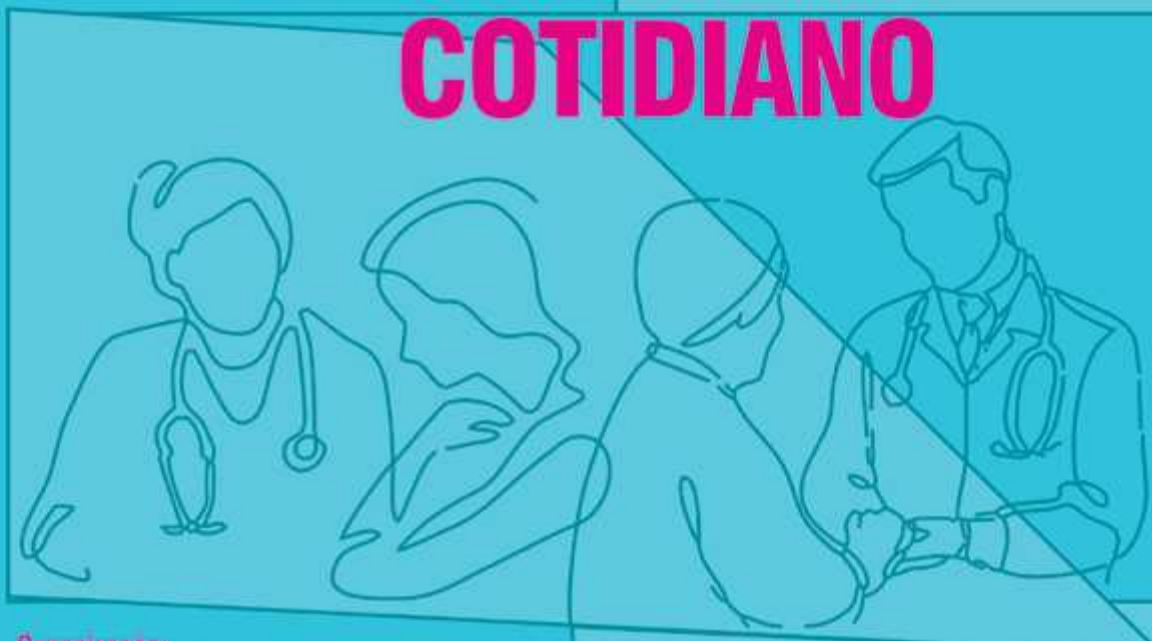


2021 Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência

A PANDEMIA E O TRABALHO EM SAÚDE: VOZES DO COTIDIANO



Organização:
Francisca Valda
Priscilla Viegas
Monica Duraes
Cristiane Gosch
Astrid Sarmento Cosac
Alcindo Antônio Ferla



Conselho Nacional
de Saúde



OPAS

A PANDEMIA E O TRABALHO EM SAÚDE: VOZES DO COTIDIANO

Organização:

Francisca Valda
Priscilla Viegas
Monica Duraes
Cristiane Gosch
Astrid Sarmento Cosac
Alcindo Antônio Ferla

TOMO 2

1ª Edição - Dezembro de 2022

Porto Alegre, Brasília



Conselho Nacional
de Saúde



OPAS

editora



redeunida



Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández • Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini • Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino • Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido • Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart • University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy • Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Héider Aurélio Pinto • Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
João Henrique Lara do Amaral • Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker • Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico • Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Böer Possa • Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Liliana Santos • Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes • Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

Editores Associados:

Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.

Mara Lisiane dos Santos • Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres • Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman • Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli • Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira • Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger • Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva • Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira • Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva • Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim • Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rodrigo Tobias de Sousa Lima • Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Rossana Staevie Baduy • Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto • King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios • Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco • Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga • Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian • Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha • Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini • Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri, Márcia Regina Cardoso Torres, Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação

Renato Pereira Jr.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes - CRB-8 8846

V144p	Valda, Francisca (org.) et al. A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano / Organizadores: Francisca Valda, Priscilla Viegas, Monica Duraes, Cristiane Gosch, Astrid Sarmento Cosac e Alcindo Antônio Ferla. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. 144 p. E-book: PDF. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-54329-46-4. DOI 10.18310/9788554329464. 1. COVID-19. 2. Políticas de Controle Social. 3. Saúde Pública. 4. Vulnerabilidade em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.
21-3018098	CDD 610.6:303.485 CDU 616-036.21

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Catástrofes (terremotos, epidemias, pandemias, guerras).
2. Serviços de Saúde Pública; Pandemia.

Copyright © 2022 Associação Brasileira Rede UNIDA.

Todos os direitos reservados.

Rua São Manoel, 498 - Bairro Santa Cecília - Porto Alegre / RS
CEP: 90620-110 - Fone: (51) 3391-1252 - e-mail: secretaria@redeunida.org.br
Fone: (51) 3391-1252
http://www.redeunida.org.br/

ISBN 978-85-54329-46-4



SUMÁRIO

SABEREMOS PRODUZIR NOVAS MANHÃS: A PANDEMIA E O TRABALHO EM SAÚDE NA EXPRESSÃO DAS VOZES DO COTIDIANO _____ 8

Astrid Sarmento Cosac, Francisca Valda da Silva, Priscilla Viegas Barreto de Oliveira, Monica Diniz Durães, Cristiane Gosch, Alcindo Antônio Ferla

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO COM O CONTROLE SOCIAL PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR _____ 20

Ileana Neiva Mousinho

A NÃO PROTEÇÃO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA EM TEMPO DE COVID-19 _____ 38

Antonio Fernando Megale Lopes, Luciana Lucena Baptista Barreto

EFEITOS DA COVID 19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE _____ 60

Maria Helena Machado, Jocelio Henrique Drummond, Denise Motta Dau, Swedenberger do Nascimento Barbosa, Wilson Aguiar Filho, Eliane Aparecida Cruz

EFEITOS DA COVID-19 NAS POPULAÇÕES EM ÁREAS VULNERÁVEIS NOS CENTROS URBANOS: TERRITÓRIOS PERIFÉRICOS EM MOVIMENTO, LUTOS E LUTAS _____ 80

Aline Blaya Martins

EFEITOS DA COVID-19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO FEMININA NO BRASIL _____ 102

Tânia Aparecida de Araujo, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

■	OS TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE – A INVISIBILIDADE EM QUESTÃO _____	111
	Maria Helena Machado, João Batista Militão, Antônio Vieira Machado	
■	EFEITOS DA COVID 19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO NO BRASIL, DESTACANDO AS OCUPAÇÕES DE MAIOR RELEVÂNCIA NO SUPORTE À VIDA DURANTE A PANDEMIA _____	121
	Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Arlete Lima Simões, Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini, Paiva Alves Martinelli dos Santos, Tânia Aparecida de Araujo	
■	SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES _____	137
■	ÍNDICE REMISSIVO _____	142



SABEREMOS PRODUZIR NOVAS MANHÃS: A PANDEMIA E O TRABALHO EM SAÚDE NA EXPRESSÃO DAS VOZES DO COTIDIANO

Astrid Sarmento Cosac
Francisca Valda da Silva
Priscilla Viegas Barreto de Oliveira
Monica Diniz Durães
Cristiane Gosch
Alcindo Antônio Ferla

Introdução:

A pandemia da COVID-19 se espalhou pelo mundo desde o ano de 2020 e as melhores evidências e orientações internacionais apontavam, desde seu início, que a mitigação dos efeitos deveria estar centrada em reações rápidas e orquestradas dos sistemas de saúde e dos governos dos países e, de forma colaborativa, entre os países e organizações de cooperação (Cruz *et al.*, 2021). Nesse esforço, a direção fundamental das iniciativas nos diferentes países foi de evitar mortes na população e proteger a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde e dos serviços essenciais e grupos em maior vulnerabilidade (Ferla *et al.*, 2020). O ano de 2021 tornou ainda mais visível a relevância do trabalho em saúde para os sistemas de saúde e para o desenvolvimento dos países e a importância da proteção física e psicossocial de agentes desses trabalhos. A constatação global dessa relevância fez com que o ano de 2021 fosse reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, destacando que a proteção e a valorização do trabalho e de seus agentes é uma necessidade para os governos e sociedades. Para além dos aplausos, que foram ouvidos em todo mundo durante o enfrentamento à pandemia, a campanha pontuava a necessidade de reconhecer a condição humana desse trabalho e promover condições dignas para sua realização. (Padilla *et al.*, 2021).

As orientações da Organização Mundial da Saúde¹ demonstram que, na linha de frente das ações de enfrentamento, o isolamento social, a testagem massiva e a vacinação da população constituíam iniciativas fundamentais para evitar o adoecimento e as mortes, que aumentaram agudamente a demanda por serviços de saúde, a sobrecarga com demandas prévias à pandemia e pelas sequelas provenientes da COVID-19 numa magnitude que, muito

¹ A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) mantém informações atualizadas sobre a pandemia e sobre orientações válidas sobre a pandemia, para as operações de combate e para a proteção dos trabalhadores da saúde e das áreas essenciais, além de esclarecimentos sobre notícias falsas e meias verdades. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>.

rapidamente, provocou até o colapso nos sistemas de saúde. Esse quadro persiste no Brasil desde 2020, com algumas oscilações. Também são recomendações para implementação imediata a reorganização dos serviços e sistemas locais de saúde para o enfrentamento à pandemia, juntamente com medidas de proteção social ampla à população mais vulnerabilizada e suporte dos sistemas produtivos.

Os serviços e sistemas de saúde, com uma pandemia com tais características, têm a dupla missão de seguir atendendo as pessoas e suas necessidades regulares de saúde e, também, enfrentar as consequências da pandemia, seja em termos de promoção e proteção da saúde das pessoas e coletividades, seja em termos de assistência às pessoas acometidas pela COVID-19. O esforço de compreender o avanço da doença e suas sequelas, que já se tornaram visíveis precocemente, desencadeou a sugestão de protocolos assistenciais, rotinas de proteção dos trabalhadores, estudos e pesquisas que permitissem ampliar a compreensão do percurso da doença nos diferentes países e grupos sociais. A expressão “linha de cuidado em COVID-19” foi cunhada para tornar visível e ordenar com uma lógica de cuidado integral as diferentes ações necessárias em cada território (Possa *et al.*, 2020). Atualizar as rotinas dos serviços e territórios com as demandas originadas a partir da pandemia pretendeu reordenar o trabalho, proteger o trabalhador e retomar o acesso às demandas regulares dos serviços.

Em algumas regiões do país, doenças infecciosas e sazonais seguiram gerando a necessidade da ação rápida em termos de prevenção e assistência, tornando visível a necessidade de funcionamento também para outros agravos durante a pandemia. No Brasil, a velocidade e a inconstância das respostas do governo federal e o grau de desarticulação entre as esferas de governo sobrecarregaram o Sistema Único de Saúde (SUS), já esgotado pelas ações de desfinanciamento, retrocessos e desmontes provocadas no âmbito federal ao longo dos meses de 2020 e início de 2021, incremento e sobrecarga as ações de mobilização feitas no âmbito da sociedade civil, entre outras pressões sobre o cotidiano dos serviços e, particularmente, sobre o trabalho e seus agentes.

A experiência dos países que foram atingidos mais precocemente pelo surto de COVID-19 não foi suficientemente considerada no planejamento das ações e, sobretudo, na agilidade que as respostas precisam ser desencadeadas, que se soma a uma política genocida, que atinge fortemente grupos populacionais e amplia as desigualdades e iniquidades já existentes na sociedade brasileira.

A negação da gravidade da doença e a naturalização das consequências sociais e sanitárias da pandemia têm sido visíveis e marcam as posições oficiais em muitas oportunidades, gerando ações descoordenadas e embasadas no voluntarismo, sendo que, frequentemente, o resultado é o agravamento das condições de risco e adoecimento. Esse padrão de respostas tem, como consequência direta, maior demanda para os sistemas e serviços de saúde e o agravamento das condições para a realização do trabalho no seu interior, quer seja em termos de volume e organização dos fluxos e procedimentos, quer seja em termos de carga psíquica. A negação e a orientação contrária à ciência em algumas instâncias governamentais fazem com que, adicionalmente, as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde venham sendo assediados no seu trabalho e na vida cotidiana, agravando as consequências da pressão do trabalho sobre essas e esses agentes.

As orientações de resposta da Organização Mundial da Saúde e as evidências produzidas nos estudos de maior rigor científico e fôlego mostram que é preciso organizar de forma ágil e de acordo com padrões validados os sistemas e serviços de saúde, sendo que sistemas universais com base na atenção nos territórios são mais eficazes no cotidiano e nas respostas à pandemia, sobretudo nas orientações consistentes à população e na redução de internações em geral, internações em UTI e mortes. Uma iniciativa fundamental na reorganização dos sistemas é a proteção física e psicossocial das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde. O Sistema Único de Saúde é um sistema de acesso universal, capilarizado e que é uma fortaleza no combate à pandemia. Há evidências forte de que seja a maior fortaleza que temos no combate aos efeitos previstos no crescimento do surto no Brasil, em termos de adoecimentos e mortes, assim como também na retomada das condições de produção. Há evidências também de que a maior parte das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde e das demais áreas essenciais não esteja protegida adequadamente por iniciativas efetivas robustas.

Esse contexto não passou distante das atividades do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e tampouco da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), de onde surgiu a proposta de ações focadas no trabalho e nos trabalhadores e nas trabalhadoras de saúde. (Nicolau *et al.*, 2021).

A Campanha do Conselho Nacional de Saúde para a saúde dos trabalhadores

O Conselho Nacional de Saúde emitiu, desde o início da pandemia, diversas diretrizes e recomendações para a defesa do SUS e da organização das iniciativas brasileiras em resposta à pandemia, sempre embasado no melhor do conhecimento científico e das tecnologias propostas e validadas no âmbito internacional e nacional. Diversas recomendações foram sendo emitidas, com vistas a proteger a força de trabalho na saúde e em áreas essenciais, que constituem a condição de resposta dos sistemas de saúde e de apoio à vida dos brasileiros e brasileiras durante a emergência sanitária e cuja proteção precisa constituir-se em prioridade nacional. Bem como para ativar respostas sólidas, robustas e consequentes de enfrentamento à pandemia.

Entretanto, o que as notícias diárias mostraram desde o início da pandemia é que as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e dos setores essenciais para a vida em sociedade não estavam sendo protegidos como ditam as normas e como a experiência empírica mostra ser necessário. Explodiam estatísticas de adoecimento e morte de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, sejam de ocupações assistenciais, sejam de ocupações administrativas e operacionais. Inicialmente, as estatísticas internacionais apontavam um volume de 4% a 12% de trabalhadores contaminados nos países com maior número de casos. Em alguns períodos, a taxa foi sendo reajustada pela realidade brasileira, mostrando que 25% a 50% dos trabalhadores dos sistemas de saúde nas regiões mais afetadas pela pandemia foram sendo contaminados com o avançar dos indicadores de contaminação e adoecimento. E o Brasil é o país que demonstra piores condições no enfrentamento à pandemia, com consequências desastrosas no número de adoecimentos e mortes, com uma cobertura vacinal insuficiente e que aponta um desmonte importante do sistema de imunizações que, até então, era referência mundial.

As notícias também descreviam ambientes de trabalho sem equipamentos de proteção e com sobrecarga de trabalho. Ou seja, percebia-se uma quádrupla carga de risco no trabalho da saúde e em áreas essenciais: um aumento expressivo de demanda, que ultrapassa a capacidade de resposta dos serviços; um grau muito alto de indefinições e de sub-registro, que torna o trabalho submetido a um risco não conhecido e penoso para seus agentes; a exposição ao risco decorrente do excesso de trabalho e da pressão intensa de ações e procedimentos decorrentes da rápida evolução clínica dos casos graves; e, por fim, deficiências severas em termos da proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores, seja pela escassez de testes, seja pela falta de equipamentos de proteção individual e medidas de proteção coletiva. A cultura alimentada por notícias falsas, fraudulentas e meias verdades, assim como a postura cúmplice de autoridades, que seguem minimizando o efeito da doença sobre as pessoas, agrava essa condição. Importante considerar que as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e dos serviços essenciais representam um dos grupos mais vulnerabilizados e estratégicos, que não podem se manter em isolamento, já que fazem o sistema de saúde salvar a vida de todas as pessoas acometidas pela COVID-19.

Por outro lado, uma das principais lições aprendidas durante os eventos de saúde pública do século XXI pelos quais o mundo passou é que são fundamentais estratégias planejadas de comunicação responsável e voltada ao esclarecimento e engajamento da sociedade, sendo que o esclarecimento e a capacidade de vocalizar orientações válidas e reconhecidas pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores é fator primordial. Essas iniciativas precisam alcançar as trabalhadoras e os trabalhadores como forma de promoção de autonomia, propriedade e construção sobre os processos que envolvem seu trabalho e de orientar sobre o uso e a replicação de informações válidas e com embasamento robusto.

O surto de COVID-19 desafia os sistemas de saúde pública em relação a sua capacidade de se comunicar eficazmente com as suas populações. A proliferação de notícias falsas, fraudulentas e de meias verdades absolutizadas e de verdades colocadas fora de seu contexto é impressionante e aponta uma política de desinformação oficializada por órgãos governamentais e por grupos da sociedade civil. A OMS² orienta os sistemas sanitário e político dos países para que implementem medidas fortes de comunicação e mobilização comunitária, tornando esse um componente essencial das atividades de resposta à emergências de saúde, uma vez que a proliferação de infodemias (uma quantidade excessiva de informação sobre um problema, que dificulta a identificação de uma solução) que se verifica nesses períodos deve ser abordada com estratégias que aumentem a confiança na resposta e aumentem a probabilidade de que as orientações de saúde sejam seguidas. Estabelecer formas claras e eficazes de comunicação com as trabalhadoras e os trabalhadores, assim como com a população, evita a sobrecarga de trabalho e os riscos a que estão submetidos as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e das áreas essenciais e amplia a capacidade de respostas dos sistemas de saúde à pandemia.

² Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=comunicacao-de-risco-e-engajamento-comunitario-crec-prontidao-e-resposta-ao-novo-coronavirus-de-2019-2019-ncov&Itemid=965

Como vivemos tempos em que as redes sociais e a comunicação em geral são campos de disputas de enunciados e de interesses de diferentes setores, é fundamental a consolidação de fontes confiáveis e fidedignas de informação sobre as formas de proteção físicas e psicossocial das trabalhadoras e dos trabalhadores, que associem a condição de direitos de trabalho seguro e da responsabilidade do trabalho socio-sanitário em tempos de emergência sanitária.

Diante das diversas evidências de que a proteção física e psicossocial das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde e dos serviços essenciais não está sendo objeto de iniciativas integradas e eficazes e, sobretudo, considerando a magnitude da exposição e a gravidade dos dados que vêm sendo divulgados até essa etapa do enfrentamento, tornava-se urgente a implementação de medidas de alerta e esclarecimento, que tenham reconhecimento público e responsabilidade social.

Foi assim que, em maio de 2020, o CNS lançou a campanha **“Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil!”**, voltada às trabalhadoras e aos trabalhadores da área da saúde e das áreas essenciais que atuavam no combate à pandemia e nas funções de suporte à vida nos territórios. O conceito de trabalhadores da saúde utilizado na campanha foi extensivo às mulheres e homens que atuam em funções assistenciais, administrativas e operacionais de serviços da atenção básica à assistência hospitalar especializada, às e aos estudantes e docentes mobilizados nas iniciativas emergenciais de combate à pandemia e às trabalhadoras e aos trabalhadores de áreas essenciais, que estão mobilizados para garantir o suporte necessário à vida e ao sistema de saúde. Ou seja, incluía todas e todos que realizam trabalhos de atenção à saúde e de suporte às necessidades básicas da vida da sociedade durante a pandemia. Protegê-los, garantindo condições para que realizem os seus trabalhos é, portanto, proteger cada brasileira e cada brasileiro e, assim proteger o Brasil como um todo.

As iniciativas propostas visavam orientar e esclarecer sobre o uso de recursos de proteção individual e coletivos das trabalhadoras e dos trabalhadores em todos os pontos de atenção do SUS, que sejam tecnicamente corretas e cientificamente embasadas, sobretudo num cenário, como o brasileiro, que iniciativas voluntárias ou mal-intencionadas têm tornado as redes sociais um campo de disputas de ideologias e visões de mundo, mas também de manipulação e exposição das pessoas. O projeto ocupou-se do componente da proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores, para que possam atuar salvando as vidas dos brasileiros e brasileiras, conforme as orientações internacionais.

A implementação de iniciativas sob a orientação do Conselho Nacional de Saúde e de entidades articuladas no seu entorno auxiliou no diálogo com as trabalhadoras e os trabalhadores e com a população em geral, uma vez que o CNS representa uma fonte de mediação, seja pelo lugar institucional ou pelas iniciativas que vem implementando no âmbito da crise sanitária e social provocada pelo coronavírus, entre as diferentes disputas de enunciados sobre a doença que circulam pelas redes sociais. Sobretudo, pelo profícuo diálogo com o trabalho e a formação em saúde, que está documentado e materializado no relatório final da 16ª Conferência Nacional de Saúde como uma diretriz de proteção à saúde da trabalhadora e do trabalhador, para evitar acidentes e doenças, e garantia de atenção adequada.

Entre as iniciativas adotadas, um conjunto de estudos feitos sob encomenda procurou demonstrar aspectos do cotidiano do trabalho que não estavam muito visíveis para a ação de âmbito nacional. Assim surgiu a coleção de textos que está sendo compartilhada aqui.

Vozes do cotidiano para a proteção do trabalho e do trabalhador: formando redes de cooperação

Para o conjunto de textos, buscou-se uma rede de defesa das trabalhadoras e dos trabalhadores com base em experiências sabidamente comprometidas com a saúde e o trabalho como direito das pessoas e coletividades. A retomada do contato com o Ministério Público do Trabalho foi imediata.

No artigo sobre a “A Atuação do Ministério Público do Trabalho com o Controle Social para a Efetivação da Política de Saúde do Trabalhador”, de autoria de Ileana Neiva Mousinho, destaca-se a parceria e a troca de conhecimento com os Conselhos de Direitos como uma realidade inaugurada com o Estado Democrático de Direito. Sendo este um estado implementador de políticas públicas, pois parte do reconhecimento de que as normas devem ser instrumentos de ação concreta do Estado, para que os cidadãos tenham acesso aos serviços públicos de que necessitam.

O trabalho evidencia que a participação do Ministério Público do Trabalho (MPT), se dá na condição de observador, para que não se confunda a sua posição de fiscal da ordem jurídica com a de ente estatal. Apesar de compor o serviço público, o Ministério Público não é órgão público no sentido de órgão de execução, mas deve ser capaz de atuar como mediador de conflitos ou como representante judicial qualificado de interesses da sociedade.

A efetivação do direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado, sem riscos laborais é um caminho em construção, que deve ser acolhido pelos gestores públicos e pelo próprio controle social.

Conclui-se que a falta de acolhimento deste conceito precisa ser mudada, através de uma maior aproximação dos Conselhos de Saúde da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para que se possa atuar no sentido de que não há compartimentação possível entre a saúde da população e a saúde do trabalhador, mas a necessidade de total entrosamento entre os temas, pois os níveis de saúde da população são determinados e condicionados pelo seu trabalho e vice-versa.

A organização do livro também buscou ampliar o conhecimento disponível sobre os efeitos da pandemia nos trabalhadores. O artigo “A NÃO proteção do trabalhador e da trabalhadora em tempo de Covid-19 no

Brasil”, de autoria de Antônio Fernando Megale Lopes e Luciana Lucena Baptista Barreto, busca de forma objetiva demonstrar que a proteção da saúde e da segurança das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros, especialmente daqueles da área da saúde, foi tratada de maneira negligente pelo Estado. Com isso o estudo apresenta que o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e da Assistência destaca que a proteção e a valorização do trabalho e de seus agentes é necessidade para os governos e as sociedades.

Para isso, elencamos as diversas medidas legislativas e ações e atos omissivos do governo frente ao estabelecimento de medidas efetivas de combate à transmissão do coronavírus, assim como de medidas para minimizar a perda de renda e o desemprego que assolaram o Brasil. Como o posicionamento inerte frente ao combate da pandemia, como que de forma estratégica agiu para que a população continuasse normalmente suas atividades produtivas, contaminando-se, buscando a “imunidade de rebanho”. Estimulando assim, o desrespeito às medidas sanitárias e a invasão de hospitais.

Também no caminho de ampliar a compreensão dos efeitos da pandemia, Maria Helena Machado, Jocélio Henrique Drummond, Denise Motta Dau, Swedenberger do Nascimento Barbosa e Wilson Aguiar Filho produziram o artigo intitulado “Efeitos da Covid-19 Sobre a Força de Trabalho em Saúde” apresenta o debate sobre o maior problema de saúde pública dos últimos 100 anos, relata como a pandemia impactou todos os países, não só nos aspectos econômicos, mas também sociais, com profundos reflexos sobre os sistemas nacionais de saúde, que não estavam preparados para o seu enfrentamento.

É fato incontestável que o surto global de COVID-19 vem repercutindo profundamente no planeta, afetando todos os aspectos da vida das pessoas. Frente a toda a tragédia, adquiriu-se a certeza de que é absolutamente necessário mudar a forma de globalização que foi imposto, baseado no modelo neoliberal, que aprofunda as desigualdades e as más condições de vida. Foi realizada uma pesquisa com 3.636 respondentes criando um retrato das condições de trabalho vivenciadas no momento inicial da pandemia no Brasil, lidando com o medo, a desinformação, dúvidas e indagações quanto à proporção do mal que a Covid-19 traria e por quanto tempo duraria.

Alguns dados relevantes da pesquisa registraram que 57% das mulheres relatam passar por sofrimento psíquico no período da pandemia e que o número de desligamentos dos empregos celetistas, na área da saúde, cresceu 71,6% por motivo de morte no Brasil.

Nesse sentido, a participação da sociedade civil e sua organização em torno de uma agenda pautada pela dignidade da vida humana, a preservação do meio ambiente e o fortalecimento do regime democrático são pilares para que no futuro próximo as crises sanitárias, políticas e econômicas possam ser mais bem enfrentadas.

É essencial que os espaços de negociação permanentes entre gestores(as) e trabalhadores(as) sejam restaurados na busca de soluções de conflitos decorrentes das relações de trabalho, nesse momento pandêmico. A reativação da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS torna-se crucial e estratégico para a boa e saudável gestão do trabalho e da educação do SUS.

Por fim, vê-se a necessidade de reafirmar a importância da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho –(CIRHRT) em todo esse processo de diálogo, discussão e formulação de políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para todos os trabalhadores(as) do SUS, levando até à sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

Mas a pandemia também ampliou as iniquidades na produção da saúde e no andar da vida das pessoas e coletividades, perspectiva que interessou à organização do livro. Trazendo o tema “Efeitos da Covid-19 nas populações em áreas vulneráveis nos centros urbanos: territórios periféricos em movimento, lutos e lutas”, Aline Blaya Martins observa que os efeitos da COVID-19 sobre as vidas das pessoas que vivem em áreas vulnerabilizadas dos grandes centros urbanos não foram iguais aos efeitos sentidos em outros espaços socioeconômicos das metrópoles. Desta forma, este ensaio crítico da realidade se propõe a analisar, à luz do tempo histórico onde está socialmente inserido e de referenciais clássicos e contemporâneos das ciências sociais e humanas, o fenômeno da pandemia em áreas periféricas da cidade. Para tanto, se vale do conceito de cidades de Milton Santos, Frantz Fanon e Darcy Ribeiro para pensar a segregação socioespacial e suas consequências, bem como, se apoia em Paulo Freire para pensar na construção de possibilidades e inéditos viáveis diante da situação-limite que a pandemia e o Estado brasileiro impuseram às comunidades.

Ademais, para ilustrar tais dispositivos de luta, resistência e insurgência, resgata importantes ações construídas em favelas e comunidades do país durante a pandemia, tais como as conduzidas pelos movimentos comunitários da Favela de Paraisópolis em São Paulo/SP, na Grande Cruzeiro em Porto Alegre/RS e no Morro do Adeus no Rio de Janeiro/RJ. Também estabelece diálogos com a cultura local e com a literatura e ciência contemporâneas para chegar ao fim do texto apresentando ao leitor uma análise crítica da realidade de enfrentamento à pandemia feita até aqui pelo Estado brasileiro que convoque os mais diversos atores sociais para a construção de uma nova ordem social através de uma práxis comprometida com as vozes, anseios e perspectivas que vêm da periferia para que não se combata apenas o vírus, mas, sim, toda e qualquer forma de opressão.

Ainda no percurso dos efeitos sobre grupos vulnerabilizados, a tripla inserção das mulheres precisou ser mais bem compreendida.

O trabalho “Efeitos da Covid-19 sobre a força de trabalho feminina no Brasil”, de autoria de Tânia Aparecida de Araújo e Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, teve como objetivo refletir sobre os efeitos da COVID-19

sobre a força de trabalho feminina no Brasil. Para mensurar o impacto da pandemia na vida das trabalhadoras foram utilizados dados de inquéritos nacionais como a PNAD-Covid e PNAD-Continuada, notas técnicas do IPEA, dados gerados pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, documentos produzidos pela ONU Mulher, além de artigos que trabalharam com o tema.

Os resultados encontrados apontam para maior presença feminina nos trabalhos que precisaram ser realizados presencialmente, maior carga de trabalho e estresse emocional, e ainda maior taxa de desocupação e violência doméstica. É fato que diversas inequidades entre as mulheres já existiam antes da pandemia, mas é inegável que elas foram ainda mais afetadas durante esse período. A criação de indicadores específicos que consigam mensurar as desigualdades sofridas por elas no mundo do trabalho pode auxiliar no conhecimento de realidades e na proposição de políticas de proteção.

O artigo “Os Trabalhadores Invisíveis da saúde: a invisibilidade em questão”, de autoria de Maria Helena Machado, João Batista Militão e Antônio Vieira Machado, reflete sobre a chegada do coronavírus no país, como o Ministério da Saúde ampliou as ações de vigilância epidemiológica, alertou aos estados, Distrito Federal e municípios para a emergência em Saúde Pública, o que demandou um rol de ações intersetoriais exigindo do Sistema Único de Saúde (SUS) todo seu potencial. O Brasil conta hoje com um sistema de saúde que emprega diretamente mais de 4 milhões de trabalhadores da saúde, sendo que mais de 2 milhões são técnicos, auxiliares e de apoio.

Pouco se sabe desse contingente de profissionais, ou seja, quantos são, como são contratados, quem são e como estão enfrentando a pandemia. Este é o foco deste trabalho, conhecer e analisar as condições de trabalho e saúde mental desses “trabalhadores invisíveis da saúde” que estão na linha de frente no enfrentamento da COVID-19, realizando, muitas vezes, atividades “socialmente invisíveis” aos olhos da população usuária e daqueles profissionais de saúde que recebem o apoio quando estão prestando assistência seja nas Unidades Básicas, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nos hospitais de referência em todo o país.

Entende-se por “trabalhadores invisíveis da saúde”, aqueles trabalhadores com ou sem formação específica na saúde, que estão na linha de frente do combate a COVID-19, auxiliando, apoiando e muitas vezes, prestando serviços de extrema relevância ao bom e adequado atendimento à população acometida com o novo coronavírus em todo o país. Em boa parte, eles estão desprotegidos de cuidados necessários, sem de fato ter voz e meios de expressar sua real situação no cotidiano do seu trabalho e de sua vida pessoal no que se refere à saúde física e mental.

Pesquisas como estas trazem resultados que permitem subsidiar o debate e o diálogo entre os gestores, aqueles que formulam as políticas públicas, bem como o maior conhecimento e entendimento do trabalho crucial e fundamental que esses trabalhadores prestam à sociedade e à própria equipe de saúde. Os resultados podem sensibilizar a todos, para que os “trabalhadores invisíveis” se tornem trabalhadores essenciais à assistência à saúde.

Trazendo para o debate o tema dos “Efeitos da COVID-19 sobre a força de trabalho no Brasil”, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Arlete Lima Simões, Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos e Tânia Aparecida de Araujo destacam as ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia” o estudo analisa o impacto significativo nas atividades sociais, econômicas e, principalmente, a saúde da população no Brasil e no mundo. Como não existem medidas farmacológicas eficazes, as medidas de distanciamento eram e ainda são necessárias para conter a propagação do vírus e diminuir o risco de adoecimento e morte.

O impacto no Brasil foi tão expressivo que mais de 600 mil brasileiros perderam suas vidas para Covid-19 ao longo destes dois anos, muitos desses no exercício de suas funções laborais. Sem a pretensão de realizar um estudo epidemiológico, este texto sintetiza informações sobre a mortalidade de trabalhadores no Sistema de Informação de Mortalidade, analisando o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da população economicamente ativa, na faixa etária de 18 a 70 anos. Além disso, se baseou em referências bibliográficas e documentais, tanto das ocupações que tiveram um suporte legal como outras ocupações que não foram protegidas por legislação específica, mas que se envolveram direta ou indiretamente no enfrentamento desse problema de saúde pública.

Assim, buscamos apresentar ao leitor reflexões sobre a COVID -19 e seus impactos no mercado de trabalho, especialmente num contexto de desigualdade social, onde muitos trabalhadores de ocupações essenciais ou não precisaram se expor ao vírus para manter a sua sobrevivência e de sua família. Ao final das análises, pontuamos a necessidade de proteção dos trabalhadores em tempos de Covid, orientações para os serviços e gestores de saúde, com a finalidade de desencadear a discussão sobre a invisibilidade de muitos trabalhadores que ficaram desprotegidos pelas políticas sociais brasileiras durante a pandemia de COVID-19.

Com esse conjunto de textos, esperamos ampliar a compreensão sobre os efeitos da pandemia nos trabalhadores e trabalhadoras e, ao mesmo tempo, ativar o pensamento para iniciativas que são visibilizadas pelas autoras e autores. Ou seja, mais do que buscar aprendizagem com a experiência trágica da pandemia, pretendemos também construir novas manhãs para o trabalho na saúde.

Objetivo oportuno, já que estamos diante da preparação da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que terá o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”. Acreditamos que a pandemia será memória, aprendizagem e mobilização para retomarmos a agenda da proteção do trabalho, ampliarmos a compreensão de que o trabalho é direito humano e não dependência do capital, expandirmos iniciativas de políticas de proteção da vida e avançarmos no processo civilizatório que é necessário, como bem nos lembrou Sérgio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, para que o SUS seja possível.

Por fim, nossa homenagem às trabalhadoras e trabalhadores que, asfixiados pela pandemia e órfãos da ação governamental responsável, tiveram suas vidas tomadas nesses anos. Especialmente àqueles que foram vitimados desde sua inserção no trabalho em saúde. Aliás, não somente aos que partiram, também a todas as pessoas que se ocupam do trabalho em saúde nos sistemas, redes e serviços de saúde, mas também nos pontos de atenção nos territórios, com trabalhos informais e, muitas vezes, invisíveis. A vocês, nossas palmas, nosso reconhecimento e nossa luta para novas manhãs!

Referências:

Cruz JÁ., Mayorga-Marín FJ, Vargas TR, Quiroz SV, Santos MLM, Ferla AA. Análisis comparativo de las respuestas a COVID-19 en la escena internacional: pruebas de la ciencia. Martins AB, Pilotto LM, Bitencourt RR, Guarnieri JM, Ferla AA (Org.). **A Pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. P. 259-77. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>

Nicolau SM, Lemos SM, Pedroso MB, Falkenberg MB (org.). **Formação no e para o SUS na pandemia da COVID-19**: resistências e (re)invenções. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/formacao-no-e-para-o-sus-na-pandemia-da-covid-19-resistencias-e-re-invencoes/>

FERLA, A. et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

Padilla M., Goshc C., Possa LB, Ferla AA. (org.). **Mulheres e Saúde**: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Brasília: OPAS, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/mulheres-e-saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude/>

Possa LB, Padilla M, Plentz LM, Gosch CS, Ferla AA. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**. 2020; 6(Supl.2). 10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g566



A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO COM O CONTROLE SOCIAL PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Ileana Neiva Mousinho

Introdução

A atuação do Ministério Público em maior parceria e troca de conhecimento com os Conselhos de Direitos é uma realidade inaugurada com o Estado Democrático de Direito. O Estado Democrático de Direito é, essencialmente, um estado implementador de políticas públicas, pois parte do reconhecimento de que as normas devem ser instrumentos de ação concreta do Estado, para que os cidadãos tenham acesso aos serviços públicos de que necessitam.

O Ministério Público, a partir da Constituição Federal de 1988, é erigido ao patamar de Instituição que deve atuar para realizar esse objetivo do Estado Democrático de Direito, isto é, atuar para cobrar dos entes públicos, segundo as suas esferas de competência e atribuições, a concretização dos direitos sociais dos cidadãos, de forma coletiva.

A concretização dos direitos sociais, de forma coletiva e organizada, mediante a implementação de políticas públicas, é uma forma de transformação social, pois permite aos mais vulneráveis, o acesso a serviços públicos de saúde, educação, profissionalização e assistência social, que lhes permita romper a barreira da vulnerabilidade social e fruir direitos.

A Carta de Brasília, acordo de resultados firmado entre a Corregedoria Nacional do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e as corregedorias das diversas unidades do Ministério Público, aprovado durante o 7º Congresso Brasileiro de Gestão, explicitou premissas para a concretização de transformação social, com diretrizes estruturantes para o Ministério Público.

Através desse documento, procurou-se rever a atuação demandista do Ministério Público, buscar menos reatividade e mais proatividade, e avançar na atuação preventiva e na implementação de políticas públicas. Na busca por uma atuação resolutiva e extrajudicial, os membros do Ministério Público são estimulados a atuar com inovação e criatividade, e a dialogar com os gestores públicos, com vistas a entender o planejamento das

políticas públicas, apontar suas inconsistências e equívocos, e, enfim, contribuir para a melhoria das políticas públicas.

Para implementar a atuação resolutiva, o Conselho Nacional do Ministério Público editou a Recomendação nº 54/2017, dispondo sobre a Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público, destacando que o atual estágio do acesso à Justiça é incompatível com uma atuação formal e burocrática, de modo que os membros do Ministério Público devem buscar uma atuação efetiva de indução de políticas públicas, com vistas à efetividade dos direitos sociais e transformação social.

O fomento à crescente atuação resolutiva e extrajudicial, com vistas à produção de resultados socialmente relevantes, previstos na citada Recomendação nº 54/2017, do Conselho Nacional do Ministério Público, se dará, também, por meio de parcerias com universidades e entidades da sociedade civil (art. 9º, II).

Poderia a citada Resolução ter mencionado expressamente os Conselhos de Direitos, mas há que se convir que eles são entidades da sociedade civil, e, há, portanto, o reconhecimento institucional do Conselho Nacional do Ministério Público da importância da atuação dos membros do Ministério Público em parceria com os Conselhos de Direitos.

E mais, pelas funções institucionais do Ministério Público, há um dever de participação dos membros do Ministério Público nas reuniões dos Conselhos de Direitos, o qual pode ser dessumido do inciso IV, do art. 4º: “A visibilidade institucional para a atuação resolutiva e para a produção de resultados jurídicos que lhe sejam úteis será assegurada, dentre outros meios, por: IV – inclusão nas tabelas de produtividade de atuações não procedimentais relacionadas à atuação estratégica ou resolutiva do membro, tais como participação em grupos de trabalho e reuniões com representantes comunitários para identificação de demandas de relevância social”.

Logo, se um dos meios de atuação perpassa pela oitiva dos “representantes comunitários para identificação de demandas de relevância social”, com muito mais razão a participação dos membros do Ministério Público deve ocorrer nas reuniões dos Conselhos de Direitos, para ouvir as demandas dos Conselheiros e promover o diálogo entre esses e os gestores públicos.

Nessa atuação, o Ministério Público deve buscar distender conflitos, criar consensos, estimular a oitiva de especialistas e pesquisadores, com vistas ao aprimoramento das políticas públicas. Nesse artigo, será abordada, especificamente, a atuação do Ministério Público do Trabalho com o controle social para a efetivação da política de saúde do trabalhador.

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO COM O CONTROLE SOCIAL PARA A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Para entender-se a amplitude da atuação do Ministério Público do Trabalho, na efetivação da política de saúde do trabalhador, é necessário entender a conformação das políticas públicas, em geral, e da política pública de saúde do trabalhador, no Estado Democrático de Direito.

Nesse modelo de Estado, a elaboração de políticas públicas não é somente um ato do Poder Legislativo; nem a sua execução, ato exclusivo do Poder Executivo. Desde a criação até sua implementação e, inclusive, na sua revisão e fiscalização, as políticas públicas brasileiras devem passar pelo crivo dos Conselhos de Direitos.

A existência desses Conselhos, com sua composição de representantes governamentais e da sociedade civil, é um exemplo da democracia participativa brasileira. Esses Conselhos são criados nas três esferas administrativas, havendo, assim, Conselho de Direitos Nacional, Estadual e Municipal, relativos aos direitos fundamentais que exigem prestações estatais, como é o caso do direito à saúde.

No que se refere ao direito à saúde, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o art. 1º da Lei nº 8.142/90, “o Sistema Único de Saúde, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde”.

As Conferências de Saúde são, junto aos Conselhos de Saúde pelo Brasil, os principais espaços democráticos de construção de políticas de saúde no país, compondo o controle social para a deliberação e fiscalização das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).³

As Conferências de Saúde, segundo a Lei nº 8.142/90, deverão ser convocadas pelo Poder Executivo, a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, e, também poderão ser convocadas extraordinariamente pelo Conselho de Saúde ou, regionalmente, pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde

Do Manual de Conferências 2021, editado pelo Conselho Nacional de Saúde, colhe-se o seguinte trecho:

³ http://conselho.saude.gov.br/images/Manual_Conferencias_2021-3.pdf

Sobre os processos de organização da conferência, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 453, de 10 de maio de 2012, prevê no inciso XIX de sua quinta diretriz que é função do Conselho “estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde”. Com isso, definiu-se que, embora a previsão para o processo ascendente da Conferência Nacional seja de 4 anos, os municípios, estados e Distrito Federal podem realizar outras conferências próprias ao seu ciclo de mandato, com especial atenção para o período de planejamento das respectivas políticas públicas como o Plano de Saúde e o Plano Plurianual (PPA), por exemplo.

O citado Manual discorre sobre a convocação da Conferência e os meios de divulgação, mas neles não se vê a previsão de uma participação mais intensa do Ministério Público, ou seja, uma aproximação do controle social dessa Instituição, o que revela que há um espaço de construção de uma aproximação entre o Controle Social e o Ministério Público.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e têm orçamento próprio e atuam em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

As decisões dos Conselhos de Saúde devem ser homologadas pelos Secretários de Saúde, da esfera administrativa correspondente, pois os Secretários de Saúde compõem os Conselhos, sendo a lei taxativa ao afirmar que “O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde”.

O Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, ao dispor sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, prevê que “o CNS poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do próprio CNS, sob a coordenação de um dos membros” (art. 6º).

O mesmo decreto estabelece que:

as comissões terão a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador (parágrafo único do art. 6º).

O Conselho Nacional de Saúde conta com 18 Comissões Intersetoriais que acompanham e fiscalizam as ações e serviços do SUS no Brasil, destacando-se, para fins de estudo, a **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalho e da Trabalhadora (CISTT)**.

A instalação das CISTT's, em nível municipal e estadual, é indispensável, pois seus membros discutem periodicamente o Plano Anual de Trabalho, seus encaminhamentos e resoluções, quanto às políticas públicas de trabalhador (e não somente de emprego), dos trabalhadores urbanos de rurais. Por isso, sua composição deve observar a presença de sindicatos, federações e confederações de trabalhadores e de segmentos da atividade econômica, além de sindicatos de empregadores e suas federações e confederações, conforme as CISTT's sejam nacional, estaduais e municipais.

As CISTT têm a missão de participar da construção das ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Por isso, o Ministério Público do Trabalho preocupa-se com a baixa constituição de CISTT's pelo Brasil, e iniciou trabalho de atuação com os Conselhos de Saúde para o fomento da criação dessas Comissões Intersetoriais.

Exemplo dessa atuação do Ministério Público do Trabalho para o fomento do controle social é a edição de Notificação Recomendatória, para que os gestores municipais instituem e implementem as ações de saúde do trabalhador no SUS, com unidades especializadas e ou de referência, bem como a Vigilância em Saúde do Trabalhador, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador(a), visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores(as) e a redução da morbimortalidade decorrente dos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Nas Recomendações expedidas aos gestores públicos, estes têm sido orientados a apoiar os Conselhos de Saúde na constituição da CISTT e no seu funcionamento, conforme prevê o arcabouço jurídico, e a Resolução nº 493/2013, do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

As CISTT's devem ser constituídas por Resolução, com a participação de entidades que tenham interfaces com a área de saúde do trabalhador, com a finalidade de assessorar os Conselhos de Direito na definição das políticas de saúde do trabalhador, no estabelecimento de prioridades e no acompanhamento e avaliação das ações de vigilância e da saúde do trabalhador.

A Resolução nº 493/2013, do Conselho Nacional de Saúde – CNS orienta os Conselhos de Saúde, nos âmbitos Estadual, Distrital e Municipal, a promoverem a criação da CISTT, respeitando os princípios do SUS e do controle social. A citada Resolução explicita os objetivos das CISTT's:

- a) acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), observando seus planos de trabalho;
- b) participar da construção ou sugerir ações no Plano de Trabalho dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- c) articular políticas e programas de interesse para saúde do trabalhador, cuja execução envolva áreas compreendidas e não compreendidas no âmbito do SUS;
- d) propor às instituições e entidades envolvidas que, no âmbito de suas competências, atuem no sentido de eliminar ou reduzir os riscos à saúde do trabalhador;
- e) propor e acompanhar a implantação de medidas que objetive a melhoria dos serviços de saúde do trabalhador público e privado;
- f) integrar as diversas instâncias envolvidas nas ações em saúde do trabalhador em torno de um projeto comum, visando à efetivação dos princípios do SUS;
- g) avaliar/analisar os projetos e plano de saúde apresentados pela Secretaria de Saúde por meio de seus técnicos, focando nas ações relacionadas à saúde do trabalhador, recomendando ao pleno do conselho de saúde alterações, complementações que se fizerem necessárias, bem como sua aprovação ou rejeição;
- h) acompanhar a implantação/implementação dos projetos e planos de saúde, recomendando ao Conselho de Saúde que fiscalize e tome as providências cabíveis, caso verifique questões que não estejam de acordo com o aprovado;
- i) contribuir para a promoção da sensibilização e educação permanente dos gestores/prestadores, trabalhadores e usuários do SUS sobre a importância da discussão sobre saúde do trabalhador; e
- j) contribuir para dar conhecimento à sociedade em geral da legislação em saúde do trabalhador.

O plexo de funções e atividades cometidas às CISTT's exigem um esforço de participação e articulação dos membros das CISTT's, além de vivências nas situações do mundo e da organização do trabalho das atividades produtivas nas quais estão inseridos os trabalhadores e os modos pelos quais eles adoecem e se acidentam, mas também conhecimento sobre os meios de promoção de sua saúde e prevenção de infortúnios laborais.

Por isso, o conhecimento do Ministério Público do Trabalho e sua parceria com universidades e outros órgãos públicos com os quais mantêm acordos de cooperação técnica, como a Previdência Social e o INSS, o qualificam para ser um importante partícipe no processo de auxílio aos Conselhos de Direitos para a constituição das CISTT's.

A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO COMO PARTÍCIPE DAS REUNIÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE E DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

O Ministério Público do Trabalho é um dos ramos do Ministério Público da União, cuja organização e atribuições estão previstas na Lei Complementar nº 75/93.

O art. 6º, §1º 2º, da citada Lei, prevê que:

§ 1º Será assegurada a participação do Ministério Público da União, **como instituição observadora**, na forma e nas condições estabelecidas em ato do Procurador-Geral da República, em qualquer órgão da administração pública direta, indireta ou fundacional da União, que **tenha atribuições correlatas às funções da Instituição**.

§ 2º A lei assegurará a participação do Ministério Público da União nos órgãos colegiados estaduais, federais ou do Distrito Federal, **constituídos para defesa de direitos e interesses relacionados com as funções da Instituição**. (sem destaques no original)

Note-se que a participação do MPT, nesses casos, se dá na condição de observador, para que não se confunda a sua posição de fiscal da ordem jurídica com a de ente estatal. Apesar de compor o serviço público, o Ministério Público não é órgão público no sentido de órgão de execução, mas é verdadeiro *ombudsman* da sociedade, para depois, haurindo os conhecimentos de ouvidor de todos os lados e interesses contrapostos, atuar como mediador de conflitos ou como representante judicial qualificado de interesses da sociedade.

Por isso, ao participar das reuniões de colegiados, o Ministério Público ausculta a sociedade e se qualifica como representante legítimo das suas demandas, à luz dos direitos fundamentais reconhecidos no Estado Democrático de Direito.

Para concretização dessa missão, a Lei Complementar nº 75/93 prevê instrumento de atuação do Ministério Público, como a já citada possibilidade de expedição de Notificações Recomendatórias ou Recomendações, “visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis” (art. 6º, XX).

Ao participar de reuniões dos Conselhos de Direito e das CISTT’s, o membro do Ministério Público do Trabalho pode tomar conhecimento de situações de lesões ao direito à saúde do trabalhador, apoiar a melhoria da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica e da vigilância em saúde do trabalho, melhorar o intercâmbio de informações entre o SUS e o INSS e os respectivos Ministérios, enfim, ser um catalisador da Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho (Decreto nº 7.102/2011) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS (Portaria nº 1.823/2012), das políticas previdenciárias, como a de reabilitação profissional.

Há uma gama de atividades e ações que podem ser melhoradas com a aproximação do Ministério Público do Trabalho do Sistema Único de Saúde e dos Conselhos de Direitos e CISTT’s.

A Lei Complementar nº 75/93 prevê que o membro do Ministério Público do Trabalho pode ser designado para participar em órgãos cuja participação da Instituição seja legalmente prevista, ouvido o Conselho Superior do Ministério Público (art. 91, XIV, “a”).

Por simetria, a Lei nº 8.625/93 (Lei Orgânica do Ministério Público dos Estados) prevê que incumbe ao Ministério Público “deliberar sobre a participação em organismos estaduais de defesa do meio ambiente, neste compreendido o do trabalho, do consumidor, de política penal, penitenciária e outros afetos à sua área de atuação” (art. 25, VII).

Logo, de forma muito mais clara, a Lei Orgânica do Ministério Público dos Estados define que cabe ao Ministério Público decidir a conveniência de sua participação nos organismos estaduais de defesa dos direitos que estão em sua área de atuação.

O direito ao meio ambiente do trabalho seguro é área de atuação do Ministério Público do Trabalho, conforme exegese do Supremo Tribunal Federal, do art. 200 da Constituição Federal (Súmula 736) combinado com a esfera de competência da Justiça do Trabalho.

Então, assim como os Ministérios Públicos dos Estados participam de reuniões de Conselhos de Direito, os membros do Ministério Público do Trabalho vêm participando dessas reuniões, junto com os sindicatos que compõem as CISTT’s, para discussões de temas de meio ambiente do trabalho e impactos econômicos sobre a saúde do trabalhador, com vistas a contribuir para a melhoria da vigilância em saúde do trabalhador no SUS e propor novas formas de organização do trabalho que reduzam a morbimortalidade do(a) trabalhador(a) brasileiro(a).

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO PARA A CONSTITUIÇÃO DAS CISTT's E A CONSONÂNCIA DESSA ATUAÇÃO COM OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU)

É óbvio que a criação da CISTT's em todos os Municípios não é suficiente, se não forem também fomentadas a criação e funcionamento das Comissões Intersetoriais de Vigilância Sanitária, uma das 18 Comissões do CNS, que necessitam de criação nos estados e municípios.

Isso porque, para a consecução do Objetivo 3 do Desenvolvimento Sustentável (Saúde e Bem Estar), é necessário “3.d - Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde”.

A interpretação desse objetivo não pode ser feita de forma apartada com o art. 3º da Lei nº 8.080/90, segundo o qual:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

É certo que as condições ambientais de trabalho são determinantes e condicionantes de processos de adoecimento, e, portanto, as CISTT's, junto com o Ministério Público do Trabalho, devem levar para a discussão, nos Conselhos de Direitos, dos casos de acidentes e doenças ocupacionais, ocorrido nos territórios abrangido pelo SUS, devem buscar a interlocução com outras Comissões Intersetoriais dos Conselhos de Direitos, com vistas a buscar soluções que diminuam os impactos das formas de produção e da organização do trabalho sobre a saúde do trabalhador.

Portanto, há que se buscar uma maior articulação do Ministério Público do Trabalho com os Conselhos de Saúde e suas Comissões, mas também buscar-se uma atuação controle social com diversos órgãos que tratem de saúde e de trabalho. Tem-se que buscar romper a barreira de falar para aqueles que já conhecem as relações entre saúde do trabalhador e a população atendida pelo SUS, para buscar “promover articulações políticas com órgãos/instituições, internos e externos, com vistas a garantir a intersectorialidade do controle social e **a articulação com outros conselhos de políticas públicas com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento da participação da sociedade na formulação, na implementação**

e no controle das políticas públicas”, conforme consta do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde”¹.

O mesmo Regimento prevê que é atribuição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, em seu art. 5º-C:

V - representar o Conselho Nacional de Saúde, junto ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, quando as atribuições e deliberações do Conselho Nacional de Saúde ou assuntos relativos ao direito à saúde forem desrespeitados, ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública, desde que aprovado por, no mínimo, 2/3 dos seus representantes.

Observa-se, nesse dispositivo, um recurso à atuação do Ministério Público, mas após a lesão ao direito à saúde ou quando estiver sob grave ameaça, mas não se vê uma obrigação de chamamento do Ministério Público para as reuniões deliberativas, para análise sobre os planos de saúde.

Longe de ser uma crítica, o que aqui se reflete é sobre a visão, ainda entranhada na sociedade, de representação ao Ministério Público quando as lesões já estão perpetradas, ou quando houver conflito (outro exemplo está no §6º do art. 15 do Regimento Interno), em vez de haver uma cultura de participação da Instituição antes do conflito, para a criação de soluções e obtenção de consensos sobre saúde do trabalhador no SUS.

Conforme a Lei Complementar nº 75/93, os membros do Ministério Público do Trabalho podem integrar comissões técnicas e científicas relacionadas às funções da Instituição (art. 98, IX) e, mais, têm assegurada a sua participação, “nos órgãos colegiados estaduais, federais ou do Distrito Federal, constituídos para defesa de direitos e interesses relacionados com as funções da Instituição” (art. 6º, §2º).

Na conformação do Estado Democrático de Direito, os Conselhos são órgãos estatais da democracia participativa, e, por conseguinte, o Ministério Público deve participar das suas reuniões, não tendo, todavia, direito a voto, posto que participe na condição de observador.

Mas como observador qualificado pela defesa dos interesses sociais, e diante dos termos da Política Nacional de Atuação Resolutiva do Ministério Público, deve buscar ser o catalisador de soluções extrajudiciais. Não obtida a solução extrajudicial, deve buscar a solução judicial, mas o seu peticionamento será tanto mais robusto quanto é o seu conhecimento haurido do controle social e dos experts da área de atuação – que se tornam instâncias legitimadoras do pedido que o Ministério Público vier a deduzir em juízo.

¹ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/reginter.htm>. Acesso em 20/10/2021.

A SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO COM OS CONHECIMENTOS HAURIDOS DE DADOS PÚBLICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. O OBSERVATÓRIO DIGITAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO.

Embora o art. 196 da Constituição Federal estabeleça o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção à saúde, o princípio da igualdade autoriza a existência de políticas públicas de saúde para grupos específicos, sempre que o SUS, ao executar “as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” (art. 200, II) encontre determinantes e condicionantes específicos de adoecimento de determinados grupos sociais.

Em consonância com a diretriz constitucional, o art. 7º da Lei nº 8.080/90 estabelece que um dos princípios do SUS é o que estabelece a “utilização da epidemiologia² para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (inciso VII); e “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica, em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013” (inciso XIV).

Nesse cenário normativo, não há justificativa para que não sejam criadas políticas públicas de saúde e segurança do trabalhador e da trabalhadora, no âmbito do SUS, pois esse sistema tem, entre os seus objetivos, “a formulação de política de saúde destinada a promover, no campo econômico e social”, a redução do risco de doenças e a promoção, prevenção e reparação da saúde da população (art. 5º, II, da Lei nº 8.080/90). As ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora devem, portanto, integrar as políticas públicas de saúde, pois perpassam por todos os níveis, desde a promoção e prevenção até a mais alta complexidade assistencial.

Assim, por meio das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, o SUS conhecerá os processos de adoecimento e acidentalidade decorrentes do trabalho. A partir desses dados, cabe ao SUS criar e implementar ações de promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores, como determina o § 3º do art. 6º da Lei nº 8.080/90. E, também, incumbe ao SUS executar ações de recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Em suma, são atribuições do SUS, a assistência aos trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho; a realização de pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; a participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração,

armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde dos trabalhadores; a avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde do trabalho.

É também dever do SUS, informar aos trabalhadores, à sua respectiva entidade sindical e às empresas, sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; e participar na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; fazer a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, ouvidas as entidades sindicais; e requerer, ao órgão competente (o Ministério do Trabalho) a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores³.

Portanto, o SUS, ao exercer suas amplas atribuições, coletará os dados a respeito das determinantes e condicionantes que influenciam nos níveis de saúde dos trabalhadores, e poderá fazer um corte transversal para traçar o perfil de acidentalidade, considerando a atividade econômica em que estão engajados os trabalhadores, gênero, idade, profissão e demais fatores inscritos ou não no art. 3º da Lei nº 8.080/90, pois o referido artigo não contém enumeração exaustiva.

Não há negar que, apesar do portentoso banco de dados que o SUS pode fornecer às ações de saúde do trabalhador, há ainda uma rede de saúde do trabalhador incipiente, não obstante a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - RENAST e os seus braços executivos, os Centros Especializados de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. A subnotificação de doenças do trabalho é altíssima no SUS, apesar da atuação do Ministério Público do Trabalho para fomentar a notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) e no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Com vista a diminuir a dificuldade de acesso das Instituições e do controle social aos dados de acidentes e doenças ocupacionais no Brasil e auxiliá-los com subsídios para elaboração de políticas públicas, o Ministério Público do Trabalho desenvolveu o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, em colaboração com pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP no âmbito do projeto “Acidente de Trabalho: da Análise Sócio Técnica à Construção Social de Mudanças”.

Observa-se, assim, que somente uma atuação integrada dos órgãos que, por delineamento constitucional, devem desenvolver ações de saúde do trabalhador, concatenados em uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho (Decreto nº 7.102/2011), é possível obter-se dados mais abrangentes sobre as doenças do trabalho no Brasil e implementar medidas para redução das doenças do trabalho.

² O § 2º do art. 6º define a vigilância epidemiológica: “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

³ Todas essas atribuições estão previstas no §3º do art. 6º da Lei nº 8.080/90, densificando as normas já expressas no art. 200, da Constituição Federal

O Ministério Público do Trabalho constata, assim, que, na atuação sistematizada de coleta de dados e proposição de soluções, por gênero, área econômica e profissões, está a maior possibilidade de redução de acidentes e doenças do trabalho, mediante a demonstração dos dados de acidentalidade às empresas e propositura de Termos de Ajustamento de Conduta (eficácia horizontal do direito fundamental à saúde do trabalhador) e mediante a exigência de que os Poderes Públicos realizem as políticas públicas necessárias, em setores como transporte, saneamento básico e educação, que são também determinantes e condicionantes dos níveis de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Mas é forçoso reconhecer as limitações técnicas dos seus membros, com formação jurídica, e que, por isso, precisam de conhecimentos especializados. Esses conhecimentos são obtidos do corpo técnico da Instituição, mas também dos membros dos Conselhos, por seus saberes científicos e práticos do mundo do trabalho.

BREVE ANÁLISE DO ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES EM DECORRÊNCIA DO TRABALHO E DA IMPORTÂNCIA DESSE FENÔMENO SER COMPREENDIDO PELOS CONSELHOS DE SAÚDE, POR INTERMÉDIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO E DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A perspectiva da intersecção trabalho/saúde é estudada por diversos pesquisadores, e ainda hoje está presente, no mundo do trabalho, a divisão científica do trabalho taylorista, na qual as atividades são segmentadas e parceladas, com forte controle sobre o tempo de produção (ritmos excessivos e cronometrados, com a agravante da intensificação do ritmo de trabalho pelo incremento tecnológico).

Nas últimas décadas, o avanço dos estudos de Ergonomia, Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho têm demonstrado como a organização do trabalho, nas diferentes atividades econômicas, é determinante para o surgimento de doenças do trabalho e, embora a história singular dos indivíduos tenha sua importância, o sofrimento repercute naquilo que Christophe Dejours (1994) chama de “teatro do trabalho”, quando o trabalhador entra numa relação com a organização do trabalho e é despojado de sua subjetividade, fazendo do indivíduo uma vítima do seu trabalho (DEJOURS, 1998).

A intensificação dos ritmos de trabalho, mediante a exigência de atingimento de metas de produtividade, e a remuneração atrelada ao atingimento dessas metas, tem feito eclodir as mesmas patologias em setores econômicos diversos, que adotam a organização científica do trabalho taylorista. Por isso, Dejours (1994, 1998) sustenta que a reestruturação da tarefa deve ser feita em substituição à organização científica do trabalho, acentuando a dimensão mental do trabalho e diminuindo o sofrimento psíquico dos trabalhadores com as tarefas repetidas e cronometradas, próprias da organização do trabalho taylorista.

A organização do trabalho taylorista, portanto, é determinante e condicionante do processo de adoecimento, em setores como o de teleatendimento, a vivenciamos um *hipertaylorismo*, gerado pela exigência de polivalência nas atividades e exacerbação do ritmo de trabalho, para comprimir o tempo de atendimento e aumentar a produtividade⁴.

É importante que, no estudo dos agravos que afetam a saúde dos trabalhadores não se perca de vista os fatores organizacionais do trabalho, que não devem ser obnubilados por justificativas de natureza social “*extra empresa*”, o que tem sido prática recorrente nos Serviços Médicos de Saúde Ocupacional (SESMT) das empresas. A prática médica, nos SESMT’s, tem sido a do modelo clássico de medicina do trabalho taylorista, de encaminhamento ao sistema previdenciário, sem sugerir alterações na organização do trabalho.

É preciso estar atento para não dar grande relevância aos fatores concausais, em prejuízo do reconhecimento do nexo causal do adoecimento do trabalho. É curial a centralidade do trabalho na vida dos (as) trabalhadores (as), o que é medido a partir de extensão e densidade das jornadas de trabalho em diversos setores da economia, justamente aqueles em que há mais incidência de DORT’s e transtornos mentais.

Ariza Oliveira (1997) destaca que as DORT’s são reflexo da impossibilidade de controle dos (as) trabalhadores (as) sobre a própria saúde e da desigualdade segundo o gênero, que resulta de um processo histórico de segregação ocupacional, no qual são imputadas, às mulheres, as tarefas mais repetitivas e monótonas, de modo que não há como fugir-se, sob sofisticadas alegações, à realidade de que há padrões de acidentalidade das mulheres trabalhadoras, com imbricação entre DORT’s e distúrbios psicossomáticos, em atividades econômicas nas quais a organização do trabalho é taylorista.

Esses apontamentos servem para demonstrar o quanto o conhecimento da organização do trabalho pelo SUS é parte importante da análise epidemiológica do adoecimento, e como os saberes dos trabalhadores devem ser considerados pelo SUS, para identificação das causas dos acidentes e propostas de mudanças de padrões de organização do trabalho que ensejam o adoecimento.

Por isso, a construção de uma política pública de saúde do trabalhador (a), no SUS, deve criar meios de controle dos Serviços Médicos das empresas, como já prevê o art. 6º, §3º, IV, da Lei nº 8.080/90, para que os acidentes sejam notificados e sejam realizadas ações coordenadas para evitar novos adoecimentos e para ações de promoção à saúde do trabalhador.

O controle social tem importante papel na exigência de que os gestores públicos façam sair do “papel” a determinação do art. 6º, §3º, IV, da Lei nº 8.080/90, assim com as ações de vigilância em saúde do trabalho, ainda incipientes no SUS.

⁴ PENA et al, ob. cit., p. 136

Necessária a aproximação do controle social e do Ministério Público do Trabalho, em especial os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços médicos das empresas, com vistas a monitorar a sua correta atuação no monitoramento da saúde ocupacional e na revisão de medidas de organização do trabalho que fazem eclodir adoecimentos e acidentes do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento do controle social é essencial para a boa implementação das políticas públicas no Brasil.

Não se concebe, no Estado Democrático de Direito, políticas públicas que surjam como mero ato do Poder Executivo. Desde a criação até a sua implementação, análise do atingimento das metas e eventual revisão, as políticas públicas devem ser analisadas pelos Conselhos de Direitos.

O papel do Ministério Público, como fiscal da ordem jurídica, é assegurar que a voz dos Conselhos de Direitos, seja considerada pelos gestores públicos e privados.

O caminho do amadurecimento institucional desses Conselhos também é uma meta de atuação do Ministério Público, para que não tenha que levar ao Poder Judiciário, se preciso for, demandas em que se oponha a vontade política do gestor com a vontade política do Conselho de Direitos.

Em se tratando de políticas públicas, ou seja, uma sucessão de atos para prestar aos cidadãos os serviços necessários para efetivar os seus direitos fundamentais, o termo “política” corresponde ao conjunto de atos ou medidas, e não a ideologia política.

Por isso, as discussões a respeito das políticas públicas devem ser pautadas em elementos de *expertise*, isto é, criar e executar políticas públicas exige conhecimento sobre o tema, e não ideologia de como se entende que o Estado deva tratar os seus cidadãos ou utilizar os recursos públicos. A discussão é sobre os dados epidemiológicos, econômicos e sociais e os que esses determinantes mostram aos analistas, chegando-se, assim, a denominar “prioridades”, que deve orientar a confecção da política e os meios que a ciência indica como conducentes à obtenção do resultado sanitário pretendido.

Como afirma Maria Paula Dallari Bucci (2002, p.264), “as políticas públicas devem ser vistas também como processos ou conjunto de processos que culmina na escolha racional e coletiva de prioridades, para a definição dos interesses reconhecidos pelo direito”.

No caso da política pública SUS, as prioridades estão definidas em lei, pois o §1º do art. 2º estabelece que as políticas de saúde serão garantidas com a execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução

de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Logo, as prioridades “macro” da política pública SUS estão definidas, e, assim, de acordo com os elementos locais (dados epidemiológicos, por exemplo) e o planejamento e estudos de experts, a política pública elege as prioridades setoriais e a sua implementação no território municipal, inclusive com o olhar para os bairros, com vistas a garantir à comunidade o bem estar físico, mental e social. E no bem estar social, compreende-se, também, o bem estar no trabalho, o qual somente é obtido se houver ações de saúde do trabalhador dentro da política pública SUS. Daí porque, de forma acertada, a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90 conferem atenção especial ao meio ambiente do trabalho.

A efetivação do direito ao meio ambiente do trabalho equilibrado, sem riscos laborais, todavia, é um caminho em construção, e parte da dívida histórica dessa construção deve-se à falta de acolhimento dessa ideia (de proteção e intervenção no meio ambiente do trabalho, para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho e promoção da saúde do trabalhador), pelos gestores públicos; e parte porque o próprio controle social, imerso em tantas demandas da assistência à saúde, em um cenário de subfinanciamento do SUS, não teve o tempo e a clareza de propósitos sobre a necessidade do fortalecimento da política de saúde do trabalhador no SUS.

Essa realidade precisa ser mudada, com uma maior aproximação dos Conselhos de Saúde da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (nos casos em que já estão criadas) e através da sua criação, onde ainda não foram, para que se possa atuar no sentido de que não há compartimentação possível entre a saúde da população e a saúde do trabalhador, mas a necessidade de total entrosamento entre os temas, pois os níveis de saúde da população são determinados e condicionados pelo seu trabalho e vice-versa.

E nessa conjuntura que se encontra a aproximação do Ministério Público do Trabalho com o SUS: diálogo social para fortalecimento da participação da comunidade no SUS, trazendo novos atores, como os Procuradores do Trabalho e os sindicatos, para discutir as ações de saúde do trabalhador no Sistema, com as empresas, com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com vistas à formação de uma consciência coletiva e jurídica sobre a necessidade das ações de saúde do trabalhador no SUS saírem do papel (art. 6º. § 3º, VI, da Lei nº 8.080/90) e tornarem-se uma realidade de: a) real assistência ao(a) trabalhador(a) vítima de acidentes de trabalho ou pessoa com deficiência; b) estudo sistematizado dos impactos da organização do trabalho e processos de trabalho sobre a saúde e elaboração das listas de doenças relacionadas ao trabalho; c) normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; e), normatização, fiscalização e controle dos serviços médicos das empresas e, por fim, garantir que os sindicatos possam ser vozes ouvidas quando requerem ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

São condutas previstas em lei, mas que precisam da atuação vigilante das CISTT's e da capacitação dos sindicatos em saúde do trabalhador para se tornarem realidade. O Ministério Público do Trabalho tem o dever institucional de ser um catalisador nesse processo de encontro entre Poder Público e Controle Social para efetivação da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no SUS.

Referências:

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: Constituição (planalto.gov.br) Acessado em: 10 de out de 2021.

BRASIL. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília, 2011. Disponível em: Decreto nº 7602 (planalto.gov.br) Acessado em: 10 de out de 2021.

BRASIL. **Lei complementar nº 75, de 20 de maio de 1993**. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Brasília, 1993. Disponível em: Lcp75 (planalto.gov.br) Acessado em: 10 de out de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Brasília, 1990. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br) Acessado em: 10 de out de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: L8142 (planalto.gov.br) Acessado em 10 de out de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993**. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: L8142 (planalto.gov.br) Acessado em 10 de out de 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em L12845 (planalto.gov.br) Acessado em: 10 de out de 2021.

BRASIL. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 6ª edição, 2005.

OLIVEIRA, Ariza. División sexual del trabajo y exclusión social. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, ano 3, n.5



A NÃO PROTEÇÃO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA EM TEMPO DE COVID-19 NO BRASIL

Antonio Fernando Megale Lopes
Luciana Lucena Baptista Barreto

Resumo executivo

Este artigo objetiva demonstrar que a proteção da saúde e da segurança das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros, especialmente daqueles da área da saúde, foi tratada de maneira negligente pelo Estado.

Para isso, elencamos as diversas medidas legislativas e ações e atos omissivos do governo frente ao estabelecimento de medidas efetivas de combate à transmissão do coronavírus, assim como de medidas para minimizar a perda de renda e o desemprego que assolaram o Brasil.

Introdução

A pandemia do novo coronavírus já era noticiada na mídia brasileira em dezembro de 2019 como uma “pneumonia misteriosa” que estava afetando algumas cidades chinesas⁵. Já em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde foi alertada sobre os diversos casos de pneumonia na cidade de Wuhan na China e que se tratava de uma nova cepa de coronavírus, não identificada em seres humanos até aquele momento⁶.

Em 30 de janeiro de 2021, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)⁷, sendo esse o mais alto nível de alerta da Organização. A decisão teve como objetivo aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade globais para interromper a propagação do vírus.

⁵ Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56189539>> Acesso em 13/10/21.

⁶ Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em 13/10/21.

⁷ Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))> Acesso em 13/10/21.

No Brasil, no dia 3 de fevereiro de 2020, o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, por meio da Portaria nº 188/2020⁸ declara Emergência em Saúde Pública de importância nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus.

A Portaria nº 188/2020 relata de forma sintética a preocupação mundial com o alastramento do novo vírus e, considerando a necessidade de emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública:

- Estabelece Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional.
- Delega competência ao COE-nCoV para: planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante o estado de Emergência, divulgar a população informações, entre outros;
- Propõe de forma justificada ao Ministro de Estado da Saúde: acionamento de equipes de saúde incluindo a contratação temporária de profissionais, aquisição de bens e serviços, o encerramento do estado de emergência.

Na sequência cronológica, o Congresso Nacional, em 6 de fevereiro de 2020, decreta medidas para o enfrentamento da emergência de saúde decorrente do surto de coronavírus, e a Lei nº 13.979/2020 é sancionada pelo presidente da República, sem vetos. Entre as medidas previstas, há previsão de isolamento; quarentena; determinação de realização compulsória de exames laboratoriais, coleta de amostras clínicas, vacinação e outras medidas profiláticas.

No dia 26 de fevereiro de 2020, após as festas de Carnaval, foi identificado em São Paulo o primeiro caso de Covid-19, de um cidadão que havia viajado para a Itália⁹. E já no dia 20 de março, o Ministério da Saúde confirmou a primeira transmissão comunitária¹⁰, modalidade em que não é possível rastrear o paciente que originou a cadeia de infecção. Nessa mesma data, foi decretado o Estado de Calamidade Pública pelo Congresso Nacional, por meio do Decreto Legislativo nº 6¹¹.

Na seara trabalhista, em 22 de março de 2020, publicou-se a Medida Provisória nº 927, com inúmeras alterações trabalhistas objetivando, segundo o governo, o enfrentamento econômico da pandemia.

⁸ Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>> Acesso em 13/10/21.

⁹ Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/ministerio-da-saude-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-no-brasil>> Acesso em 13/10/21.

¹⁰ Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-declara-transmissao-comunitaria-em-todo-o-pais>> Acesso em 13/10/21.

¹¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm> Acesso em 13/10/21.

Medida Provisória nº 927, de 2020

A Medida Provisória nº 927, além de ser totalmente incongruente com a pandemia e seus efeitos complexos, revelou-se insuficiente para minimizar o agravamento da crise econômica que assola o país, oferecendo alternativas e alento apenas e tão somente aos empregadores. E, pior, jogou o peso do resultado das escolhas nos ombros dos trabalhadores e trabalhadoras, cuja vontade encontrava-se completamente maculada diante da ameaça concreta de desemprego e miséria.

A título ilustrativo, alguns dos pontos mais graves da MP:

- Não estabeleceu qualquer tipo de garantia de emprego, permitindo dispensas individuais e coletivas.
- Flexibilizou a fiscalização do cumprimento de normas de medicina e segurança, deixando os trabalhadores mais vulneráveis em razão da ausência de treinamentos previstos nas Normas Regulamentadoras – NRs, normas que disciplinam a segurança e saúde do trabalhador no Brasil.
- Não concedeu nenhuma garantia, seja de proteção à saúde (a mais importante), seja pecuniária, aos trabalhadores do serviço de saúde, instituindo somente regras para intensificar suas jornadas de trabalho e ampliar as hipóteses de posterior compensação ou pagamento.
- Suspendeu a obrigatoriedade de todos os exames ocupacionais, com exceção do exame demissional.
- Afastou a Covid-19 como doença profissional.

Vale ressaltar que o Supremo Tribunal Federal, em 29 de abril de 2020, no âmbito das Ações Diretas de Inconstitucionalidade nºs 6.342, 6.344, 6.346, 6.348, 6.349, 6.352 e 6.354 declarou a inconstitucionalidade de dois artigos da MP nº 927, os arts. 29 e 31, dada a sua clara afronta à Constituição¹².

O art. 29 previa que os casos de contaminação pelo coronavírus não seriam considerados ocupacionais, exceto mediante comprovação do nexo causal. Ou seja, a vítima de moléstia nessas condições teria que, paradoxal e absurdamente, fazer a desafiadora comprovação do nexo de causalidade entre a atividade desenvolvida e a contaminação pelo coronavírus. Nem mesmo as pessoas que trabalham na área da saúde, uma das áreas mais afetadas, foram poupadas. Logo elas as responsáveis pelo combate efetivo do coronavírus e pelo cuidado de quem adoeceu.

A decisão do Poder Executivo em permitir o maior número de contaminados com a ideia de que ocorreria a denominada imunização de rebanho fez com os hospitais ficassem lotados e, assim, crescesse o índice de contaminação dos profissionais da saúde.

¹² Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442355&ori=1>> Acesso em 13/10/21.

Ações e omissões do Poder Executivo Federal

As falas do presidente da República em entrevistas e “lives” semanais deixam claro que manter o Poder Executivo federal inerte frente ao combate da pandemia foi pensando de forma estratégica para que a população continuasse normalmente suas atividades produtivas, contaminando-se.

Nesse sentido, o parecer jurídico da lavra Miguel Reale Júnior, Sylvia H. Steiner e Helena Regina Lobo da Costa para a Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal, datado de 13 de setembro de 2021¹³, trás a cronologia perversa das falas e atitudes do governo federal:

30 de abril de 2020, fala do presidente da República em sua “live” semanal: “70% da população vai ser infectada. E, pelo que parece, pelo que estamos vendo agora, todo empenho para achatar a curva praticamente foi inútil. Agora, consequência disso, efeito colateral disso: desemprego. O povo quer voltar a trabalhar. Todo mundo sabe que quanto mais jovem, menos problema tem de ter uma consequência danosa, sendo infectado pelo vírus. As pessoas abaixo de 40 anos de idade, dos infectados com alguma outra comorbidade, em torno de 0,2% apenas que o fim é trágico.”¹⁴

9 de maio, entrevista concedida no lago Paranoá, andando de jet-ski, sem máscara: “É uma neurose. 70% vai pegar o vírus, não tem como. É uma loucura.”¹⁵

14 de maio em sua “live” semanal, o presidente reafirma: “O vírus vai atingir no mínimo 70% da população. Isso é fato. Isso ninguém discute. Agora, essa maneira radical de proporcionar lockdown, fecha tudo, não dá certo. E não dá certo em nenhum lugar do mundo. A Suécia, o país que não fez lockdown, é o país que está bem com a sua economia.”

E em 23 de maio: “Encare o vírus como uma realidade. 70% vai ser infectado. Pra quê levar o terror junto ao povo? Todo mundo vai morrer. Quem tiver uma idade avançada e for fraco, se contrair o vírus vai ter dificuldade. Quem tem doenças, comorbidades, também vai ter dificuldade. Esse pessoal que tem que ser zelado. Pela família. O Estado não tem como zelar de todo mundo não, fica aí essa demagogia de ‘todo mundo em casa’.

¹³ Disponível em: <<https://cdn.oantagonista.com/uploads/2021/09/Parecer-Juridico-CPI-13set2021-versao-final.pdf>> Acesso em 13/10/21.

¹⁴ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XceWFVE7QLc>>. Acesso em 20/09/2021.

¹⁵ Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/apos-cancelar-churrasco-bolsonaro-pilotajet-ski-em-lago-de-brasilia-09052020>>. Acesso em 20/09/2021.

Quem tem grana fica em casa. (...) Eu gostaria, já conversei com alguns líderes partidários, que se defina, né, se eu tiver apoio eu apresento um projeto de medida provisória, o que é atividade essencial? É toda aquela necessária pro ser humano, pro homem e a mulher levar um prato de comida pra sua casa. (...) Uma neurose, neurose.”¹⁶

Em 13/07/20, Discurso na Cúpula Ministerial sobre Inclusão Social para a América Latina e o Caribe da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Ministro da Economia, Paulo Guedes, assegurou: “Algumas regiões brasileiras já contam com imunidade de rebanho contra o novo coronavírus. (...) Há Estados em que o confinamento social foi limitado e a pandemia avançou rapidamente. Houve grande mortalidade e os sistemas de saúde foram pressionados, às vezes faltando atendimento. E agora são os Estados onde a doença está caindo mais rapidamente.”

Em 31/07/20, em Bagé, o presidente reafirma a ideia de imunidade de rebanho: “Todos vocês vão pegar um dia. Tem medo do quê? Enfrenta. Lamento as mortes. Morre gente todo dia, de uma série de causas. É a vida”.¹⁷

Em entrevista ao vivo do Ministério da Saúde, em 07/01/21, o presidente da República refere: “Nós tivemos que enfrentar um fechamento indiscriminado da economia brasileira. Se eu tivesse poder lá atrás de tratar desse assunto, nós daríamos uma atenção toda especial pro pessoal de grupo de risco, pessoal com comorbidade e pessoas com mais idade, e o resto da população volta a trabalhar. (...) O que alguns estão fazendo agora novamente de fechar tudo, isso é uma irresponsabilidade”.

Além das falas, o governo federal também atuou por meio de decretos e medidas provisórias para impedir que Estados e Municípios exigissem o isolamento domiciliar da população:

- MP nº 926/20, artigo 3º, § 9º: “O Presidente da República disporá, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais a que se referem o § 8º”.
- Decreto nº 10.282/20: define mais de 50 atividades gerais como essenciais, dentre essas o “call center”.
- Decreto nº 10.292/20: inclui atividades religiosas de qualquer natureza e unidades lotéricas entre as atividades consideradas essenciais durante a pandemia.

¹⁶ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P70okK2pwtw>>. Acesso em 11/10/2021.

¹⁷ Disponível: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/noticia/2020/07/inauguracoesaglomeracoes-e-cloroquina-como-foi-a-visita-de-bolsonaro-a-bageckdanu88b0043013gksm8zb3d.html>>. Acesso em 11/10/2021.

O governo federal, sob o comando visceral do presidente da República, passou a tentar incutir na população um falso dilema entre salvar vidas x economia, tentando fazer crer que atuar para salvar vidas seguindo as recomendações científicas orientadas pela OMS, em especial o isolamento social, mataria a população de fome, com a quebra da economia nacional. Com essa falsa premissa, passou a atuar contra o isolamento social, conforme nos mostra trechos do parecer jurídico da CPI do Senado¹:

Em 26/03/20, a Secretaria de Comunicação da Presidência da República lançou a campanha “O Brasil não pode parar”, veiculando a informação de que “no mundo todo, são raros os casos de vítimas fatais do coronavírus entre jovens e adultos”, incitando a desobediência das medidas de quarentena: “Para trabalhadores autônomos, o Brasil não pode parar. Para ambulantes, engenheiros, feirantes, arquitetos, pedreiros, advogados, professores particulares e prestadores de serviços em geral, o Brasil não pode parar.”²

Em 16/04/2020, o presidente da República efetiva a demissão de Henrique Mandetta do Ministério da Saúde, o qual denuncia a existência de um assessoramento “paralelo”, um Ministério Sombra, que diz ao presidente da República o que lhe agradava acerca das medidas a serem tomadas em face da pandemia, em desacordo com as recomendações da ciência.³

Em 10/06/2020, por transmissão ao vivo no Facebook, o presidente da República incita a invasão de hospitais de campanha: “Pode ser que eu esteja equivocado, mas, na totalidade ou em grande parte, ninguém perdeu a vida por falta de respirador ou leito de UTI. Pode ser que tenha acontecido um caso ou outro. Seria bom você, na ponta da linha, tem um hospital de campanha aí perto de você, um hospital público, arranja uma maneira de entrar e filmar. Muita gente tá fazendo isso, mas mais gente tem que fazer para mostrar se os leitos estão ocupados ou não.”⁴

Pela Mensagem nº 374, o presidente da República veta 25 dispositivos da Lei nº 14.019, de 02/07/20, que institui a obrigatoriedade do uso de máscaras em estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, escolas e demais locais fechados em que haja reunião de pessoas, sob a justificativa de que os dispositivos incorreriam em possível “violação de domicílio”.

¹ Disponível em: <<https://cdn.oantagonista.com/uploads/2021/09/Parecer-Juridico-CPI-13set2021-versao-final.pdf>> Acesso em 13/10/21.

² Disponível em: <<https://cdn.oantagonista.com/uploads/2021/09/Parecer-Juridico-CPI-13set2021-versao-final.pdf>> Acesso em 13/10/21.

³ Disponível: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/28/mandetta-revelagabinete-paralelo-e-tentativa-de-mudar-bula-da-cloroquina>> Acesso em 20/09/2021.

⁴ Disponível: <<https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-incentiva-invasao-de-hospitais-para-filmar-leitos,d6d91d6b5d4ede0c0afea23f1b5d16fuukb4x1w.html>>. Acesso em 20/09/2021.

O presidente da República vetou, ainda, a imposição de multa pelos entes federados nos casos de descumprimento da obrigação de uso de máscaras e de estabelecimentos autorizados a funcionar durante a pandemia da Covid-19 que deixassem de disponibilizar álcool 70% em locais próximos a entradas, elevadores e escadas rolantes. (Em 19/08/20, o Congresso Nacional derrubou o veto presidencial, mantendo os dispositivos na lei)

Em 19/03/2021, o presidente da República, diretamente, e não por meio do Advogado Geral da União, propôs ADI, com pedido de medida liminar, para suspender os decretos da Bahia, do Distrito Federal e do Rio Grande do Sul que estabeleçam medidas restritivas no combate à pandemia, como o fechamento de atividades não essenciais e o toque de recolher noturno. (A ação foi considerada inepta)

Além dos atos deliberados para o não enfrentamento da pandemia em conformidade as Orientações da Organização Mundial da Saúde, o governo federal deixou de aplicar verba disponível para a compra de vacinas (de 24 bilhões disponíveis no orçamento para compra de vacinas, apenas 2 bilhões foram gastos em 2020).⁵

Ao contrário, o governo destinou verbas para a construção de um aplicativo denominado TRATECOV para “auxiliar os profissionais de saúde na coleta de sintomas e sinais de pacientes visando aprimorar e agilizar os diagnósticos da Covid-19, sendo escolhido Manaus para a “estreia” do APP em 13 de janeiro de 2021. A plataforma sugeria a prescrição de medicamentos como hidroxicloroquina, cloroquina, ivermectina, azitromicina e doxiciclina, conforme o cadastro de sintomas pelos usuários.⁶

O governo federal, como se vê, atuou vigorosamente para que a população acreditasse na prevenção e no tratamento medicamentoso por meio do que chamou de Kit-Covid, proclamando diariamente as vantagens na ingestão de remédios, como ivermectina e cloroquina, alardeando eficácia de um tratamento precoce para a Covid-19, o qual de forma alguma teve comprovação científica em qualquer lugar no mundo.

Demonstrando total desprezo pela vida da população, o presidente da República e o Ministro da Saúde mentiram em suas redes sociais sobre os efeitos colaterais da medicação indicada, em verdadeira prática de curandeirismo, incentivando o uso de medicação sem comprovação:

⁵ Disponível em: Folha de S. Paulo de 1º de março, p. A13. Acesso em 13/10/21.

⁶ Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Nota-aplicativo-TrateCov-21.01.2021-1.pdf> >. Acesso em 10/10/2021.

Em 08/04/20, o presidente da República publicou no Twitter: “Há 40 dias venho falando do uso da hidroxicloroquina no tratamento do Covid-19. Cada vez mais o uso da cloroquina se apresenta como algo eficaz”.⁷

Em 14/05/2020, em videoconferência promovida pela FIESP, o presidente da República afirmou: “Estou exigindo a questão da cloroquina agora também. Se o Conselho Federal de Medicina decidiu que pode usar cloroquina desde os primeiros sintomas, por que o governo federal, via Ministro da Saúde, vai dizer que é só em caso grave? Eu sou comandante, presidente da República, para decidir, para chegar para qualquer ministro e falar o que está acontecendo. E a regra é essa, o norte é esse”.⁸

Discurso no evento “Brasil vencendo a Covid-19”, o presidente da República afirmou que: “Alguns mudam de médico, eu mudei de ministro. Entrou o [Nelson] Teich e ficou trinta dias, depois, para não ter mais uma mudança, deixei um interino, o Eduardo Pazuello. [...] O Pazuello resolveu mudar a orientação e botou ali ‘em qualquer situação, receitar-se a cloroquina’, de modo que o médico pudesse ter a sua liberdade”. Afirmou que mais de dez ministros se trataram com a medicação e “nenhum foi hospitalizado. Então, está dando certo”.

Em 16/09/2020, o Ministro Eduardo Pazuello afirmou que: “O tratamento precoce salva vidas. Por isso, temos falado dia após dia, ‘não fique em casa’, receba o diagnóstico clínico do médico. Receba o tratamento precoce”.⁹

Em 26/10/2020, o presidente da República questionou o investimento em vacinas reafirmando investimentos na “cura” da Covid-19: “Não é mais barato nem fácil investir na cura do que até na vacina ou jogar nas duas? Mas também não esquecer a cura. Há cura aí... Eu, por exemplo, sou um testemunho. Eu tomei a hidroxicloroquina, outros tomaram a ivermectina, outros tomaram Annita... E deu certo. E, pelo que tudo indica, todo mundo que tratou precocemente com uma dessas três alternativas aí foi curado”.¹⁰

⁷ Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/bolsonaro-reforca-a-eficacia-da-cloroquina-e-alfineta-governo-doria-08042020>>. Acesso em 10/10/2021.

⁸ Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/14/bolsonaroexige-que-ministro-da-sade-recomende-a-cloroquina.ghtml>>. Acesso em 10/10/2021.

⁹ Disponível em: <<https://www.gov.br/planalto/ptbr/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jairbolsonaro-durante-o-encontro-brasil-vencendo-a-covid-19-palacio-do-planalto>>. Acesso em 10/10/2021.

¹⁰ Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/redacao/2020/10/26/bolsonaro-volta-a-falar-em-cautela-para-adquirirvacina.htm>>. Acesso em 10/10/2021

Em 05/01/2021, o presidente da República afirmou: “Se um médico não receitar o tratamento precoce, procure outro médico. Não tem efeito colateral”.¹¹

Em maio de 2021 em sua “live” semanal, em meio à crise da segunda onda da Covid-19 no Brasil, o presidente da República continuava insistindo no uso da cloroquina para o tratamento de Covid-19: “Eu não vou falar aquilo que eu tomei lá no Brasil se não vão me cortar o sinal da internet, mas vocês sabem o que eu tomei. (...) Eu tive os sintomas há um mês atrás (sic) mais ou menos, sintomas iguaizinhos o que eu tive na primeira vez que fui infectado. O que que eu fiz? Tomei aquilo e ponto final. (...) O que eu tomei, o pessoal toma aqui direto na Amazônia, sem receita médica, toma para combater o quê? A malária. O cara foi acometido de malária, pega aqueles comprimidos, aquele que eu mostrei para a ema e toma para a malária.”

Resta claro o empenho do governo federal para que a população acreditasse que, ao tomar determinada medicação de forma precoce, estava imune aos efeitos mais agressivos da Covid-19 e que existia tratamento medicamentoso eficaz para que a doença não fosse fatal àqueles que utilizassem o Kit-Covid. O governo federal mentiu e enganou a população, mesmo em meio ao caos hospitalar no início do ano de 2021.

Vejamos notícia da BBC Brasil em junho de 2021:

“Com o agravamento atual da pandemia, ao menos 13 Estados brasileiros e o Distrito Federal enfrentam escassez de leitos UTI e filas crescentes por essas vagas em hospitais.

São eles: Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. São Paulo tem filas por UTIs em alguns municípios, mas o governo João Doria diz não saber precisar o tamanho da fila estadual porque o sistema é descentralizado. Piauí e Maranhão não responderam aos pedidos de informação.

No Rio Grande do Sul, a fila praticamente triplicou em maio, de 23 em 04/05 para 58 em 31/05. No Rio Grande do Norte, a lista tinha 93 pessoas, a maioria formada por não idosos. No Rio de Janeiro, o número passou de 49 pacientes em 13/05 para 93 em 31/05.

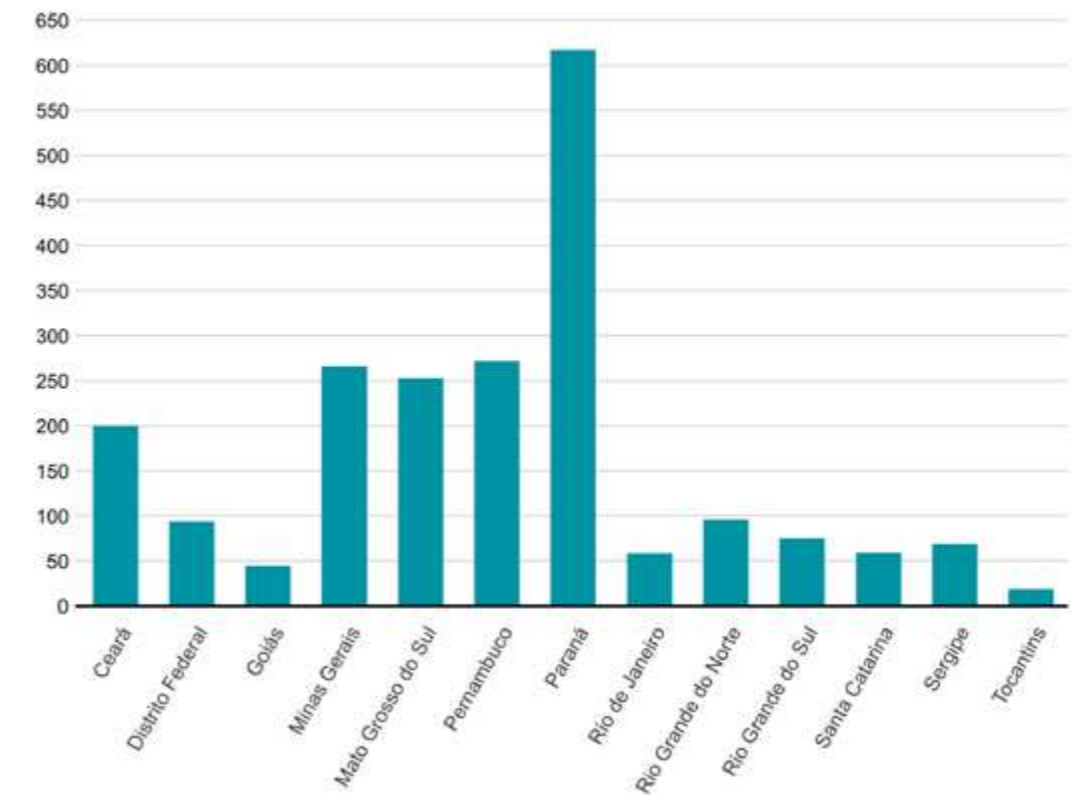
A maior espera por UTI está no Paraná, onde a taxa de ocupação das UTIs é de 96% e a fila por uma vaga quadruplicou em maio. O tamanho da espera nos Estados costuma

oscilar de um dia para o outro porque muitas pessoas internadas morrem (em 9 dias, em média) ou recebem alta (em 6 dias, em média), segundo dados do RN.

No início de maio, a fila no sistema de saúde paranaense tinha em torno de 140 pessoas. Agora, são 698, dez a menos que o recorde registrado em março de 2021. Ou seja, o Paraná está próximo de chegar ao pior momento da pandemia até agora.”¹²

12 Estados e DF têm filas por vaga em UTI na fase atual da pandemia

Tamanho da espera varia de um dia para o outro, mas quase todos enfrentam piora



Fonte: Secretarias estaduais de saúde (dados relativos a 30.mai.21 ou 31.mai.21)



¹¹ Disponível em: < <https://noticias.r7.com/brasil/bolsonaro-diz-que-governo-fez-a-sua-parte-na-crise-em-manaus-15012021> >. Acesso em 10/10/2021.

¹² Gráfico e trecho de reportagem disponível na íntegra em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57316310> >. Acesso em 10/10/2021.

O Conselho Nacional da Saúde, em 31/03/2021, em carta aberta aos presidentes da República, do Senado e da Câmara, e ao Ministro da Saúde, chamou a atenção para o orçamento destinado ao enfrentamento da pandemia: “o orçamento destinado ao financiamento das ações e serviços de saúde para o ano de 2021, aprovado em março, é incompatível com os seus custos mínimos, ainda mais ao se considerar o crescimento exponencial da pandemia da Covid-19.”¹³

Agindo contra as orientações da OMS e das medidas de enfrentamento da pandemia emitidas por Estados e Municípios que exigiam isolamento da população, o Governo Federal, desprezando a vida da população e colocando em maior risco a vida dos profissionais da saúde, contribuiu para um maior número de contaminados, sob a falsa premissa de imunização de rebanho, fazendo com que hospitais ficassem lotados, contaminando grande número de profissionais da saúde.

Condições laborais e evidências de sofrimento psíquico dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde

Além dos fatos mencionados, que evidenciaram a falta de política governamental para resguardar a saúde e a segurança dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros, trazemos pesquisa realizada pela Internacional de Serviços Públicos – ISP Brasil, que apresentou o Relatório Sintético e o Relatório Analítico da pesquisa nacional da campanha mundial “Trabalhadores e Trabalhadoras Protegidos Salvam Vidas”, com recorte nas condições laborais e evidências de sofrimento psíquico dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde no setor público e privado que atuam no enfrentamento da pandemia.

A pesquisa foi realizada de 31 de março a 15 de junho de 2020, com 3.636 participantes, e evidencia a dificuldade de acesso a equipamentos de proteção individual, a desorganização quando estes são distribuídos pelos empregadores, a ausência de dados confiáveis sobre a capacitação dos trabalhadores, carga horária elevada e adoecimento psíquico, principalmente daqueles que não recebem equipamentos, não são treinados ou são mal treinados e que possuem cargas horárias extenuantes.

Trabalhadores e trabalhadoras da saúde foram 86% dos respondentes da pesquisa e sofreram com a falta de capacitação técnica, pois 69% informaram não ter acesso a treinamento adequado. Dentre os trabalhadores dos demais serviços essenciais, o índice é ainda maior: 77% informaram não ter tido treinamento. E 63% do total de trabalhadores respondentes relataram não ter equipamentos de proteção individual suficientes.

¹³ Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1676-carta-aberta-do-cnsas-autoridades-do-legislativo-e-executivo-sobre-a-incompatibilidade-do-orcamentodo-sus-em-2021> >. Acesso em 10/10/2021.

Vejamos:

Gráfico 1 - A Quantidade de Equipamentos de Proteção Individual fornecida por seu local de trabalho é suficiente para troca e higienização?

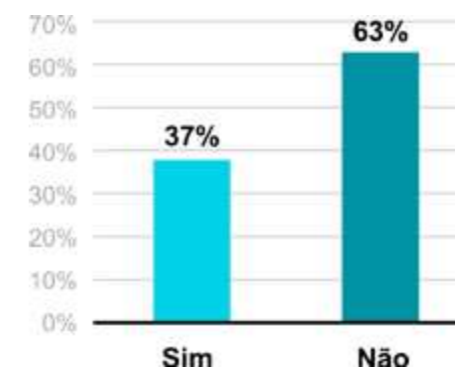


Gráfico 2 - Você está tendo algum sofrimento psíquico em função desse momento no trabalho?

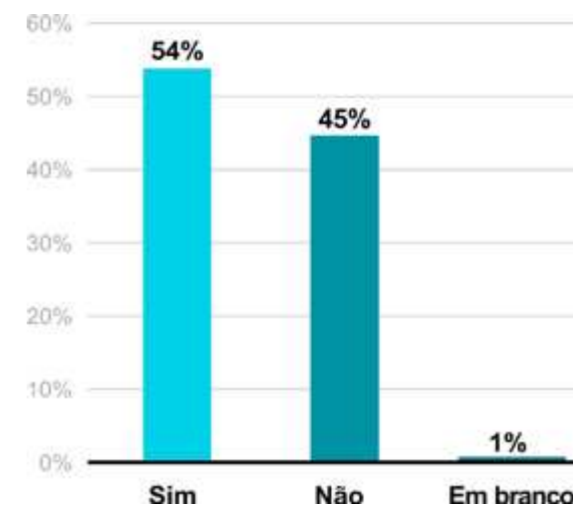
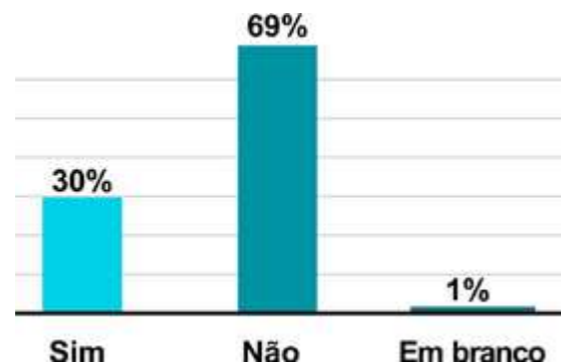


Gráfico 3 - Você passou por treinamento adequado para atender pacientes com suspeita de Coronavírus?



A realidade demonstrada pela pesquisa reforça a ausência de medidas eficazes do Estado brasileiro para o enfrentamento da pandemia e a garantia da saúde de trabalhadores e trabalhadoras, principalmente na área da saúde. O Ministério Público do Trabalho, por exemplo, registrou mais de 800 denúncias ligadas a esses trabalhadores e a falta de equipamentos é uma das principais queixas, conforme a ISP demonstra em sua pesquisa. Como se vê, os profissionais da saúde ficaram relegados à própria sorte, com a total omissão do Poder Executivo em garantir condições dignas de trabalho e, conseqüentemente, evitar que morressem ou adoecessem.

Projeto de Lei que concedia compensação financeira aos trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde

Ciente da falta de condições adequadas de trabalho para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente na pandemia, o Congresso aprovou o Projeto de Lei nº 1826/2020¹⁴, que concede compensação financeira a ser paga pela União aos trabalhadores e às trabalhadoras da área da saúde que trabalharam diretamente com pacientes acometidos pela Covid-19 e que se tornaram incapacitados pelo trabalho ou ao cônjuge ou companheiro e dependentes em caso de óbito.

¹⁴ Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142085>> Acesso em 13/10/21.

O Projeto de Lei foi integralmente vetado pelo presidente da República sob fundamento da falta de interesse público e inconstitucionalidade¹⁵, sendo o veto derrubado pelo Congresso no dia 17 de março de 2021 e a Lei promulgada sob o número 14.128, de 26 de março de 2021¹⁶.

Ainda assim, o presidente da República ingressou com a ADI nº 6.970¹⁷ no STF na tentativa de que o Supremo Tribunal Federal declare a inconstitucionalidade da lei que concede a compensação financeira aos profissionais na linha de frente do enfrentamento da pandemia. O processo encontra-se sem julgamento até a presente data.

Mortes de profissionais da saúde

É importante esclarecer que o Brasil registrou o falecimento de 5.798 profissionais de saúde de março de 2020 até fevereiro de 2021, um aumento de 25,9% em relação ao mesmo período de 2019, quando houve 3.571 mortes.

Dados compilados pela Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais – Arpen-Brasil¹⁸ demonstram que há tendência de mais mortes em 2021, ou seja, se os próximos meses continuarem no mesmo ritmo, até o final do ano de 2021 podem ser registradas 7.812 mortes.

Segundo a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, somando os 12 meses de pandemia, os profissionais da enfermagem foram as maiores vítimas, com 1.893 profissionais mortos. Entre os médicos, foram 695 óbitos¹⁹, o que revela o impacto da Covid-19 entre os trabalhadores e as trabalhadoras da linha de frente do combate ao coronavírus.

O Conselho Federal dos Enfermeiros, em janeiro de 2021, antes da segunda onda da pandemia de Covid-19, ao analisar dados do Ministério da Saúde referentes a 2020, também constatou que dos mais de 200.000 mil mortos pela Covid-19 no Brasil, 500 óbitos eram de profissionais da saúde, o que representava 1/3 das mortes dos profissionais da área no mundo, sendo 1.500 mortes em 44 países, conforme o Conselho Internacional dos Enfermeiros.²⁰

¹⁵ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Msg/VET/VET-431.htm> Acesso em 13/10/21.

¹⁶ Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.128-de-26-de-marco-de-2021-310838371>> Acesso em 13/10/21.

¹⁷ Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/bolsonaro-profissionais-saude.pdf>> Acesso em 13/10/21.

¹⁸ Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/coronavirus/mortes-de-profissionais-de-saude-crescem-26-em-1-ano-de-pandemia-no-brasil/>>. Acesso em 10/10/2021.

¹⁹ Disponível em: <<https://cnts.org.br/noticias/com-pandemia-morte-de-profissionais-de-saude-cresce-245-no-pais-em-2020/>>. Acesso em 10/10/2021.

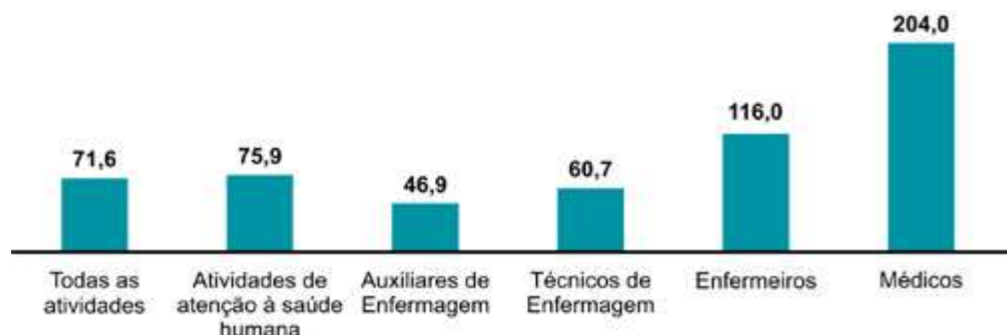
²⁰ Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html>. Acesso em 10/10/2021.

Dados do Boletim Emprego em pauta, do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), de maio de 2021, demonstram que o crescimento dos desligamentos por morte no emprego celetista foi de 75,9% nas atividades de atenção à saúde humana:

Cresem os desligamentos por morte no emprego celetista - Médicos e enfermeiros e trabalhadores em atividades de educação e transporte são os mais afetados

- Entre os primeiros trimestres de 2020 e 2021, os desligamentos por morte do emprego celetista cresceram 71,6%.
- Nas atividades de atenção à saúde humana, o crescimento foi de 75,9%.
- Entre os médicos, os desligamentos por morte triplicaram e entre os enfermeiros, duplicaram.
- O Amazonas foi o estado onde houve a maior ampliação desse tipo de desligamento: 437,7%.
- Na educação, o crescimento foi de 106,7% e em transporte, armazenagem e correio, de 95,2%

Gráfico 4 - Crescimento dos desligamentos por morte no emprego celetista entre o 1º trimestre de 2020 e o 1º trimestre de 2021 (em%) - Brasil



Fonte: Novo Caged, SEPRT-ME. Edaboração: DIEESE

Quantas famílias brasileiras perderam seus familiares trabalhando para garantir a recuperação e a saúde de outras pessoas? Quantas famílias brasileiras ficarão desamparadas? Nada mais justo que a Lei nº 14.128, de 26 de março de 2021, garanta pensão compensatória para os dependentes do profissional falecido em decorrência da Covid-19 e para os profissionais que ficaram incapacitados para o trabalho.

Além das mortes e do desamparo das famílias, chama a atenção o número de afastamentos dos trabalhadores e das trabalhadoras por causa da Covid-19 e de suas sequelas. No primeiro semestre de 2021, houve mais de 64 mil afastamentos, número bastante superior aos 37 mil dos meses de abril

a dezembro de 2020. Muitos dos acometidos pela doença continuam com sintomas e necessitam de reabilitação, por exemplo.²¹

Vale ressaltar também o grande número de subnotificações, uma vez que somente os afastamentos de trabalhadores contratados formalmente ou que contribuam ao INSS, com solicitação médica de afastamento por mais de 15 dias, entram no sistema do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS para receber auxílio previdenciário, dado contabilizado no número anteriormente apresentado.

Estado de coisas inconstitucional denunciado por entidades da saúde

Tendo em vista todos os fatos abordados neste artigo, entidades sindicais e da sociedade civil, integrantes do Conselho Nacional da Saúde, ingressaram com Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental junto ao Supremo Tribunal Federal para que este declara o denominado “estado de coisas inconstitucional” caracterizado por um “quadro de violação massiva e persistente de direitos fundamentais, decorrente de falhas estruturais e falência de políticas públicas e cuja modificação depende de medidas abrangentes de natureza normativa, administrativa e orçamentária” (ADPF nº 347).²²

O “estado de coisas inconstitucional” denunciado na ADPF nº 822 também deve contar com medidas legislativas extraordinárias para a sua mitigação, como já defendida por Marco Aurélio em seu voto:

A atuação de um único órgão ou Poder não servirá para resolver o cenário. A eliminação ou a redução dos problemas dependem da coordenação, pela União, de medidas de diferentes naturezas e oriundas dos Poderes Públicos de todos os entes da Federação: intervenções legislativas, executivas, orçamentárias e interpretativas. A solução requer ações orquestradas, a passagem do concerto (com C) institucional para o conserto (com S) do quadro.

Por fim, comprovando todos os fatos expostos neste texto e, conseqüentemente, o “estado de coisas inconstitucional” por que passa o Brasil, vale salientar que, em abril de 2021, o Senado Federal, após determinação do STF (Mandado de Segurança nº 37.760)²³, instaurou a Comissão Parlamentar de Inquérito com objetivo

²¹ Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/afastamento-do-trabalho-por-covid-dispara-e-hospitais-criam-centros-de-reabilitacao.shtml> >. Acesso em 11/10/2021.

²² Disponível em: < <https://www.lbs.adv.br/noticia/lockdown-com-auxilio-emergencial-ja-adpf-do-lockdown-e-pautada-para-julgamento-no-stf> >. Acesso em 18/10/2021.

²³ Disponível em: < <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=464162&ori=1> >. Acesso em 13/10/21.

de investigar eventuais omissões do governo federal no enfrentamento da pandemia de Covid-19, sendo que os depoimentos colhidos após seis meses de investigações apontam:

- O governo foi orientado por um “Ministério paralelo” na gestão da pandemia²⁴;
- Houve tentativa de mudança na bula do remédio cloroquina para indicar o consumo no caso da Covid-19²⁵;
- Houve negativa e morosidade na compra de vacinas no início da pandemia com laboratórios fabricantes²⁶;
- Houve corrupção na compra de vacinas por meio de laboratórios intermediários²⁷;
- É inegável a omissão do governo federal quanto ao enfrentamento do colapso do sistema de saúde no Amazonas no início do ano de 2021²⁸;
- Fica claro o negacionismo quanto às orientações da OMS, em especial relativo ao isolamento social e ao uso de máscaras, com estímulo à imunidade de rebanho por meio de contaminação²⁹;
- Houve orientação ao consumo de medicamentos sem comprovação científica intitulados pelo governo como “tratamento precoce” para a Covid-19;
- Restou comprovada a orientação de profissionais da saúde a prescreverem medicação sem comprovação científica para pessoas com sintomas da Covid-19, por meio de aplicativo do Ministério da Saúde denominado “TrateCOV”³⁰;
- Houve a organização e a orientação de uma rede de comunicação para disseminação de “fake news” durante a pandemia, com o intuito de desqualificar as orientações de distanciamento social, uso de máscaras e eficácia da vacinação, usando a desinformação como estratégia de governo³¹.

²⁴ Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/06/07/Minist%C3%A9rio-paralelo-da-Sa%C3%BAde-qual-o-problema-de-sua-exist%C3%Aancia>> Acesso em 13/10/21.

²⁵ Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2021/05/11/presidente-da-anvisa-diz-que-vetou-tentativa-de-mudar-bula-da-cloroquina.ghtml>> Acesso em 13/10/21.

²⁶ Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/01/reconhecimento-de-recusa-de-oferta-da-pfizer-amplia-criticas-a-atuacao-de-bolsonaro-na-pandemia.shtml>> Acesso em 13/10/21.

²⁷ <https://istoe.com.br/novas-denuncias-de-corrupcao-na-compra-de-vacinas-atingem-o-brasil/>

²⁸ Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/05/depoimento-de-pazuella-reforca-omissao-federal-no-amazonas-e-cpi-da-covid-preve-relatorio-parcial.shtml>> Acesso em 13/10/21.

²⁹ <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADtica/veja-o-que-a-cpi-da-covid-j%C3%A1-sabe-e-focos-da-investiga%C3%A7%C3%A3o-ap%C3%B3s-3-meses-1.661165>

³⁰ <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/em-simulacao-tratecov-indica-cloroquina-para-bebe-com-febre-e-congestao-nasal/>

³¹ <https://oglobo.globo.com/politica/relator-da-cpi-da-covid-aponta-bolsonaro-como-integrante-do-nucleo-de-comando-de-rede-de-fake-news-1-25238407>

Considerações finais

O Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e da Assistência destaca que a proteção e a valorização do trabalho e de seus agentes é necessidade para os governos e as sociedades. No Brasil, infelizmente, o ano de 2021 não será marcado por essa proteção e por essa valorização. Como foi visto, ele está maculado pelas ações e omissões do governo federal, deliberadamente inerte frente ao combate da pandemia, de forma estratégica para que a população continuasse normalmente suas atividades produtivas, contaminando-se, buscando a “imunidade de rebanho”.

O governo fez campanha para estimular o desrespeito às medidas sanitárias e a invasão de hospitais. O governo não organizou a compra de vacinas e promoveu o uso de tratamentos não comprovados cientificamente. O governo não estabeleceu medidas de garantia de renda e de emprego. O governo não protegeu.

Para além dos aplausos que deixamos aqui aos profissionais da saúde, deixamos nessas linhas a memória e a denúncia dessas ações e omissões contra a proteção do trabalhador e da trabalhadora em tempo de Covid-19 no Brasil.

Brasília e Campinas, 18 de outubro de 2021.

Referências:

ACCIOLY, Dante. Mandetta revela “gabinete paralelo” e tentativa de mudar bula da cloroquina. **Agência Senado**. 28, mai, 2021. Disponível: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/28/mandetta-revelagabinete-paralelo-e-tentativa-de-mudar-bula-da-cloroquina>> Acesso em 20/09/2021.

BERTONI, Estevão. Ministério paralelo da Saúde: qual o problema de sua existência. **Nexo**, 07, jun, 2021. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/06/07/Minist%C3%A9rio-paralelo-da-Sa%C3%BAde-qual-o-problema-de-sua-exist%C3%Aancia>> Acesso em 13/10/21.

BIERNATH, André. Um ano de coronavírus no Brasil: os bastidores da descoberta do primeiro caso oficial. **BBC News**. 25 fevereiro, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56189539>> Acesso em 13/10/21.

BOLSONARO diz que governo fez a sua parte na crise em Manaus. **R7**. 15, jan, 2021. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/bolsonaro-diz-que-governo-fez-a-sua-parte-nacrise-em-manaus-15012021>>. Acesso em 10/10/2021.

BOLSONARO, Jair. Live de toda quinta-feira com o Presidente Jair Bolsonaro. **Youtube**, 30, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XceWFVE7QLc>>. Acesso em 20/09/2021

BOLSONARO, Jair. Presidente Bolsonaro: coletiva sobre o que escondem desde o início de seu mandato. **Youtube**, s/d. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=P70okK2pwtw> >. Acesso em 11/10/2021.

BOLSONARO reforça a eficácia da cloroquina e alfineta governo Doria. **Notícias R7**. 08, abr. 2021. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/brasil/bolsonaro-reforca-a-eficacia-da-cloroquina-e-alfineta-governo-doria-08042020>>. Acesso em 10/10/2021.

BRASIL. **Ação direta de inconstitucionalidade**. Presidência da República, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/dl/bolsonaro-profissionais-saude.pdf>> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 6, de 2020**. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Congresso Nacional, Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Lei nº 14.128, de 26 de março de 2021**. Dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito; e altera a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949. Presidência da República, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.128-de-26-de-marco-de-2021-310838371>> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Medida Provisória nº 927, de 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv927.htm Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Mensagem nº 431, de 3 de agosto de 2020**. Senado. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Msg/VET/VET-431.htm> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Parecer Comissão Parlamentar de Inquérito Pandemia Covid-19**. Senado Federal, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://cdn.oantonista.com/uploads/2021/09/Parecer-Juridico-CPI-13set2021-versao-final.pdf>> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Portaria Nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Ministério da Saúde, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>> Acesso em 13/10/21.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 1826, de 2020**. Dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários, em caso de óbito; e altera a Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949. Senado federal, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142085>> Acesso em 13/10/21.

BRASIL representa um terço das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19. **COFEN**. 08, jan, 2021. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html >. Acesso em 10/10/2021.

CAMAROTTO, Murillo; TRUFFI, Renan. Presidente da Anvisa diz que vetou tentativa de mudar bula da cloroquina. **Valor Globo**. 11, mai. 2021. Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2021/05/11/presidente-da-anvisa-diz-que-vetou-tentativa-de-mudar-bula-da-cloroquina.ghtml>> Acesso em 13/10/21.

CAPELLI, Paulo. Relator da CPI da Covid aponta Bolsonaro como integrante do 'núcleo de comando' de rede de fake news. **O Globo**. 15, out, 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/relator-da-cpi-da-covid-aponta-bolsonaro-como-integrante-do-nucleo-de-comando-de-rede-de-fake-news-1-25238407> Acesso em 15/10/21.

CARTA aberta do CNS às autoridades do Legislativo e Executivo sobre a incompatibilidade do orçamento do SUS em 2021. **Conselho Nacional de Saúde**, notícias, 01, abr, 2021. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1676-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-do-legislativo-e-executivo-sobre-a-incompatibilidade-do-orcamentodo-sus-em-2021> >. Acesso em 10/10/2021.

COM pandemia, morte de profissionais de saúde cresce 24,5% no país em 2020. **CNTS**. 06, abr, 2021. Disponível em: < <https://cnts.org.br/noticias/com-pandemia-morte-de-profissionais-de-saude-cresce-245-no-pais-em-2020/> >. Acesso em 10/10/2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Esclarecimento à imprensa**. Brasília, 21 de janeiro de 2021. Disponível em: < <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Nota-aplicativo-TrateCov-21.01.2021-1.pdf> >. Acesso em 10/10/2021.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Boletim Emprego em pauta nº 18**. Maio de 2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta18.html#:~:text=DIEESE%20%2D%20boletim%20emprego%20em%20pauta,no%20emprego%20celetista%20%2D%20maio%2F2021&text=celetista%20cresceram%2071%2C6%25.&text=%2C%20o%20crescimento%20foi%20de%2075%2C9%25>. Acesso em: 19 nov. 2021.

GOMES, Bianca. **Bolsonaro incentiva invasão de hospitais para filmar leitos**. Terra, notícias. 11, jun. 2021. Disponível: < <https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-incentiva-invasao-de-hospitais-para-filmar-leitos,d6d91d6b5d4ede0c0afeaa23f1b5d16fiukb4x1w.html> >. Acesso em 20/09/2021.

LANDIM, Raquel. Em simulação, TrateCov indica cloroquina para bebê com febre e congestão nasal. **CNN**. 25, mai.2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/em-simulacao-tratecov-indica-cloroquina-para-bebe-com-febre-e-congestao-nasal/> Acesso em 15/10/21.

LOCKDOWN com auxílio emergencial já! ADPF do lockdown é pautada para julgamento no STF. **LSB**. Brasília, 24, jun, 2021. Disponível em: <<https://www.lbs.adv.br/noticia/lockdown-com-auxilio-emergencial-ja-adpf-do-lockdown-e-pautada-para-julgamento-no-stf>> Acesso em 18/10/2021.

MAGENTA, Matheus. Treze Estados em colapso já têm filas por leitos de UTI com piora na pandemia. **BBC**. 3, jun, 2021 Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57316310> >. Acesso em 10/10/2021.

MURAKAWA, Fabio. Bolsonaro exige que ministro da saúde recomende a cloroquina. **Valor, o Globo**. 04, mai, 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2020/05/14/bolsonaroexige-que-ministro-da-sade-recomende-a-cloroquina.ghtml>>. Acesso em 10/10/2021.

NOVAS denúncias de corrupção na compra de vacinas atingem o Brasil. **Isto é**. 30, jun. 2021. Disponível em: <https://istoe.com.br/novas-denuncias-de-corrupcao-na-compra-de-vacinas-atingem-o-brasil/> Acesso em 10/10/2021.

OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. S/D. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em 13/10/21..

PLENÁRIO confirma liminar para determinar ao Senado Federal instalação da CPI da Pandemia. **PORTAL STF**. 14, abr, 2021. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=464162&ori=1> >. Acesso em 13/10/21.

RODRIGUES, Alex. Ministério da Saúde confirma primeiro caso de coronavírus no Brasil. **Agência Brasil**. Brasília. Publicado em 26/02/2020. Disponível em: < <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-02/ministerio-da-saude-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-no-brasil> > Acesso em 13/10/21.

SOARES, Gabriella. Mortes de profissionais de saúde crescem 26% em 1 ano de pandemia no Brasil. **Poder 360**, 06, abr, 2021. Disponível em: < <https://www.poder360.com.br/coronavirus/mortes-de-profissionais-de-saude-crescem-26-em-1-ano-de-pandemia-no-brasil/> >. Acesso em 10/10/2021.

STF afasta trechos da MP que flexibiliza regras trabalhistas durante pandemia da Covid-19. PORTAL STF. 29 de abril, 2020. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=442355&ori=1>> Acesso em 13/10/21.

TRATAMENTO precoce da Covid-19 salva vidas', diz Eduardo Pazuello ao assumir Ministério da Saúde. **Jovem Pan.** 16, set, 2020. Disponível em: < <https://jovempan.com.br/noticias/brasil/tratamento-precoce-salva-vidas-dizeduardo-pazuello-ao-assumir-ministerio-da-saude.html>. >. Acesso em 10/10/2021.

VALENTE, Jonas. Covid-19: governo declara transmissão comunitária em todo o país. **Agência Brasil.** Brasília. Publicado em 20/03/2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/covid-19-governo-declara-transmissao-comunitaria-em-todo-o-pais>>Acesso em 13/10/21.

VEJA o que a CPI da Covid já sabe e focos da investigação após 3 meses. **Correio do povo.** 25, set, 2021. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADtica/veja-o-que-a-cpi-da-covid-j%C3%A1-sabe-e-focos-da-investiga%C3%A7%C3%A3o-ap%C3%B3s-3-meses-1.661165> Acesso em 15/10/21.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV).** 30 Janeiro,2020. Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>Acesso em 13/10/21.



EFEITOS DA COVID-19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Maria Helena Machado
Jocelio Henrique Drummond
Denise Motta Dau
Swedenberger do Nascimento Barbosa
Wilson Aguiar Filho
Eliane Aparecida Cruz

Introdução

Desde o início da pandemia até o presente momento, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo já passa de 237 milhões de casos confirmados de Covid-19, com cerca de 4.800 milhões de óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Considerado como o maior problema de saúde pública dos últimos 100 anos, a pandemia impactou todos os países, não só nos aspectos econômicos, mas também sociais, com profundos reflexos sobre os sistemas nacionais de saúde, que não estavam preparados para o seu enfrentamento, fato esse que também se refletiu sobre os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos pacientes suspeitos ou diagnosticados de Covid-19 nos serviços de saúde.

Com efeito, esses profissionais “constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados [...]. Além disso, estão submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições de trabalho, frequentemente, inadequadas” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 3.466). Ressalta-se que “a literatura aponta que profissionais de saúde têm três vezes mais chances de contrair o vírus do que a população em geral” (BARROSO, SOUZA, BREGALDA, LANCMAN& COSTA, 2020, p. 1.093).

Somam-se a isso denúncias e relatos de que os trabalhadores (as) enfrentam situações como de ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para atuarem – o que é encontrado em diversos países –, salários atrasados, sobrecarga de trabalho derivada do número insuficiente de Força de Trabalho em Saúde - FTS adequada para atuar nas unidades de saúde, gerando adoecimento e desgastes físicos e psíquicos, acrescido da desvalorização e precarização dos vínculos trabalhistas, fatos esses constantemente noticiados nas mídias, por meio das entidades sindicais e de representação desses profissionais, quer no Brasil ou em outros países.

A pandemia da Covid-19 tem ceifado vidas em todo o mundo. Para o enfrentamento dessa crise sanitária e humanitária mundial, estão em jogo princípios da dignidade humana e da solidariedade social, os direitos humanos e uma ética de cidadania global, incluído os princípios bioéticos em torno da defesa da vida. A liderança da OMS para contribuir com os países e seus governos, nesta direção, tem sido fundamental. A Organização das Nações Unidas (ONU) vem tratando da ética e da bioética em seus recentes pronunciamentos, especialmente através da OMS e da Organização Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), fazendo um forte chamamento público aos países, em torno da ética da Responsabilidade Pública e dos Direitos Humanos Universais. Conforme colocou a diretora-geral da UNESCO, Andrey Azoulay (2020, p.X):

Em um momento de incertezas, quando as sociedades de todo o mundo adotam medidas rápidas e radicais contra a pandemia, estou preocupada com possíveis ameaças aos direitos humanos, à privacidade e aos padrões éticos, especialmente quanto aos mais vulneráveis. Esta crise exige o melhor da humanidade, com os princípios éticos funcionando como nossa bússola.

Por outro lado, informações recentes mostram o crescente número de profissionais se contaminando, levando milhares a óbito. Tal fato está refletido na fala do diretor geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, na abertura da reunião anual dos estados-membros da entidade realizada em 24 de maio de 2021, quando o mesmo afirmou que pelo menos, 115 mil profissionais de saúde haviam falecido, vítimas da Covid-19 em todo o mundo, desde o início da pandemia até àquela data (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE, 2021).

Assim, no ano em que a OMS designou como **Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores**, em reconhecimento e gratidão pela dedicação inabalável desses profissionais na luta contra a pandemia da Covid-19 e para destacar o papel fundamental dessa FTS nos cuidados para com os cidadãos em nível global, se buscou aqui, discutir a situação dos profissionais de saúde em tempos de Covid-19, à luz da realidade nacional e internacional, apontando também algumas recomendações com vistas a mitigar os efeitos da pandemia junto àqueles que estão atuando na linha de frente, no enfrentamento à pandemia.

CENÁRIO INTERNACIONAL DA COVID-19

É fato incontestável que o surto global de Covid-19 vem repercutindo profundamente em nosso planeta, afetando todos os aspectos de nossas vidas, inclusive nossas casas e nossos locais de trabalho. O mundo não será o mesmo depois desta pandemia. Frente a toda a tragédia, adquiriu-se a certeza de que é absolutamente

necessário mudar a forma de globalização que nos foi imposto, baseado no modelo neoliberal, que aprofunda as desigualdades e as más condições de vida.

Para dar apenas um exemplo como o ‘mercado’ não resolve as necessidades básicas, basta verificar durante a pandemia, a falta em todo o mundo de equipamentos médicos, como respiradores e de EPIs, tais como máscaras, luvas etc. Isso afetou a todos, profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham na linha de frente no combate ao coronavírus. Já em fevereiro de 2020, a OMS alertava para o problema, afirmando: “O essencial manejo dos EPIs deverá ser coordenado via uma cadeia de produção nacional e internacional” (OMS, 2020, p.x).

Contudo, esse problema segue sem solução e cabendo refletir: quantas vidas da população, com destaque aos profissionais de saúde, custou em todo o mundo? Com a cadeia global de produção de EPIs terceirizada para os países asiáticos, visando apenas lucro, não se conseguiu ter esses produtos na quantidade demandada. Hoje, mais do que nunca, é imperativo construir as bases para um novo modelo de globalização. Deve-se sair desta hora sombria com a firme resolução de uma mudança de paradigma, para uma ordem mundial que coloque a saúde pública e o bem-estar das pessoas em primeiro lugar, agora e em todo o futuro.

Outra lição central confirmada é a importância de se ter serviços de saúde sólidos e bem financiados, incluindo sistemas de saúde pública com equipe em número suficiente e condições de trabalho adequadas. É possível constatar em muitos países que anos seguidos com baixos investimentos em saúde pública experimentaram enormes dificuldades nessa hora de urgências. Este não é apenas um efeito colateral de uma pandemia. É uma grave situação enraizada em décadas de subfinanciamento ideológico e privatização da saúde pública, com baixos salários e falta de pessoal para atender a todas as demandas.

Uma boa resposta a essa situação pode ser visto na Espanha, onde o governo, revertendo décadas de privatizações, de utilização ‘novos modelos de gestão’, como as ineficientes associações público-privada, terceirizando o que é papel do Estado, assumiu o controle estatal todos os hospitais do país para fazer frente a pandemia. O decreto governamental na Espanha diz claramente que haverá “a intervenção estatal da Saúde privada para colocá-la a serviço do Sistema Nacional de Saúde” E mais, esse mesmo decreto toma: “medidas laborais dirigidas a reforçar os recursos humanos dos centros sanitários, que se veem muito dizimados pelos contágios e quarentenas provocados pelo vírus” (GÜELL, SANTAELIALIA, 2020, x).

Contudo, essa não foi a regra. Em muitas nações ainda vemos que em vez de políticas fiscais expansionistas para criar mais empregos decentes em saúde e proteção social universal para a população, governos adotam uma série de medidas de austeridade, não optando, por exemplo, por taxar os mais ricos e as empresas transnacionais, que, de modo geral, não pagam impostos de forma adequada.

Todos aplaudem e os chamam de ‘heróis’ aos profissionais na linha de frente da Covid-19. No entanto, não se pode

aceitar que suas recompensas sejam mais precarização, baixos salários, trabalho inseguro, atingindo aos trabalhadores (as) dos serviços de natureza pública que permitiram nossas comunidades continuarem a funcionar. É estratégico estar cada vez mais preparados para atender a situações de emergência. Como alerta a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que optou por estabelecer:

[...] diretrizes que alentam aos governos e aos empregadores dos Serviços Públicos de Urgência a dotar aos trabalhadores destes serviços de meios, ferramentas e recursos adequados para permitir-lhes responder eficazmente as situações de emergência (OIT, 2018, p.x).

É fundamental tal medida, considerando que a frequência e a complexidade dos desastres naturais resultantes do aquecimento global, exigirá trabalhadores (as) em serviços públicos de urgência em número adequado para evitar cargas de trabalho individuais excessivas, com financiamento e equipamentos suficientes. O mesmo se adequa para as pandemias. Entretanto, como garantir isso com baixos salários e más condições de trabalho?

Importante ainda tratar a questão da chamada propriedade industrial para insumos do Setor Saúde, como a vacina. É imperioso mudar as regras atuais sobre patentes em produtos para a saúde. A não alteração na Organização Mundial do Comércio (OMC) do acordo chamado Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados com o Comércio (ADPIC ou TRIPS, por sua sigla em inglês), fará que as indústrias farmacêuticas, com o monopólio outorgado pelo referido acordo, impedirão a produção de vacinas e medicamentos por preços inferiores e em quantidade suficiente para atender as demandas de todos os países. O recente caso da vacina contra o coronavírus, apesar de terem recebido volumosos subsídios governamentais para serem desenvolvidas, uma vez produzidas, as empresas passam a assumir o controle da patente, com lucros bilionários decorrentes de sua venda. A saúde deve estar acima do lucro e considerada um bem público. Essa é a campanha que centenas de entidades globais estão empenhadas a favor da proposta apresentada pela Índia e África do Sul na OMC, propondo a quebra temporária de patentes para vacinas, equipamentos e medicamentos relativos à Covid-19. Essa proposta já conta com apoio da ONU assim como de muitos países, mas alguns ainda seguem obstaculizando esta importante conquista tão necessária para todos, em particular para os profissionais da saúde.

Um caso marcante ocorreu na Itália, que frente ao caos que a insuficiência de respiradores gerava nos hospitais, criativamente começou a produzir o mesmo localmente através de impressão 3D.

A maior preocupação de gestores da Saúde em meio a pandemia de coronavírus é ter capacidade para tratar um número grande de pacientes ao mesmo tempo. A indústria não consegue fabricar os equipamentos necessários para a intervenção médica na velocidade que os hospitais precisam (ANÔNIMO, 2020, p.x).

Mesmo não sendo uma saída ideal, foi uma saída para salvar vidas. Contudo, lamentavelmente, essa produção foi interrompida em função das ameaças de processo, vindo das empresas transnacionais em equipamentos médicos.

O Sindicato Mundial que representa trabalhadores em Saúde, a Internacional dos Serviços Públicos (ISP) manifesta claramente que:

As regras de Propriedade Intelectual (PI) estabelecidas para proteger os lucros das empresas farmacêuticas são uma ameaça à saúde pública global e tornarão a recuperação econômica especialmente impossível para os países em desenvolvimento. A pandemia exigiu sacrifícios extraordinários de trabalhadores em todo o mundo. Em alguns países, os profissionais de saúde trabalharam em condições perigosas, muitas vezes sem o equipamento de proteção individual adequado, por longas horas e, muitas vezes, com pouca ou nenhuma folga. Milhares de profissionais de saúde morreram. Centenas de milhões de trabalhadores perderam seus empregos e meios de subsistência. Não se deve permitir que as empresas farmacêuticas lucrem com a pandemia afirmando o poder do monopólio enquanto todos os demais se esforçam e se sacrificam para superar a crise (ISP, 2021).

Esse tema da patente, tantas vidas perdidas depois e dos lucros bilionários das empresas, segue em debate na OMC.

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE - PROTEGER PARA SALVAR VIDAS

A saúde é um setor com grande potencial não somente para salvar vidas, produzir, preservar e garantir saúde, como também gerador de empregos. Em 2020, o valor das remunerações da FTS era equivalente a 10% do mercado de trabalho, 9,1% do PIB e refletia 30% da capacidade nacional de pesquisa.

Com a pandemia, houve aumento dos postos de trabalho, porém, com maior precarização e exposição aos riscos de contaminação. Já em março de 2020, no Brasil, as redes sociais dos sindicatos, conselhos profissionais e trabalhadores (as) da saúde, em geral, foram tomadas por postagens denunciatórias, mostrando profissionais atuando no combate à pandemia, contaminados e/ou mortos por Covid-19.

Enquanto parte da população fazia isolamento social, um exército de profissionais de saúde trabalhava, incansavelmente, salvando vidas. Exaustos, devido à velocidade e intensidade do trabalho, clamando por insumos, EPIs e condições dignas de trabalho, ganham visibilidade na mídia como nunca ocorrido no país. Importante dizer que esse tipo de denúncia, em outros tempos, ganhava destaque esporádico e quase sempre, com foco na precariedade do atendimento à população, com viés crítico à rede pública de saúde, sem aprofundar o debate sobre as causas estruturais dos problemas. A pandemia abriu espaço para a abordagem sobre o cotidiano desses trabalhadores (as). Para isso, muito contribuiu o papel fiscalizador e reivindicatório das entidades sindicais.

Já em meados de março a situação piora sensivelmente, o vírus se alastra com rapidez. Em alguns estados iniciam-se os fechamentos de escolas, bares, restaurantes, comércio e academias. Começa a quarentena e a luta pela vida e contra a Covid-19 toma as pautas midiáticas e o cotidiano da população.

A população assustada e já anteriormente impactada pela recessão econômica, agora adoecida, começa a buscar atendimento em massa no SUS e nos hospitais privados por meio de seus planos de saúde, que conforme viemos,

a saber, depois - em alguns casos - nem sempre respeitaram a ética e as recomendações científicas e os direitos de pacientes para os tratamentos oferecidos. Infelizmente, a maioria da população nem tinha conhecimento da situação e do impacto das medidas de austeridade fiscal que o SUS já vinha enfrentando. Ressalta-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), no Congresso Nacional em 2016, congelando por 20 anos os investimentos públicos nas áreas sociais, gerando para o SUS a perda de R\$ 20 bilhões, em apenas um ano (2020). A situação diante da pandemia agrava-se a tal ponto que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) divulga Nota Pública pela revogação da EC 95 (CNS, 2020).

Por outro lado, a letalidade do vírus alertado e o isolamento recomendado pela OMS, são colocados em xeque pelas autoridades do governo brasileiro, sob alegação de que a economia do país não podia ser prejudicada.

E no decorrer do ano, notícias e assertivas passam a veicular em todo o país, tais como: tratamento precoce com medicamentos sem eficácia científica comprovada; atraso na compra de vacinas; votação contra a quebra da patente da vacina na OMC, mesmo com o país alcançando em média mais de 1.000 óbitos/dia. Ademais, a descoordenação entre o governo federal, estados e municípios é grande, refletindo diferenças mais políticas do que técnicas e deixando a população desorientada quanto aos procedimentos de proteção sanitária individuais e coletivos.

No cenário internacional o quadro se agrava. A desigualdade ao acesso aos EPIs e adesão ao isolamento social no mundo afora é explícita e mostra o peso dos indicadores sociais de saúde. E assim permanece, por exemplo, quanto ao acesso à vacina, no contraste de países em que 85% da população já se encontrava vacinada e outros com nem 3%, inclusive profissionais de saúde, ainda sem nem ter tido acesso à primeira dose da vacina.

TRABALHADORAS E TRABALHADORES PROTEGIDOS SALVAM VIDAS: UM DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Nesse contexto a ISP, sindicato global, lança mundialmente a Campanha “Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas”, com o objetivo de sistematizar as informações sobre as cláusulas nas negociações coletivas, condições de trabalho, legislações nacionais em elaboração e o cumprimento da legislação internacional (Convenções da OIT e Tratados), estimulando os diversos países a desenvolverem as próprias ações.

As entidades sindicais filiadas à ISP, assim como as parceiras convidadas, se unem em torno da ousada e pioneira proposta de lançar já no início da pandemia, uma pesquisa com a intenção de obter dados consistentes e um diagnóstico mais preciso e sistematizado da situação. A ISP-Brasil acompanha essa iniciativa e lança, em 31 de março de 2020, a pesquisa: “**Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas**”.

A pesquisa teve a adesão de 3.636 respondentes e muito boa visibilidade na mídia¹. Vale registrar que a pesquisa é um retrato das condições de trabalho vivenciadas no momento inicial da pandemia no Brasil, onde havia muito medo, desinformação, dúvidas e indagações quanto à proporção do mal que a Covid-19 traria e por quanto tempo duraria. Partes dos resultados foram selecionadas para essa análise.

Quadro 1 - Características Gerais dos trabalhadores de saúde no início da pandemia

Variáveis	%	Variáveis	%
Trabalhador de saúde		Função	
Sim	86,0	Enfermeiro(a)	33,0
Não	14,0	Técnico(a) de enfermagem	14,0
Sexo		Agente de endemias	12,0
Masculino	23,0	Odontólogo(a)	8,0
Feminino	75,0	Agente Comunitário de Saúde	6,0
Vínculo de trabalho		Psicólogo(a)	6,0
Servidor Público	64,0	Assistente social	5,0
Carteira Assinada	27,0	Auxiliar de enfermagem	4,0
Sem Vínculo	3,0	Área administrativa	3,0
Terceirizado	2,0	Médico(a)	2,0
		Farmacêutico(a)	1,0
		Nutricionista	1,0
		Área de limpeza e conservação	1,0
		Área de recepção/acolhimento	1,0
		Jornada de trabalho	
		06 horas	30,0
		08 horas	36,0
		12 horas	24,0
		08 horas	36,0

Fonte: Pesquisa nacional “Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas” da Internacional de Serviços Públicos, elaborados pelo CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular e pelo DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos”, julho de 2020.

¹ Para mais informações sobre o desenvolvimento da pesquisa, metodologia, resultados e relatório da pesquisa, consultar no site: <http://trabalhadoresprotegidos.com.br>.

Registra-se que esse cenário foi agravado devido aos impactos causados pela extinção em 2019, da Mesa Nacional Permanente de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), espaço histórico de negociação entre gestores, empregadores e trabalhadores do setor privado e público de saúde, através do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019.

Quanto ao público respondente da pesquisa, registra-se que 86% declaram-se trabalhador (a) da saúde, sendo que 75% são mulheres. A maior parte dos respondentes é da equipe de enfermagem e de pessoal do setor público, porém é significativa a participação de profissionais contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT (Quadro 1).

Ademais, indicou-se que quanto maior a carga horária, maior é a falta de EPI's, que variam também de acordo com a complexidade do serviço de saúde, indicando maior escassez na atenção básica.

Os dados guardam relação com a falta de EPIs, treinamento adequado e jornada excessiva de trabalho, sendo que a maioria relatou estar tendo algum tipo de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho em função do momento (Quadro 2).

Quadro 2 - Condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde no início da pandemia

Variáveis	%	Variáveis	%
EPIs disponíveis		EPIs suficientes	
Álcool gel	76,0	Sim	37,0
Luvas	65,0	Não	63,0
Máscara N95/PFF2	52,0	Treinamento adequado	
Óculos de proteção	39,0	Sim	30,0
Protetores faciais	31,0	Não	69,0
Vestimentas	28,0	Sofrimento psíquico	
Calçados	11,0	Sim	54,0
Nenhum	10,0	Não	45,0
		Sofrimento psíquico (feminino)	
		Sim	57,0
		Não	42,0
		Sofrimento psíquico (masculino)	
		Sim	44,0
		Não	55,0

Fonte: Pesquisa nacional “Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas” da Internacional de Serviços Públicos, elaborados pelo CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular e pelo DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos”, julho de 2020.

Outro dado que chama atenção é o volume e a dramaticidade de relatos apresentados em uma pergunta (não obrigatória e aberta), com índice de respostas de 55%, sobre a situação geral das condições de trabalho. Um grande volume de relatos detalha os dramas vividos pelos trabalhadores (as) em condições de risco, sem equipamentos e tendo que lidar com situações para as quais não foram devidamente capacitados.

Também foi feita uma análise comparativa das diferenças em relação às respostas sobre sofrimento psíquico e gênero. Percebeu-se que quanto maior a jornada de trabalho, maior é o sofrimento mental (Gráfico 1). E que há uma maior incidência de sofrimento psíquico entre as mulheres e aqueles que preferem não declarar seu gênero que em homens. Essa foi a única questão a demonstrar variações mais significativas de respostas segundo o gênero do respondente; nas demais a variação não parece ser significativa.

Gráfico 1 - Sofrimento psíquico e carga horária diária

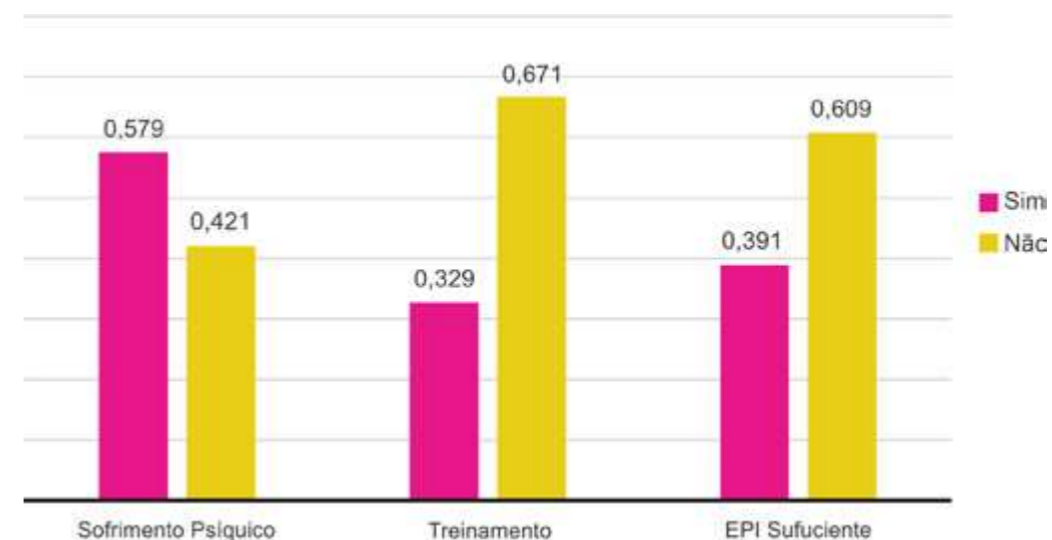


Fonte: Pesquisa nacional “Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas” da Internacional de Serviços Públicos, elaborados pelo CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular e pelo DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos”, julho de 2020.

Registra-se que 57% das mulheres informaram passar por sofrimento psíquico no período. Já entre os homens o índice é de 44%, o que permite analisar essa questão a partir das desigualdades de gênero: dupla ou tripla jornada de trabalho entre as mulheres, menores salários, maior precarização das relações de trabalho, falta de compartilhamento das tarefas domésticas com a família, chefes de família e, portanto, maiores responsabilidades, pressão e sobrecarga de trabalho, agravadas por exposição, muitas vezes, por assédio moral e/ou sexual no trabalho.

Embora haja essa diferença entre homens e mulheres nos índices de sofrimento psíquico, esse indicador é alto para ambos os sexos e somado aos demais dados, indica pessoas trabalhando com medo devido à baixa proteção, ausência de treinamento específico, equipe escassa ou mais reduzida, vendo colegas serem contaminados e morrerem, arriscando a si mesmos (muitos são do grupo de risco) e ainda contaminar as respectivas famílias e exercendo uma jornada de trabalho exaustiva (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Sofrimento psíquico e uso/disponibilidade de EPIs



Fonte: Pesquisa nacional “Trabalhadoras e Trabalhadores Protegidos Salvam Vidas” da Internacional de Serviços Públicos, elaborados pelo CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular e pelo DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos”, julho de 2020.

Segundo a direção da ISP-Brasil, os resultados dessa pesquisa foram utilizados para denunciar, em nível internacional, a grave situação do Brasil. Em julho de 2020, sindicatos globais denunciam o governo brasileiro no Tribunal Internacional de Haia por descaso para com os profissionais de saúde. Em novembro de 2020, o relatório final e completo da pesquisa é enviado como atualização dos informes do país para subsidiar o Comitê de Liberdade Sindical da OIT.

Ainda segundo a entidade citada, em maio de 2021, o relatório final da pesquisa, somado a diversas denúncias e registros comprobatórios das entidades sindicais sobre a ausência de negociação, descaso e abandono dos profissionais de saúde, é utilizado como a base de um pedido de Medida Cautelar protocolado junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Os indicadores mostram que entre os primeiros trimestres de 2020 e 2021, os desligamentos dos empregos celetistas por morte no Brasil cresceram 71,6%, passando de 13,2 mil para 22,6 mil. E nas atividades de atenção à saúde, o aumento foi de 75,95%, saindo de 498 para 876. Entre enfermeiros e médicos, a ampliação chegou a 116,0% e 204,0%, respectivamente (DIEESE, 2021).

Prossegue o debate na sociedade, nos movimentos sociais e no parlamento sobre os investimentos necessários ao enfrentamento atual da pandemia e suas sequelas. A manutenção da demanda permanente por atendimento no SUS e a urgente valorização dos profissionais de saúde, ao ponto de em setembro de 2021, o CNS aprovar uma nova resolução, orientando o governo a garantir mais recursos para o SUS (CNS, 2021).

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

As décadas de 1980 e 1990 são percussoras de grandes inovações e transformações no sistema de saúde, configurando-se em ‘décadas paradigmáticas’ para a saúde pública do Brasil. A constituição do SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários do setor saúde uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se paradigmas no novo modelo - o SUS.

Ao longo destas duas décadas do SUS ocorreu uma inversão da estrutura sanitária do país, no que se refere a estabelecimentos de saúde, leitos e empregos, não só quantitativa como qualitativamente. No período pré-SUS – década de 1980, o país contava com pouco mais de 18 mil estabelecimentos de saúde; em torno de 573 mil empregos de saúde (sendo majoritários os de menor escolaridade, elementar), com predominância dos empregos federais. Já na década de 1990 estes números triplicam, chegando a mais de 49 mil estabelecimentos de saúde e mais de 1,400 milhão de empregos. Dados atuais apontam que o SUS possui mais de 329 mil estabelecimentos de saúde, gerando mais de 3,500 milhões de empregos, com hegemonia dos empregos de nível de escolaridade universitária e técnica, revertendo completamente o quadro das décadas passadas.

Contudo, essa gigantesca expansão e consolidação do sistema de saúde brasileiro não foram acompanhadas e respeitadas por preceitos do trabalho decente protegido preconizado pela OIT. Ao contrário, a FTS cresceu desprotegida e à margem dos direitos trabalhistas e previdenciários, gerando legiões de profissionais terceirizados, precarizados. Guy Standing (2013, pp.11-12) vai nos dizer que: “Precisamos urgentemente acordar para o precariado global”. Segundo esse autor, o precariado é fruto da era da globalização (1975-2008), onde a competitividade e o individualismo assumiram o comando da economia de mercado. Afirma ainda que a:

[...] economia de mercado global pode acabar elevando os padrões de vida em todos os lugares - até mesmo seus críticos deveriam desejar isso -, mas certamente apenas os ideólogos podem negar que ela trouxe insegurança econômica para muitos e muitos milhões. O precariado está nas primeiras fileiras, mas ainda tem de encontrar a voz para trazer a baila sua agenda. Não se trata da ‘classe média oprimida’ ou de uma ‘classe baixa’, tampouco da ‘classe trabalhadora mais baixa’. Ela tem um fardo distintivo de insegurança e terá, igualmente, um conjunto diferente de reivindicações (STANDING, 2013, pp.11-12).

É possível dizer que o período pré-pandêmico se caracterizou por um cenário de fragilidade e instabilidade da empregabilidade, com perdas de direitos trabalhistas, rebaixamento salarial, desvalorização da FTS, aumento do subemprego e do desemprego aberto, entre outros.

Tomando os dados de pesquisa: “Condições de Trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19 no Brasil”, realizada pela Fiocruz (MACHADO et al., 2021), revela uma realidade preocupante a que essa FTS que está na linha de frente, desenhando e desvenda um cenário crítico que requer adoção de medidas protetivas para essa FTS, especialmente no período pós-pandemia.

Destacam-se alguns dados sobre as condições de trabalho dos profissionais das 14 profissões de saúde no contexto da pandemia, totalizando o número de 15.132 que responderam ao questionário:

- 77,6% da FTS atuando no combate da Covid-19 são profissionais do sexo feminino, como retrata a realidade dessa condição feminina no setor saúde: a saúde é feita por mulheres;
- A idade dos que atuam na linha de frente: 38,4% têm até 35 anos; entre 36-60 anos somam 57,4% e acima de 60 anos, o percentual é de apenas 4,2%;
- Na composição da FTS referente à cor e raça, observa-se que 57,7% se declaram brancos; 39,9% pretos e pardos, amarelos 2% e indígenas, 0,2%;
- 62,9% atuam em estabelecimentos (ambulatorial ou hospitalar) de referência de Covid-19, sendo uma parcela significativa no setor público (hospitais, Atenção Básica - AB, UPAS);
- Apenas 1/3 da FTS é estatutária, 27,4% são vínculos temporários e 45,5% têm outro emprego;
- 51,6% trabalham até 40 horas e 41,7% acima de 41 horas;
- 64% afirmam que tiveram que improvisar em algum momento na falta de EPIs.

Por outro lado, os profissionais demonstraram que não se sentem protegidos no próprio ambiente de trabalho contra a Covid-19. Os motivos mais explicitados foram:

- Falta, escassez e inadequação do uso de EPIs
- Medo generalizado de se contaminar: no trabalho pelo contato com os pacientes e com seus colegas com suspeita de Covid-19
- Estruturas e Infraestruturas inadequadas para o trabalho
- Fluxo de internação ineficiente, gerando caos no atendimento
- Despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia

Várias foram os fatores de risco e doenças pré-existentes apontadas pelos profissionais que estão na linha de frente no combate à Covid-19. Ressalta-se a hipertensão, a obesidade, doenças pulmonares, ansiedade e diabetes.

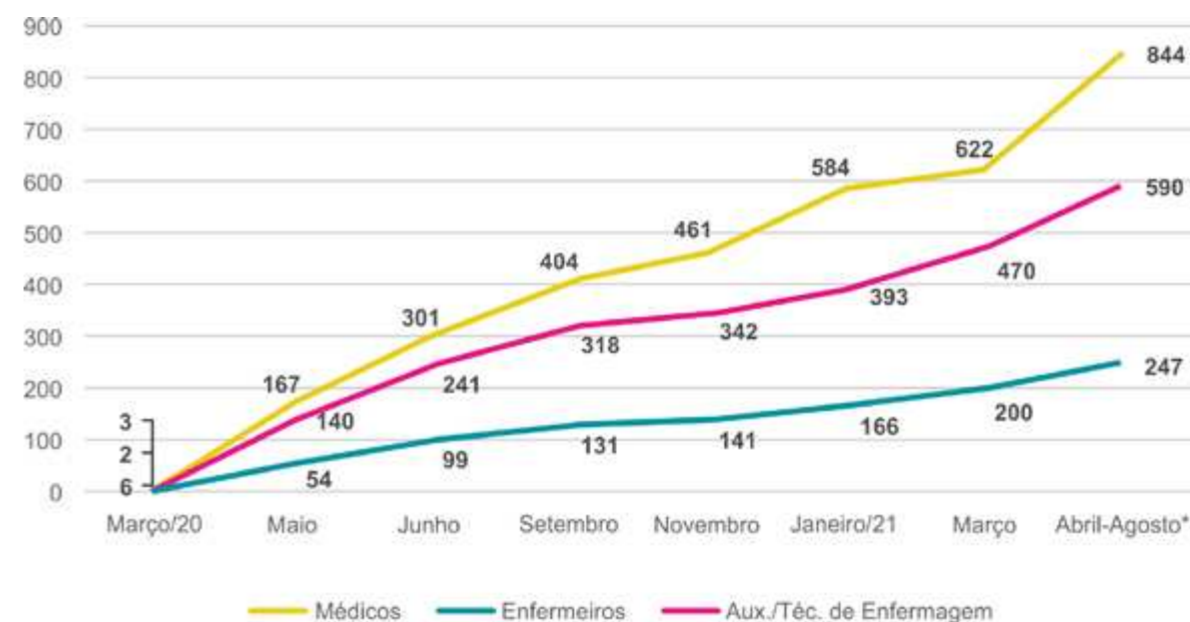
- Hipertensão
- Obesidade
- Doenças pulmonares (respiratórias, asma, bronquite, bronquiectasias)
- Depressão/Ansiedade
- Diabetes

A pesquisa sobre condições de trabalho (MACHADO et. al., 2021) apresenta o resumo com as principais alterações relatadas pelos profissionais em sua vida cotidiana com a pandemia:

- Perturbação do sono, como insônia ou hipersonia
- Irritabilidade/Choro frequente/Distúrbios em geral
- Incapacidade de relaxar/Estresse
- Dificuldade de concentração ou pensamento lento
- Perda de satisfação na carreira ou na vida/Tristeza/Apatia

Ainda nesta pesquisa está sendo realizado um estudo feito por Teixeira, Machado, Freire & Pereira (2021), sobre “Inventário dos óbitos dos profissionais de saúde por Covid-19”, demonstrando que entre março de 2020 e abril-agosto de 2021, o Brasil contabilizou 844 óbitos de médicos, 247 enfermeiros e 590 auxiliares e técnicos, o que soma 1.681 profissionais (Gráfico 3). Entre os demais profissionais de saúde há uma estimativa de mais de 3 mil óbitos entre as diversas categorias da saúde.

Gráfico 3 - Óbitos acumulados de médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem segundo mês do óbito - Brasil



Fonte: Tabulações especiais (CFM, COFEN, mar. 2021). Elaborado e publicado: Inventário de óbitos de Profissionais de Saúde por Covid-19 no Brasil (FIOCRUZ, 2021).

O OLHAR DA ÉTICA E DA BIOÉTICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO BRASIL

No Brasil, a partir da leitura de documentos oficiais que orientam a população sobre os protocolos de segurança diante da pandemia, em níveis distintos de governo e em diversos planos de contingência institucional, é possível identificar uma lacuna sobre a proteção e dignidade dos trabalhadores(as) de saúde. Uma das exceções

a esta omissão vem da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que através Recomendação SBB 01/2020 (SBB, 2020), ao tratar dos aspectos éticos no enfrentamento da Covid-19, em defesa dos mais vulneráveis e do acesso igualitário aos leitos de UTI, traz como uma de suas orientações:

X. Os profissionais de saúde e serviços auxiliares sejam alocados em número adequado, que a estes haja efetivo aumento de segurança sanitária, que inclui assegurar medidas para mitigação de exaustão, a disponibilização e preparo para o uso de EPI e o acesso tempestivo a testes diagnósticos para o SARS-CoV-2.

Esta e outras Recomendações foram oferecidas pela SBB aos agentes públicos nos diferentes níveis e se ancoram na dignidade humana, na solidariedade social e nos direitos humanos, expressando princípios bioéticos essenciais em defesa da vida. Elas tratam, por exemplo, da decisão sobre alocação de recursos para que se assegure o direito de todos os pacientes, inclusive os não infectados por SARS-CoV2, de receber cuidados de acordo com suas necessidades; asseguram os direitos dos pacientes, com acesso igualitário, em todos os níveis de atendimento (desde a atenção primária aos cuidados intermediários, até aos cuidados intensivos e paliativos), conforme os melhores padrões científicos atuais. De maneira enfática reforçam que as Comissões de Bioética Hospitalares devam ser fortalecidas e/ou constituídas onde ainda não existam e devem aplicar os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) para as tomadas de decisão que envolvam dilemas éticos, especialmente em situações de insuficiência de leitos.

Em artigo publicado recentemente, Rego e Palácios (2020) tratam da saúde mental dos trabalhadores (as) de saúde em tempos de coronavírus e discutem a carga de trabalho sobre três aspectos: a carga física, a carga cognitiva e a carga psíquica, a partir da formulação de Wisner (1994). Os autores sistematizam esse conceito de carga para pensar o trabalho de saúde em meio à epidemia de coronavírus e acrescentam uma dimensão negligenciada da carga que consideram, em se tratando de profissionais de saúde, essencial, a carga moral. Chamam de carga moral os aspectos do trabalho em saúde que demandam decisões que tem que mobilizar não só conteúdos cognitivos relacionados ao fazer técnico, mas também os conteúdos que o permitam tomar uma decisão em consonância com sua estrutura moral. O conflito entre a realidade de um lado e os valores individuais e ideais morais inerentes à formação e à prática do outro, expressa a carga moral que fica ainda mais relevante em situações de escassez de recursos necessários para essa prática como vivemos com grande frequência no Brasil e, agora, agravado pela pandemia.

Considerações sobre o momento pós-pandemia

Desde o primeiro momento em que houve orientações da OMS, buscando conformar uma estratégia global de combate ao SARS Cov2, o governo brasileiro reagiu apontando discordâncias quanto à extensão da pandemia e as medidas que deveriam ser adotadas, desde as mais básicas como usar máscara, praticar o distanciamento físico social e reforçar medidas de higiene, como lavar as mãos.

Cientistas e pesquisadores foram confrontados, medicamentos sem eficácia científica foram estimulados ao uso, buscou-se ridicularizar os doentes, suas famílias e seu sofrimento. Caminho oposto adotado pela maioria dos países, em harmonia com a OMS, medidas baseadas em evidências científicas. Já no Brasil, os conflitos com estados e municípios deram a tônica da incapacidade do governo federal exercer a necessária e urgente coordenação federativa no combate à pandemia.

Esta estratégia articulada e disseminada com uso de recursos públicos e parceiros privados, especialmente nas mídias sociais, impõe uma análise quanto à responsabilidade ética do governo. O filósofo alemão Hans Jonas (2006) distinguiu e classificou a Ética da Responsabilidade nas dimensões individual, pública e planetária. Na primeira dimensão aborda o comportamento que o indivíduo deveria adotar para si e para com o seu semelhante. Na segunda, enfatiza a Ética da Responsabilidade do Estado e dos governos para com seus cidadãos. E na terceira, que reuniria as duas primeiras, que ele chamou de ética da Responsabilidade Planetária. Jonas (2006) descreve uma ética universal em nome da defesa do planeta e da humanidade.

Sobre esta questão, Garrafa e Amorim (2020) discutem se as mortes ocasionadas direta ou indiretamente pela Covid-19 no Brasil devem ser encaradas como fenômenos biológicos ou sociais. Fatalidade? Homicídio? Mistanásia? Eutanásia Social? Na opinião dos autores, o governo brasileiro não utilizou medidas de proteção e fortalecimento do SUS para o enfrentamento da pandemia e o cuidado com a saúde e a vida dos profissionais que estão na linha de frente, expostos a maiores riscos de adoecimento mental, de serem infectados e/ou de morrerem. Além disto, teria se omitido na proteção a grupos sociais vulnerabilizados e populações em situação de risco. Desta forma, eles atribuem ao governo à prática de mistanásia, referindo-se à morte de pessoas que quando excluídas socialmente morrem em razão da falta de tratamento de saúde adequado ou pela omissão do Estado.

Os impactos da pós-pandemia não estão totalmente estabelecidos. Entretanto, as indicações são de muita turbulência para a vida das pessoas, no âmbito pessoal, social e em suas relações de trabalho.

NOTAS FINAIS

A crise sanitária mundial que se desdobrou para crise social e política em alguns países como o Brasil, coloca questões centrais para se resolver. A primeira delas refere-se à democracia. Não serão possíveis avanços em termos de cidadania sem democracia. E a cidadania com ampla participação da sociedade e sem retrocesso em direitos conquistados é uma exigência dessa atual e nova conjuntura.

Nesse sentido, a participação da sociedade civil e sua organização em torno de uma agenda pautada pela dignidade da vida humana, a preservação do meio ambiente e o fortalecimento do regime democrático são pilares para que no futuro próximo as crises sanitárias, políticas e econômicas possam ser melhor enfrentadas. São respostas baseadas na solidariedade, igualdade, cooperação, persistência, criatividade, inteligência emocional e uma cultura de integridade e ética que deverão servir de guia para as respostas urgentes em favor de todos e da humanidade.

A urgência em fortalecer o SUS e ampliar o seu financiamento deve contribuir com a garantia de acesso universal e igualitário/equânime a medicamentos, insumos e equipamentos, de forma a evitar o risco de exploração da vulnerabilidade econômica do sistema de saúde e da sociedade.

Há que se destacar nesse processo outras questões essenciais, como a urgente e necessária contratação de profissionais de saúde nas diversas áreas, dando-lhes condições dignas de trabalho e proteção, bem como da aplicação imediata de políticas afirmativas para os mais pobres e vulnerabilizados. Trata-se de um imperativo ético na perspectiva de evitar acentuar ainda mais as desigualdades presentes e atuais.

A Bioética tem contribuições com seus referenciais para esta nova vida, pois ela faz parte do cotidiano da saúde, impregna as decisões gerenciais, a prática dos profissionais e a participação dos usuários dos serviços, lida com a complexidade tecnológica, mas, também com o do dia a dia na busca por novos horizontes, um futuro em que se pratique uma ética da cidadania global.

Cabe ressaltar ainda que, para os trabalhadores (as) de saúde que estão na linha de frente do combate à pandemia, uma série de ações devem ser pensadas a serem implementada pelo SUS, não só buscando valorizar como também dar a devida proteção a esses profissionais, indispensáveis para a assistência à população.

Assim, a aquisição de EPIs para todos os trabalhadores (as) de saúde, em quantidade e qualidade adequadas; a implantação de programas de saúde mental com a garantia de atendimento e acompanhamento psicológico permanente; e a promoção e ampla oferta de capacitação técnica para FTS, são algumas dessas ações necessárias para garantir condições dignas, saudáveis e seguras de trabalho para todos os trabalhadores (as) de saúde. Torna-se também necessário a adoção de testagem permanente de Covid-19 para toda a FTS, buscando atingir todo o contingente de profissionais.

Outra medida importante refere-se à contratação de profissionais para reposição dessa FT que se encontra com déficit, por conta dos óbitos e adoecimentos registrados.

É essencial que os espaços de negociação permanentes entre gestores e trabalhadores sejam restaurados na busca de soluções de conflitos decorrentes das relações de trabalho, nesse momento pandêmico. A reativação da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS torna-se crucial e estratégico para a boa e saudável gestão do trabalho e da educação do SUS.

Por fim, é necessário reafirmar a importância da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho -CIRHRT em todo esse processo de diálogo, discussão e formulação de políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para todos os trabalhadores(as) do SUS, levando até à sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

Referências

ANÔNIMO. Covid-19: impressoras 3D fabricam equipamentos de respiração na Itália. **Estadão, Summit Saúde**, 14 de abril, 2020. Acessado em 02 de out. de 2021. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/tecnologia/covid-19-impressoras-3d-fabricam-equipamentos-de-respiracao-na-italia>.

BARROSO, B.I.L., SOUZA, M.B.C.A., BREGALDA, M.M., LANCMAN, S.; COSTA, V.B.B. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 28(3):1093-1102. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE. Ao menos 115 mil profissionais de saúde morreram de Covid-19, afirma OMS. **CNTS, Notícias/Pandemia**, 24 de maio de 2021. Acessado em 06 de outubro, 2021. Disponível em: <https://cnts.org.br/noticias/ao-menos-115-mil-profissionais-de-saude-morreram-de-covid-19-afirma-oms>.

Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Nota Pública: CNS reivindica revogação imediata de emenda que retirou verba do SUS, prejudicando o enfrentamento ao Coronavírus**. [publicado em 14 de março de 2020]. Acessado em 03 de out. de 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1064-nota-publica-cns-reivindica-revogacao-imediata-de-emenda-que-retirou-verba-do-sus-prejudicando-enfrentamento-ao-coronavirus>.

Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução do CNS orienta que governo garanta mais orçamento para o SUS em 2022**. [Publicado em 15 de abril de 2021]. Acessado em 03 de out. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1701-resolucao-do-cns-orienta-que-governo-garanta-mais-orcamento-para-o-sus-em-2022>.

DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Número de ocupados nas atividades de atenção à saúde humana cresce 3,3% durante a pandemia. **Boletim Emprego em Pauta**, 20, 2021. Acessado em 05 de out. de 2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta20.html>

GARRAFA, V., AMORIM, K. Uma análise ética dura das mortes decorrentes da covid-19 no Brasil. **Revista RedBioética**, 22:25-32, 2020.

GÜELL, O., Santaaulalia, I. El Gobierno pone los hospitales privados a las órdenes de las comunidades. **El País** [edição on line], 15 mar,2020. Acessado em: 02 de out 2021. Disponível em: <https://elpais.com/espana/2020-03-15/el-gobierno-pone-los-hospitales-privados-a-las-ordenes-de-las-comunidades.html>.

INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS. **La ISP demanda la exención de los derechos de propiedad intelectual sobre los productos médicos Covid-19**. 2021. Acessado em 02 de out 2021. Disponível em: <https://publicservices.international/campaigns/la-isp-demanda-la-exencin-de-los-derechos-de-propiedad-intelectual-sobre-los-productos-mdicos-covid-19?id=11380&lang=es>.

JONAS, H. **O Princípio Responsabilidade - Ensaio de Uma Ética Para a Civilização Tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto, Editora PUC. 2006.

MACHADO, M.H. et al. (2021). **Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil** (Relatório Final). Rio de Janeiro: ENSP - CEE - Fiocruz. 2021.

MIRANDA DE SÁ, D.. Especial Covid-19: Os historiadores a pandemia. **Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, Notícias**, 18 de setembro de 2020. Acessado em 04 de out, 2021, disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.htm>.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia. **Oficina Internacional del Trabajo**, Ginebra.2018. Acessado em 02 de out de 2021. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/publiced_dialogue/sector/documents/normativeinstrument/wcms_626554.pdf.

REGO, S., Palácios, M. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. **Informe ENSP**, 30 de março de 2020. Acessado em 05 de out de 2021, disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/40659/2/Sa%c3%badeMental.PDF>.

SANCHES, M. A., Cunha, T.R., Siqueira, S.S., Siqueira, J.E. Perspectivas bioéticas sobre tomada de decisão em tempos de pandemia. **Rev. Bioét.** [versão on-line], Brasília, 28(3): 410-417, 2020. Acessado em 01 de out. de 2021, disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nCDr8D7T3LwbsP3Wn58sLqK/?format=pdf&lang=pt>.

SBB, Sociedade Brasileira de Bioética. **Recomendação**. SBB, nº 01, 2020. Acessado em 03 de out, 2021, disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/Recomenda%C3%A7%C3%A3o_SBB_01_2020_F_15Maio20.pdf.

STANDING, G. **O precariado - A nova classe perigosa**. Belo Horizonte: Autêntica. 2013.

TEIXEIRA, C.F.S., SOARES, C.M., SOUZA, E.A., LISBOA, E.S., Pinto, I.C.M., ANDRADE, L.R.; ESPIRIDÍÃO, M.A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência&SaúdeColetiva**, 25(9):3465-3474, 2020.

TEIXEIRA, E.G., MACHADO, M.H., FREIRE, N.; PEREIRA, E.J. **Inventário de óbitos de profissionais de saúde por COVID-19 no Brasil** (Relatório final). Rio de Janeiro, Fiocruz.2021.

UNESCO. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília**, 2005. Recuperado em 02 de outubro, 2021, de <http://www.fs.unb.br/images/Pdfs/Bioetica/DUBDH.pdf>.

UNESCO. UNESCO fornece marcos de ação éticos em resposta à COVID-19.2020. Recuperado em 02 de outubro, 2021, de <https://pt.unesco.org/news/unesco-fornece-marcos-acao-eticos-em-resposta-covid-19>.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textosselecionados de ergonomia**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Interim guidance**, 27 feb, 2020. Acessado em 06 de out, 2021, disponível: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPE_use-2020.1-eng.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Coronavirus (COVID-19) Dashboard.2021. Acessado em 06 de outubro, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int>.



EFEITOS DA COVID 19 NAS POPULAÇÕES EM ÁREAS VULNERÁVEIS NOS CENTROS URBANOS: TERRITÓRIOS PERIFÉRICOS EM MOVIMENTO, LUTOS E LUTAS

Aline Blaya Martins

Resumo executivo

Os efeitos da COVID-19 sobre as vidas das pessoas que vivem em áreas vulnerabilizadas dos grandes centros urbanos não foram iguais aos efeitos sentidos em outros espaços socioeconômicos das metrópoles. Desta forma, este ensaio crítico da realidade se propõe a analisar, à luz do tempo histórico onde está socialmente inserido e de referenciais clássicos e contemporâneos das ciências sociais e humanas, o fenômeno da pandemia em áreas periféricas da cidade. Para tanto, se vale do conceito de cidades de Milton Santos, Frantz Fanon e Darcy Ribeiro para pensar a segregação socioespacial e suas consequências, bem como, se apoia em Paulo Freire para pensar na construção de possibilidades e inéditos viáveis diante da situação-limite que a pandemia e o Estado brasileiro impuseram às comunidades. Ademais, para ilustrar tais dispositivos de luta, resistência e insurgência, resgata importantes ações construídas em favelas e comunidades do país durante a pandemia, tais como as conduzidas pelos os movimentos comunitários da Favela de Paraisópolis em São Paulo/SP, na Grande Cruzeiro em Porto Alegre/RS e no Morro do Adeus no Rio de Janeiro/RJ. Também estabelece diálogos com a cultura local e com a literatura e ciência contemporâneas para chegar ao fim do texto apresentando ao leitor uma análise crítica da realidade de enfrentamento à pandemia feita até aqui pelo Estado brasileiro que convoque os mais diversos atores sociais para a construção de uma nova ordem social através de uma *praxis* comprometida com as vozes, anseios e perspectivas que vêm da periferia para que não se combata apenas o vírus, mas, sim, toda e qualquer forma de opressão.

*Para se transformar num verme cometa injustiças,
ou então, aceite-as.*

(Sérgio Vaz²)

² Poema do Livro Colecionador de Pedra de Sérgio Vaz, o poeta da Periferia que fundou em 2000 a Cooperativa Cultural da Periferia (Cooperifa). Também foi o criador do Sarau da Cooperifa. Promoveu em 2007 a Semana de Arte Moderna da Periferia, inspirada na Semana de Arte Moderna de 1922. Foi escolhido pela revista Época um dos 100 brasileiros mais influentes de 2009.

Introdução

A crise gerada pela pandemia no Brasil, e em todos os países de capitalismo periférico, somada a severa crise econômica, vem consolidando diariamente seus efeitos perversos sobre a classe trabalhadora e sobre as famílias que vivem na periferia. Passados meses empilhando misérias e amontoando sofrimentos, as cidades veem a crise se entranhar principalmente em áreas vulnerabilizadas localizadas em grandes centros urbanos. Como nos alertavam Frantz Fanon (2021) e Milton Santos (2014) as cidades colonizadas ou submetidas à sanha do modo de produção capitalista são cidades divididas. Há uma cidade onde há cuidado em saúde, uma cidade onde há acesso a bens e consumo, onde há perspectiva de amanhã, uma cidade onde mora o luxo e a riqueza. E há uma outra cidade, uma cidade acocorada, suja, esfomeada, mal-afamada, moribunda. É nesta cidade que habitam os cidadãos que têm sua cidadania roubada, amputada, ou que nem sequer se percebem cidadãos³ (FANON, 2021; SANTOS, 2014). Este é o espaço onde a dignidade é cotidianamente usurpada em troca de um prato de comida, de um copo de água, de um comprimido de paracetamol ou de qualquer substância capaz de alterar o estado de consciência que insiste em fazer perceber-se humano em meio à desumanidade.

Os impactos da COVID-19 nas vidas destes cidadãos que habitam territórios, favelas, comunidades e periferias das metrópoles brasileiras e que são historicamente alienados e expropriados da riqueza social coletiva e colocados em uma situação de vulnerabilidade ocorreu de forma muito distinta. Cabe ressaltar que a concepção de vulnerabilidade, aqui aplicada à perspectiva de adoecer e morrer em decorrência não apenas pela contaminação pelo vírus da COVID-19, encontra-se implicitamente engendrada na multideterminação de sua origem não estritamente condicionada à questão biológica, mas sim determinada por dimensões que vão desde fragilidades de vínculos afetivo-relacionais até a ausência ou precariedade no acesso aos meios essenciais para reprodução da vida social, tal como a água, terra e moradia, até o direito à oportunidade de trabalho digno que permita prover desde segurança alimentar até acesso a bens e serviços públicos, do lazer ao cuidado em saúde em tempo oportuno, fatores estes atravessados pelo sistema de proteção social adotados pelo Estado brasileiro e interdependentes de seus investimentos e dos “desejos” do Capital.

O cenário em que observamos a vida neste momento na periferia brasileira infelizmente não nos surpreende e já é um velho conhecido de um povo que tem sua cidadania todo dia mutilada. Quem vive nestes territórios já nasce sabendo que as metrópoles brasileiras são espaços divididos conforme uma hierarquia urbana que coloca na base da pirâmide, lugares meramente geográficos, onde se espremem milhares de brasileiros que passam pelo fenômeno da fome coletiva vivendo em casas precárias ou em casebres

³ Cabe lembrar da mãe de cinco filhos, vivendo em situação de rua, que ao ser libertada depois de ser presa por roubar macarrão instantâneo e refrigerante disse: Meu grande sonho é ser gente. <http://www.esquerdadiario.com.br/Meu-grande-sonho-e-ser-gente-diz-mae-que-foi-presa-por-furtar-R-21-69-em-comida>.

sufocantes que fazem a casa muito engraçada de Vinícius de Moraes⁴ parecer luxuosa (SANTOS, 2014; CASTRO, 1969), enquanto no topo estão os lugares socioeconômicos onde se vive o reino da abundância onde até os cachorros e gatos, leia-se *pets*, comem *fast food*, comprado pelo *e-commerce* em pleno horário de *home office*. Foi nesta perspectiva que a pandemia expôs as mais perversas contradições que envolveram, por exemplo, a obrigatoriedade de distanciamento social e outros mecanismos de combate ao Coronavírus tais como medidas que a princípio poderiam ser consideradas simples tais como ficar em casa ou lavar as mãos. Verdadeiros desafios diante da condição de vulnerabilidade socioambiental imposta a quem vive nas periferias, lugares onde *lockdown* nunca representou absolutamente nada para além de mais uma palavra sem sentido.

Diante desta realidade, a crise causada pela pandemia expôs feridas antigas e mais uma vez obrigou movimentos sociais e comunitários a construir possibilidades e ações que amenizassem o peso vivido pelos seus. A complexidade da vida cotidiana nos territórios periféricos já estava muito distante dos tais direitos constitucionais à saúde, moradia e educação e da dignidade humana. Imagine-se, então, a realidade imposta pela pandemia e por um Estado que escolheu a defesa dos interesses do capital e a disseminação do vírus como caminho.

Todavia, há sempre uma terceira via e, neste ensaio, é para ela que queremos olhar após compreendermos um pouco mais sobre o cenário que está posto. Após uma análise da realidade atual, olharemos para as trilhas possíveis constituídas dentro de territórios insurgentes por aqueles que não aceitam a determinação do infortúnio como caminho único, que tem “o direito à esperança como direito e ao sonho como dever e que sabem que sua verdadeira liberdade consiste nisso” (SANTOS, 2014).

É preciso olhar para as metrópoles que embora sejam divididas em várias “cidades”, pulsam a partir da riqueza social construída (para poucos) pela força de trabalho da grande massa de trabalhadores que as habitam e esperam respostas que o Estado e o Mercado historicamente não têm dado e não têm interesse em dar. Desta realidade, desde o início da pandemia podemos observar que a vida dos trabalhadores oriundos das periferias foi se transformando de forma progressiva e cada vez mais severa, da vulgar realidade vendida por um recém chegado governo neoliberal com velhas maneiras de vender às classes populares o discurso meritocrático de valorização de um suposto empreendedorismo, do entregador de aplicativo ou do técnico de enfermagem terceirizado que se divide entre três empregos, à chegada do vírus da COVID-19 associada à falta d’água, emprego, comida e direitos sociais etc. Vida onde única coisa que se acumula é a escassez.

Em pouco tempo a narrativa de uma suposta glamourização da meritocracia foi trocada pela ostensiva superexploração do trabalhador formal e informal cooptado por vínculos trabalhistas cada dia mais precarizados

ou por subempregos ou pelo desemprego propriamente dito. Situações extremas que transformaram a uberização da vida em uma alternativa supostamente atrativa (ANTUNES, 2021). Sendo a única possibilidade de prover condições materiais para a reprodução social da vida quando se morre de COVID-19 ou de fome, ou de indignidade, ou de tudo ao mesmo tempo, o trabalhador subalternizado da periferia se vende ao capitalista de tal forma que não lhe resta nada além de adquirir os meios de produção, por este, leia-se a moto, a bicicleta ou o carro, e rezar para que o capitalista permita que sua força de trabalho gere valor suficiente para que pague pela prestação do veículo, pelo combustível, pela manutenção e quiçá sobre alguma coisa ao final do dia para levar comida para casa depois de ter passado o dia transportando comida para os outros sem ter condições de alimentar a si mesmo.

No ano em que a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana dedicam seus esforços e fazem sua devida homenagem aos Trabalhadores de Saúde que dedicaram sua força de trabalho ao cuidado de tantos e que, muitas vezes, pagaram com a própria vida por estarem no *front* contra a COVID-19, e onde a região das Américas compõe a campanha que destaca a necessidade urgente de aumentar a proteção do trabalhador de saúde, cabe a reflexão sobre quem são e como vivem os trabalhadores de saúde do Brasil e sobre a chamada que convoca a construirmos juntos uma realidade que, como dizia Paulo Freire, seja a concretização de um inédito viável (FREIRE, 2019) ou de possibilidades concretas e urgentes para o sairmos vivos e seguros disso tudo.

Embora lembremos naturalmente de médicos e enfermeiros ao pensarmos no trabalhador da saúde, e que estes realmente precisem ser lembrados, há, para além deles, milhares de trabalhadores que compõem o setor saúde que fazem serviços técnicos, administrativos, serviços gerais e que vivem, no pouco tempo que lhes resta da jornada absurda de trabalho, em territórios vulnerabilizados pelo Estado em todas as nuances possíveis da necropolítica. Para estes trabalhadores, muitas vezes, também é a uberização da vida e o acúmulo dos riscos de exposição no trabalho e no lar na periferia, o que resta.

Neste íterim, cabe pensarmos se o momento em que vivemos não configura uma situação-limite que possa sim levar o povo a descer do morro mesmo que não haja carnaval⁵. Paulo Freire (2019) disse que é a necessidade emergente de superação de uma situação-limite o que leva à concepção radical de inéditos-viáveis ou de possibilidades concretas de superação (FREIRE, 2019). Seria a eclosão e a duração prolongada de uma pandemia que gerou a morte de mais de 600.000 pessoas, em sua esmagadora maioria, pobres viventes de áreas empobrecidas das grandes cidades, um batalhão de trabalhadores uberizados, descartados, empurrados à morte pela falta de proteção social de uma nação que escolheu os enviar para a morte em um plano macabro de disseminação do vírus (CEPEDISA-USP & CONECTAS, 2021), o suficiente para nos considerarmos em uma situação-limite que fosse capaz de nos mobilizar a busca de alternativas?

⁴ A Casa, de Vinícius de Moraes, é uma das canções infantis mais conhecidas do país. A discussão sobre o significado da letra ressurge de tempos em tempos, dando asas às teorias criativas, contudo, aqui a ideia é trazer à tona a concepção mais literal da canção, o pensar nas moradias onde o que mais se tem, é o nada.

⁵ Aqui faz-se menção ao grande orixá que viveu entre nós, mestre Wilson das Neves e sua canção-obra prima “O dia que o morro descer e não for carnaval”.

A bem da verdade, havia, e ainda há, a necessidade de construção de uma nova ordem social e de um agir político consequente e militante que envolvesse todos os atores sociais. A escuta e o fortalecimento dos movimentos comunitários, a ampliação das estratégias bem sucedidas, o adensamento de redes, a vacina, a defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde (SUS) feito para e COM a população e a destituição do mandatário maior da nação deixaram de ser estratégias e passaram a ser imperativos para toda e qualquer pessoa que questione uma ordem social onde *offshores* e outras palavras que não tem significado nenhum para a maioria das pessoas importa mais do que vidas. Para estas pessoas, dentre as quais esta pesquisadora militante se inclui, é preciso construir musculatura para levantar a cidade ajoelhada, para que esta tenha força para se fazer ouvir ao ponto que o direito à moradia venha antes do direito a posse de um imóvel, aonde o direito à comida e água venha antes do direito a posse de armas, onde o morro possa descer para ver o carnaval e não para ter que lutar contra um governo que se tornou mais perigoso do que o próprio vírus e onde o perigo depende significativamente do espaço da cidade onde por azar ou sorte coube a alguém ter nascido.

VIVENDO AS MARGENS DAS CIDADES, COMUNIDADES

O processo histórico brasileiro foi construído à custa do suor e da própria vida de massas de trabalhadores silenciados, alienados e expropriados em sua dignidade em troca de um prato de comida ou de um copo de água. Destes descenderam aqueles que, segundo os Racionais MCs⁶ viriam a sobreviver no inferno (RACIONAIS MC'S, 2018).

Darcy Ribeiro contou, em sua obra clássica *O Povo Brasileiro* (1995), sobre o processo caótico de urbanização do país e o nascimento das periferias enquanto espaços fadados à exclusão social e à violência, consequência da expulsão do campesinato rumo as grandes cidades sem a proporcional incorporação desta massa proletária no processo de industrialização. Segundo o autor:

O Brasil alcança, desse modo, uma extraordinária vida urbana, inaugurando, provavelmente, um novo modo de ser das metrópoles. Dentro delas geram-se pressões tremendas, porque a população deixada ao abandono mantém sua cultura arcaica, mas muito integrada e criativa. Dificulta, porém, uma verdadeira modernização, porque nenhum governo se ocupa efetivamente da educação popular e da sanidade.

⁶ *Sobrevivendo no inferno* é considerado o álbum mais importante do rap brasileiro. Em 2007, ele figurou na 14ª posição da lista dos 100 melhores discos da música brasileira da Revista Rolling Stone Brasil. Em 2015, o prefeito de São Paulo, Fernando Haddad, presenteou o Papa Francisco com o álbum numa visita ao Vaticano. Em 2018, o álbum foi incluído pela Comvest (Comissão Permanente para os Vestibulares da UNICAMP) na lista de obras de leitura obrigatória para o vestibular de 2020. Meses depois, a obra virou livro, com selo da Companhia das Letras.

Em nossos dias, o principal problema brasileiro é atender essa imensa massa urbana que, não podendo ser exportada, como fez a Europa, deve ser reassentada aqui. Está se alcançando, afinal, a consciência de que não é mais possível deixar a população morrendo de fome e se trucidando na violência, nem a infância entregue ao vício e à delinquência e à prostituição. O sentimento generalizado é de que precisamos tornar nossa sociedade responsável pelas crianças e anciãos. Isso só se alcançará através da garantia de pleno emprego, que supõe uma reestruturação agrária, porque ali é onde mais se pode multiplicar as oportunidades de trabalho produtivo. Não há nenhum indício, porém, de que isso se alcance (RIBEIRO, 1995, p x).

Esperavam-se respostas do Estado e era o mínimo a se esperar diante da expansão das cidades que levou implicitamente a um descompasso entre as necessidades da população urbana por moradia, saneamento básico, escola, emprego, saúde e todas as condições materiais e imateriais necessárias à reprodução da vida. O aumento populacional, a ocupação de espaços públicos impróprios para a moradia, a precarização das condições de trabalho, as jornadas prolongadas de trabalho e o subemprego naturalmente foram construindo territórios onde as relações sociais e a cultura não são produzidas a partir dos mesmos valores que conduzem as relações sociais nas áreas privilegiadas da cidade.

A cidade descrita por Frantz Fanon (2021), em *Os Condenados da Terra*, que descreve a cidade do colonizado referindo-se a então Argélia ainda colônia da França, não se distinguia e segue não tendo muita diferença da cidade descrita por Darcy Ribeiro, ou do Inferno descrito pelos Racionais MC's, ou a São Paulo das manhãs que, segundo Emicida⁷, sempre tem lá seus Vietnãs. Em comum, Argélia, Vietnã e Brasil são todos países, países com alma de periferia, para os poderosos, são todos um pouco favela, com muito mais “quebradas” do que “Avenidas Oscar Freire”. Estados como estes, criados e mantidos para que ricos fiquem cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres.

É neste cenário que precisa estar posto o pensamento e a capacidade de análise dos impactos da pandemia nas comunidades vulnerabilizadas por um Estado que realmente se faz diariamente mínimo. Um cenário que exige o deslocamento do olhar em direção a uma visão de mundo que está para além do que o *status quo* determina, que exige que concepções, normas, condutas éticas, práticas sociais e interações possam ser identificadas e mediadas considerando as contradições e a dialética que opera em tempos e territórios com vida e identidade próprios, que subvertem a cultura de massas, e que se aproximam e se afastam em fluxos, ora articulados, ora totalmente desconexos, em relação à cidade dos privilégios onde *home office*, isolamento social e a dúvida sobre o *lockdown* realmente existiram.

⁷ Menção a belíssima canção *A Ordem Natural das Coisas* de Emicida. Interpretada por ele com a participação de MC Tha.

Enquanto alguns poucos viram seus filhos crescerem mais de perto do que nunca e ainda desfrutam do privilégio de trabalhar em casa, as mães da periferia perderam as poucas opções de trabalho que restavam por não terem com quem deixar as crianças enquanto as escolas estavam fechadas (sem ensino e sem merenda escolar). Enquanto o shopping era reaberto e as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) seguiam lotadas, a elas era dada a escolha entre o tráfico, a coleta de material para a reciclagem (chamado vulgarmente de *lixo* em outros lados da cidade), e a prostituição e/ou o retorno ao mapa da fome. A pandemia agravou o paradoxo brasileiro da fome deixando de um lado da rua esfomeados, sem máscara e sem água para lavar as mãos, disputando restos com animais, enquanto do outro lado da rua o restaurante da rede de hamburgueria que o dono disse que não via problema se alguns morressem desde que a economia não parasse, descartava o alimento excedente por que a lei determina que o faça pelo risco de doar alimentos “contaminados”.

A inversão de valores é gritante e convoca. A escola da periferia para, mas o shopping não pode parar. O trabalhador precisa abrir mão de auxílio emergencial porque ganha um salário de fome para uma família de cinco ou dez pessoas, mas os bancos e grandes empresas precisam ser amparados. O pensamento crítico que parte de tamanhas contradições se torna chave para compreensão a respeito dos limites impostos tanto as políticas urbanas e de saúde e quanto às estratégias construídas pelos movimentos sociais no sentido de darem conta da promoção de saúde e da preservação da vida em meio à tamanha desigualdade social, conflitos e disputas que em nada se assemelham de um lado ou de outro da cidade partida. Essa incapacidade se impõe e se materializa em mais de 600 mil vidas assassinadas pelo Estado e pelo capital que na pandemia apenas evidenciaram problemas estruturais e complexos, que diariamente desafiam os viventes do caos urbano que foi ampliado durante a pandemia.

Contudo, é nas brechas e nos vazios que projetos de cidade não programados, mesmo que reprimidos, se constituem no espaço marginal, ocupando, resistindo e disputando a ordem social através da ação política de resistência e insurgência daqueles que, como Paulo Freire, acreditam no povo e com o povo produzem-se e produzem revoluções. É ali, no que para uns representa o inferno e para outros o único espaço possível de se viver, na contradição posta entre as principais medidas preventivas à COVID-19 (uso de máscara, álcool em gel, lavagem de mão e isolamento) e a dimensão social da determinação do processo saúde-doença que as revoluções são possíveis. Na ausência de um Estado comprometido com as demandas populares pautadas pela classe trabalhadora nasce a necessidade emergente de priorizar e articular melhorias das condições de vida, do trabalho e das estruturas sociais junto com ações concretas de/da saúde que não culpabilizem e nem estigmatizem os moradores da periferia pela disseminação deste vírus que a bem da verdade adentrou as comunidades por meio da burguesia.

Mas, a ação política construída de baixo para cima não é uma tarefa fácil e é preciso que se fale sobre como o povo tantas vezes se sente vencido pela situação, situação que se transmite a gerações, que se sentem abandonadas ao próprio curso e engolida pela máquina do capitalismo que frequentemente as leva a desistir de tentar, desistir de lutar e resistir. Assim como tem os que resistem, lutam e convocam a luta, também tem os que se entregam aqueles que desistiram, e com total razão. É por isso que se tem que celebrar e compor e que se tornam ainda mais importantes os que lutam, os que convocam. É preciso urgentemente andar de mãos dadas e tentar levantar para que estes não se entreguem.

José Falero⁸ (2020), pensador da periferia de Porto Alegre, traz um diálogo estrondoso em seu livro *Os supridores*, nele um jovem, em busca de perspectivas, fala para o camarada que já não está vivo, que ele sobrevive e por tanto não tem lugar para sonhos, nesse lugar ele se pergunta “qual é o valor da vida?” E responde: nenhuma. Vamos suportando a vida, então, a morte não chega a ser um mau negócio (FALERO, 2020). A morte. A morte que é só mais um “negócio”. Aceitar a morte como um bom negócio. Aceitar que morte também é alta. Aceitar fazer-se verme.

A PERIFERIA EXISTE E, QUANDO CONSEGUE, RESISTE

A COVID-19 chegou ao Brasil, e, em um primeiro momento, falava-se que se tratava de uma doença democrática que colocava em um mesmo barco burgueses e proletários, porém, muito rapidamente observou-se que embora todos estivessem realmente em meio a uma tempestade e a deriva no mar, alguns estavam em um iate abarrotado de mantimentos, enquanto outros em canoas rudimentares cheias de buracos. E foi ali, dispondo apenas das canoas furadas das grandes metrópoles, que os remos foram colocados nas águas do mar e as faíscas de resistência e luta que mostravam o horizonte foram desenvolvidas nas/pelas comunidades, pelos trabalhadores, que na maioria das vezes remam e seguem remando mesmo que contra as marés. Lutam, remam, mesmo sem a tão necessária associação entre poder público e população. Para a sobrevivência popular, o que há de novo é a aceleração do tempo da urgência, que passa a ser o tempo imediato. Esse descompasso temporal exige uma reestruturação rápida de redes de solidariedade e uma nova Socialização. Se a pandemia, por um lado, desacelera o tempo econômico do capital, por conta do isolamento social, por outro intensifica a condição de urgência das camadas populares (DOMINGUEZ & KILNK, 2021).

Neste momento de enfrentamento a pandemia, observou-se realmente a urgência dentre as camadas populares e por motivos óbvios a breve desaceleração por parte do capital, e o desinteresse do capital externo em manter seus investimentos nos países “das quebradas” só agravou o desemprego, a superexploração/uberização e a dependência do assistencialismo de quem não tem a menor possibilidade de “escolher” outra vida.

Na vida que cabia nas periferias, a velocidade de circulação do vírus foi fortemente influenciada por seu poder de transmissibilidade e infectividade e pelas condições naturais e materiais desfavoráveis do ambiente. Sendo assim,

⁸ José Falero é um escritor gaúcho da periferia de Porto Alegre. Os Supridores conta a história dos amigos Pedro e Marques, funcionários da rede de mercados Fênix, que resolvem vender maconha para tentar melhorar de vida, uma representação nua e crua da realidade de um Brasil desigual que carrega como pano de fundo uma ácida crítica ao modo de produção capitalista com base na teoria marxista.

a presença de eixos viários de conexão nos territórios, as moradias em sua maioria pequenas e apinhadas de pessoas e a precariedade na cobertura de saneamento básico precisavam ser importantes parâmetros para a análise socioespacial da doença e para o planejamento e execução de políticas públicas de proteção social. A interação entre processos globais de uma doença que atinge o mundo inteiro e condicionantes locais ímpares a cada espaço introduz complexidade que devem ser tratada como fenômeno multiescalar e social (DOMINGUEZ & KILNK, 2021) onde dialogam e trazem implicações diretas para o povo periférico tanto o preço do arroz no mercado internacional, quanto à *offshore*⁹ do ministro, quanto às péssimas condições do transporte público, de abastecimento de água e tratamento de esgoto, ou de assistência a famílias com baixa renda que deveriam ser amparadas pela seguridade social.

Dentro do sistema de seguridade social estão a saúde e a assistência social. Contudo, o que se teve por parte do Estado durante a pandemia foi pouco e tardio, mesmo com os bravos esforços dos trabalhadores. O que o Estado proporcionou foi pouco, mínimo, e tardio, e apenas escancarou a fragilidade destes setores que ainda estão à mercê de políticas de governo, enquanto, por direito, deveriam ser políticas sólidas de Estado.

Contudo, em um governo neoliberal a serviço do capital e de rentistas, não se poderia esperar nada mais do que a perpetuação de problemas crônicos e a impotência dos trabalhadores diante de um governo que jogou contra, espalhou o vírus, banalizou e induziu a morte por meio de sua necropolítica (CEPEDISA-USP & CONECTAS, 2021).

A realidade observada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que deveria proteger a população mais vulnerabilizada na estrutura social brasileira, é de intensas disputas e de sistemática fragilidade. No SUS não é diferente. Na pandemia, um contingente expressivo de brasileiros não teve condições de fazer isolamento social por estar sendo privado de condições mínimas à preservação da dignidade humana. Para estes a assistência social, na pandemia e antes dela, muitas vezes representa um dos únicos dispositivos capazes de viabilizar a sobrevivência em territórios onde *home office* não é nem de longe uma realidade. Nesta perspectiva, o Auxílio Emergencial de R\$ 600,00, pago por três meses, foi aprovado em abril de 2020 (BRASIL, 2020a) e estendido por mais alguns meses (BRASIL, 2020b) estando o tempo todo na berlinda e em disputa por aqueles que detêm o poder político e econômico do país e que em nada dependem da assistência social. Todavia, em uma metrópole, tal como São Paulo, Rio de Janeiro ou Porto Alegre, sequer o valor inicial seria o suficiente para garantir o sustento e a dignidade de uma família. E cabe lembrar que este valor pífio diante do custo de vida em uma metrópole não é somado a outros benefícios (permanece apenas o de valor mais alto, possivelmente R\$600,00).

⁹ *Offshore* é o nome comum dado às empresas e contas bancárias abertas em territórios onde há menor tributação (em comparação ao país de origem dos seus proprietários, e geralmente referidos como paraíso fiscal) para fins lícitos (mas, por vezes, ilícitos, quando estas ocultam a origem do dinheiro seja por crime ou corrupção). Recentemente foi noticiado que o Ministro da economia mantém uma *offshore* em um paraíso fiscal apesar de possíveis conflitos de interesse.

Um exemplo de território urbano onde é impossível se viver com o valor do auxílio emergencial e que teve que se organizar a partir da urgência foi Vila Andrade, em São Paulo, que possuía, em 2010, uma população de 127.015 habitantes (São Paulo, 2020), distribuídos em 40.826 domicílios, dentre os quais 49,58% estavam localizados em favelas e 2.793 não possuíam ligação com a rede de esgoto (IBGE, 2010). Realidade dura que se soma ao baixo número de unidades básicas- 0,31 para cada dez mil habitantes e que se materializa em precárias condições de saúde da comunidade (REDE NOSSA CIDADE, 2019).

Apesar de a Vila ser muito populosa (maior que muita cidade brasileira considerada de médio porte) e desigual, dentre os próprios desfavorecidos, possui apenas 8 serviços públicos de saúde. Em 2018, o tempo médio de espera para realizar consulta com clínico geral na rede pública era de 75,26 dias e a proporção de leitos hospitalares, públicos e privados, disponíveis para cada mil habitantes em 2018 era de 0,31 (REDE NOSSA CIDADE, 2019).

Considerando as dificuldades já citadas, enfrentar a pandemia e controlar a disseminação do vírus foi um desafio que poderia levar a comunidade a um caos com grande número de pessoas contaminadas e mortas pela COVID-19, bem como pelo sofrimento gerado pelo desemprego, fome e tantos outros problemas já consolidados. Porém, a articulação e mobilização das próprias comunidades geraram estratégias eficientes de enfrentamento. Um exemplo disso aconteceu na comunidade de Paraisópolis, a segunda maior favela de São Paulo, localizada em sua maior margem territorial no distrito de Vila Andrade, onde se estima que vivam cerca de 89 mil de pessoas em 21 mil moradias, incluindo barracos e outros tipos de construções (GONH, 2010). Paraisópolis é a mais concreta imagem da cidade partida, da desigualdade e da segregação uma vez que a favela é separada apenas por um muro dos prédios residenciais de alto padrão do Morumbi.

A comunidade da favela, pouco tempo antes da pandemia de COVID-19, tinha enfrentado uma das suas mais históricas provações, uma intervenção violenta e repressiva da Polícia Militar (PM), que ainda é discutida pela justiça brasileira – aconteceu em dezembro de 2019 durante o baile mais famoso da favela, o “Dz7” e desencadeou em nove mortes de jovens de Paraisópolis. Concomitante à violência policial, os moradores têm enfrentado, também, os despejos de famílias orquestrados pela prefeitura de São Paulo sob a prerrogativa de reintegração de posse.

A remoção das famílias em tempos de pandemia – com intervenção também da PM e da Guarda Civil Metropolitana (GCM) - traz à tona uma política higienista, no sentido de “eliminar” a pobreza visualmente observada nos espaços da cidade. O despejo de famílias – no território da cidade de São Paulo – sob a premissa de estarem ocupando territórios “ilegais” delimita uma necropolítica na gestão das vidas e violação do direito humano - e básico - como o da moradia, visto que as condições de existência dessas pessoas são agravadas em tempos de Covid-19 (SOARES, 2020, p.x).

Todavia, nem tudo é dor, e dentro das contradições da periferia, a vida existe e constrói possibilidades. Paraisópolis existe e compõe o G10, um potente grupo que reúne as 10 favelas mais ricas (e possivelmente mais organizadas

de São Paulo). E a favela organizada não assiste a necropolítica como o verme inerte que o capital o representa no imaginário dos ricos mais ricos. Há luta e foi justamente por meio da luta e organização comunitária que em um esforço extraordinário mobilizou a comunidade para rapidamente gerar uma extensa rede de assistência por toda a Zona Sul da capital paulista, produzindo diversos comitês comunitários e com várias frentes de ação: criação de casas de acolhimento para quarentena de moradores com suspeita de infecção pelo coronavírus, contratação de ambulâncias com equipe médica, organização de estratégias de retirada dos corpos das partes mais altas das favelas e apoio nos funerais e desenvolvimento de ações de caráter social e econômico para apoiar trabalhadores informais sem renda (DOMINGUEZ & KLINK, 2021).

Os comitês comunitários, em menos de um mês, geraram um sistema estruturado e organizado de enfrentamento à COVID-19, lá aconteceram iniciativas tais como a escolha e formação de “presidentes de rua”, que são voluntários com a função de monitorar e orientar um número determinado de famílias em relação aos sintomas da COVID-19. Através de tecnologias virtuais (WhatsApp e redes sociais) a comunidade identificou/identifica famílias com casos e com distintas vulnerabilidades e aciona o próprio sistema de saúde.

Imagem 1 - Cozinha comunitária de Paraisópolis/SP.



Fonte: Registro fotográfico feito por Rafael Stédile, 2020.

Outras iniciativas para geração de renda, a cozinha e hortas comunitárias e a fabricação de máscaras também foram feitas dentro da favela de Paraisópolis, contudo, estas e outras sucessivas ações foram desenvolvidas através do terceiro setor.

A presença das Organizações Não Governamentais (ONG) (terceiro setor) em Paraisópolis e em várias outras comunidades periféricas configura um movimento estratégico de inclusão dos moradores na favela nos processos produtivos desenvolvidos como contra-fluxo do histórico processo de exclusão e desigualdade social que os mantém segregados de direitos sociais e da conquista de uma concreta cidadania. Contudo, o terceiro setor constitui um fenômeno complexo, diferenciado e contraditório que atua no nível do poder local e suas organizações se definem com fins públicos sem fins lucrativos, mas que de fato formam uma massa de organizações que ocupam brechas e se sustentam/justificam na ausência do Estado na garantia dos direitos sociais. É preciso lembrar que embora as ONGs sejam na perspectiva reformista de curto prazo necessário, acabam por desenvolver ações pontuais, focalizadas, sem de fato atender às reais necessidades da população da favela no que tange a raiz dos problemas. Como dizia Paulo Freire (2019), é necessário entender que há quem queira cuidar dos pobres e há quem lute para que não existam pobres. Mas, enquanto a ordem social vigente não for questionada em sua raiz, não caberão atribuições de juízo de valor rasas ou sabotagens a quem arregaça as mangas para dar de comer a quem tem fome, para quem dá trabalho e dignidade. Apenas vale o questionamento a quem está aberto a pensar nas cooperativas e em outras formas de economia solidária que promovam para além da renda a emancipação e a formação ético-política através do trabalho.

Imagem 2 - Favela de Paraisópolis/SP.



Fonte: Registro fotográfico feito por Rafael Stédile, 2020.

Em Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, o número de casos confirmados de COVID-19 foi menor que em São Paulo, mas a periferia sofreu e também se organizou mesmo diante de inúmeras dificuldades. Um dos territórios que pode ser tomado como exemplo dessa realidade é a Grande Cruzeiro que inclusive perdeu alguns de seus importantes líderes comunitários para a COVID-19. A Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal é um território que equivale aproximadamente a um distrito de São Paulo e é uma região que, apesar de abrigar mais de 80 comunidades em situação crítica de privação de direitos, também possui uma potente história de organização e mobilização social tendo inclusive ocupado um serviço de pronto atendimento da região, na década de 80, para que não fosse fechado (COORSAÚDE, 2019, NEGREIROS, 2020).

O território é composto por seis bairros divididos em três distritos, com realidades sociodemográficas e econômicas bastante heterogêneas, mas, em sua maioria a população é composta por pessoas que se autodeclaram brancas. Quanto aos domicílios, foram observadas variações entre 37,54% a 20% das moradias sendo consideradas precárias nos distintos bairros. Mais de 1,3% das moradias não possuíam energia elétrica e 3 a 8% apresentavam esgoto a céu aberto o que corresponde a mais de 1.000 domicílios. A taxa de analfabetismo era de 3,29% e mais de 40% das famílias possuem renda de até um salário mínimo. A gerência conta com mais de 20 unidades de saúde e com Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC) que abriga o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) que é o maior pronto atendimento do Sul do Brasil (Porto Alegre, 2017) e outros 18 distintos serviços (COORSAÚDE, 2019).

No entanto, embora pareça uma rede relativamente estruturada de saúde que poderia ter sido efetiva na prevenção e assistência aos contaminados pela COVID-19, não foi e, de fato, cotidianamente não é. O desemprego que já vinha em níveis alarmantes aumentou vertiginosamente, a água não chega a vários espaços do território, a violência aumentou, o Instituto Municipal de Saúde da Família, responsável pela assistência de grande parte da região foi desmontado e substituído, em plena pandemia, por uma rede terceirizada de serviços de provimento de equipes de atenção básica e a Companhia Estadual de Energia Elétrica (CEEE) foi terceirizada, bem como foi aprovada na Assembleia Legislativa de Porto Alegre a privatização da Companhia Riograndense de Saneamento que prove a água para as comunidade e trata o esgoto¹⁰ (cabe pensar no quanto a periferia representará um mercado interessante para as empresas privadas de energia elétrica e água e no quanto bens primários que são indispensáveis à manutenção e reprodução da vida deveriam ser bens inalienáveis a todo e qualquer cidadão).

Desta forma, a pandemia também vem representando para o movimento comunitário da Cruzeiro com mais um grande desafio e, diante dele, trabalhadores, trabalhadoras e suas famílias, também se colocaram à frente de uma série de estratégias de enfrentamento à realidade imposta. Uma das primeiras iniciativas veio da União de Vilas da Grande Cruzeiro, uma entidade que como o G10 congrega diversas entidades do movimento comunitário e

que se uniu para buscar parceiros junto a universidade e ao terceiro setor para o combate à fome que assola os territórios. Além da captação e descentralização de cestas básicas, a instituição também construiu iniciativas de reunir costureiras do território para a fabricação de máscaras e estimulou as comunidades a implementarem e ampliarem as cozinhas comunitárias e a distribuição de marmitas.

A parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) também gerou a captação e distribuição de álcool gel sintetizado ou fracionado na universidade.

Outro projeto feito por instituições locais, União de Vilas da Grande Cruzeiro, Associação de Moradores da Vila Tronco e arredores e Periferia Move o Mundo, em parceria com a Fiocruz e com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul também implementaram uma série de ações socioeducativas e emancipatórias nos territórios, trabalhando com estratégias produzidas com artistas locais através da produção de material gráfico, grafite e máscaras que foram distribuídas e levadas a múltiplos espaços do território. As ações de rádio comunitária, criação de jingles com artistas locais e circulação de informações levadas pelas lideranças comunitárias, mas construída através de fontes confiáveis também foram transmitidas massivamente através de carro de som que circulava pelas comunidades. Ainda se destacaram o teatro e o hip hop com produções relacionadas à temática das condutas preventivas em relação ao vírus, bem como uma reflexão crítica sobre as omissões do Estado.

Imagem 3 - Grafite da Associação de Moradores Força Maior da Pedreira. Grande Cruzeiro/POA/RS.



Fonte: Registro fotográfico feito por Isabelle Rieger, 2021.

¹⁰A Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul aprovou, no dia 31/08/2021 o projeto de privatização da Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan). Atualmente, a empresa é responsável pelo fornecimento de água e o tratamento de esgoto de 317 dos 497 municípios do estado. Atualmente a Corsan fornece água potável para 97% das áreas urbanas. No entanto, apenas 17% das áreas são conectadas a uma rede de esgoto.

Uma das comunidades fortalecidas por tais processos foi a comunidade da Vila Pedreira, no Bairro Cristal, que compõem a Grande Cruzeiro. Através do movimento comunitário da Associação de Moradores Força Maior da Pedreira uma série de ações foram implementadas. A parceria com o terceiro setor conseguiu levar banheiros e reformas para vários domicílios, que não possuíam ou que tinham condições muito precárias de saneamento, e construiu um forno de barro para o provimento de alimentos para a comunidade independente do gás de cozinha. Já a ligação orgânica com movimentos sociais tais como a Fome tem Pressa (organizado pela Central Única de Trabalhadores) e Movimento Sem Terra (MST), bem como com doadores da sociedade civil, permitiram a manutenção praticamente ininterrupta de distribuição de cestas básicas, roupas, produtos de higiene, marmitas e o reforço escolar para as crianças severamente prejudicadas em seu rendimento escolar por um ensino domiciliar que não existiu para a maioria das famílias da comunidade (em relação às parcerias para captação e distribuição de alimentos e combate a insegurança alimentar, o MST merece destaque pela solidariedade que vem demonstrando durante a pandemia). Na Pedreira também foram criados grupos de whatsapp tanto com o objetivo de disseminar informações educativas e assistenciais quanto com forma de divulgar o trabalho de “empreendedores” locais.

Imagem 4 - Coletivo Célia Sanches. Grande Cruzeiro/POA/RS.



Fonte: Registro fotográfico feito por Lucas Löff Ferreira Leite, 2021.

Desta forma, a ação incansável das lideranças locais espalhou suas sementes e delas nasceu o Coletivo Célia Sanches, um coletivo formado por estudantes e trabalhadores, da comunidade e de fora dela, em sua maioria da área da saúde, que vem articulando mutirões e ações estratégicas na comunidade da Pedreira (que compõe a União de Vilas da Grande Cruzeiro) e para além dela, auxiliando na articulação, fortalecimento e expansão dos movimentos comunitários. A ideia do coletivo é ser retaguarda ao movimento comunitário associando força de trabalho à formação ético-política do próprio coletivo e da(s) comunidade(s), de forma a constituir redes solidárias comprometidas com a luta por emancipação e transformação social através dos anseios, percepções e contradições oriundas dos territórios e do próprio movimento comunitário. Das ações do coletivo já se concretizaram muitos mutirões de recolhimento de calça, pintura, poda de vegetação, grupos de formação política, captação de livros e mobiliários para a celebração do centenário de Paulo Freire atrelado a criação de uma futura rede de bibliotecas comunitárias na União de Vilas. Além do cadastro/recenseamento da comunidade da Pedreira para identificação das condições de vida e de moradia de cada domicílio, identificação de famílias vulnerabilizadas pela falta de água, saneamento, em situação de desemprego, fome/insegurança alimentar, necessidades percebidas, anseios por cursos e formação. Sendo o maior desafio posto pelo coletivo a atuação no marco temporal necessário ao trabalho de base, ou seja, a perspectiva é necessária de construção em longo prazo.

Observa-se ainda no território da Cruzeiro uma ampla luta contra as privatizações e pela articulação dos movimentos sociais em defesa da consulta popular numa tentativa de reverter a privatização da Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Cabe lembrar que a pandemia segue e que justamente as comunidades periféricas são as mais atingidas por óbitos pela COVID-19 e a que precisa ser priorizada pela complexidade de realizar ampla cobertura vacinal (INSTITUTO POLIS, 2021).

Imagem 5 - Cozinha comunitária da Associação de Moradores Força Maior da Pedreira. Grande Cruzeiro/POA/RS.



Fonte: Registro fotográfico feito por Isabelle Rieger, 2021.

Já no município do Rio de Janeiro, muitas favelas e bairros da periferia com condições históricas e sociais de desigualdade e segregação próximas às das comunidades anteriormente citadas também desenvolveram uma série de estratégias para enfrentar a COVID-19 na ausência de estratégias sólidas vindas do Estado, entre elas o Complexo da Maré, Manguinhos, a Rocinha, Cidade de Deus e o Alemão. Na maioria destes territórios também operaram coletivos e as comissões comunitárias que, além de trabalharem na captação de recursos e no desenvolvimento de ações, passaram a denunciar a impossibilidade de seguir as medidas de isolamento e de prevenção à Covid-19 apresentadas pelos órgãos municipais e estaduais de saúde.

A criação de um “Gabinete de Crise” foi a estratégia no Complexo do Alemão. Lá a mobilização entre moradores e grupos locais construiu tal movimento como forma de enfrentamento à radicalização de problemas estruturais.

No Morro do Adeus, a tática foi ampliar o alcance da plataforma “Voz das Comunidades”, que nasceu em 2005 e que tinha ideia de dar visibilidade aos problemas e às particularidades da favela, que não costumavam ser tratados e divulgados pelas mídias tradicionais. Atualmente, o Voz possui uma plataforma virtual de longo alcance, contando com a participação de diversos coletivos da cidade e da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e oferece diariamente boletins virtuais com a divulgação do número de casos e de óbitos por COVID-19 nas comunidades, dados geralmente negligenciados pelos registros oficiais do Estado. Em 15 de outubro de 2021, o painel COVID-19 registrou 47.832 casos confirmados de COVID e 2.689 óbitos em favelas cariocas (PAINEL VOZ DAS COMUNIDADES, 2021).

Articulados a uma rede que envolve profissionais de saúde da atenção básica, agentes comunitários de saúde e de centros de assistência social; grupos e lideranças políticas; coletivos e movimentos sociais organizados; a plataforma cobre todo o conjunto metropolitano, sistematizando informações estratégicas para o enfrentamento da epidemia, seus impactos e diversos problemas socioambientais. À proporção que a plataforma tomou é inclusive uma quebra de paradigma, porque instituições de pesquisa e governamentais, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), passaram a utilizar-se da plataforma comunitária para a produção de seus próprios boletins institucionais (FIOCRUZ, 2020). É possível lembrar Paulo Freire ou de Milton Santos que nos dizia que nos hiatos deixados aos oprimidos se fariam as revoluções capazes de transformar oprimidos e opressores. Contudo, embora realmente a plataforma venha revolucionando através do painel “Coronavírus nas Favelas” e da divulgação de uma série de ações de coletivos e demais espaços de favela, entre eles trabalhos técnicos a exemplo do “Mapa Social Corona Nº 1 e 2” do Observatório de Favelas, os documentos produzidos e divulgados apenas confirmam a condição desigual do espaço urbano nas favelas e expõe cruamente as dificuldades impostas às classes populares. Um exemplo denunciado pelo Voz foi o do bairro popular de jardim Catarina, localizado no município de São Gonçalo, território de disputa complexo em torno do acesso à água envolvendo moradores, agentes estatais e políticos fluminenses. A situação de precariedade do saneamento no

jardim Catarina levou os moradores, articulados com lideranças comunitárias, a construir uma rede alternativa de abastecimento de água que foi a única alternativa que permitiu a localidades altamente vulneráveis da comunidade o acesso à água para o consumo básico. No entanto, em 2020, durante o seminário “Vozes da favela e da periferia sobre a COVID-19”, realizado no segundo trimestre do ano, lideranças comunitárias do jardim Catarina reforçaram a dramática situação vivida pelo loteamento em tempos de pandemia onde o número de casos da doença crescia em paralelo à angústia pela falta de saneamento no bairro (DOMINGUEZ & KLINK, 2021).

A situação vivida em Jardim Catarina/RJ dialoga com a da Pedreira/POA e poderia gerar um livro inteiro, ou milhares de livros, onde só veríamos uma sucessão de relatos de abundância de descaso e de política da morte em um lado e de luta e luto de outro.

ENLUTADOS, MAS, LUTAMOS

Para encerrar este ensaio é preciso iniciar homenageando os mais de 600.000 brasileiros que se foram e os milhares que sobrevivem nas periferias os quais fazem delas trincheiras e os bravos trabalhadores do SUS que mesmo diante da impotência de lidar com os limites impostos pela desigualdade social estrutural e com a necropolítica que atravessa seu ofício cotidianamente ainda deram e seguem dando o seu melhor para amenizar sofrimentos que adoecem corpos e almas de COVID-19 e de capitalismo.

Cabe ressaltar ao chegar ao final deste texto que, mesmo com as mobilizações e com o esforço hercúleo empreendido nas comunidades de Paraisópolis/SP, na Grande Cruzeiro/POA, no Morro do Adeus/RJ ou uma das tantas outras comunidades que fazem suas lutas que não foram citadas aqui, a realidade do momento é extremamente crítica. A fome já não é uma ameaça, se não uma realidade diária, consequência do desemprego, do aumento dos preços, do abandono de políticas públicas que deveriam proteger a população e que a bem da verdade muito mais ataca do que protege. Nesta perspectiva, que se pontue o “esculacho” representado pelas “facilidades” que o Estado deu proporcionando o aumento da riqueza dos bilionários no Brasil em pleno cenário de fome e desemprego e o imenso vácuo que a destruição do Programa Mais Médicos e a terceirização deixaram nos territórios gerando desassistência e caos, que em tempos de pandemia, atestam mais uma dimensão da necropolítica vigente no país.

Contudo, é preciso trabalhar com projeções de futuro, com estratégias e táticas para que possamos construir realidades menos perversas já que tão cedo o inferno não se transformará em céu, as favelas não deixarão de existir e a população que ali está não sairá destes lados da cidade mal-afamada. Como faremos para que nossas crianças não cresçam pensando que a morte pode ser um “bom negócio”?

Como faremos para que nossas crianças não cresçam pensando que cabe ao esforço individual correr atrás do prejuízo de serem órfãos (desnutridos) da pandemia? Como trabalharemos contra a naturalização da desigualdade uma vez que viver e conviver em condições subumanas sem uma educação libertadora possibilita a retroalimentação das opressões? Como adiaremos o fim do mundo e permitiremos que os filhos da favela deixem a pandemia para trás e possam construir pontes para um futuro melhor?

Se a educação é a ferramenta para mudar o destino, como se faz mudar a educação? Certamente através de um Estado que não espalhe vírus, que não superfature as compras de vacinas, que não trabalhe para defender *offshores* antes de proteger a infância e aos anciãos. Mas, certeza que se Paulo Freire tivesse nascido na periferia, ele também nos diria assim: olha, a educação revoluciona os manos e os manos, pá, revolucionam a parada toda. Então, precisamos nos perguntar: como isso poderá ser possível? Como retomamos a formação de base e a articulação e união de todos os trabalhadores, da informalidade da vila à UTI do hospital?

Não. Como dizia Carlos Marighella (1969), não se pede licença para fazer atos revolucionários e são deles que precisamos neste momento. Não atos heróicos, egóicos e inconsequentes, mas atos que acreditem na subversão necessária para acreditar no povo, na luta e na construção de possibilidade COM e não para as classes populares (CENTELHA, 2019).

Retomemos as bases da reforma sanitária brasileira e entendamos que a compreensão de saúde como direito não se refere apenas a concepção mercadológica e biomédica e na perspectiva de transformar cidadãos em consumidores e usuários de bens de consumo. Precisamos, sim, de um Estado forte e a serviço do povo, que garanta a água, a energia elétrica, a vacina, a consulta médica, o apoio psicossocial e, para, além disso, precisamos, organizada e organicamente, estar na disputa dos espaços e corações. Precisamos compreender os espaços urbanos, as cidades partidas, em suas contradições e disputas, e a partir de então precisamos nos mexer. O movimento precisa ser de construção, de formação de quadros, de escuta e de composição.

O Sistema Único e a Saúde que queremos não pode ser apenas uma massa de manobra de disputas do complexo econômico e produtivo da saúde a mercê do grande capital. A saúde que disputamos é a saúde que floresce da dignidade humana, da esperança e das possibilidades construídas de forma coletiva.

Aceitamos que a energia elétrica fosse privatizada, aceitamos que a água fosse privatizada. Até quando seguiremos esperando? Até que privatizem nossa saúde?

Ao povo o que é do povo. É urgente que entendamos que não se podem resolver problemas coletivos através de ações individuais. Por mais que nosso SUS e nossas comunidades sejam descentralizados e diversos, estamos todos juntos em uma comum unidade, que é a defesa intransigente da dignidade humana e da justiça social como caminhos únicos para a luta.

É preciso ampliar a voz das comunidades, é preciso escutar e compor. E como dizia Paulo Freire (2019) é preciso acreditar no povo e na força de suas massas. Contudo, ações urgentes que dêem um basta ao genocídio que segue em curso no Brasil precisam ser implementadas para ontem ou estaremos todos nos colocando como vermes, como conivente com as injustiças. Como diz mestre Emicida¹¹:

Aí, maloqueiro, aí, maloqueira,
Levanta essa cabeça.
Enxuga essas lágrimas, certo? (Você memo).
Respira fundo e volta pro ringue (vai).
Cê vai sair dessa prisão.
Faz isso por nós
Faz essa por nós (vai)
Te vejo no pódio
Ano passado eu morri. Mas esse ano eu não morro

Trabalhadores do Brasil, uni-vos, com urgência. É uma emergência. Tenhamos o pé e a alma na periferia e escutemos. Estudemos. Temos muito a construir juntos e a hora é agora. Hoje. Façamos isso por nós.

Referências

ANTUNES, R. O vilipêndio da COVID-19 e o imperativo de reinventar o mundo. **O Social em Questão** 49, pp. 111-122.2021.

BRASIL (2020a). **Lei nº 13.982, de 2 de Abril de 2020**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília/DF, Abr. de 2020.

BRASIL (2020b). **Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020**. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda; dispõe sobre medidas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020; altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.101, de 19 de dezembro de 2000, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 10.865, de 30 de abril de 2004, e 8.177, de 1º de março de 1991; e dá outras providências. Brasília/DF Abr. de 2020.

¹¹ Música *AmarElo* do álbum homônimo de Emicida. Uma obra de arte que gerou, entre outras tantas produções do artista em multiplataformas digitais, o documentário “AmarElo- É tudo para ontem” lançado produzido pelo Laboratório Fantasma, empresa da periferia que segue dando emprego e subvertendo lógicas de mercado com a potência da educação e da arte. Dirigido por Fred Ouro Preto e produzido por Evandro Fióti.

CASTRO, J. **Geografia da fome: O dilema brasileiro: pão ou aço**. Brasília: Editora Brasiliense, 1969.

CENTELHA. **Ruptura**. São Paulo/SP: N-1 Editora, 2019.

CEPEDISA-USP; Conectas. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. **Boletim Direitos na Pandemia**, 10, 2021.

COORSAÚDE . Coordenadoria da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Cenários de Práticas. Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal**. Porto Alegre, nov. 2019.

DOMINGUEZ, M.T.; KLINK, J.J. Metrôpoles em tempos de pandemia: mapeando territórios subversivos nas RMSP e RMRJ. **Cad. Metrop**, 23 (52): 927-947. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) (2020). **Censo Demográfico 2010**. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO POLIS. **Vacinação desigual contra Covid-19. 2021**. <https://polis.org.br/noticias/vacinacao-desigual-contracovid/>

GONH, M. G. Morumbi: o contraditório bairro-região de São Paulo. **Cad. CRH**, 23(59): 267-281. 2010.

FALERO, J. **Os supridores**. São Paulo/SP: todavia. 2020.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Lisboa, PT: Letra livre. 2021.

FIOCRUZ. **Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas**. Rio de Janeiro, 1. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra. 2019.

NEGREIROS, F. **A desobediência civil na Vila Cruzeiro do Sul de Porto Alegre**. Brasil Acontece, 2020. Acessado em: 30 de set. 2021. Disponível em : <https://brasilacontece.net.br/a-desobediencia-civil-na-vila-cruzeiro-do-sul-de-porto-alegre/>

OBSERVATÓRIO DAS FAVELAS (2020a). **Mapa Social Corona. Rio de Janeiro, n. 1**. <https://of.org.br/acervo/mapa-social-do-corona/>

OBSERVATÓRIO DAS FAVELAS (2020b). **Mapa Social Corona. Rio de Janeiro, n. 2**. Acessado em: 01 de out. 2021. Disponível <https://of.org.br/acervo/mapa-social-do-corona/>

PAINÉ VOZ DAS COMUNIDADES. **Covid nas Favelas**. Boletim do dia 15 de outubro de 2021. Acessado em: 01 de out. 2021. Disponível em: <https://painel.vozdascomunidades.com.br/>

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde . **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017.

RACIONAIS MC'S. **Sobrevivendo no inferno**. São Paulo/SP: Companhia das Letras, 2018.

REDE NOSSA CIDADE. **Mapa da Desigualdade**. São Paulo, 2019.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2014.

SÃO PAULO. **Dados demográficos dos distritos pertencentes às Subprefeituras**. São Paulo. 2020.

SOARES, V.S. **A periferia brasileira no cenário da Covid-19 : aproximações à realidade da Favela Paraisópolis**. São Paulo, 2020.



EFEITOS DA COVID-19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO FEMININA NO BRASIL

Tânia Aparecida de Araujo

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Resumo

Este trabalho refletiu sobre os efeitos da COVID-19 sobre a força de trabalho feminina no Brasil. Para mensurar o impacto da pandemia na vida das trabalhadoras foram utilizados dados de inquéritos nacionais como a PNAD-Covid e PNAD-Continuada, notas técnicas do IPEA, dados gerados pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, documentos produzidos pela ONU Mulher, além de artigos que trabalharam com o tema. Os resultados encontrados apontam para maior presença feminina nos trabalhos que precisaram ser realizados presencialmente, maior carga de trabalho e estresse emocional, e ainda maior taxa de desocupação e violência doméstica. É fato que diversas inequidades entre as mulheres já existiam antes da pandemia, mas é inegável que elas foram ainda mais afetadas durante esse período. A criação de indicadores específicos que consigam mensurar as desigualdades sofridas por elas no mundo do trabalho pode auxiliar no conhecimento de realidades e na proposição de políticas de proteção.

Introdução

Durante a pandemia da COVID-19, devido a medidas restritivas, diversos profissionais continuaram o trabalho em casa. Porém, uma parcela importante da população precisou sair para que serviços essenciais não deixassem de ser realizados. Nesse sentido, como a contenção da propagação do SARS-CoV-2 acarretou o fechamento de diversos setores da economia, uma importante repercussão deste período diz respeito à questão do emprego (SOUZA, 2021).

Em alguns desses setores da economia, adotou-se a estratégia do trabalho remoto, sobretudo da casa do trabalhador, o que comumente tem sido chamado de home office (SOUZA, 2021). Essa estratégia permitiu a manutenção do trabalho, e renda, de diversos profissionais. Porém, para alguns estratos, como as mulheres, essa modalidade acarretou um acúmulo de tarefas e estresse adicionais.

Ademais, para grande parte dos trabalhadores essa opção de “trabalho remoto” ou “teletrabalho” não existiu. Dados divulgados pela PNAD-Covid, por exemplo, revelaram uma enorme discrepância entre trabalhadores que continuaram seu trabalho de casa e aqueles que precisaram sair. Em que enquanto 27,1% dos profissionais com

ensino superior estavam no trabalho remoto, apenas 0,3% e 0,9% daqueles sem instrução ou com fundamental completo (respectivamente) tiveram essa opção (IBGE, 2020).

Entre as trabalhadoras, o aumento da carga de trabalho e a violência doméstica são apenas alguns dos fatores que contribuíram para a exaustão relatada por muitas delas. Os impactos econômicos da pandemia também foram piores para elas devido a maiores níveis de desemprego e redução do salário. E ainda porque a maior parte dos trabalhadores da linha de frente do enfrentamento do coronavírus foi/é composto por mulheres (IPEA, 2021).

METODOLOGIA

Este trabalho teve caráter teórico de base documental, no qual a coleta do material ocorreu entre 23 de setembro e 10 de outubro de 2021. Para descrição dos efeitos da COVID-19 sobre a força de trabalho feminina no Brasil considerou-se bases documentais de acesso aberto tais como: resultados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD-2019, -Covid e -Continuada, além de notas técnicas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), documentos elaborados pela ONU Mulheres e dados gerados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Utilizaram-se, ainda, artigos que discutiram a situação do trabalhador, especialmente da trabalhadora, durante a pandemia da COVID-19.

Este trabalho é dividido em algumas partes que irão refletir sobre as iniquidades entre trabalhadoras; medos e inseguranças gerados pela COVID-19; profissões essencialmente femininas mais afetadas durante a pandemia; e por fim sobre a situação das trabalhadoras no Brasil.

INIQUIDADES ENTRE TRABALHADORAS

A taxa de participação na força de trabalho feminina no Brasil é de 54,5%, 29,7% possuem ensino superior (enquanto 21,5% dos homens possuem a mesma escolaridade). Em contrapartida, geralmente, mulheres recebem 77,7% do rendimento habitual de homens. E ocupam apenas 37,4% dos cargos gerenciais (IBGE, 2021).

Mulheres ainda convivem com dupla carga de trabalho, em geral elas dedicam quase o dobro de tempo nos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos (21,4 horas contra 11,0 horas dos homens). Durante a pandemia, como destaca Siqueira et al (2020) embora homens e mulheres estivessem em reclusão domiciliar, logo em condições de dividir as tarefas domésticas e cuidados com filhos, é inegável que o acúmulo e a sobrecarga do trabalho doméstico atingiram principalmente mulheres.

E assim como destaca os autores, cansaço físico, emocional e mental derivados do sobrecarga do trabalho doméstico de mulheres contribuem para maior enfraquecimento do sistema imunológico deixando-a mais vulnerável a diversas doenças, inclusive à COVID-19 (SIQUEIRA et al., 2020)

Ademais, além das diversas iniquidades que afetam as mulheres, essas são ainda potencializadas por outras desigualdades múltiplas e cruzadas como cor/raça, deficiência e/ou status socioeconômico. Entre as mulheres negras, por exemplo, além da maior vulnerabilidade em que geral se encontram expostas (menor escolaridade, menor renda, maiores índices de violência – inclusive obstétrica), durante a pandemia quando comparado com as brancas, elas também foram mais afetadas. Dados da PNAD Covid-19 (IBGE, 2020) demonstraram, por exemplo, que em junho de 2020 enquanto a taxa de desocupação era de 12,0% entre mulheres brancas entre as mulheres negras era de 16,1%; já em relação a informalidade que atingia 31,1% entre brancas, entre negras alcançava 41,5%.

Mulheres que são mães também encontram maiores desafios no mundo do trabalho, o que foi intensificado durante a pandemia. A ONU Mulheres (ONU MULHERES, 2021) destaca que com o fechamento de escolas e creches, a rede de apoio das mães foi desmontada, o que limitou autonomia, fazendo com que a participação feminina na economia retrocedesse consideravelmente.

Dados do IBGE, da nota técnica sobre “Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil” revelam ainda que entre aquelas que possuem crianças de até 3 anos de idade a proporção das que trabalham é de 54,6%, abaixo dos 67,2% daquelas que não possuem (IBGE, 2021).

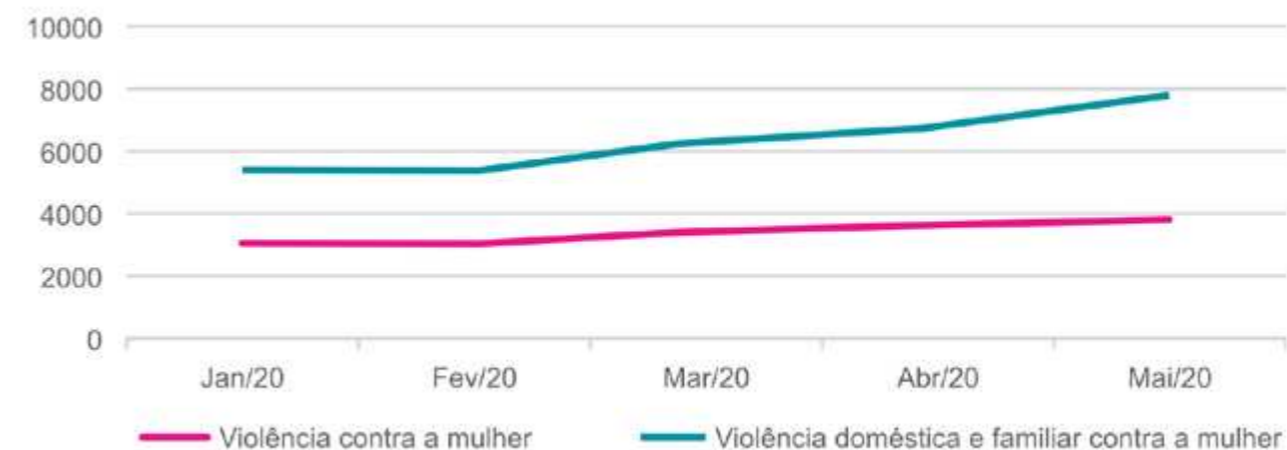
Para ONU Mulheres a dimensão do impacto do esgotamento emocional das mães traz consequências para toda a sociedade, gerando sofrimento não apenas para elas, mas para todo o núcleo familiar e impactando na saúde emocional e no desenvolvimento de toda uma geração de crianças. Dessa forma, é urgente que empresas, governos e sociedade priorizem a proteção e inclusão de mães nas atividades produtivas - levando em consideração todo esse desgaste emocional que esse período trouxe (ONU MULHERES., 2021).

MEDOS E INSEGURANÇAS GERADAS PELA COVID-19

Medo de morrer, de afetar quem está em casa de quarentena, de não conseguir cuidar dos filhos, de ficar sem emprego/sem dinheiro, de sofrer alguma violência, de ser contaminada são apenas alguns dos que passam essas trabalhadoras da linha de frente, consideradas por muitos como “Heroínas” - mas, que como destaca Ferla e colaboradores (FERLA et al., 2021), merecem muito mais do que aplausos.

A violência doméstica, por exemplo, é um medo recorrente de muitas brasileiras, mas que aumentou consideravelmente durante a pandemia. Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2020) enquanto entre janeiro fevereiro de 2020 as denúncias de violência contra mulher tiveram um decréscimo de -1,2% e a violência doméstica e familiar teve um aumento de 0,6%, entre fevereiro e março deste mesmo ano ocorreu um expressivo aumento de 16,4% e 17,8% destas violências, respectivamente. O gráfico 01 demonstra esse aumento no início da pandemia.

Gráfico 01 - Violência contra mulher, Brasil. 2020



Fonte: Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos, 2020.

Dados que podem ainda estar subnotificados, Siqueira e colaboradores (SIQUEIRA et al., 2020) apontam que a restrição de circulação de pessoas e com a presença permanente do agressor em casa, muitas mulheres foram impedidas de buscarem ajuda ou realmente chegar a formalizar uma denúncia. Dubravka Simonovic, relatora especial da ONU sobre violência contra mulher, acrescenta ainda que para além das restrições de mobilidade, limitações financeiras e insegurança generalizada encorajam ainda mais os abusadores, dando-lhes poder e controle adicionais (BRASIL, 2020).

PROFISSÕES ESSENCIALMENTE FEMININAS MAIS AFETADAS DURANTE A PANDEMIA

Em publicação sobre igualdade de gênero, elaborada pelo IPEA (IPEA, 2021), o qual analisou dados da PNAD de 2019, nota-se que exceto por profissões como transporte e segurança, elas são a maioria em profissões ditas essenciais, como alimentação (54,6%), limpeza (62,5%), saúde (73,0%), assistência social (80,1%) e cuidados no espaço doméstico (93,1%).

Durante a pandemia, trabalhadores da área da saúde foram especialmente afetados. Para além do risco de contaminação, muitos deles conviveram com um sistema de saúde colapsado – com insuficiência de materiais, insumos e recursos humanos. Dado que o ato de cuidar, muito ligado a características femininas, é um fator marcante das profissões da área da saúde, grande parte do corpo de trabalho é composto por mulheres.

Embora cargos de chefia na saúde geralmente são ocupados por homens, o que contribui para maiores salários deles também. A medicina, por exemplo, que abriga uma posição de maior prestígio na sociedade, sempre foi a profissão de saúde com maior presença de homens – embora atualmente seja composta por praticamente 50% das mulheres. A enfermagem, por outro lado, já chegou a contemplar 95% de mulheres.

Durante a pandemia a enfermagem foi uma das profissões mais afetadas. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em janeiro de 2021, o Brasil respondia por um terço das mortes de profissionais da área por Covid-19 (COFEN, 2021). Isso significa que a grande parte dessas mortes foi de mulheres, dado que 87% da enfermagem no Brasil é composta por mulheres (WHO, 2020).

Profissões por vezes esquecidas, como a de trabalhadoras domésticas, são também essencialmente femininas e foram muito afetadas durante a pandemia. É emblemático, por exemplo, que um dos primeiros casos de óbito devido a COVID-19 no Brasil seja de uma trabalhadora do serviço doméstico que contraiu a doença de seus empregadores que haviam retornado de uma viagem ao exterior. As trabalhadoras domésticas representam, hoje, cerca de 6 milhões de mulheres no Brasil, o que corresponde a quase 15% das trabalhadoras ocupadas (10% das brancas e 18,6% das negras) (IPEA, 2020).

O trabalho doméstico é exercido principalmente por mulheres negras, as quais sofreram ainda mais os efeitos da pandemia. Para essa área de trabalho, no entanto, com o devido apoio, seria possível a manutenção do isolamento. Ademais, como bem aponta nota técnica do IPEA (IPEA, 2020) o risco de contaminação das mulheres que exercem trabalho doméstico remunerado, ampliado pelo tipo de trabalho que exercem, além de oloc-las em risco, também deixa toda uma rede de proteção e de cuidados pela qual são responsáveis no espaço de suas próprias famílias. Desta forma, alerta o documento, são imprescindíveis medidas como priorização para testagem da Covid-19 e ampliação do tempo de acesso ao benefício emergencial.

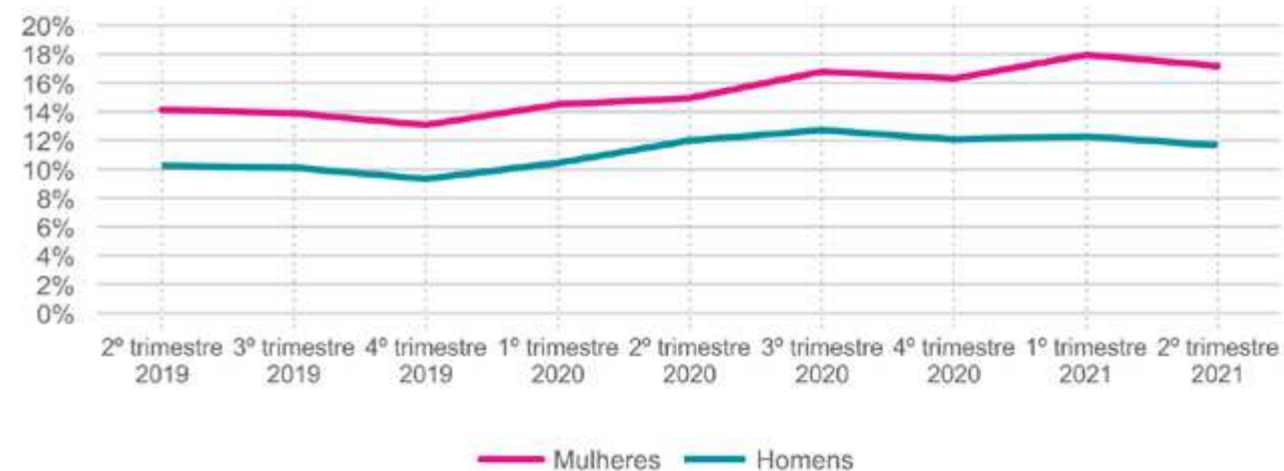
Profissões em que mulheres, principalmente as de baixo poder aquisitivo, ocupam a maior parte das vagas como as caixas de supermercados e farmácias foram tão invisibilizadas, que poucos trabalhos analisaram a morbidade e mortalidade delas durante a pandemia da COVID-19.

Além disso, mulheres ocupam outros cargos de profissões que “não pararam”, tais como entregadoras de *delivery*, policiais, bombeiras e até agentes funerários. E ainda que para essas profissões ocorra maior presença de homens, além da maior carga de trabalho durante a pandemia da COVID-19, nessas áreas elas comumente sofrem com maior misoginia e dificuldades na execução de seu trabalho.

TRABALHADORAS NO BRASIL

De acordo com Wermeling et al. (2010), na América Latina, o quantitativo de mulheres economicamente passou de 18 milhões para 57 milhões, no período de 1960 a 1990, em termos de participação no mercado de trabalho o aumento foi da ordem de 18% para 27%.

No entanto, embora quantitativamente elas representem a maioria entre aqueles em idade produtiva, segundo dados da PNAD, continuada no segundo trimestre de 2019 a taxa de desocupação era de 13,9% entre mulheres 10,0% entre homens.



Fonte: PNAD continuada, IBGE, 2019 a 2021.

No primeiro trimestre de 2020 a situação era semelhante, já no segundo trimestre do mesmo ano (quando a pandemia da COVID-19 já havia chegado ao Brasil) homens aumentavam quase 2 pontos percentuais de desocupação e mulheres próximo a 1 ponto percentual em relação ao mesmo período do último ano. Na última avaliação, porém, no segundo trimestre de 2021, enquanto mulheres atingem 17,1% de desocupação, para homens a uma recuperação importante chegando a 10,7% de desocupação.

Esses resultados indicam que por não ter um trabalho formal, possivelmente as mulheres têm tido menor renda, no entanto a ideia de “desocupação” não significa que elas não têm trabalhado. É fato, pois, que mulheres exercem diversas as outras atividades não remuneradas, mas, sem as quais a sociedade não funciona, a exemplo das atividades de cuidado.

Nesse sentido Aguiar (1984) destaca que a carência de técnicas, métodos e referenciais mais sensíveis que permitam mensurar, de forma adequada, essas tarefas “quase invisível” de trabalhadoras contribuem para a invisibilidade do trabalho feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a pandemia tenha afetado toda a sociedade brasileira, alguns estratos como as mulheres foram mais impactados. Trabalhadoras brasileiras além de conviverem com uma maior ameaça de desemprego ou diminuição da renda, tiveram suas cargas de trabalho aumentadas – principalmente em relação ao cuidado da casa e filhos.

Como bem demonstra os dados, elas também são a maioria nas profissões consideradas “essenciais”, que em grande parte necessitaram se arriscar (na saída de casa) para que mantivessem o trabalho, e a renda. Em casa, muitas delas também não estavam protegidas. O aumento da frequência da violência doméstica no país demonstra que é necessário um avanço nas pautas e políticas de proteção as mulheres.

Finalmente, para melhor mensurar o risco (ou a proteção) que mulheres trabalhadoras estão submetidas é necessária a criação de indicadores sociais e de saúde específicos. A avaliação, por exemplo, do número de horas de trabalho não remunerado precisa ser realizada. É importante que entre os indicadores já existentes (como taxa de desemprego ou rendimento médio mensal) exista a estratificação por sexo, raça/cor e número de filhos que podem demonstrar outras iniquidades existentes. O cruzamento de informações, como a violência contra a mulher e desemprego, podem ainda orientar políticas específicas para a proteção dessa parcela da população.

Referências

AGUIAR, N. O. **Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas**. Vozes, 1984.

BRASIL. Ministério da Mulher, d. F. e. d. D. H. **Painel de dados da ouvidoria nacional de direitos humanos**. 2020. In. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/paineldedadosdaondh/copy_of_dados-atuais-2021: Acesso em 07/10/2021.

BRASIL, N. U. **Relatora da ONU: Estados devem combater violência doméstica na quarentena por COVID-19**. h. In. <https://unicrio.org.br/relatora-da-onu-estados-devem-combater-violencia-domestica-na-quarentena-por-covid-19/>: Acesso em 08/10/2021.

COFEN. (2021). Brasil representa um terço das mortes de profissionais de Enfermagem por covid-19. In. http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.html: Acesso em 09/10/2021.

FERLA, A. A.; et al. Essencialidade da Força de Trabalho em Saúde no Enfrentamento à Pandemia: Precisamos ir além dos Aplausos. **Revista Saúde em Redes** Vol. 7, 2021..

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19**. 2020. <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>: Acesso em 09/10/2021.

IBGE. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. 2021.

IPEA. **Vulnerabilidade das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil**. 2020.

IPEA. **Igualdade de Gênero. Políticas Sociais: acompanhamento e análise**.2021.

ONU MULHERES – Organização das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o **Empoderamento das Mulheres. Pesquisa: Os desafios enfrentados por mulheres que são mães e que empreendem em pequenos negócios**. 2021. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2021/09/RELATO1.pdf>. Acesso em 07/10/2021.

SIQUEIRA, H. C. B.; et al.. Covid-19 and gender pandemic and analysis from the perspective of the constitutional principle of isonomy. **Revista Psicologia & Saberes**. Vol. 9, 2020.

SOUZA, D. D. O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde [online]** Vol. 19, 2021.

WERMELINGE, M.;et al. Workforce at the Health Sector in Brazil:Focusing on Feminization. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. pp. 54-70, 2010.

WHO. State of the world’s nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. In Geneva:**World Health Organization**. p 144, 2020.

Maria Helena Machado
João Batista Militão
Antônio Vieira Machado

Introdução

Com a chegada do coronavírus no país, o Ministério da Saúde ampliou as ações de vigilância epidemiológica, alertou aos estados, Distrito Federal e municípios para a emergência em Saúde Pública, o que tem demandado um rol de ações intersetoriais e exigindo do Sistema Único de Saúde (SUS) todo seu potencial. O Brasil conta hoje com um sistema de saúde que emprega diretamente mais de 4 milhões de trabalhadores da saúde, sendo que mais de 2 milhões são técnicos, auxiliares e de apoio.

A pandemia no Brasil tomou dimensões dramáticas evoluindo em 16 meses para milhões da população contaminada e milhares de óbitos. Em (31/03/20), o país contabilizava 5.717 casos acumulados e 201 óbitos; em (31/05/20), já somava 514.200 casos acumulados e 29.314 óbitos; em (31/07/20) esses números saltaram para 2.662.485 e 92.475; já em (31/10/20), o Brasil acumulava 5.535.605 casos e 159.884 óbitos e em (31/12/20), passamos a ter 7.675.973 casos acumulados e 194.949 óbitos.

Entretanto, a situação se agravou já no início do ano de 2021, quando, então, passamos a contabilizar cifras de contaminados e óbitos inimagináveis. Após um ano de pandemia (31/03/21) já se atingia quase o dobro da população contaminada e de óbitos do registrado em dezembro de 2010, com 12.748.747 casos acumulados e mais de 321.515 mil óbitos; no fim de julho deste ano, registraram-se a marca de 19.917.855 e 556.370 óbitos.

Segundo Teixeira, Machado e Freire (2021), na análise sobre “Inventário de óbitos de Profissionais de Saúde por Covid-19 no Brasil (FIOCRUZ, 2021) mostram, por exemplo, que houve entre março de 2020 e março de 2021, 622 óbitos de médicos por COVID-19 e 670 óbitos na equipe de enfermagem, sendo 200 de enfermeiros e 470 de auxiliares e técnicos de enfermagem. E posterior a esse estudo, dados atualizados do COFEN e CFM em agosto de 2021, foram registrados mais 222 óbitos de médicos, entre abril e junho; e mais 120 óbitos de enfermagem entre abril e agosto, o que totalizam até o momento 1.634 óbitos de profissionais médicos e de enfermagem.

Contudo, a situação de óbitos entre os trabalhadores invisíveis ainda não está desvendada uma vez que, excetuando o caso da enfermagem não há de fato fontes seguras e precisas tanto da gestão pública como dos próprios órgãos de classe que permitam conhecer a real situação com registros precisos e seguros em relação à contaminação e óbitos por COVID-19¹².

Pouco se sabe desse contingente: quantos são, como são contratados, quem são e como estão enfrentando a pandemia. Este é o foco de nossa pesquisa: conhecer e analisar as condições de trabalho e saúde mental desses “trabalhadores invisíveis da saúde” que estão na linha de frente no enfrentamento da COVID-19, realizando, muitas vezes, atividades “socialmente invisíveis” aos olhos da população usuária e daqueles profissionais de saúde que recebem o apoio quando estão prestando assistência seja nas Unidades Básicas, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nos hospitais de referência em todo o país.

A INVISIBILIDADE EM QUESTÃO: somos muitos, mas não somos visíveis

Em um estudo sobre os Garis, Araújo e Silva (2018, p.02) mostram que:

o conceito de invisibilidade social tem sido aplicado a seres humanos que estão à margem da sociedade, socialmente invisíveis seja pelo preconceito, pela indiferença, classe econômica, nível de escolaridade. Os Garis é um grande exemplo desse tipo de invisibilidade social, pois passam despercebidos nas ruas pelas pessoas.

Pode-se afirmar que:

“uma sociedade capitalista marcada por preconceitos e desigualdades sociais, o sujeito que não possui status, um bom nível econômico, passa despercebido em meio aqueles que possuem profissões admiráveis e respeitadas. A cegueira e a rejeição refletem nesses Garis sentimentos de inferioridade, baixo auto estima, provocando um sofrimento psíquico, por se sentirem humilhados. Esse desprezo é causado pela incapacidade de reconhecermos essa profissão como digna e pela dificuldade em aceitar que são pessoas privadas de oportunidades, possuem sentimentos, histórias de vida difíceis” (ARAÚJO; SILVA, 2018, p.04).

¹² O referido estudo: Inventário de Óbitos de Profissionais de Saúde por COVID-19 no Brasil (FIOCRUZ, 2021), continua e nesse momento busca dados e informações do contingente desses trabalhadores para fazer o “inventário dos óbitos dos trabalhadores invisíveis da saúde”.

Essa invisibilidade percebida no estudo sobre os garis pode ser utilizada para compreender o mundo do trabalho de alguns segmentos dos denominados na nossa pesquisa sobre os “trabalhadores invisíveis da saúde”. Aqui estamos mencionando especificamente aos trabalhadores da limpeza e higienização dos ambientes hospitalares e ambulatoriais do sistema de saúde brasileiro. Sempre uniformizados e com seus apetrechos da limpeza, esses trabalhadores executam suas atividades quase sempre de forma silenciosa e sem serem identificados pelo resto do corpo técnico que transitam no ambiente de saúde.

Entende-se por “trabalhadores invisíveis da saúde”, aqueles trabalhadores com ou sem formação específica na saúde, que estão na linha de frente do combate a COVID-19, auxiliando, apoiando e muitas vezes, prestando serviços de extrema relevância ao bom e adequado atendimento à população acometida com o novo coronavírus em todo o país. Em boa parte, eles estão desprotegidos de cuidados necessários, sem de fato ter voz e meios de expressar sua real situação no cotidiano do seu trabalho e de sua vida pessoal no que se refere à saúde física e mental.

OS TRABALHADORES INVISÍVEIS DA SAÚDE

São, aproximadamente, 2 milhões de trabalhadores que, embora não tenham, muitas vezes, formação específica na saúde, estão na linha de frente auxiliando, apoiando e até participando ativamente da equipe de saúde nos seus diversos setores da assistência à população contaminada pela COVID-19. São mais de 1.900 milhões de auxiliares e técnicos de enfermagem; mais de 210 mil da saúde bucal; mais de 115 mil da radiologia, milhares de técnicos e auxiliares de laboratório, farmácia, mais de 325 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Endemias (ACE), entre outros. Esses técnicos e auxiliares de saúde mesmo detendo conhecimento específico, não detêm autonomia no fazer cotidiano de suas atividades técnicas, requerendo a direcionalidade técnica dos profissionais de nível superior, credenciados para tais funções.

Além desses milhares atuando no sistema de saúde, há outro contingente que transita no âmbito da assistência direta e indireta, dando segurança e proteção, limpando, higienizando e deixando o ambiente “limpo, organizado e saudável” para a equipe de saúde que presta assistência à população. É um contingente expressivo de trabalhadores que se enfileiram diariamente em seus postos de trabalho para realizar suas tarefas, quase sempre, uniformizados e em um grau de anonimato e discrição que os tornam quase imperceptíveis aos olhos da equipe de saúde e da população usuária.

Alia-se a esse volumoso contingente uma legião de trabalhadores também invisível, ou seja, os maqueiros, os motoristas de ambulância – que somam mais de um milhão em todo o país, os recepcionistas, o pessoal de segurança mantido nos estabelecimentos de saúde, entre outros.

A equipe de profissionais de saúde é bastante heterogênea e complexa, apresentando diversidades de idade, gênero, raça, classe social e formação profissional, com inserções no sistema de saúde, muitos deles, levando à precarização dos vínculos trabalhistas. Essa equipe, constituída de cerca de 60 ocupações segmentadas em diversas categorias profissionais, de nível médio e fundamental, que apoiam e dão suporte na assistência à população, além de profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, psicólogos, compõem também. São diversas ocupações que abrigam milhares de pessoas que dedicam sua vida profissional à saúde (Quadro 1). Aqui, denominamos de “**Trabalhadores invisíveis da saúde**”.

Quadro 1 - Ocupações/Categorias Profissionais dos Trabalhadores Invisíveis da Saúde - Brasil

Enfermagem	Saúde Bucal
Técnico de Enfermagem Auxiliar de Enfermagem Instrumentador Cirúrgico Socorrista e afins	Técnico de Saúde Bucal Auxiliar de Saúde Bucal Técnico de Prótese Dentária Auxiliar de Prótese Dentária
Farmácia	Radiologia
Técnico de Farmácia Auxiliar de Farmácia Técnico de Hemoterapia ou Hematologia Auxiliar de Hemoterapia ou Hematologia Técnico de Análises Clínicas Técnico de Laboratório Técnico de Citopatologia e Imunobiológica	Tecnólogo em Radiologia Técnico de Radiologia Auxiliar de Radiologia
Imobilização Ortopédica	Segurança do Trabalho
Técnico em Imobilizações Ortopédicas Gesseiro	Técnico em Segurança do Trabalho Técnico em Vigilância em Saúde
Agente de Saúde	Agente Indígena de Saúde
Agente Comunitário de Saúde Agente de Combate a Endemias Visitador Sanitário e afins	Agente Indígena de Saúde Agente de Saneamento

Maqueiro	Condutor de Ambulância
Maqueiro	Condutor de Ambulância
Pessoal de Agência Funerária e Cemitério	Pessoal de Cozinha Hospitalar
Sepultador/Coveiro Pessoal do Suporte Funerário (Agência Funerária)	Cozinheiro Auxiliar de Cozinha Copeiro
Pessoal de Atividades Administrativas e afins	Pessoal de Manutenção Geral
Auxiliar Administrativo Assistente Administrativo Pessoal de Recursos Humanos (RH) Pessoal da Gerência de Saúde Arquivista Pessoal de Registro Pessoal da Informação/Informática Pessoal do Almoxarifado Pessoal do Faturamento e Compras	Eletricista Oficial de Manutenção Técnico em Eletrônica e Equipamentos Biomédicos/Hospitalares e afins
Pessoal de Atividades Operacionais	Pessoal de Limpeza e Conservação
Porteiro Recepcionista Atendente/Secretária de Consultório Atendente/Secretária de Ambulatório Telefonista Vigilante/Segurança	Auxiliar de Lavanderia Pessoal de Serviços Gerais Faxineiro Servente Coletor de Resíduos Sólidos Coletor de Lixo Hospitalar e afins
Outros	
Cuidador de Idosos	

Fonte: Pesquisa Os Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da Covid-19 no Brasil – ENSP – CEE/FIOCRUZ, 2021.

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS INVISÍVEIS

A pandemia trouxe um sofrimento físico e mental aos trabalhadores da saúde que estão na linha de frente no combate ao COVID-19. A exposição imposta e diária a pacientes infectados e, muitas vezes grave, é uma realidade constante e crescente. Soma-se a essa exposição cotidiana, às más condições de trabalho. Quase sempre, são condições precárias tanto no aspecto físico do local de atendimento quanto na disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas e no receio de uma possível contaminação, colocando em risco sua vida e de sua família. Os EPIs são, geralmente, escassos e inadequados ou mesmo inexistentes, uma calamidade absurda.

Importante ressaltar que algumas categorias como as de técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares em saúde bucal, em radiologia, em imobilizações ortopédicas, em segurança do trabalho, em segurança patrimonial e agente de saúde têm cursos de capacitação e treinamento em cada área de atuação. Esses cursos são estruturados como aulas teórico-práticas e estágios obrigatórios, ou seja, treinamento profissional formal, adequado e regular garantindo qualificação profissional. Essas ocupações têm certa visibilidade e posicionamento profissional intra e extra equipe de trabalho.

Apesar de exercerem atividades essenciais na assistência, não é infrequente deparar com negligências às normas de biossegurança, como a não utilização de capote, luvas, protetores faciais em parte por vontade própria dos profissionais e outra por falta desses EPIs no local de trabalho. Verifica-se, também, a inadequação dos ambientes de trabalho causando doenças do trabalho, jornadas prolongadas por conta da baixa remuneração, a exaustão física e emocional, uma gestão hierarquizada, arrogante e de pouco diálogo com a equipe.

Por outro lado, outras ocupações tais como: pessoal administrativo (auxiliar administrativo, assistente administrativo, área de recursos humanos, gerência de saúde, arquivista, pessoal de registro, informação/informática, almoxarifado, do faturamento e de compras), pessoal da segurança, recepção, porteiro, atendente/secretária de consultório e ambulatório, telefonista, manutenção de equipamentos e do prédio hospitalar, cozinheiro, auxiliar de cozinha, copeiro, auxiliar de lavanderia, pessoal de serviços gerais, da higienização e limpeza, faxineiro, servente, coletor de resíduos sólidos, coletor de lixo hospitalar e afins, maqueiro, condutor de ambulância, pessoal das agências funerárias e cemitérios, sepultadores apresentam uma fragilidade de conhecimento, treinamento e capacitação específica mínima para trabalhar na área da saúde. Tal fato gera uma prática com forte marca de informalidade gerando ainda mais invisibilidade dentro e fora do local de trabalho.

Por exemplo, os seguranças/vigilantes, na portaria do hospital, não só mantêm a ordem, como desenvolvem função de facilitador e, muitas vezes, de acolhimento dos pacientes e acompanhantes. Estão em contato direto com pessoas doentes e materiais contaminados. Quase sempre, trabalham sem máscara e sem luvas e, não recebem treinamento de biossegurança.

Da mesma forma, os profissionais da recepção (receptionistas), no balcão, processam toda a identificação do paciente e orientam seu fluxo dentro do hospital. O local de trabalho não tem barreira física de proteção de contaminação a agentes biológicos ou de agressões dos pacientes e acompanhantes. Quase sempre trabalham sem máscaras, luvas e protetor facial e, geralmente, sem nenhum treinamento prévio de como atender o paciente e, como evitar contaminações; bem como não recebem treinamento de como usar os equipamentos de proteção individual e muito menos de biossegurança.

O mesmo pode-se dizer para o pessoal do transporte intra-hospitalar, o qual faz o transporte dos pacientes dentro do hospital. Esses profissionais não recebem e não têm acesso as informações das doenças dos pacientes transportados e, não são orientados sobre a obrigatoriedade do uso de EPIs. Outro segmento profissional inviabilizado são os atendentes/secretárias de consultório e de ambulatório expostos aos mesmos riscos de contaminação pelo contato direto com pacientes durante a jornada de trabalho. Com frequência executam tarefas de técnicos e auxiliares de enfermagem sem nenhum treinamento prévio.

Já o contingente de trabalhadores da limpeza e higienização promove a higienização de ambientes, superfícies e objetos. Diariamente eles estão expostos as pessoas doentes e materiais contaminados descartados e produtos perfurantes e cortantes. Com frequência, esses trabalhadores têm pouca ou nenhuma capacitação e treinamento, bem como equipamentos de proteção e materiais de baixa qualidade, inadequados e escassos gerando perigosas improvisações e baixa qualidade de tarefas importantes e vitais. É importante que todo esse contingente profissional envolvido nas etapas de limpeza e higienização fosse treinado e capacitado para sua atuação.

Por outro lado, o serviço de Nutrição e Dietética (SND) no hospital é responsável pela produção e distribuição de todas as refeições para os pacientes, acompanhantes e colaboradores. O SND é chefiado por um nutricionista de formação superior e, tem vários auxiliares como técnicos em nutrição, cozinheira e auxiliares, copeiras, pessoal de limpeza e pessoal administrativo. Todos recebem treinamento específico de cada tarefa, atividade e função desenvolvida na unidade. Todos os procedimentos no SND são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA). A copeira hospitalar é a única profissional do SND que entra em contato com os pacientes e os acompanhantes e recebem, normalmente, informações e treinamentos de como evitar contaminações.

Outro segmento de trabalhadores de extrema importância é o condutor de ambulância ou condutor socorrista, sendo aquele profissional que realiza o transporte de pacientes de urgência ou auxilia a equipe de atendimento, estando, portanto, expostos ao contágio de doenças. Segundo o PLC 82/2017, o condutor de ambulância deve ser maior de 21 anos, possuir ao menos diploma de nível médio e ter habilitação para condução de veículos nas categorias D ou E. Entretanto, não há exigências ou recomendações sobre a necessidade de curso de primeiros socorros e de biossegurança para o exercício desta profissão. O projeto de Lei 3104/2020 tem o objetivo de regulamentar a profissão e exigir uma formação especializada para auxiliar a equipe de saúde nos atendimentos aos pacientes.

Outro grupo profissional bastante relevante na pandemia são os técnicos que atuam na manutenção geral (eletricista, oficial de manutenção, técnicos em eletrônica e equipamentos biomédicos/hospitalar) com função

de manter, sustentar, consertar ou conservar o prédio e os materiais e equipamentos médico-hospitalares. Essas atividades têm natureza preventiva e corretiva, deve ser planejada e contínua no intuito garantir o pleno funcionamento, com a máxima segurança e limpeza e, por fim, evitar a contaminação dos profissionais envolvidos no trabalho, muitas vezes não observadas.

De enorme preocupação em tempos de pandemia, é o trabalho dos sepultadores (anteriormente de nominados de “coveiros”) que atuam em todas as etapas de prestação de serviços funerários, desde a construção, preparo, limpeza, abertura e fechamento de sepulturas. Realizam suas atividades diárias expostos às intempéries, substâncias químicas (cal, cimento, entre outras) e agentes biológicos. O trabalho do sepultador é cansativo e arriscado e é de uma invisibilidade tanto profissional como social.

Portanto, é possível afirmar: **quanto mais invisíveis os trabalhadores são, tanto mais vulneráveis estão.**

A pesquisa “Os Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde Mental no Contexto da Covid-19 no Brasil” (ENSP – CEE/FIOCRUZ, 2021), ainda em fase de consolidação dos dados, já evidencia a existência de vínculos precários de trabalho em saúde e a prática excessiva de jornada que ultrapassam os limites tênues da condição física e mental que o trabalhador poderia suportar para exercer normalmente com segurança as suas atividades habituais no trabalho em saúde.

A insegurança aliada às incertezas e condições precárias de trabalho com o estresse e exaustão têm afetado a saúde mental do trabalhador, configurando uma realidade preocupante devido ao distanciamento cada vez maior daquilo que poderíamos almejar de trabalho em condições decentes, preconizado pela OIT-Organização Internacional do Trabalho.

Esses vínculos jurídicos são determinantes para o estabelecimento dos elementos centrais do trabalho; tais como, jornada, remuneração, sistema de tratamento de conflitos e negociação do trabalho, estabilidade, condições de trabalho, previdência social, direitos e responsabilidades tanto para o trabalhador, quanto para os empregadores públicos ou privados.

Quando analisamos a questão de jornada de trabalho percebemos quão é também preocupante a situação constatada. A Constituição Federal fixou como regra geral a limitação da duração da jornada normal do trabalho não superior a 8h diárias e a 44h semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva do trabalho. Quando o trabalho ocorrer em turnos ininterruptos de revezamento, a jornada será de até 6h diárias, salvo negociação coletiva do trabalho.

A realidade da jornada de trabalho na saúde chegou a níveis insuportáveis. De acordo com a análise preliminar dos dados obtidos da pesquisa, esses trabalhadores invisíveis exercem outra atividade de trabalho. Isto é, a Força de Trabalho em Saúde tem mais de um vínculo de trabalho com elevação de horas trabalhadas, atingindo um percentual exorbitante. Os dados mostram ainda que o excesso da jornada está associado à multiplicidade de vínculos e às inadequadas condições de trabalho impostas aos trabalhadores. A questão econômica de se valer de

mais de um trabalho ou até mesmo de jornadas excessivas, está diretamente associada ao rebaixamento salarial imposto no setor, gerando ainda mais estresse, cansaço e desconforto. A pandemia impactou fortemente para o agravamento dessa situação e das condições de trabalho em saúde.

A possibilidade de múltiplos vínculos quando conjugado a abertura de novos estabelecimentos de saúde e leitos hospitalares em prazos curtíssimos em razão do combate ao COVID-19 impactaram fortemente nos formatos de vínculos terceirizados e jornada no trabalho em saúde, levando a exaustão desses profissionais e aos riscos por falta de segurança no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante e pertinente a iniciativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em pautar esse debate no âmbito do controle social, através de seus órgãos internos; especificamente na Comissão de Recursos Humanos e Relações de Trabalho e a Comissão Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, uma vez que dentro de suas atribuições, o CNS tem muito a contribuir na busca de soluções para as questões apontadas pela pesquisa e promover diretrizes e outras medidas necessárias visando dar uma melhor visibilidade para essa parcela de trabalhadores do SUS, indispensáveis para a saúde do país, principalmente diante da gravíssima crise sanitária que vivemos.

Acreditamos que a pesquisa “Trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil” (ENSP-CEE/FIOCRUZ, 2021) trará resultados que permitam subsidiar o debate e o diálogo entre os que empregam (gestores), aqueles que formulam políticas públicas (tomadores de decisão, sejam gestores e/ou lideranças dos trabalhadores), bem como o maior conhecimento e entendimento trabalho crucial e fundamental que esses trabalhadores prestam à sociedade e à própria equipe de saúde. Queremos que esse estudo produza resultados que sensibilizem a todos, deixando de serem “trabalhadores invisíveis” para se tornarem trabalhadores também essenciais à assistência à saúde.

Referências

MACHADO, M.H. [Coord.]. **Pesquisa Trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da COVID-19 no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

TEIXEIRA, E.G.; MACHADO, M.H.; FREIRE, N.P. **Inventário dos óbitos dos médicos e da enfermagem no contexto da covid-19 no Brasil.** Fiocruz, 2021.

ARAÚJO, T.S.; SILVA, E.R.R. O significado do trabalho para os garis: um estudo sobre a invisibilidade social. **Psicologia. O Portal dos Psicólogos.** 2018.



EFEITOS DA COVID 19 SOBRE A FORÇA DE TRABALHO NO BRASIL, DESTACANDO AS OCUPAÇÕES DE MAIOR RELEVÂNCIA NO SUPORTE À VIDA DURANTE A PANDEMIA

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes
Arlete Lima Simões
Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Tânia Aparecida de Araujo

Resumo executivo

A pandemia de COVID-19 impactou significativamente as atividades sociais, econômicas e, principalmente, a saúde da população no Brasil e no mundo. Como não existem medidas farmacológicas eficazes, as medidas de distanciamento eram e ainda são necessárias para conter a propagação do vírus e diminuir o risco de adoecimento e morte. O impacto no Brasil foi tão expressivo que mais de 600 mil brasileiros perderam suas vidas para COVID-19 ao longo destes dois anos, muitos desses no exercício

de suas funções laborais. Sem a pretensão de realizar um estudo epidemiológico, este texto sintetiza informações sobre a mortalidade de trabalhadores no Sistema de Informação de Mortalidade, analisando o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da população economicamente ativa, na faixa etária de 18 a 70 anos. Além disso, se baseou em referências bibliográficas e documentais, tanto das ocupações que tiveram um suporte legal como outras ocupações que não foram protegidas por legislação específica, mas que se envolveram direta ou indiretamente no enfrentamento desse problema de saúde pública.

Assim, buscamos apresentar ao leitor reflexões sobre a Covid -19 e seus impactos no mercado de trabalho, especialmente num contexto de desigualdade social, onde muitos trabalhadores de ocupações essenciais ou não precisaram se expor ao vírus para manter a sua sobrevivência e de sua família. Ao final das análises, pontuamos a necessidade proteção dos trabalhadores em tempos de Covid, orientações para os serviços e gestores de saúde, com a finalidade de desencadear a discussão sobre a invisibilidade de muitos trabalhadores que ficaram desprotegidos pelas políticas sociais brasileiras durante a pandemia de Covid – 19.

Introdução

A pandemia da COVID-19, dada a sua natureza de impacto e alcance mundial, atingiu a todos de forma exponencial. Os grupos vulnerabilizados foram os que mais sentiram os impactos da pandemia nas suas vidas, deixando explícito que não há nada de democrático uma tragédia sanitária e social (SANTOS, 2021). Assim, as respostas estão sendo complexas e sistêmicas para o enfrentamento da pandemia, sendo o campo da saúde o responsável pelas respostas mais rápidas no campo do trabalho e dos insumos.

No mundo do trabalho, a COVID-19 explicitou as fragilidades e as desigualdades, em diferentes escalas, das relações trabalhistas e a relação entre emergência sanitária e necessidades da sustentabilidade da vida. Assim, muitos trabalhadores e trabalhadoras tiveram que se expor nos momentos mais críticos da pandemia, pois foram classificados como “trabalhos essenciais”, quando as empregadas domésticas foram classificadas, em alguns municípios, como essenciais, mostrando um sério conflito de classes presente na sociedade brasileira.

Segundo Lima, Buss, Paes-Sousa (2020), a pandemia magnifica as tensões da organização social dos tempos atuais que está globalizada pelas trocas econômicas, mas está enfraquecida como projeto político global, colocando todos diante de um espelho a revelar um mundo atravessado por múltiplas crises. Desse modo, como nos ensina Ailton Krenak (2020), temos uma crise humanitária que exige uma mudança radical na nossa relação com a natureza, com as pessoas e com os modos de “consumir” a vida.

As atividades laborais sofrem influência direta, pois constituem fontes potenciais de exposição ao vírus da COVID-19 (FIOH et al., 2020). Ademais, é oportuno destacar que inexistem opções farmacológicas seguramente eficazes para o tratamento de COVID-19, razão pela qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou as medidas não farmacológicas para o enfrentamento da pandemia. No entanto, diversos países e governos resistiram à essas medidas, colocando o falso dilema entre salvar a economia e a vida das pessoas.

Importante frisar que muitos trabalhadores não puderam se valer das medidas não farmacológicas, seja pela precariedade de vínculos trabalhistas, ou ainda, pela ausência de proteção social que os impulsionavam a continuar trabalhando sob pena de comprometer sua subsistência (LIMA et al., 2020). Acreditamos que essa situação foi agravada com os trabalhadores informais ou com vínculos precários.

As ações voltadas para a saúde do trabalhador constituem num dos campos de atuação do SUS, cuja definição está expressa na Lei nº 8.080/90, art. 6º, §3º, como um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como, recuperação e reabilitação destes, submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, estabelece como objetivos a promoção da saúde do trabalhador e a melhoria de sua qualidade de vida, buscando prevenir os riscos de acidentes e danos à saúde advindos da sua relação com o trabalho, ou que ocorram no curso deste, visando eliminar ou reduzir os riscos nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2011).

De igual modo, a Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, aponta para a necessidade de uma articulação conjunta visando mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde (BRASIL, 2012).

Com efeito, dentre os objetivos preconizados nessa política destaca-se a identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território, cabendo responsabilidades a todos os entes federativos. Nesse sentido, compete aos gestores, no âmbito de sua atuação, promover articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a presente reflexão consiste em apresentar os efeitos da COVID-19 sobre a classe trabalhadora no Brasil, especialmente, seus impactos nas ocupações de importante relevância no suporte à vida no contexto de pandemia. Partimos do pressuposto de que a proteção dos trabalhadores, nos seus diversos espaços laborais, deve ser considerada uma estratégia de enfrentamento à COVID-19.

A presente análise está baseada em informações de referências bibliográficas e documentais, que tem como objetivos analisar a mortalidade de trabalhadores por COVID-19. A análise foi tanto das ocupações que tiveram um suporte legal como outras ocupações que não foram protegidas por legislação específica, mas que se envolveram direta ou indiretamente no enfrentamento desse problema de saúde pública.

A coleta de dados bibliográficos foi realizada em artigos na base da Biblioteca Virtual em Saúde (2021), utilizando-se os descritores Mortalidade e COVID-19. As informações sobre mortalidade foram extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (DATASUS/SIM, 2021), tendo como ponto de partida o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) da população economicamente ativa, na faixa etária de 18 a 70 anos (nº=98.682). Este recorte foi necessário, tendo em vista a subnotificação da variável “ocupação”, que no banco em análise estavam preenchidos sem o código da CBO ou sem preenchimento (em branco). Para se ter uma ideia da extensão desse problema, em 2020 os óbitos totalizaram 128.376, dos quais somente 70.636 tinham registro de CBO e, em 2021, dos 224.268 registros, somente 98.337. Portanto, a indisponibilidade desses dados e de outras variáveis para análise foi uma limitação deste estudo. Por fim, é importante destacar que a análise proposta é um retrato parcial do cenário brasileiro de mortalidade por COVID-19 de trabalhadores.

A COVID-19 E SEUS IMPACTOS NO MERCADO DE TRABALHO

A pandemia da COVID-19 teve um grande impacto na economia mundial, produzindo efeitos agudos para o mercado de trabalho. Numa pesquisa da Pnad-Covid19, publicada em julho de 2020, informa que a taxa de desocupação foi da ordem de 13,3% em agosto em relação a 10,5% no início de maio 2020. Além disso, 30,7% das pessoas ocupadas tiveram rendimentos menores do que os recebidos normalmente (FLEXOR et al., 2021, p. 906).

Um dos grandes impactos da pandemia de COVID-19 foi nos setores econômico e social do país, deixou milhões de pessoas desempregadas. Conforme assinalam Flexor et al. (2021), a partir da pesquisa Pnad-Covid19, estima-se que o Brasil ultrapasse a marca de 20 milhões de desempregados.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado em fevereiro de 2020, no estado de São Paulo. De lá para cá, o país registrou 21.612.237 casos confirmados, com taxa de letalidade 2,8% e 602.099 mil vidas perdidas até os 10 primeiros dias de outubro (CORONAVÍRUS BRASIL, 2021). Neste cenário, o Brasil passou a ser o segundo país com o maior número de óbitos no mundo, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2020).

O aumento de casos e óbitos por COVID-19 causaram uma sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS), levando à necessidade de reorganização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo que houve a mobilização de pesquisadores em todo o mundo para compreender a dinâmica do vírus e a produção de vacinas. Os estudos contribuíram com subsídios para gestores e a população para informações sobre a prevenção, o controle e a produção de cuidado da população acometida com a doença.

A pandemia teve impactos diretos em vários setores: educação, saúde, bens e serviços, tendo diversas atividades interrompidas nos períodos mais agudos da pandemia, trazendo sérias consequências para a vida social. O impacto sobre a vida dos 99.000 trabalhadores, considerando o recorte deste estudo, se deu principalmente pela perda do emprego, redução de carga horária ou ainda pela perda de suas vidas.

A tabela 1 apresenta a descrição do perfil dos trabalhadores. A maioria é do sexo masculino (71%), na faixa etária de 60 anos ou mais, seguida pela faixa etária 50 a 59 anos. Um estudo de Góes (2020) apontou que 56,1% das pessoas em trabalho remoto são mulheres, 31,8% estão na faixa etária de 30 a 39 anos e 63,9% estão empregados no setor privado, 74,6% possui escolaridade de nível superior completo. Esses foram mais protegidos que outros que precisaram se expor ao risco da contaminação para garantir a subsistência própria e de sua família.

Tabela 1. Distribuição da mortalidade de trabalhadores no Brasil, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.

	Variável	Quantidade	Total	Proporção
SEXO	Masculino	70419	98681	0.714
	Feminino	28255	98681	0.286
RAÇA/COR	Branca	48840	96913	0.504
	Preta	8538	96913	0.088
	Amarela	603	96913	0.006
	Parda	38644	96913	0.399
	Indígena	288	96913	0.003
FAIXA ETÁRIA	18 a 29 anos	1663	98681	0.017
	30 a 39 anos	7899	98681	0.080
	40 a 49 anos	17277	98681	0.175
	50 a 59 anos	29488	98681	0.299
	60 ou mais anos	42354	98681	0.429

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, atualizado em 3 de agosto de 2021.

Araújo e outros autores (2020) já nos mostravam que a distribuição percentual das hospitalizações por SRAG por COVID-19, segundo raça/cor, ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguidas da raça/cor parda e preta, corroborando a dificuldade na análise desta variável pela falta de preenchimento adequado.

Teixeira et al (2020) apontam que a desigualdade social tem efeitos sobre as taxas de morbidade e letalidade, pois potencializa os riscos de disseminação e contaminação das populações de baixa renda que vivem em condições precárias nas periferias das grandes cidades brasileiras. Além disso, é preciso considerar que são esses trabalhadores, que necessitam do transporte público para se deslocar até o trabalho, que ficam mais expostos. Com efeito, as ocupações registradas no quadro 1, correspondem mais que a metade dos trabalhadores que morreram durante a pandemia, no período analisado.

Os fatores socioeconômicos estão diretos ou indiretamente associados aos riscos de transmissão do vírus. Nos grandes centros urbanos a disseminação é potencializada pela intensidade das conexões e movimentos populacionais, especialmente na questão do transporte público (STIER et al., 2020; HARRIS, 2020). Os serviços básicos e de saneamento são elementos essenciais para que a população empobrecida tenha condições de seguir as orientações de prevenção à COVID-19 (WHO, 2020). O mesmo podemos dizer para a população de baixa renda que vivem em único cômodo doméstico e compartilham materiais de higiene pessoal (RIBEIRO-SILVA et al., 2020).

O governo federal editou medidas que flexibilizaram os vínculos formais, permitindo uma redução na jornada, como o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (BRASIL, 2021). Contudo, trabalhadores informais, ou seja, aqueles que atuavam por conta própria ou na condição de diaristas, ao reduzirem sua carga horária perderam também a sua renda e o vínculo empregatício precário.

As famílias em situação de vulnerabilidade social apresentam maior vulnerabilidade à COVID-19 devido às consequências produzidas pelas desigualdades sociais e econômicas do país. A vulnerabilidade se acentua entre os desempregados e aqueles que se encontram na informalidade, pois necessitam complementar a renda, ainda que sejam beneficiários de programas temporários de transferência de renda, como o Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou Auxílio Emergencial.

Quadro 1. Grupos ocupacionais afetados pela COVID-19

Código do Grupo	Grupo de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Ocupações prevalentes
0	Profissionais das forças armadas, Policiais, Bombeiros Militares, Guardas-Civis Municipais e Agentes de Trânsito	Soldado da polícia militar (n = 626)
1	Membros Superiores do poder público, dirigentes de organizações de Interesse Público e de empresas, gerentes	Comerciante Varejista (n = 4543)
2	Profissionais das ciências e das artes	Professor da educação de jovens e adultos, Advogado e Administrador (n = 3572)
3	Técnicos de Nível Médio	Representante Comercial Autônomo (n = 8136)
4	Trabalhadores de Serviços Administrativos	Assistente administrativo (n = 1544)
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	Empregado doméstico, Vigilante, Porteiro de Edifícios, Vendedor de comércio varejista, Cozinheiro geral (n = 10896)
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	Produtor agrícola, Trabalhadores da agropecuária e caseiros (n = 8391)
7	Profissionais, Trabalhadores de Saúde e de serviços de imagens, laboratoriais e diagnóstico	Técnico de enfermagem, Enfermeiros e Médicos (n = 2012)
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	Pedreiros, Motorista de carro de passeio, de táxi, de ônibus urbano e de caminhão (n = 10299)
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	Mecânico de manutenção de automóveis, motocicletas e veículos similares (n = 875)

Fonte: Sistematização dos autores, com base nas informações do Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Conforme sinalizado no quadro 1, os dados analisados apontaram que no grupo 5, referente ao rol de “trabalhadores dos serviços”, “vendedores do comércio em lojas e mercados”; e no grupo 8 onde estão abrigados os trabalhadores da “produção de bens e serviços industriais” foram os trabalhadores que mais morreram por COVID-19 no período analisado.

Nestes grupos, houve uma prevalência das seguintes ocupações: empregado doméstico, vigilante, porteiro de edifícios, vendedores de comércio varejista, cozinheiro geral, pedreiros, motorista de carro de passeio, de táxi, de ônibus urbano e de caminhão. Essas ocupações quando agrupados na categoria de serviço não essencial, nos termos da legislação, se encontram fragilizados diante da pandemia, ficando expostos ao vírus.

Importante assinalar que essas categorias de trabalhadores continuaram diariamente ativas de forma presencial, contribuindo para que outras pessoas pudessem seguir em isolamento através de trabalhos considerados essenciais (FIHO et al., 2020). Desse modo, é possível dizer que esses trabalhadores também contribuíram com o enfrentamento da COVID-19, minimizando seus impactos na sociedade.

Importante assinalar que essas categorias de trabalhadores continuaram diariamente ativas de forma presencial, contribuindo para que outras pessoas pudessem seguir em isolamento através de trabalhos considerados essenciais (FIHO et al., 2020). Desse modo, é possível dizer que esses trabalhadores também contribuíram com o enfrentamento da COVID-19, minimizando seus impactos na sociedade.

Barreto (2017, p. 2100) afirma que as políticas voltadas à melhoria das condições econômicas e a proteção social, quando implementadas, têm impactos positivos sobre as condições de saúde de qualquer região ou país, independente do seu grau de desenvolvimento. Sendo assim, é fundamental que o estado tome para si a responsabilidade de conceder benefícios sociais à população, assim impedir que a iniciativa privada e os serviços públicos apliquem as multas e cortes em serviços no momento da crise, como a suspensão de pagamento de energia, água, aluguel e outros serviços.

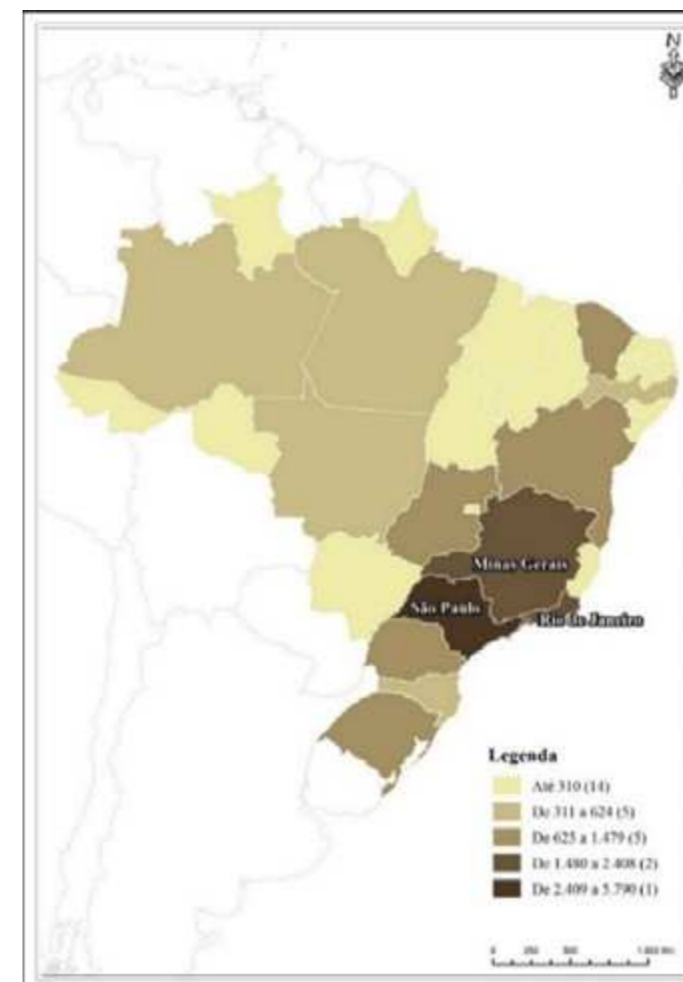
Tomando como referência o grupo de trabalhadores 5, observamos no Mapa 1 que há uma maior concentração da mortalidade nos estados da região sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro). É importante frisar que cada estado adotou medidas de enfrentamento diferentes, em São Paulo o Decreto 64.881/2020 definiu a “quarentena”, com restrição de atividades de maneira a evitar a possível contaminação. Já o Rio de Janeiro conheceu a manutenção da emergência no estado, mas permitiu o funcionamento de bares e restaurantes lotação de 30%, por meio do Decreto 47.006/2020. E Minas Gerais, inicialmente restringiu atividades coletivas para trabalhadores do poder executivo e instituiu o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19, com medidas de distanciamento social flexíveis (COVID-19, 2020).

E o que estes estados fizeram em comum? Planos de prevenção e/ou contingenciamento com base no distanciamento flexível, o qual permite a abertura gradual de serviços, tomando por base dados epidemiológicos sobre o controle do avanço da COVID-19, ou seja, o plano setoriza as atividades econômicas em três “ondas” - Onda Vermelha (Serviços essenciais), Onda Amarela (Serviços não essenciais) e Onda Verde (Serviços não essenciais com alto risco de contágio) (CARVALHO et al., 2020).

Além disso, o elevado crescimento de casos e óbitos levou cidades como Rio de Janeiro e São Paulo a sobrecarga do sistema de saúde, no entanto, a descrição desse impacto têm se baseado em números absolutos ou taxas de mortalidade brutas, não considerando o padrão de distribuição das faixas etárias nas diferentes regiões do país. A ausência de políticas preventivas adequadas e a baixa capacidade de resolutividade da rede assistencial expõem um contexto de grande desigualdade socioeconômica e iniquidade de acesso aos serviços de saúde (SILVA et al., 2021).

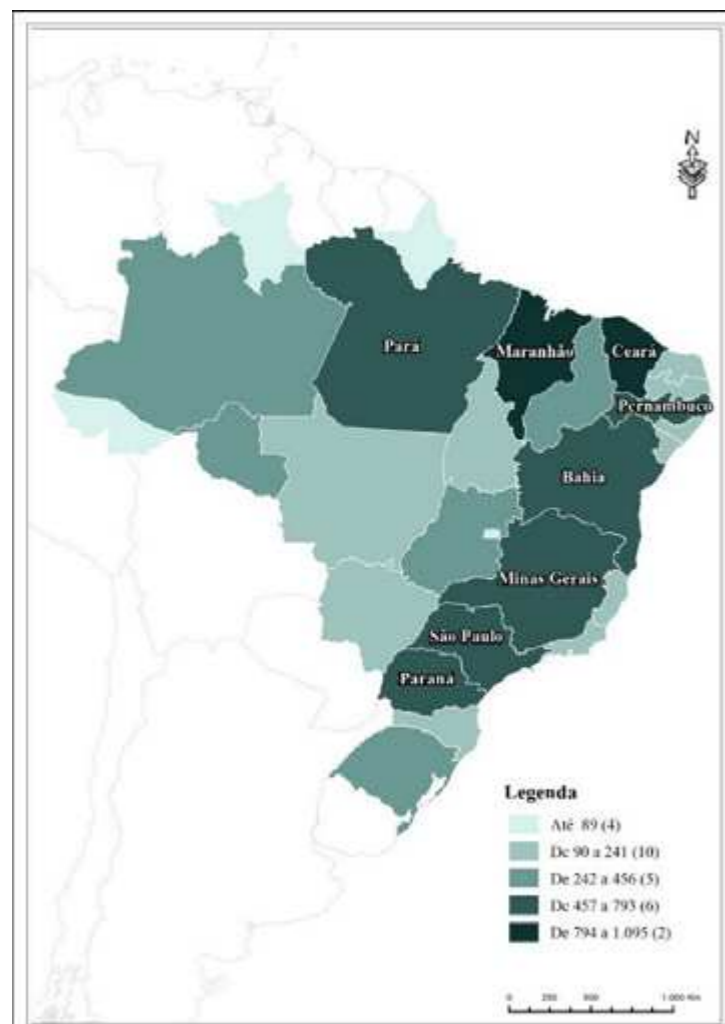
Observamos no Mapa 2 que há uma concentração da mortalidade dos trabalhadores rurais, nos estados de Maranhão e Ceará, seguido dos estados do Pará, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, o que nos leva a pensar na dinâmica do trabalho do campo. A região de expansão do agronegócio, na região centro oeste não aparece com uma taxa de mortalidade baixa, o que pode ser explicado pela baixa densidade demográfica. Na região Norte, os Estado do Acre, Roraima e Amapá aparecem com a menor taxa de mortalidade.

Imagem 1. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (grupo 5)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Imagem 2. Mapa da distribuição de mortalidade dos agropecuários, florestais e da pesca (grupo 6)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

Dito isto, passaremos a analisar o grupo 0 que corresponde aos profissionais das forças armadas, policiais, bombeiros militares, guardas-civis municipais e agentes de trânsito e grupo 7, onde estão agrupados os profissionais, trabalhadores de saúde e de serviços de imagens, laboratoriais e diagnóstico, por serem ocupações essenciais de suporte à vida, que não puderam parar suas atividades durante a pandemia.

ANÁLISE DA MORTALIDADE POR COVID-19 NO BRASIL: OCUPAÇÕES ESSENCIAIS E PROTEÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Há muitas lacunas quanto ao perfil epidemiológico dos casos e óbitos por COVID-19, tal qual para as desigualdades sociais e os níveis de capacidade de proteção e redução dos efeitos causados pela pandemia. Reconhecer a diversidade relacionada à exposição ao vírus, acesso e possibilidade às medidas de proteção e políticas de proteção social impacta diretamente na resposta à pandemia (SANTOS et al., 2020).

Em março de 2020, foi promulgado pelo Governo Federal o Decreto nº 10.282 que coloca como serviços públicos e atividades essenciais aquelas que são indispensáveis para o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, é o caso dos trabalhadores da saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem como também os profissionais das forças armadas, policiais e bombeiros (BRASIL, 2020).

Em se tratando dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, Teixeira et al (2020, p. 3470) apontam para uma tragédia anunciada da pandemia de COVID-19 no país, pois “3,5 milhões de profissionais e trabalhadores de saúde que atuam em cerca de 5 mil hospitais e centenas de milhares de unidades básicas de saúde espalhadas nos 5.570 municípios”. Helioeterio et al. (2020) afirmam que ações de atenção à saúde e segurança dessa categoria nem sempre são incorporadas às medidas de enfrentamento do problema.

Observamos, no Mapa 3, que as regiões com maior mortalidade dos profissionais de saúde (grupo 7) estão na região sudeste e nos Estados do Amazonas e do Pará, região Norte. Convém destacar que o sistema de saúde do Estado do Amazonas colapsou no período das duas ondas da pandemia (março/abril 2020 e janeiro/fevereiro 2021), quando aconteceram os momentos mais trágicos da pandemia, culminando com a falta de oxigênio nas unidades de saúde e na oferta do mercado privado (ORELLANA et al., 2021).

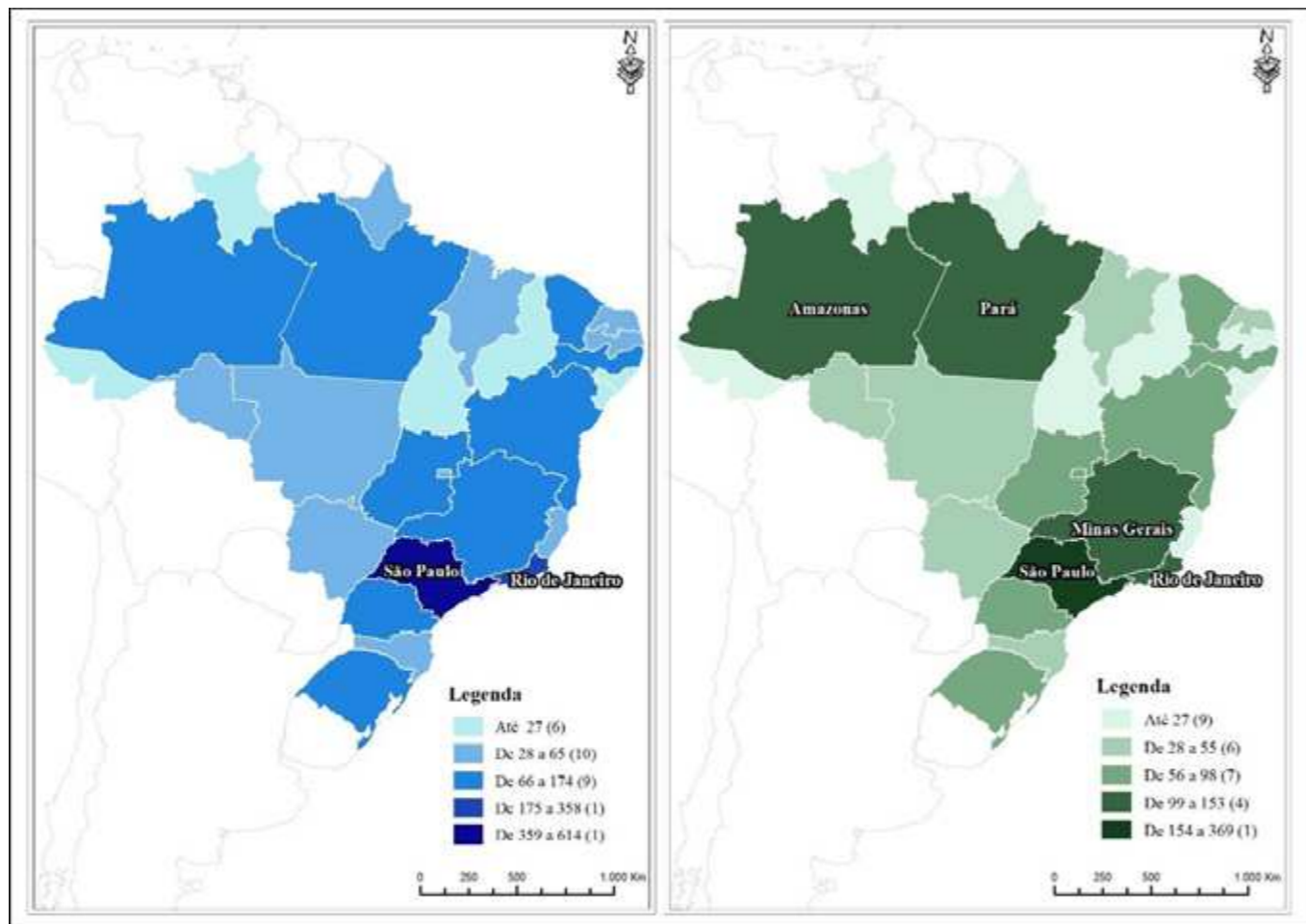
Para Fiho et al. (2020) a necessidade da proteção dos profissionais dos estabelecimentos de saúde ganhou destaque, mas dentre outros grupos ocupacionais o mesmo não ocorreu. Avaliar esses efeitos se torna difícil já que no Brasil, os dados disponíveis não são desagregados ao nível da ocupação, no qual seria possível avaliar onde e em que circunstâncias os indivíduos testados positivos ou diagnosticados com a doença estavam trabalhando.

Teixeira et al. (2020) refletem a necessidade de estudos relacionados a morbimortalidade de profissionais e trabalhadores de saúde dos serviços de atenção primária, pois estes também se expõem ao risco de contaminação pelo COVID-19, pois a maior parte da produção científica analisada pelos autores está concentrada nos trabalhadores da área hospitalar.

Outro grupo pouco analisado, segundo Teixeira et al (2020) se refere aos trabalhadores que fazem parte da saúde, mas não tem uma formação na área como os maqueiros, motoristas de ambulância, limpeza, alimentação e manutenção de equipamentos. Além desses, temos os trabalhadores envolvidos com as questões de sepultamento e cremação das vítimas

de COVID-19. Assim, lembram os autores que estes trabalhadores estão envolvidos diretamente com o enfrentamento da pandemia e, portanto, estão “expostos ao risco de contaminação, devendo, portanto, serem considerados nos estudos sobre os efeitos do COVID-19 na saúde dos trabalhadores de saúde” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 3469).

Imagem 3. Mapa da distribuição de mortalidade dos trabalhadores dos serviços essenciais (grupo 0 e 7)



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante assinalar como limitações deste artigo a dificuldade em acessar informações detalhadas sobre CBO informados e disponíveis no sistema do DATASUS, podendo dificultar análises de tipos de ocupações e regiões do país em que mais se concentraram os óbitos de trabalhadores.

As escolhas para o enfrentamento da COVID-19 nem sempre estiveram relacionadas ao uso dos recursos disponíveis de infraestrutura, pois países com maior disponibilidade de recursos e tecnologias erraram na condução das estratégias, a exemplo da Itália, Reino Unido, França e Espanha. Dizendo de outro modo, “a resposta rápida, consistente e sustentável de lideranças políticas também foi fundamental nos países que apresentaram os melhores resultados no combate à COVID-19 (LIMA et al., 2020, p. 3).

A capacidade da gestão política constitui num ativo importante a ser mobilizado em face de um problema de saúde pública na dimensão dessa pandemia. Nesse sentido, as informações científicas, aliadas à integração de ações e transparência dessas atividades quando incorporadas às dimensões do trabalho, fator estruturante da nossa sociedade, ganham relevância se consideradas no planejamento e na tomada de decisões por parte das autoridades responsáveis (FIHO et al., 2020).

Na análise mostramos que os trabalhadores informais e diaristas que mais morreram pelo COVID-19, pois tiveram que se expor ao risco de contrair o vírus, tendo que escolher entre sobreviver ou se contaminar, pois poderia morrer de um ou de outro jeito. É nesse momento que entra a ação do Estado com os auxílios emergências às famílias para que tenha condições de seguir as orientações não farmacológicas de enfrentamento da pandemia.

Era de se esperar que o grupo das atividades essenciais também fosse afetado pela COVID-19, pois não puderam se abster do trabalho. Apesar de tudo isso, uma parte importante das mortes poderiam ser evitadas se as medidas preventivas fossem conduzidas em todos os níveis da gestão de modo precoce. Não podemos ignorar o papel das fake News e a negação de medidas cientificamente comprovadas e aceitas na condução da pandemia, trazendo consequências para os trabalhadores e prestadores de serviços.

A partir da análise do cenário da mortalidade dos trabalhadores, recomendamos que: a) o aprofundamento de pesquisas científicas para a análise e a compreensão dos problemas do trabalho na pandemia; b) as ações de vigilância da saúde do trabalhador precisam estar dialogando com os outros níveis dos serviços de saúde; c) desenvolvimento de estratégias específicas de informação e de educação para diferentes segmentos de trabalhadores; d) defender a ação do Estado no apoio aos trabalhadores, especialmente daqueles que possuem vínculos precários; e) as estratégias de enfrentamento precisam ter a participação da sociedade e das instituições civis como sindicatos, igrejas, ONG, movimentos sociais, órgãos internacionais.

Por fim, a pandemia necessita ser tomada como um aprendizado para o enfrentamento dessa de outras epidemias, endemias e pandemias. Schwarcz e Starling (2020) ao analisarem a gripe espanhola que ocorreu há um pouco mais de 100 anos, dizem que repetimos os mesmos erros do passado, sinal de que pouco aprendemos com a história das doenças. Por isso, temos a tarefa de construir informação para que o aprendizado possa ser uma estratégia de gestão e de produção de conhecimentos para diminuir os efeitos nefastos de um vírus que teve como grande aliado as informações falsas e as medidas não eficazes no enfrentamento da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. M. de, CALDWELL, K. L., SANTOS, M. P. A. dos, SOUZA, I. M. DE, ROSA, P. L. F. S., SANTOS, A. B. S. dos, BATISTA, L. E. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: A experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, 44(spe4), 191–205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e412> Acessado em: 10 set de 2021.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: Uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(7), 2097–2108, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017> Acessado em: 30 set de 2021.
- BRASIL. **LEI Nº 8.080, 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. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acessado em: 30 set de 2021.
- BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. PNSST.pdf. Português (Brasil), 2021. <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/escola/e-biblioteca/politica-nacional-de-seguranca-e-saude-no-trabalho-pnsst.pdf/view>
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acessado em: 30 set de 2021.
- BRASIL. **Medida Provisória nº 1.045, de 27 de abril de 2021**. Institui o Novo Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas complementares para o enfrentamento das consequências da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das relações de trabalho. Brasília, 2021. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1045.htm Acessado em: 30 set de 2021.
- BVS. **Portal Regional da BVS**. 2021. Disponível em: <https://bvssalud.org/> Acessado em: 30 set de 2021.
- CARVALHO, R. T. de, NINOMIYA, V. Y., SHIOMATSU, G. Y. Entenda a importância do distanciamento social. Coronavírus - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 31 de julho, 2020. <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/108-distanciamento-social>
- CORONAVÍRUS BRASIL. **Ministério da Saúde**. 10 de outubro, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acessado em: 30 set de 2021.
- COVID-19: Veja como cada estado determina o distanciamento social. **Agência Brasil**. 1º abril, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/covid-19-veja-como-cada-estado-determina-o-distanciamento-social>
- DATASUS/SIM. Sistema de Informação sobre Mortalidade. 2021. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp> Acessado em: 30 set de 2021.
- FIHO, J. M. J., ASSUNÇÃO, A. Á., ALGRANTI, E., GARCIA, E. G., SAITO, C. A., & MAENO, M.. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120> Acessado em: 30 set de 2021.
- FLEXOR, G., SILVA, R. D. da, & RODRIGUES, A. O. A Covid-19 e o agravamento das desigualdades na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos Metrópole**, 23(52), 905–926, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5203> Acessado em: 30 set de 2021.
- GÓES, G. S. O trabalho remoto e a pandemia: A manutenção do status quo de desigualdade de renda no país. **Carta Conjunta-Ipea**. 13, 2020.
- HELIOTERIO, M. C., LOPES, F. Q. R. de S., SOUSA, C. C. de, SOUZA, F. DE O., PINHO, P. de S., SOUSA, F. N. E F. DE, ARAÚJO, T. M. de. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(3), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289> Acessado em: 30 set de 2021.
- LIMA, E. DE P., VASCONCELOS, A. G., CORRÊA, L. R. T., & BATISTA, A. G. Baixas na linha de frente: Absenteísmo entre bombeiros durante o combate à pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000016420> Acessado em: 30 set de 2021.
- LIMA, N. T., BUSS, P. M., & PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: Uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, 36(7), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00177020> Acessado em: 30 set de 2021.
- NACIONAL, I. ([s.d.]). REPUBLICAÇÃO - DOU - Imprensa Nacional. Recuperado 15 de outubro de 2021, Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou> Acessado em: 30 set de 2021.
- ORELLANA, J. D. Y., MARRERO, L., HORTA, B. L. Excesso de mortes por causas respiratórias em oito metrópoles brasileiras durante os seis primeiros meses da pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, 37(5), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00328720> Acessado em: 30 set de 2021.
- RIBEIRO-SILVA, R. de C., PEREIRA, M., CAMPELLO, T., ARAGÃO, É., GUIMARÃES, J. M. DE M., FERREIRA, A. J., BARRETO, M. L., & SANTOS, S. M. C. dos. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9), 3421–3430, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020> Acessado em: 30 set de 2021.
- SANTOS, K. O. B., FERNANDES, R. de C. P., ALMEIDA, M. M. C. de, MIRANDA, S. S., MISE, Y. F., LIMA, M. A. G. de. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, 36(12), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178320> Acessado em: 30 set de 2021.
- SILVA, G. A. e, Jardim, B. C., & Lotufo, P. A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 37(6), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00039221> Acessado em: 30 set de 2021.
- TEIXEIRA, C. F. de S., SOARES, C. M., SOUZA, E. A., LISBOA, E. S., PINTO, I. C. de M., ANDRADE, L. R. de, ESPIRIDÍÃO, M. A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9), 3465–3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> Acessado em: 30 set de 2021.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Organização:

- **Francisca Valda**
- **Priscilla Viegas**
- **Monica Duraes**
- **Cristiane Gosch**
- **Astrid Sarmento Cosac**
- **Alcindo Antônio Ferla**

Demais autoras e autores:

- **Alcindo Antônio Ferla:** Médico, doutor em educação. Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFSM) e pesquisador sênior (FAPEAM) do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), do Instituto Leônidas e Maria Dehane (ILMD – Fiocruz Amazonia). Membro titular da Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador Geral da Associação Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.
- **Aline Blaya:** Prof Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Militante do Coletivo Célia Sanches.
- **Antônio Vieira Machado:** Médico, professor da FCMMG, coordenador adjunto da pesquisa.
- **Arlete Lima Simões:** Doutora em Ciências. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, Manaus, Amazonas, Brasil, Endereço eletrônico: limarletes@gmail.com

- **Astrid Sarmento Cosac:** Bacharela, Mestre e Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora, com ênfase em Ciência Política. Atuou como Secretária Executiva do Projeto de Extensão “Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do SUS” da DAGEP. Educadora Popular especialista em controle social e democracia participativa. Especialista em Controle Social no SUS, realizando e organizando treinamentos e capacitações para Conselheiros e Conselheiras de Saúde em todo o Brasil. Atualmente dedica-se a finalizar a pesquisa de doutorado sobre as diferentes trajetórias de mulheres que atuam em Conselhos de Saúde. Atua como Pesquisadora e Educadora Popular em projetos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Centro de Assessoramento Popular (CEAP) em todo o território nacional. É Coordenadora Executiva do Programa de Extensão para a implantação da PNVS e a participação da comunidade da UnB em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde. E-mail: astridsarmento@gmail.com.
- **Cristiane Gosch:** Psicóloga. Doutora em Psicologia. Pesquisadora e Preceptora no Projeto de Qualificação e Fortalecimento da Gestão do Trabalho no Tocantins - OPAS/Rede Unida. E-mail: crisgosch@gmail.com.
- **Denise Motta Dau:** Secretária Sub-regional da Internacional de Serviços Públicos no Brasil. São Paulo, SP, Brasil. Endereço eletrônico: denise.dau@world-psi.org. Assistente Social, é mestra em Saúde Coletiva. Foi Secretária Municipal de Políticas para as Mulheres da Prefeitura de São Paulo (2013-2016); Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho, do Ministério da Saúde (2011-2012); Diretora da Central Única dos Trabalhadores - CUT (2003-2011) onde, de 2009 a janeiro de 2011, ocupou o cargo de Secretária Nacional de Relações de Trabalho. Presidiu a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (2001- 2004). Desde 1988, atuou no SINDSAÚDE-SP, tendo participado de sua fundação, compondo a direção da entidade até 2010. Conselheira no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República (2007-2009). Foi membro do Conselho Editorial da Fundação Perseu Abramo e do Conselho Diretor do Instituto Observatório Social.
- **Eliane Aparecida Cruz:** Psicóloga. Pesquisadora da Fiocruz (Brasília Fiocruz). Assistente Social, Mestre em Direitos Humanos e Cidadania e Doutora em Bioética. Foi presidenta da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (1998 – 2002). Exerceu o cargo de secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde (2003 – 2008). Foi Coordenadora de Negociação e Relações do Trabalho do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG (2009 – 2010). Atualmente é Pesquisadora da Fiocruz e Educadora Popular em Saúde. E-mail: elianacruz40@gmail.com.
- **Francisca Valda da Silva:** Enfermeira, mestre em ciências Sociais. Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora Honoris Causa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Conselheira Nacional de Saúde - dezembro de 2003 a dezembro de 2007; dezembro de 2016 a dezembro de 2023. Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e

Relações de Trabalho (CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde. Presidente da ABEn Nacional – Gestão 2001-2004; Gestão 2004-2007; Gestão novembro de 2019 a dezembro de 2020. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Saúde das Mulheres (CISMu) de 2016 a 2018. Coordenadora Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 2016 a 2019. E-mail: francisca.valda@uol.com.br.

- **Ileana Neiva Mousinho:** Procuradora Regional do Trabalho. Mestre em Direito Constitucional-UFC
- **Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos:** Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, Manaus, Amazonas, Brasil, Endereço eletrônico: izicaterini@outlook.com
- **João Batista Militão:** Advogado, pesquisador colaborador do NERHUS-ENSP, coordenador adjunto da pesquisa.
- **Jocelio Henrique Drummond:** Secretário Regional para as Interamericas da Internacional dos Serviços Públicos – ISP. São Paulo, SP, Brasil. Endereço eletrônico: jocelio.drummond@world-psi.org. Médico, pós-graduado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, ex-integrante do Conselho Nacional de Saúde representando a Central Única dos Trabalhadores (CUT), atua no movimento sindical mundial através da Internacional dos Serviços Públicos - ISP, que representa a 30 milhões de trabalhadores em serviços de natureza pública em 154 países, participando ativamente das reuniões da Organização Mundial da Saúde, da OIT e demais organismos do Sistema ONU, representando aos trabalhadores e trabalhadoras na Saúde, tanto pública como privada.
- **Júlio Cesar Schweickardt:** Doutor em História das Ciências. Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, Manaus, Amazonas, Brasil, Endereço eletrônico: julio.ilmd@gmail.com
- **Luciana Lucena Baptista Barreto:** Sócia da LBS Advogados e membro do Instituto Trabalho. Especialista em Direitos Humanos do Trabalho e Direito Transnacional do Trabalho pela Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, Espanha.
- **Maria Helena Machado:** Pesquisadora Titular da ENSP-CEE/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço eletrônico: helenamachado06@gmail.com. Socióloga, doutora em Sociologia. Coordena a Pesquisa “Condições de trabalho dos Profissionais de Saúde no contexto da Covid-19 no Brasil” (Fiocruz - 2020-2021). Foi Subsecretária Adjunta de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2002); Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2003-2010). Foi conselheira nacional do Conselho Nacional de Saúde e coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho -CIRHRT (2005-2010). Secretário-Geral da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - CNS (2010).

- **Maria Helena Machado:** Socióloga, pesquisadora da ENSP e CEE- FIOCRUZ, coordenadora geral da pesquisa: “Os Trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil” (ENSP-CEE/Fiocruz, 2021).
- **Monica Diniz Durães:** Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva, Doutorando em Saúde Coletiva (IMS/ UERJ), Consultora Nacional da Organização Pan-Americana de Saúde na Unidade Técnica Capacidades Humanas para a Saúde. E-mail: monicadd.educasaude@gmail.com.
- **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira:** Técnica em Enfermagem e Terapeuta Ocupacional. Especialista Profissional em Terapia Ocupacional em Saúde Mental (ABRATO). Mestre em Direitos Humanos - PPGDH/UFPE. Doutoranda em Inovação Terapêutica - PPGIT/UFPE. Conselheira Suplente e Co-coordenadora da Comissão Mista de Direitos Humanos do CREFITO-1. Coordenadora do eixo Educação na Saúde da Associação Rede Unida. E-mail: priscilla.barreto@ufpe.br
- **Swedenberger do Nascimento Barbosa:** Pesquisador da Fiocruz/Brasília. Brasília, Distrito Federal. Endereço eletrônico: berger.barbosa06@gmail.com. Cirurgião-Dentista, doutor em Ciências da Saúde. Professor do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde (Fiocruz/Brasília). Foi Conselheiro Titular do Conselho Nacional de Saúde (1990-1994), Coordenador- Geral Adjunto da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1993), Coordenador-Geral da II Conferência de Saúde Bucal (1993). Secretário-Executivo da Casa Civil e Assessor do Presidente da República (2003- 2012). No Governo do Distrito Federal, exerceu os cargos de Secretário de Governo (1996-1998) e da Casa Civil (2012-2014). Integra a equipe da Pesquisa “Condições de trabalho dos Profissionais de Saúde no contexto da Covid-19 no Brasil” (ENSP-CEE/Fiocruz, 2020-2021).
- **Tânia Aparecida de Araujo:** Nutricionista, doutora em Saúde Pública, Epidemiologista, feminista, trabalha com temas relacionadas as inequidades sociais em saúde. Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia, Manaus/AM, Brasil tania.saudepublica@gmail.com
- **Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes:** Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia. Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, Manaus, Amazonas, Brasil, Endereço eletrônico: t.renata.neves@gmail.com.
- **Wilson Aguiar Filho:** Pesquisador Associado do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Endereço eletrônico: aguiar.wilson@gmail.com. Enfermeiro, Licenciado em História, mestre em Saúde Pública. Funcionário do Ministério da Saúde, atualmente atua no Núcleo de Saúde do Trabalhador do Instituto Nacional de Cardiologia. Foi Assessor Chefe da Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (2002); Assessor-Técnico do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2003-2011). Integra a equipe da Pesquisa “Condições de trabalho dos Profissionais de Saúde no contexto da Covid-19 no Brasil” (FIOCRUZ, 2020-2021).



A

Agente Comunitário de Saúde 66, 114
agentes 8, 9, 11, 14, 55, 56, 74, 96, 107, 117, 118, 130
agravamento 20, 99, 126
Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência 8

C

ciência 20, 99, 126
CIRHRT 20, 99, 126
CNS 10, 12, 23, 24, 28, 57, 65, 70, 77, 119, 137, 138, 139
colaborativa 20, 99, 126
colapso 20, 99, 126
Comissão Interamericana de Direitos Humanos 69
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho 20, 99, 126
Comissão Parlamentar de Inquérito 41, 53, 56
comunicação 20, 99, 126
CONASS 23
condição humana 20, 99, 126
condições de trabalho 14, 16, 24, 30, 60, 62, 63, 65, 66, 68, 71, 72, 85, 112, 116, 118, 119, 122, 139
Conselho Nacional de Saúde 10, 12, 15, 22, 23, 24, 29, 36, 57, 65, 77, 119, 137, 138, 139, 140
Conselho Nacional de Secretários de Saúde 23
controle social 13, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 119, 138
coronavírus 20, 99, 126
cotidiano 20, 99, 126
covid-19 18, 38, 39, 45, 51, 56, 57, 58, 77, 78, 109, 119, 134
Covid-19 13, 14, 15, 17, 39, 40, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 89, 96, 99, 100, 104, 106, 109, 111, 115, 118, 134, 135, 139, 140
CPI 41, 43, 56, 57, 58
crise sanitária 12, 61, 76, 119, 135

D

desarticulação 20, 99, 126
desigualdade 17, 33, 65, 86, 89, 91, 96, 97, 98, 121, 126, 128, 135
desigualdades 9, 14, 16, 62, 68, 76, 102, 104, 112, 122, 126, 131, 135
desinformação 20, 99, 126
desmonte 20, 99, 126
direito à saúde 22, 27, 29
diretrizes 20, 99, 126
doenças infecciosas 20, 99, 126

E

Educação em Saúde 139
Educação na Saúde 139, 140
educação permanente 25
emergência sanitária 20, 99, 126
enfermagem 51, 56, 66, 67, 73, 82, 106, 109, 111, 112, 113, 116, 117, 119, 127, 131
equidade 70
estatísticas 20, 99, 126
estratégias 20, 99, 126

F

feminina 15, 16, 18, 71, 102, 103, 104
feminino 67, 71, 108
FORÇA DE TRABALHO 5, 6, 60, 64, 102, 121
Força de Trabalho em Saúde 14, 60, 109, 118
formação 12, 16, 32, 35, 74, 90, 91, 95, 98, 100, 113, 114, 117, 131

G

gênero 31, 32, 33, 68, 106, 109, 114
gestão do trabalho 15, 77

I

identidade 85
ideologia 34
igualdade de gênero 106
indígenas 71
iniquidades 9, 15, 103, 104, 108, 128
INVISIBILIDADE 5, 111, 112
invisibilidade do trabalho 108
isolamento social 20, 99, 126

J

Jornada de trabalho 66
jornadas de trabalho 33, 40

L

linha de cuidado 9
luta 15, 18, 61, 64, 80, 86, 87, 90, 95, 97, 98
LUTAS 5, 80
luto 97
LUTOS 5, 80

M

médico 45, 46, 118
médicos 34, 35, 51, 52, 62, 63, 70, 73, 77, 83, 111, 114, 119, 131
medidas de proteção social 20, 99, 126
mercado de trabalho 17, 64, 107, 121, 124
movimentos sociais 70, 82, 86, 94, 95, 96, 133

N

negação 20, 99, 126
notícias falsas 20, 99, 126

O

ONU 16, 28, 61, 63, 102, 103, 104, 105, 109, 139
OPAS 8, 18, 57, 138
opressões 98
organismos 27, 139
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS 28
Organização Pan-Americana da Saúde 138

P

pandemia 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 94, 95, 97, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 135
PANDEMIA 5, 6, 8, 70, 73, 106, 121, 131
participação feminina 104
Participação Social 137
política 9, 11, 21, 22, 23, 27, 30, 33, 34, 35, 36, 48, 76, 86, 89, 91, 95, 97, 123, 133
Política de Saúde 13
política genocida 20, 99, 126
Políticas Públicas 36, 140
promoção da saúde 35, 123
proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores 20, 99, 126
proteção dos trabalhadores 8, 9, 17, 35, 121, 123
proteção física 8, 10, 12
proteção física e psicossocial 8, 10, 12
protocolo 20, 99, 126
protocolos 20, 99, 126
provimento 92, 94

R

recomendações 20, 99, 126
recursos humanos 23, 62, 106, 116
redes sociais 20, 99, 126
remuneração 32, 116, 118

S

salarial 71, 119
salários 60, 62, 63, 68, 106
sequelas 20, 99, 126
serviços essenciais 20, 99, 126
sistemas de saúde 8, 9, 10, 11, 42, 62
sistemas e serviços 9, 10
sistemas universais 10
Sistema Único de Saúde 9, 10, 16, 22, 23, 27, 36, 84, 111, 124
sobrecarga 20, 99, 126

sociedade civil 9, 11, 14, 21, 22, 53, 76, 94
SUS 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31,
33, 34, 35, 36, 57, 64, 65, 67, 70, 75, 76, 77, 84, 88, 97,
98, 111, 119, 122, 124, 138

T

técnico de enfermagem 82
técnicos de enfermagem 73, 111, 113, 131
testagem 20, 99, 126
trabalhadoras da saúde 8, 48, 131, 135
trabalhador da saúde 83
TRABALHADORES 5, 32, 61, 65, 77, 111, 113
trabalhadores contaminados 20, 99, 126
trabalhadores da saúde 8, 9, 10, 11, 12, 16, 111, 116, 131
TRABALHADORES NA SAÚDE 61, 77
trabalho em saúde 8, 18, 74, 118, 119, 123
trabalho na saúde 10, 17, 18, 118
trabalho produtivo 85

U

UTI 20, 99, 126

V

vacinação 20, 99, 126
vulnerabilidade 8, 20, 76, 81, 82, 99, 104, 126, 135
vulnerabilidade social 20, 99, 126

LIVRO AZUL

PROTEGER. INVESTIR. JUNTOS.

O "Livro Azul" é composto por um conjunto de livros sobre temáticas relevantes para a agenda brasileira do Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência, produzidos pela OPAS Brasil e em parceria com as entidades que assinam a campanha.

"A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano", segundo tomo do Livro Azul, apresenta um conjunto de estudos feitos sob encomenda que procurou demonstrar aspectos do cotidiano do trabalho que não estavam muito visíveis para a ação de âmbito nacional, com base em experiências sabidamente comprometidas com a saúde e o trabalho como direito das pessoas e coletividades.



Conselho Nacional
de Saúde



OPAS