pesquisa revelam que pacientes residentes em setores censitários mais pobres tinham maior probabilidade de morrer de doenças respiratórias em comparação com os pacientes dos setores mais ricos (LI *et al.*, 2021). Nota-se, claramente, a falta de uma organização equânime dos cuidados de saúde, que inclui a adaptação das regras existentes às situações específicas e o cumprimento dos padrões de justiça (CARNEIRO *et al.*, 2006).

No contexto do isolamento social forçado pela pandemia, notou-se que, com o decorrer dos meses, os níveis de isolamento social foram 11,2% maiores nas áreas mais ricas do que nas mais pobres (LI, *et al.*, 2021). Dentre os motivos que prejudicam a adesão as medidas de distanciamento nas áreas de baixa renda, pode-se citar a necessidade financeira de continuar trabalhando (37%) (COSTA *et al.*, 2021) – o que se relaciona com a vulnerabilidade econômica (LI *et al.*, 2021) – sendo que para isso, a maioria desses indivíduos utiliza o transporte público, ambiente propício para maior infecção e disseminação do vírus.

Embora muitas empresas tenham aderido ao "home office" durante a pandemia, essa medida dificilmente é aplicada aos trabalhadores com baixo nível educacional, que possuem maior probabilidade de ocupar cargos menos prestigiados, os quais, normalmente, demandam contato presencial (LI *et al.*, 2021).

Além disso, as condições precárias de moradia desses indivíduos favorecem a disseminação viral no ambiente familiar e a piora do quadro de saúde (LI *et al.*, 2021), que pode ser justificado pela má ventilação

no interior das residências (SHADMI *et al.*, 2020); grande densidade de moradores por metro quadrado (CESTARI *et al.*, 2021); dificuldade em acessar medidas básicas de higiene devido à falta de saneamento básico e impossibilidade financeira de adquirir produtos que visem a proteção contra o vírus, como produtos de higiene, álcool em gel (SHADMI *et al.*, 2020; DE SOUZA, MACHADO, DO CARMO, 2020) e máscaras (DE SOUZA, MACHADO, DO CARMO, 2020).

Sob uma perspectiva política- educacional, a falta de um sistema ensino de qualidade, devido à carência de políticas intersetoriais, reflete a invisibilidade dessa população frente ao Estado, fato que gera consequências palpáveis no processo de saúde e doença (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016). Prova disso, é o estudo feito com a população do estado de São Paulo, que concluiu que cidadãos com formação educacional até o nível fundamental tinham 1,36 vezes mais chance de apresentar comorbidades em comparação à população com ensino superior (LI *et al.*, 2021).

Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 traz dados que reforçam a relação entre nível educacional e acesso à saúde: dentre o grupo de indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, apenas 16,1% possuíam plano de saúde, enquanto que dentre aqueles com ensino superior completo 67,6% tinham-no (IBGE, 2020). Essas informações complementam os resultados de Li *et al.* (2021) de que os indivíduos internados em hospitais públicos durante a pandemia tiveram maior chance de mortalidade quando comparado às internações de indivíduos em instituições privadas (LI *et al.*, 2021).

No âmbito das relações políticas, Castiglione, Lovasi e Carvalho (2017) exploram a forma como as condições historicamente perduráveis nas favelas – as quais constituem ambientes social e economicamente vulneráveis – tendem a intensificar a negligência relacionada ao campo da saúde. Prova disso, é que um estudo feito com ACS atuantes

nas favelas de 26 estados brasileiros revela que $\frac{1}{3}$ das unidades pararam de funcionar normalmente (COSTA *et al.*, 2021), bem como foi constatada por 87% dos participantes a insegurança sanitária durante o trabalho, fato que se relaciona diretamente aos seguintes fatores: falta de treinamento para pandemia (66%), carência de equipamentos de proteção individual (39%) e baixa adesão da comunidade ao isolamento social (86%). Esses elementos em conjunto mostram-se um risco para a própria segurança dos ACS (COSTA *et al.*, 2021).

Assim, quando enfatizamos as desigualdades sociais, econômicas e educacionais, evidenciamos os impactos negativos dessas desigualdades nas condições de saúde das pessoas. Tratando especificamente sobre a influência das desigualdades sociais e econômicas, Rawls (1992) acredita que os grupos menos favorecidos da sociedade deveriam ser os mais beneficiados, para que todos indivíduos pudessem ter igualdade de oportunidades.

Quando a igualdade de oportunidades não é impulsionada por políticas governamentais, verifica-se o envolvimento das próprias comunidades para minimizar os impactos negativos da ausência do Estado, que discutiremos no tópico a seguir.

A negligência estatal e a autonomia local

Diante desse cenário de negligência estatal frente às necessidades da população suburbana, principalmente no contexto de pandemia, ganhou destaque a edificação de uma autonomia local, que foi veladamente imposta como reação ao falho sistema público de proteção social (DIAS, 2020; NUNES, 2021). Com isso, as lideranças comunitárias, dentre essas, instituições religiosas (ATHIÉ, 2017) mulheres (NUNES, 2021; QUENTAL, 2020) e organizações sem fins lucrativos (ANDRA-

DE, 2020) se estruturaram, fomentaram redes de contatos, laços de vizinhança e solidariedade, para promoção de saúde e cidadania nas comunidades (NUNES, 2021; AHMED *et al.*, 2020).

Ahmed *et al.* (2020), em sua análise internacional, reflete sobre as baixas mobilizações por parte da comunidade local de países como Bangladesh, Quênia, Nigéria e Paquistão, fato que contrasta com a situação das favelas do Brasil, onde as lideranças comunitárias têm apresentado estratégias para promoção de saúde da comunidade.

Um exemplo nítido de tal mobilização local a fim de alterar o quadro social vigente é o protagonismo exercido pelo movimento “Mães de Mangueiros”, criado em 2018. Essa associação de mães, cujos filhos foram assassinados em operações policiais, atua por meio do debate em audiências públicas e da organização de manifestações, a fim de lutar contra a brutalidade policial nos aglomerados suburbanos (FIOCRUZ, 2021).

Em mais uma coleta minuciosa de elucidações sobre a reação das populações suburbanas para o contorno da indiferença pública, Nunes (2021) realça, sob a óptica da proatividade de lideranças femininas, a capacidade da comunidade em criar laços de solidariedade e vizinhança, principalmente, no contexto da pandemia do COVID-19. Nunes (2021) aborda, então, a forma como elas desenvolvem estratégias para a segurança alimentar e nutricional das famílias, auxiliam as mães que tiveram que deixar seus empregos para cuidar dos filhos no período de isolamento, providenciam cestas básicas e criam campanhas de educação popular em saúde sanitária e para instalação de pias públicas em becos a fim de facilitar o acesso à água.

Vale ressaltar, também, o Movimento de Mães, Pais e Responsáveis pela Escola Pública Municipal Carioca (MovEM-Rio) (FIOCRUZ, 2021). Tal associação de chefes de família residentes em zonas de vul-

nerabilidade social foi criada em 2019 e tem por objetivo lutar por uma educação pública de qualidade na rede municipal (FIOCRUZ, 2021).

Para isso, foram feitos projetos, principalmente, envolvendo a luta contra a insegurança alimentar nas escolas públicas do Rio de Janeiro, haja vista o descumprimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar pelo governo municipal e estadual. No contexto da pandemia do COVID-19, essa organização foi responsável pela “Campanha Contra a Fome do MovEM-Rio”, a qual arrecadou mais de 13 mil reais que foram destinados a 84 mães cadastradas e suas famílias, com intuito de auxiliar, sobretudo, na alimentação desses núcleos carentes (FIOCRUZ, 2021).

Diante de outro prisma, Andrade (2020) expõe um projeto comunitário entre residentes e uma organização sem fins lucrativos, em Paraisópolis- SP, que permitiu a contratação de um serviço médico privado para dar suporte à comunidade em tempos tortuosos de pandemia da COVID-19. Assim, com três ambulâncias equipadas com unidade de terapia intensiva, dois médicos, duas enfermeiras, motoristas e socorristas, uma população suburbana de aproximadamente 120.000 habitantes consegue sentir o poder da autonomia local no combate à negligência pública.

Outra abordagem de Andrade (2020) é o quão os habitantes das favelas passaram a liderar a si, na ausência de uma liderança guiada pela União, ainda mais em um contexto de pandemia em que as autoridades executivas mantêm um processo omissão ao combate à COVID-19 em todo território e de negacionismo diante da complexidade da doença, da ciência e das orientações oferecidas pela Organização Mundial da Saúde.

Enfim, para a discussão acerca da associação estabelecida entre a iniquidade, edificada por um processo histórico de invisibilidade das

comunidades suburbanas frente ao Estado brasileiro, e autonomia, tomou-se como cerne a proposta de organização de base comunitária desenvolvida no estudo de Nunes (2021). Em sua pesquisa, há a elucidação da maneira como tal autonomia se revela no modelo próprio de fazer política existente na favela, em que o protagonismo de representantes locais, voluntários e órgãos do terceiro setor conflui na mobilização de recursos e estratégias que objetificam suprir as necessidades básicas da comunidade, principalmente, de forma a contornar as condições adversas direta ou indiretamente provocadas pela pandemia do vírus SARS-COV-2 (NUNES, 2021).

A importância da Atenção Primária à Saúde para a equidade

Muitos são os estudos que destacam a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como potencializadora do acesso e coordenadora de toda a rede de atenção a saúde, sendo a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Prova da relevância da APS na ordenação da rede e coordenação do cuidado, em especial, no que diz respeito ao enfrentamento à pandemia, é que países com sistemas universais de saúde têm melhor capacidade de resposta por oferecer cobertura universal de serviços aos cidadãos, desde a promoção da saúde e a prevenção até o tratamento de alta complexidade (VIERA-MEYER *et al.*, 2021).

No contexto da pandemia, cabe a APS a função de coordenar o cuidado dos indivíduos doentes e monitorar epidemiologicamente os seus contatos; além disso, é responsável por todas as ações de promoção e prevenção de saúde de modo longitudinal, contínuo e integral (MOTA, 2021).

As diretrizes clínicas para a atuação da APS nos casos de COVID-19 estabelecem ações de teleatendimento, medidas de preven-

ção, identificação de suspeitos e estratificação de gravidade da doença, bem como manejo terapêutico e isolamento domiciliar dos casos leves (VIERA-MEYER *et al.*, 2021). Nesse cenário, os ACS que atuam nos territórios, salvo aqueles inseridos nos grupos de risco e respeitando-se as medidas de prevenção, devem realizar as visitas domiciliares como importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos (VIERA-MEYER *et al.*, 2021). Somente a APS, por meio de sua capilaridade, pode intervir nessa situação.

Vale ressaltar a importância da APS diante de um cenário de pandemia, a qual mostrou-se essencial principalmente para as comunidades suburbanas (MOTA, 2021). No início de 2020, as estimativas oficiais eram que 81% das pessoas acometidas pela COVID-19 poderiam ser manejadas na Atenção Primária à Saúde, 14% precisariam de internação hospitalar e 5% demandariam leitos de UTI (MOTA, 2021), reforçando a importância da APS dentro do sistema de saúde e, principalmente, para viabilizar o acesso equitativo.

Em que se pese a relevância da coordenação dos cuidados, vale ressaltar, ainda, os demais atributos da APS, como a orientação comunitária e a competência cultural.

Em um cenário que a questão política é marcada pela falta de consenso entre os entes governamentais quanto às medidas de controle da pandemia (SHADMI *et al.*, 2020; COSTA *et al.*, 2021), a APS tem um papel crucial para intervir nos aspectos culturais atrelados a influência do negacionismo e informações equivocadas a respeito do vírus, fator esse que contribui para os baixos índices de isolamento social nas favelas (COSTA *et al.*, 2021).

Conclusão

Com base na síntese dos estudos utilizados para a construção dessa reflexão, percebe-se a negligência pública frente às demandas das populações *suburbanizadas*, tanto do ponto de vista das políticas macro-sociais, quanto das políticas que modifiquem as condições de exposição e vulnerabilidade social e sanitária dos residentes das favelas na situação de pandemia.

Ainda, a precariedade estrutural das Unidades de Saúde que atuam nessas comunidades *suburbanizadas*, a vulnerabilidade econômica da população local, contribuem para um cenário de crise social, mais evidente no atual contexto de calamidade pública devido à pandemia de Sars-Cov-2.

Mesmo diante de adversidade estrutural, nota-se também a importância da atuação da Atenção Primária à Saúde como ferramenta de acesso mais equitativo aos serviços de saúde, tendo em vista seu caráter funcional de agente organizador do modelo de atendimento médico inicial e de manejo dos processos de saúde e doença envolvidos nos cenários anteriores e posteriores ao início da pandemia. Ademais, é relevante destacar o quão essencial foi a remodelação das estratégias que já vigoravam, a fim de contornar o surgimento e agravamento de casos de COVID-19. Isso foi feito por meio da busca ativa de casos realizada pelos ACSs, classificações segundo a gravidade e oferta de orientações para a população, incorporando novos recursos digitais, a exemplo do teleatendimento, para incrementar os serviços de saúde.

Dessa forma, conclui-se que, apesar dos moradores e dos próprios trabalhadores da área da saúde reconhecerem os dilemas enfrentados diariamente na tentativa de promoção de saúde, as medidas públicas adotadas para reverterem a situação, mostram-se insuficientes para superar tamanhas desigualdades firmadas ao longo de anos de

indiferença estatal. Assim, atualizam-se as desigualdades estruturais de outrora.

Como resultado disso, observou-se o surgimento de um protagonismo exercido pelas próprias comunidades, como uma alternativa para contornar a iniquidade em saúde. Muitas lideranças comunitárias e ativistas sociais se mobilizaram para fomentar a autonomia local.

Outrossim, é válido se atentar à uma visão integral, na qual há a compreensão de que o avanço no desenvolvimento de um setor necessita que os demais acompanhem, isto é, para melhorar o sistema de saúde brasileiro, também se faz pertinente implementar medidas que favoreçam os residentes em favelas, ampliando a sua formação educacional e a justa competição no mercado de trabalho, assim, interrompendo o ciclo vicioso de desvantagens advindos dessas condições injustas, mas evitáveis, a exemplo do fato de pessoas com menor escolaridade possuírem maiores taxas de comorbidades.

Dessarte, verifica-se que ainda há problemáticas para serem solucionadas ou atenuadas, de forma a conquistar a igualdade de oportunidades sociais, e zelar pela proteção dos direitos básicos humanos. Políticas de saúde que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades, buscando minimizar o impacto de seus efeitos.

A partir do referencial teórico adotado, entende-se que o panorama brasileiro se encontra marcado por iniquidades que afetam de forma direta e indireta o acesso democrático aos serviços de saúde, o que se configura em uma situação injusta, na medida em que não proporciona aos indivíduos as mesmas chances de serem e se manterem sadios. Na pandemia da COVID, essa “injustiça” explicitou de forma profunda as implicações da inércia do Estado, na medida em que determinou, de algum modo, a probabilidade de viver ou morrer. “Não estou respirando”!

REFERÊNCIAS

AGONIGI, R. C. *et al.* The production of care in the routine of Family Health Teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, Suppl. 6, p. 2659–2665, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0595>.

AHMED, S. A. S. *et al.* Impact of the societal response to Covid-19 on access to health care for non-Covid-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-Covid and Covid-19 lockdown stakeholder engagements. **BMJ Global Health**, Sydney, v. 5, n. e003042, p. 1–17, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003042>.

ALBRECHT, C.A.M; ROSA, R.S; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Associação Paulista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115–128, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017162684>.

ANDRADE, R. D. O. The Brazilian slums hiring their own doctors to fight covid-19. **BMJ Global Health**, Sydney, v. 369, n. m1597 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1597>.

ATHIÉ, K. *et al.* Anxious and depressed women 's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro Favela. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 75–86, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.11732016>.

BARATA, R. B. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?. In: BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 11–21. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books.

CARNEIRO, N. *et al.* Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 30–39, nov. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300004>.

CASTIGLIONE, D.; LOVASI, G. S.; CARVALHO, M. S. Perceptions and Uses of Public and Private Health Care in a Brazilian Favela. **Qualitative Health Research**, Madison, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732317739611>.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 3, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>.

CONDE, M. Brazil in the Time of Coronavírus. **Revista de estudos sobre espacio y poder**. Madrid, v. 11, p. 239–249, maio de 2020. DOI: [10.5209/geop.69349](https://doi.org/10.5209/geop.69349).

COSTA, N. R. *et al.* 'Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in Brazilian low-income communities. **Journal Work**, Amsterdam, vol. 68, n. 1, p. 3–11, dez. 2021. DOI: [10.3233/WOR-205000](https://doi.org/10.3233/WOR-205000).

DE SOUZA, C. D. F.; MACHADO, M. F.; DO CARMO, R. F. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. **BMC Infectious Diseases of Poverty**, Shanghai, v. 9, n. 124, ago. 2020. DOI: [10.1186/s40249-020-00743-x](https://doi.org/10.1186/s40249-020-00743-x). Acesso em: 29 maio 2021.

DIAS, A. P. R. A favela do Batan e o projeto das UPPS: A avaliação dos moradores sobre a sua experiência com a ocupação policial permanente. **Revista Cadernos de Campo**, Araraquara, v. 1, n. 22, p. 113–135, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/9797/6909>. Acesso em: 17 jun. 2021.

FRANÇA, F. H.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2795, p 1–9, set. 2015. DOI: 10.1590/1518-8345.1042.2688.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

LI, S. L. et al. Higher risk of death from COVID-19 in low-income and non-White populations of São Paulo, Brazil. **BMJ Global Health**, Sydney, v. 6, n. 4, abr. 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-004959.

LIMA, A. L. S. Territórios urbanos saudáveis: itinerários, vicissitudes e dialogias. **Brazilian Journal of Development**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 7, p. 2343–2353, jul. 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n7-007.

MAGALHÃES, A. A Guerra como modo de governo em favelas do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 36, n. 106, dez. 2020. DOI: 10.1590/3610600/202.

MOTA, A. M.; BEDRIKOW, R. Sufrimiento de mujeres en una ocupación urbana de São Paulo, Brasil: un desafío para el trabajo en atención primaria de la salud. **Revista Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 17, n.e 3358, p. 1–13, jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3358>.

NUNES, N. R. D. A. The power that comes from within: female leaders of Rio de Janeiro 's favelas in times of pandemic. **Global Health Promotion** , Toronto, v. 0, n. 0, p. 30–45, fev. 2021.DOI:.10.1177/1757975921994690.

QUENTAL, C.; SHYMKO, Y. What life in favelas can teach us about the COVID-19 pandemic and beyond: Lessons from Dona Josefa. **GENDER, WORK & ORGANIZATION**, Hoboken, v. 28, ed. 2, p. 768–782, 2020. DOI: 10.1111/gwao.12557.

RADAR COVID-19 favelas (2021, Maio). Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/radar-covid-favelas-edicao-9>. Acesso em: 23 jun. 2021

RADAR COVID-19 favelas (2021, Março). Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/informativo_radar-covid-favelas_edicao7.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

RAWLS, J. Justice as Equity: a political, not a metaphysical conception. Lua Nova: **Revista de Cultura e Política**, São Paulo, vol.14, n.25 , p. 26–59, 1992. DOI: 10.1590/S0102-64451992000100003.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SANTOS, B. R, MARTINS, P. A., SAWAYA, A. L.. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de moradoras em cortiços e favelas. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 21, n.6, p. 671-681, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000600006>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SHADMI, E. *et al.* Health equity and COVID-19: global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v. 19, n. 104, jun. 2020. DOI: 10.1186/s12939-020-01218-z.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Service: Planning, Administration, Evaluation*, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. DOI: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.

SOBRE OS AUTORES/AS

Organizadores e Autores:

Alan Gabriel Natã Pasqualetto é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Amanda Rocha Abreu é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Ana Heloísa Alves da Silva é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

André Luiz Dias Rodrigues Filho é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Andreani Souza Santana é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Andreza Vitória Venega Mühl é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Ani Fabiana Berton é graduada em Enfermagem pela Fundação Educacional de Fernandópolis – SP (FEF). Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica pela Escola Paulista de Medicina. Mestrado em enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP- USP). Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Bruna Moretti Luchesi é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestrado em Enfermagem pela UFSCar. Possui Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Pós-doutorado em Enfermagem no Programa Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Bruna Yokohama Queiroz de Arruda é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Camilly Vitória Ajalas Viana dos Santos é graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Carolina Pfaffenbach Navarro de Andrade é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Caroline Rezende Lima é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Christian Muleka Mwewa é graduado em Letras Português pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado em Educação pela UFSC. Mestre em Formación de Profesionales de la Formación Universidad de Granada - Espanha (UGR), Espanha. Possui doutorado em Educação pela UFSC. Pós-doutorado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e pela UFSC. Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Daniele da Silva Pires é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Diego de Brito Branquim é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Eduardo Feitosa Canato é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Elysângela da Silva é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Erika Xavier dos Santos é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL). Possui graduação em Biomedicina pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Estephany de Oliveira Alves é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Felipe Ricardo de Oliveira Cardoso é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Gabriel Felipe Heringer Feliciano é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Giovanna Machado Queiroz é graduanda em medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Giulia Rita Barbosa Scorsin é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Guilherme Pereira dos Santos é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Heloisa Helena de Almeida Portugal é graduada em Direito pela Faculdade de Ciências Humanas de Ivaiporã (UNIVALE). Mestrado em Direito Negocial pela Universidade Estadual de Londrina. Possui Doutorado em Direito Constitucional pela PUC-SP. Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Isabel Cristina Dias Bento é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Campo Grande (FAMED).

Isabelle Rotta Gonçalves é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Isadora Karoline Silva Silva é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

João Pedro Silva Faleiro Oliveira é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL). Possui Técnico em Automação Industrial pelo Instituto Federal Goiano – Campus Trindade (2021).

José Elias Borges da Silva é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

José Pedro Oliveira da Silva é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Juan Pablo Oviedo Tonheiro é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Juliana Dias Reis Pessalacia é graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Possui Mestrado e Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Pós-doutorado em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Atualmente é professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Três Lagoas (CPTL).

Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Possui Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Karine Alcará Ferreira é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Karine Bachega de Campos é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Karine Fernanda Carleto é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Léo Morato Luize é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Leonardo Assis Bassan é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Lucas Poletto Mezzomo é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL). Possui graduação em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Cuiabá.

Marcela Tavares de Souza Rafael é graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Especialista em Enfermagem Clínica e Cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL). Atualmente é Enfermeira Coordenadora da equipe de Saúde da Família (eSF) no município de Castilho, São Paulo.

Maria Clara Monari Neves é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Maria Eduarda Barcelos de Oliveira é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Maria Letícia Meirelles de Araujo é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Marta Janaina Pereira de Oliveira é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Matheus Gonçalves Fernandes é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Mila Tirapelli é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Mônica Mussolini Larroque é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Possui doutorado em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Atualmente é professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL).

Nathalia de Oliveira Zavan é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Nathani Murielli Barbosa Machado é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Nelly Cruz-Alvarez Remon é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Pedro Santos Damiano é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Priscila Balderrama é graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Possui Doutorado no Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Priscila Keila de Mendonça é graduada em fonoaudiologia pela Universidade de Marília (UNIMAR). Especialista em Educação, habilitação e reabilitação de surdos pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestranda em Letras pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (CPTL). Atualmente é tradutora/intérprete de libras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Rafael Guedes de Freitas Aparecido é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Raíssa Piccoli Fontoura é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Raquel Maria Ávila Santos é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Sara Pussoli da Costa é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Sayuri Letícia Bitencourt Kanno é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Sueli Santiago Baldan é graduada em Enfermagem pela Fundação Educacional de Fernandópolis – SP (FEF). Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Tatiana Carvalho Reis Martins é graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Possui Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde pela UNIMONTES. Atualmente é professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Campo Grande, junto ao Instituto Integrado de Saúde / INISA.

Thaís Carolina Bassler é graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestrado em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Possui Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL).

Thiago Montá de Castro Andrade é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Vanessa Alves Goulart é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Vinícius Alves dos Santos é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Vinícius César de Oliveira Camilo é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Vinícius Fernando da Silva Machado é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Warley Vithor Camargo de Souza é graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Yara Silva Souto é graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Montserrat.
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>

ISBN 978-65-89995-29-6



9 786589 995296

 editora
UFMS