



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM DEMANDAS
POPULARES E DINÂMICAS REGIONAIS

FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO

**FATORES BIOPSISSOCIAIS E A VULNERABILIDADE DOS PROFISSIONAIS
INVISÍVEIS ATUANTES NA CADEIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA
CIDADE DE ARAGUAÍNA/TOCANTINS**

Araguaína / TO
2022

FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO

**FATORES BIOPSISSOCIAIS E A VULNERABILIDADE DOS PROFISSIONAIS
INVISÍVEIS ATUANTES NA CADEIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA
CIDADE DE ARAGUAÍNA/TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDIRE). Avaliada para obtenção do título de Mestre em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais na área CAPES de Planejamento Urbano e Regional/ Demografia e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Área de Concentração: Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

Subárea de concentração: Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

Linha de Pesquisa: Vulnerabilidade e Dinâmicas Regionais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thelma Pontes Borges.

**Araguaína / TO
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

R484f Ribeiro, Fabyanne Oliveira Montelo.

FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS E A VULNERABILIDADE DOS
PROFISSIONAIS INVISÍVEIS ATUANTES NA CADEIA DE
ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA CIDADE DE
ARAGUAÍNA/TOCANTINS. / Fabyanne Oliveira Montelo Ribeiro. –
Araguaína, TO, 2022.

172 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Araguaína - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, 2022.

Orientadora : Thelma Pontes Borges

1. Dinâmicas Regionais. 2. Pandemia da COVID-19. 3. Psicodinâmica do
trabalho. 4. Trabalhadores. I. Título

CDD 711.4

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO

FATORES BIOPSIKOSSOCIAIS E A VULNERABILIDADE DOS PROFISSIONAIS INVISÍVEIS ATUANTES NA CADEIA DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA CIDADE DE ARAGUAÍNA/TOCANTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDIRE). Foi avaliada para obtenção do título de Mestre e aprovada em sua forma final pela orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 20/04/2022

Banca Examinadora



Documento assinado digitalmente
THELMA PONTES BORGES
Data: 24/08/2022 10:24:18-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Thelma Pontes Borges – Orientadora – UFNT



Documento assinado digitalmente
THELMA PONTES BORGES
Data: 24/08/2022 10:22:57-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dra. Sabrina Guimarães Paiva – Membro interno – UFNT



Documento assinado digitalmente
THELMA PONTES BORGES
Data: 24/08/2022 10:21:45-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dra. Zulene Muniz Barbosa, Membro externo -UEMA

Araguaína/TO

2022

Dedico este trabalho a DEUS, a mim, a minha família, e em especial ao meu esposo, Rodrigo Ricelle Ribeiro e ao meu filho Pedro (*in memoriam*), por ser minha inspiração e minha motivação diária.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pelo amor incondicional.

À Fabyanne Oliveira Montelo Ribeiro, a mim, por não se permitir desistir mesmo diante de tantos desafios no caminho.

Ao amor da minha vida, Rodrigo Riccelle Ribeiro, esposo e companheiro, por não me deixar esquecer que posso e por me incentivar e apoiar em todas as situações, como eu amo você.

Ao meu filho Pedro (*in memoriam*) por me ensinar a viver.

As minhas filhas, LUA e SOL, por tanto amor e alegria, e pela companhia garantida nas madrugadas, amo vocês princesas.

À minha mãe, Sebastiana Oliveira Luz, e meu pai, Raimundo de Almeida Montelo, pelo estímulo constante em minha vida profissional e intelectual, amo vocês.

À Fabíola Oliveira Montelo Reis, irmã amiga e meu irmão Pedro Inácio Montelo Neto, presentes nos momentos mais difíceis da minha vida, como eu amo vocês.

Aos meus cunhados, Pr. Johnata e Dra. Jullyane Kelly (minha jujubinha), amo vocês.

À minha vizinha, Alzira Montelo e tia madrinha Dalzemir Montelo por toda torcida e amor, amo vocês.

À minha orientadora, Dra. Thelma Pontes Borges, pelos ensinamentos, compreensão e carinho durante todo este processo.

Ao Miguel, que com muita disponibilidade colaborou na construção do questionário online e dos gráficos.

À Gil por toda orientação no processo de submissão ao comitê de ética e pesquisa.

RESUMO

Uma das preocupações ligadas à pandemia da COVID-19 foram as consequências biopsicossociais dos trabalhadores envolvidos no enfrentamento da doença. Além dos trabalhadores inseridos dentro do contexto hospitalar, destacamos os que atuaram fora deste sistema, intitulado neste estudo de profissionais invisíveis, sendo os motoristas, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, além dos próprios profissionais de saúde de nível médio e superior, como, técnico de enfermagem, enfermeiros, odontólogos, psicólogo entre outros. Diante disto, o objetivo deste estudo consiste em analisar as condições socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores invisíveis da cadeia de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município de Araguaína, estado do Tocantins. Para a obtenção dos dados, optou-se pelo uso de questionário via internet e entrevista semiestruturada, subsequentemente gravadas e transcritas. Participaram desta pesquisa 107 trabalhadores lotados na Secretária Municipal de Saúde e Secretaria Municipal da Assistência Social, Trabalho e Habitação, 54% participaram somente do questionário e 43% aceitaram participar do questionário e entrevista, destes, 7% foram selecionados para entrevista. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e técnicas de análise de conteúdo. Aqueles que se autodenominaram pardos e pretos somaram um total de 67%, com relação a faixa etária, 40% se encontravam entre 25 a 34 anos. Quanto aos fatores biopsicossociais de saúde/doença 13% faziam parte do grupo de riscos, 13% da amostra declararam ter adquirido COVID-19 e 54% declararam residir com indivíduos pertencentes ao grupo de risco. O principal tipo de assistência foi o Sistema Único de Saúde, 56% faziam uso de forma exclusiva. Quanto à vacinação, somente 4% não haviam sido imunizados contra a COVID-19. Entre as condições socioprofissionais, 61% declararam possuir nível superior, entretanto somente 42% das profissões declaradas eram de nível superior, sugerindo que profissionais com nível superior atuaram como profissionais de nível médio. Quanto à principal forma de locomoção para o trabalho 83% possuíam um meio de transporte próprio para se locomoverem e somente 4% utilizavam do transporte público para ir ao trabalho. Quanto ao vínculo de trabalho, 66% foram contratados temporariamente sem carteira assinada, 31% eram concursados e somente 2% possuíam registro na carteira de trabalho. Do total de participantes 49% já trabalhavam no município e tiveram sua função inicial alterada para suprir uma demanda específica da pandemia. Em todas as entrevistas ficou evidente a falta de segurança e domínio para executar suas novas funções. Observa-se condições de trabalho e uma organização de trabalho precarizada, levando ao sofrimento psicológico. Houve o uso da criatividade dada pela liberdade em transformar o trabalho prescrito em trabalho real como elemento de superação do sofrimento. Quanto as relações familiares e sociais, evidencia uma ruptura dada pela organização de trabalho que foram submetidas, e pela própria condição de isolamento e distanciamento social imposta pela pandemia. Os dados mostraram que a pandemia acentuou as fragilidades de trabalho já presentes, que os trabalhadores invisíveis foram sujeitos a condições de sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Assim, foi importante conhecer a realidade deste público e realizar estudo adicionais pós pandemia nesta mesma população no intuito de verificar quais sequelas emocionais foram associadas às condições de trabalho.

Palavras-Chaves: COVID-19; Trabalhadores; Psicodinâmica do trabalho; Pandemia.

ABSTRACT

One of the concerns linked to the COVID-19 pandemic was the biopsychosocial consequences of workers involved in fighting the disease. In addition to the workers inserted within the hospital context, we highlight those who worked outside this system, entitled in this study of invisible professionals, being the drivers, receptionist, general service assistant, in addition to the medium and higher-level health professionals themselves, such as, technician nurses, nurses, dentists, psychologists, among others. In view of this, the objective of this study is to analyze the socio-professional and psychodynamic conditions of invisible workers in the health chain involved in facing the COVID-19 pandemic in the municipality of Araguaína, state of Tocantins. To obtain the data, we chose to use a questionnaire via the Internet and a semi-structured interview, which were subsequently recorded and transcribed. A total of 107 workers from the Municipal Health Department and the Municipal Department of Social Assistance, Work and Housing participated in this research, 54% participated only in the questionnaire and 43% agreed to participate in the questionnaire and interview, of which 7% were selected for interview. Data analysis was performed using descriptive statistics and content analysis techniques. Those who called themselves browns and black added up to a total of 67%, with respect to age group, 40% were between 25 and 34 years old. As for the biopsychosocial health/disease factors, 13% were part of the risk group, 13% of the sample declared having acquired COVID-19 and 54% declared living with individuals belonging to the risk group. The main type of assistance was the SUS, 56% used it exclusively. As for vaccination, only 4% had not been immunized against COVID-19. Among the socio-professional conditions, 61% declared having a higher education, however only 42% of the declared professions were higher education, suggesting that professionals with higher education acted as professionals with a secondary education. As for the main way of getting to work, 83% had their own means of transport to get around and only 4% used public transport to go to work. As for the employment relationship, 66% were temporarily hired without a formal contract, 31% were public employees and only 2% had a formal contract. Of the total number of participants, 49% already worked in the municipality and had their initial function changed to meet a specific demand of the pandemic. In all the interviews, it was evident the lack of security and mastery to perform their new functions. Working conditions and a precarious work organization are observed, leading to psychological suffering. There is the use of creativity given by the freedom to transform the prescribed work into real work as an element of overcoming suffering. As for family and social relationships, it shows a rupture given by the work organization they were subjected to, and by the very condition of isolation and social distance imposed by the pandemic. The data showed that the pandemic accentuated the weaknesses of work already present, that invisible workers were subjected to conditions of suffering and work-related illness. Thus, it was important to know the reality of this public and carry out additional post-pandemic studies in this same population in order to verify which emotional sequelae were associated with working conditions.

Keywords: COVID-19; Workers; Psychodynamics of work; Pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 - Países, territórios ou áreas com casos confirmados de COVID-19, no dia 29 de fevereiro de 2020.	24
Ilustração 2 - Impacto pretendido das medidas não farmacológicas em uma epidemia ou pandemia de COVID-19 por meio da redução de contato social.	31
Ilustração 3 - Projeções de incidência e de mortalidade por COVID-19 no período de 20 de junho a 3 de julho de 2021.	42
Ilustração 4 - Evolução das admissões e desligamentos por competência da movimentação no Brasil entre março de 2020 a março de 2021.	75
Ilustração 5 - Evolução das admissões e desligamentos por competência da movimentação no Tocantins entre março de 2020 a março de 2021.	76

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Casos confirmados acumulados em Araguaína-TO de 14/01/2020 a 01/04/2020.	59
Gráfico 2 - Casos confirmados acumulados em Palmas-TO 14/01/2020 a 01/04/2022.....	59
Gráfico 3 - Profissão dos participantes da pesquisa.	107
Gráfico 4 - Tempo de atuação dos participantes na pandemia da COVID-19.	110
Gráfico 5 - Local de trabalho antes da atuação na pandemia da COVID-19.	115
Gráfico 6 - Quantidade de vezes que a rotina de trabalho foi alterada pela gestão decorrente de novas recomendações das autoridades de saúde pública sobre a COVID-19.....	116
Gráfico 7 - Alteração de carga horária dos participantes após a situação da pandemia.	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de habitantes conforme a região do país.	48
Tabela 2 - Categorias profissionais com diagnóstico positivo para COVID-19.	87
Tabela 1 - Caracterização da amostra de profissionais recrutadas para o estudo.....	105
Tabela 4 - Fatores biopsicossociais de saúde/doença.	107
Tabela 5 - Fatores de trabalho	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos principais acontecimentos até à declaração da pandemia, dia 11 de março de 2020.	25
Quadro 2 - Resumo dos principais acontecimentos no Brasil entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021.....	44
Quadro 3 - Coeficiente de incidência de caso e óbitos a cada 100mil/habitantes, semana epidemiológica oito de 2021.....	53

Quadro 4 - Casos e óbitos de COVID-19 acumulados de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2021.	53
Quadro 5 - Resumo dos principais acontecimentos na região Norte entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021.....	54
Quadro 6 - Distribuição dos setores da cidade mais frequentados pelos participantes.....	114
Quadro 7 - Categorias temáticas.	118

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Regiões de Saúde do Tocantins.....	56
Mapa 2 - Macrorregiões de Saúde do Estado do Tocantins.	57
Mapa 3 - Localização geográfica de Araguaína-TO.....	58
Mapa 4 - Distribuição dos setores de moradia dos participantes.	114

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

% - Porcentagem.

2019-nCoV - Novo Coronavírus.

AB - Atenção Básica.

AGU - Advocacia Geral da União.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

BE - Boletim Epidemiológico.

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética.

CadÚnico - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados.

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações.

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa.

CEREST - Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador.

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses.

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

CNS - Conselho Nacional da Saúde.

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito.

COE-nCoV - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública.

COVID-19 - Coronavírus 2019.

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

DPU - Defensoria Pública da União.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

ESPIN - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.

e-SUS Notifica - Estratégia de Informatização do Sistema Único de Saúde – Notifica.

EACT - Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho.

EADRT - Escala de Avaliação dos danos Relacionados ao Trabalho.

ECHT - Escala de Custo Humano no Trabalho.

EIPST - Escala de Indicadores Prazer e Sofrimento no Trabalho.

EPI - Equipamento de Proteção Individual.

EPI - Equipamento de Proteção Coletiva.

FAB - Força Aérea Brasileira.

FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura.

FGV - Fundação Getúlio Vargas.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.

FUNAI - Fundação Nacional do Índio.

GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial.

GEI-ESPII - Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IFAD - Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

ITRA - Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento.

MEI - Microempreendedores Individuais

MCTI - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações.

MS - Ministério da Saúde.

MPF - Ministério Público Federal.

NEP - Núcleo de Educação Permanente.

OIT - Organização Internacional do Trabalho.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde.

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

RSI 2005 - Regulamento Sanitário Internacional 2005.

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional.

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2.

SE - Semana Epidemiológica.

SEMASTH - Secretaria Municipal da Assistência Social, Trabalho e Habitação

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde.

SG - Síndrome Gripal.

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave.

STF - Supremo Tribunal Federal.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TMRT - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

TCU - Tribunal de Contas da União.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNESP - Universidade Estadual Paulista

USF - Unidades de Saúde da Família.

USP - Universidade de São Paulo.

UTI - Unidades de Tratamento Intensivo.

VA - Vigilância Ambiental.

VE - Vigilância Epidemiológica.

VOC - Variante de Atenção e/ou Preocupação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 DO GLOBAL AO LOCAL: A PANDEMIA NO MUNDO E NO BRASIL	20
2.1 A pandemia no Brasil	26
2.2 A pandemia na região Norte e em Araguaína-TO	48
3 GEOGRAFIA DA SAÚDE: PRIMEIRA CHAVE DE LEITURA	63
3.1 As diferentes faces da vulnerabilidade espacial e social da COVID-19	68
4 AS CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID 19: DEJOURS COMO SEGUNDA CHAVE DE LEITURA .	81
5 METODOLOGIA	100
5.1 Escolhas dos participantes da pesquisa e aspectos éticos.....	100
5.1.1 Percursos metodológicos: Método e metodologia	101
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
6.1 Condições socioprofissionais dos trabalhadores invisíveis.....	105
6.2 Condições psicodinâmicas.....	118
6.2.1 Rotina de trabalho	119
6.2.2 Reconhecimento/desconhecimento e seus efeitos psicológicos	122
6.2.3 Rompimento dos laços de suporte familiar e social	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	134
ANEXOS	163
Anexo 1 – Ofício: Autorização para realização de pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde	163
Anexo 2 – Ofício do PPGDire destinado ao Secretário Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação.....	164
Anexo 3 – Entrevista	165
Anexo 4 – Questionário	166
Anexo 5 – Parecer Consubstanciado do CEP	170

1 INTRODUÇÃO

Uma pneumonia até então de etiologia desconhecida, foi detectada como um dos primeiros casos na China, na cidade de Wuhan, província de Hubei, em novembro de 2019 (BRASIL, 2020 aa), sendo estes e outros casos informados ao escritório da Organização Mundial de Saúde (OMS), na China, no dia 31 de dezembro de 2019 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b). Em janeiro de 2020, o vírus relacionado a essa condição clínica, foi identificado por pesquisadores chineses como um novo coronavírus, sendo a doença nomeada pela OMS em fevereiro do mesmo ano de *Coronavirus disease*, doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), e o vírus causador, de *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, Síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2 (SARS-CoV-2) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020g).

Com o aumento do número de casos, a OMS declarou, no dia 30 de janeiro de 2020, o surto como uma emergência de saúde pública de interesse internacional. Na ocasião, o Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, iniciou sua declaração proferindo as seguintes palavras, “[...] testemunhamos o surgimento de um patógeno até então desconhecido, que se transformou em um surto sem precedentes e que encontrou uma resposta sem precedentes” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020 d, s/p). O vírus se espalhou rapidamente na China e em outros países, até chegar em todos os continentes, sendo esta situação declarada pela OMS, no dia 11 de março de 2020, como pandemia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020q).

No Brasil, o primeiro caso positivo da COVID-19 foi confirmado em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020l). A Região Norte do Brasil teve seu primeiro caso registrado no estado do Pará, no dia 15 de março de 2020 (BRASIL, 2020ab). No Tocantins, o primeiro caso positivo da doença foi registrado no dia 18 de março (TOCANTINS, 2020b), enquanto em Araguaína, cidade localizada na região norte do estado, o primeiro caso positivo da doença ocorreu no dia 27 de março de 2020 (ARAGUAÍNA, 2020a).

Com seis meses após primeiro caso confirmado, 99,1% dos municípios brasileiros registravam a presença da doença, e já se contabilizava 117.665 óbitos (BRASIL, 2020ao), com dez meses se registrou no país o primeiro caso de reinfeção (BRASIL, 2020bd). Em um ano de pandemia, (BRASIL, 2021l, p.7) foram confirmados 10.517.232 casos e 254.221 óbitos por COVID-19 no Brasil. Iniciada em dia 18 de janeiro de 2021 a vacinação se mostrou eficaz, e

pela primeira vez em meados de junho e início de julho de 2021 os estados não apresentaram elevação na taxa de mortalidade por COVID-19 (BRASIL, 2021r).

Entretanto, a inexistência de um tratamento eficaz e a baixa cobertura de vacinados com a segunda dose¹, algumas medidas adotadas desde o início da pandemia continuam a vigorar como forma de prevenção da infecção, entre elas (BRASIL, 2020p); o distanciamento e isolamento social, a redução de deslocamentos laborais, o fechamento do comércio, o uso de máscara e a higienização das mãos. Algumas destas medidas são atualizadas constantemente pelo Governo Federal, estados e municípios por meio de decretos e portarias de acordo com o comportamento da transmissão da doença na realidade local.

O mundo conheceu uma doença que se tornou a metamorfose da vida e do cotidiano da população, ocasionando uma das maiores crises vivenciadas na história da contemporaneidade. O globo passou a viver o “novo normal”, termo usados pela mídia e pela população para definir entre muitas coisas: crianças sem aula ou aulas remotas, trabalho em *home-office*, máscara no rosto, ausência de abraços, empresas e indústrias fechadas, desemprego, isolamento social e comida entregue na porta.

O vírus não trouxe somente a doença e suas manifestações físicas, mas também trouxe um novo desenho das relações sociais com territórios e demografia alterados mundialmente pela COVID-19, acelerado pela rapidez do mundo globalizado, levando a consequências na dimensão social e econômica, além principalmente das inúmeras mortes e as sequelas físicas e psíquicas deixadas em quem vive.

Estamos diante de uma doença sem regras, com variedade do quadro clínico incomum, algumas pessoas são sintomáticas, outras oligossintomática e tantos outros assintomáticos. Existem grupos de risco, porém não existe, segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2020b p.6), um “[...] padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade, ainda não há medicamentos específicos disponíveis e, atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico”.

Com o aprofundamento da pandemia, ainda são incalculáveis os impactos na mortalidade e nos aspectos sociais decorrentes da doença, “a consequência não intencional dessa ação coletiva de autopreservação é um choque econômico generalizado” (NATALINO; PINHEIRO, 2020, p.7).

¹Quatro vacinas foram autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso no Brasil: CoronaVac, vacina do Butantan produzida em parceria com a biofarmacêutica chinesa Sinovac, e os imunizantes das empresas AstraZeneca, Pfizer e Janssen, somente a Janssen e administrada em dose única.

Com um olhar altruísta, a humanidade pode se surpreender com o que se tornara pós-pandemia, entretanto, não se pode ser inocente ao pensar que tudo será melhor e que o mundo aprenderá a lição do amor ao próximo, da valorização da vida, da equidade social. Assim como cada ser humano viveu e vive sua realidade atinente à pandemia, e os que menos tem, menos tiveram “[...] sabemos que a superação da pandemia e a reconquista dos padrões sociais e econômicos mais confortáveis acontecerão de forma desigual” (LIMA; BUSS; SOUSA, 2020, p. 3).

Diante deste novo cenário inúmeras são as possibilidades e os desafios enfrentados pelos indivíduos, principalmente para uma parte da população que trabalha na saúde, ser um profissional ou trabalhador da saúde no âmbito de uma pandemia somando a isto o vírus causador pouco conhecido, leva a várias reflexões, trabalhar com o incomensurável e com mudanças diárias diante de novas descobertas e publicações, tudo isto pode levar os profissionais e trabalhadores a viverem experiências e apresentarem sentimentos até então auto desconhecidos.

Todas essas angústias não são exclusivas de quem está na assistência direta aos pacientes com Sars-CoV-2, os denominados linha de frente, os inseridos dentro de um ambiente hospitalar os “heróis da mídia”², termo este dado pela mídia, não em crítica aqui aos profissionais. Além dos heróis da mídia, existe no invisível um grupo de trabalhadores que executam uma responsabilidade profissional no contexto da COVID-19, nomeados neste estudo de “os invisíveis”, definidos como os que trabalham arduamente com contato, pouco ou nenhum contato com o paciente e/ou com os familiares. Trata-se daqueles profissionais que não estão inseridos dentro dos hospitais na assistência direta ao paciente, e que também foram e estão sendo marcados psicossocialmente pela atuação na pandemia da COVID-19, como, os profissionais de saúde de nível médio e superior, e os trabalhadores da saúde como os motoristas, *motoboy*, digitadores, programadores, auxiliares de serviços gerais, recepcionista, gestores, profissionais responsáveis pela manutenção de equipamentos.

²Para a grande mídia, os profissionais da saúde são heróis, pero no mucho, Disponível em: <<http://www.observatoriodaimprensa.com.br/coronavirus/para-a-grande-midia-os-profissionais-da-saude-sao-herois-pero-no-mucho/>>.

Linha de frente da Covid-19 revela heróis na pandemia. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/linha-de-frente-da-covid-19-revela-herois-na-pandemia>>.

Fisioterapeutas respiratórios: heróis lutando contra o covid-19. Disponível em: <<https://interfisio.com.br/fisioterapeutas-respiratorios-herois-lutando-contra-o-covid-19/>>.

Profissionais da saúde: heróis fundamentais no combate à covid-19. Disponível em: <<https://www.uniara.com.br/noticias/47667/profissionais-da-saude-herois-fundamentais-no-combate-a-covid-19/>>.

Considerando tal contexto, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar as condições socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores invisíveis da cadeia de saúde envolvidos na pandemia da COVID-19 no município de Araguaína, estado do Tocantins.

Como objetivos específicos: Analisar as condições do trabalho, percepções e relações dos problemas psicossociais dos trabalhadores invisíveis que atuam ou atuaram na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e Secretaria Municipal da Assistência Social, Trabalho e Habitação (SEMASTH), na pandemia da COVID-19; estabelecer relações entre as condições de moradia, de locomoção dos profissionais invisíveis e a vulnerabilidade de exposição pessoal e familiar à doença e identificar as vulnerabilidades e potencialidades sociais vinculadas às condições de trabalho e de uso da cidade dos profissionais invisíveis durante a pandemia;

Será que os profissionais invisíveis que trabalham no setor de saúde durante a pandemia têm condições sociais e profissionais que facilitam ou não a exposição à COVID 19? A pandemia foi um fator de fragilidade das relações de trabalho ou elas já existiam? Quais os impactos biopsicossociais gerados nos profissionais invisíveis pela pandemia e por sua atuação na Pandemia?

Diante destes questionamentos algumas hipóteses foram levantadas:

- O quantitativo de profissionais invisíveis na saúde atuantes pode não ser condizente com a alta demanda necessária para o enfrentamento da pandemia no município, o que pode levar um único profissional a exercer em instituições diferentes a mesma função, ou, funções distintas, levando à sobrecarga biopsicossocial e uma possível infecção cruzada³.
- As condições insatisfatórias de trabalho já demandadas anteriormente a pandemia, pelos trabalhadores, sindicatos e conselhos de classe profissional, tais como: baixos salários faltam de equipamento de proteção individual (EPI), sobrecarga de pacientes, entre outras.
- O baixo status social e econômico (moradia, de saúde e de transporte) desses profissionais estimula o estabelecimento de mais vínculos empregatícios (benefícios), porém aumenta a possibilidade de adoecimento (malefícios).
- As necessidades financeiras anteriores, acentuadas pela pandemia, têm levado os profissionais já inseridos nas instituições de saúde a continuarem atuando, mesmo

³Infecção ocasionada pela transmissão de agentes infecciosos dentro de um ambiente hospitalar que pode ser realizada através do contato de pessoa para pessoa, pelo ar ou por meio de objetos contaminados (ERCOLE, 2011).

estando em grupos de risco para a doença da Sars-CoV-2, pois o afastamento muitas vezes pode levar à redução de salários ou a risco de demissão.

- A inserção destes trabalhadores no cenário pandêmico levou a um adoecimento psíquico em consequência das mudanças e dos padrões desafiadores que a doença trouxe.

O estudo do trabalho dos profissionais invisíveis será discutido a partir da teoria de Christophe Dejours (1980, 1987, 1992, 1993, 1994, 1995, 1999, 2004, 2010, 2012), da Psicodinâmica do Trabalho que “[...] busca compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho” (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 82).

A Psicodinâmica do Trabalho,

Busca estudar os aspectos menos visíveis que são vivenciados pelos trabalhadores ao longo do processo produtivo, tais como: mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, mobilização da inteligência, vontade e motivação e estratégias defensivas que se desenvolvem e se estabelecem a partir das situações de trabalho (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 82).

O interesse quanto à temática surgiu após minha inserção profissional junto à Equipe de Resposta Rápida (ERR) de Enfrentamento à COVID-19 em Araguaína, em 24 de março de 2020. A ERR era subdividida em cinco equipes: Equipe de coleta de notificações, equipe de análise e digitação de notificações, equipe de monitoramento, equipe de investigação e equipe de coleta de testes para o COVID-19. Fiz parte da equipe de monitoramento, que na ocasião era composta por 30 profissionais de nível superior e médio (enfermeiros, psicólogos, nutricionista, cirurgião dentista, assistente social, profissional de educação física, médico, técnico de enfermagem). As atividades da equipe consistiam em realizar o monitoramento via telefone de todos os pacientes confirmados para COVID-19, juntamente com seus contatos domiciliares.

Para maior compreensão da COVID-19 e sua relação com os profissionais e trabalhadores da saúde nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, o trabalho foi dividido em três capítulos, além desta introdução, objetivos, metodologia e resultados da pesquisa. Apresentam-se em fundamentação teórica para a pesquisa assim como proporcionam resultados e discussões. No primeiro capítulo foram abordados os principais acontecimentos sociais, políticos e epidemiológicos da COVID-19 no mundo, no Brasil, na região norte e em Araguaína-TO, no segundo foi realizado uma revisão da literatura sobre a geografia da saúde e os fatores espaciais e sociais da COVID-19, e no terceiro capítulo foi abordado a partir da teoria Dejouriana, da psicodinâmica do trabalho, as condições psicossociais dos profissionais e trabalhadores da saúde na pandemia da COVID-19.

2 DO GLOBAL AO LOCAL: A PANDEMIA NO MUNDO E NO BRASIL

Caracterizado como um evento global, a pandemia da COVID-19 alterou sem paralelo a história da sociedade contemporânea, com efeitos e consequências já identificadas e algumas que somente o tempo será capaz de apontar. A seguir, serão apresentados os destaques dos principais acontecimentos sociais, políticos e epidemiológicos inerentes à pandemia da COVID-19 no mundo, no Brasil, na Região Norte e em Araguaína-TO, entre o período de 17 de novembro de 2019 a julho de 2021. Por se tratar de uma doença nova a fonte bibliográfica principal para traçar esse panorama foram os relatórios da OMS⁴, MS e alguns artigos científicos e publicações sobre a temática.

Os primeiros casos da COVID-19 foram relatados pela primeira vez na China, na cidade de Wuhan, província de Hubei, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b). Em um estudo retrospectivo, foi identificado que o início dos sintomas do primeiro caso ocorreu em 17 de novembro de 2019 (BRASIL, 2020aa), e os primeiros casos identificados entre profissionais de saúde em oito de dezembro de 2019 (BRASIL, 2020a).

No dia 20 de dezembro, a equipe de epidemiologia do governo chinês publicou a investigação dos primeiros casos, e, em 29 de dezembro de 2019, foram atendidas quatro pessoas com os mesmos sintomas, (BRASIL, 2020aa; 2020a); este e outros casos só foram informados para o escritório da OMS na China no dia 31 de dezembro de 2019, sendo até aquele momento mencionada como uma pneumonia de etiologia desconhecida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b).

As autoridades nacionais na China relataram à OMS 44 casos desta pneumonia no período compreendido entre 31 de dezembro a três de janeiro de 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b). A primeira publicação da OMS do relatório situacional da COVID-19 ocorreu no *site* oficial da organização no dia 21 de janeiro de 2020, exatamente 21 dias após o relato oficial dos primeiros casos da doença na China ao escritório da OMS.

Estudos sugerem evidências de que o transbordamento zoonótico ocorreu antes do início de dezembro de 2019. Roberts, Rossman e Jarić (2021) apontaram que seis países apresentaram casos precoces, sugerindo o primeiro caso na China no início de outubro e meados de novembro (a data mais provável sendo 17 de novembro) de 2019, e em janeiro de 2020 já havia se espalhado globalmente.

⁴Todos os relatórios da OMS citados foram traduzidos pela autora para uso neste trabalho.

No dia sete de janeiro de 2020, as autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, sendo essa sequência genética isolada e compartilhada com outros países no dia 12 de janeiro de 2020, afim de ser usado no desenvolvimento de *kits* para o diagnóstico da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b).

A Comissão Nacional de Saúde da China informou à OMS no dia 11 e 12 de janeiro de 2020 que o surto estava associado à exposição das pessoas a um peixe em um mercado na cidade de Wuhan, porém, até maio de 2022, a história natural da doença não foi identificada⁵ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b).

Já no dia 13 de janeiro de 2020 o Ministério de Saúde Pública da Tailândia relatou o primeiro caso importado de Wuhan do novo coronavírus, dois dias depois o Japão relatou um caso importado da doença, e, em 20 de janeiro de 2020, foi registrado o primeiro caso na República da Coreia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b).

No dia 20 de janeiro de 2020, somaram-se 282 casos confirmados em quatro países, incluindo: China (278 casos), Tailândia (dois casos), Japão (um caso) e República da Coreia (um caso). Dos 278 casos confirmados, 51 pacientes encontravam-se em estado grave, 12 em estado crítico e seis evoluíram a óbito na cidade de Wuhan (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b). Quatro de cinco óbitos, com informações epidemiológicas disponíveis, tinham comorbidades subjacentes.

No dia 22 de janeiro de 2020, foi publicado o segundo relatório situacional, a OMS avaliou o risco deste evento como muito alto na China, alta em nível regional e alta em nível global. Nesta publicação, foram registrados casos de infecção em profissionais de saúde, 16 deles haviam sido infectados pela doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020c).

⁵Novas dúvidas são postas na mídia quanto a origem do vírus, o relatório de março de 2021 da OMS diz que todas as evidências disponíveis sugerem origem animal natural, não um vírus manipulado ou construído, porém, pouco depois da publicação, a China foi acusada pelo governo de 14 países de restringir o acesso dos cientistas a dados originais e amostras. O diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, confirmou que os pesquisadores tiveram problemas durante a missão. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/05/25/o-que-ja-se-sabe-sobre-a-origem-da-covid-19>>.

Governos alegam que a comitiva da entidade que esteve em Wuhan para investigar a origem do coronavírus teve acesso limitado “a dados e amostras originais”. Em coletiva de imprensa Tedros inclusive pareceu contradizer as descobertas centrais do estudo, sugerindo até que a teoria de que o vírus escapou de um laboratório de Wuhan deve ser investigada. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2021/03/31/catorze-paises-e-chefe-da-oms-acusam-china-de-reter-dados-da-origem-da-pandemia>>.

Novos dados sobre pesquisadores de Wuhan aumentam debate sobre origens da Covid-19. Relatório de inteligência dos EUA descobriu que pesquisadores foram internados em novembro de 2019; China reportou primeiro caso de Covid-19 em dezembro. Um relatório da inteligência dos EUA descobriu que vários pesquisadores do Instituto de Virologia de Wuhan, na China, adoeceram em novembro de 2019 e tiveram que ser hospitalizados. Um novo detalhe sobre a gravidade de seus sintomas que pode alimentar mais debates sobre as origens da pandemia do novo coronavírus. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/05/23/novos-dados-sobre-pesquisadores-de-wuhan-aumentam-debate-sobre-origens-da-covid>>.

Diante de todos os acontecimentos, a OMS publicou medidas imediatas para conter a propagação do vírus, descritas no primeiro boletim da organização. Entre essas medidas: contato direto e constante pela OMS com os quatro países com casos identificados na ocasião, China, Japão, Coreia e Tailândia, assim como manteve informando outros países sobre a situação e se dispôs a oferecer apoio conforme solicitado; desenvolveu as definições provisórias de casos de vigilância para infecção humana pelo novo coronavírus 2019 (nCoV, 2019), diagnóstico laboratorial, manejo clínico, infecção, prevenção e controle em ambientes de saúde, atendimento domiciliar para pacientes leves, envolvimento da comunidade e recomendações para reduzir o risco de transmissão de animais para humanos; utilização de redes de pesquisadores e especialistas mundial para identificar, controlar a doença e limitar a transmissão posterior, mitigando assim os prejuízos em consequência da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020b).

No dia 30 de janeiro de 2020, sob o Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI)⁶, foi convocado o Comitê de Emergência sobre nCoV-2019, na ocasião a OMS declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. O comitê aconselhou as autoridades e a comunidade global sobre medidas de controle do surto, como a detecção precoce da doença, isolamento e tratamento dos casos, rastreamento de contatos e a promoção do distanciamento social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020d).

Esta é a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. As outras foram: Pandemia de H1N1 em 25 de abril de 2009; disseminação internacional de poliovírus em cinco de maio de 2014; surto de Ebola na África Ocidental em oito agosto de 2014; vírus Zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas em primeiro de fevereiro de 2016 e surto de ebola na República Democrática do Congo em 18 maio de 2018 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, s/d).

O Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, destacou que o principal motivo desta declaração era o potencial do vírus em se “[...] espalhar por países com sistemas de saúde mais fracos e mal preparados para lidar com ele” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020e, s/p).

⁶O Regulamento Sanitário Internacional (1969) foi revisado em maio de 2005, entrou em vigor em 15 de junho de 2007. Torna-se juridicamente obrigatório em qualquer Estado Membro da OMS que não tenha vetado ou manifestado reservas contra o Regulamento até dezembro de 2006. Este documento é um acordo internacional juridicamente vinculante para prevenir a propagação de doenças. Ele se aplica às doenças (inclusive aquelas com causas novas ou desconhecidas), independente da origem ou fonte, que apresentem dano significativo aos seres humanos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s/a, p. 2; 3).

Mesmo com todos os esforços e as recomendações das autoridades mundiais paulatinamente o vírus foi se propagando e chegando a novos países, a transmissão não mais se limitava em casos importados oriundos da China, mas em casos importados da China e transmissão local⁷ entre humanos fora da China.

No final do mês de janeiro de 2020 a OMS divulgou o relatório situacional de número 11. Neste relatório, foi divulgado o número de casos confirmados da doença, globalmente se totalizava 9.826 casos confirmados, sendo 9.720 casos na China, com 213 óbitos, e 106 casos distribuídos em 19 países, entre eles: Japão, 14 casos; República da Coreia, 11 casos; Vietnã, cinco casos; Singapura, 13 casos; Austrália, nove casos; Malásia, oito casos; Camboja, um caso; Filipinas, um caso; Tailândia, 14 casos; Nepal, um caso; Sri Lanka um caso; Índia, um caso; Estados Unidos da América, seis casos; Canadá, três casos; França, seis casos; Finlândia, um caso; Alemanha, cinco casos; Itália, dois casos e Emirados Árabes, quatro casos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020d).

A primeira morte relatada fora da China foi registrada no dia dois de fevereiro de 2020, com ocorrência nas Filipinas. O paciente foi um contato próximo do primeiro paciente confirmado nas Filipinas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020f).

No dia 11 de fevereiro de 2020, após reunir com o grupo de especialista mundial, a OMS deu o nome oficial à doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, este um termo em inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, que significa síndrome respiratória aguda grave de coronavírus 2, anteriormente, era conhecido como 2019-nCoV. A doença passou a ser denominada de COVID-19, abreviação do termo em inglês *Corona Virus Deceased 2019*, da doença pelo Coronavírus 2019 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020g).

No dia 14 de fevereiro de 2020, a segunda morte foi relatada fora da China, no Japão, sendo que este paciente não teve história de viagem para a China. Nesta mesma data, a OMS divulgou o número de profissionais de saúde infectados na China, sendo 1.716 casos confirmados de COVID-19 incluindo seis mortes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020h).

Desde os primeiros casos a OMS vem registrando em seus relatórios a preocupação com esse público, desde a itens essenciais como Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletivo (EPC) ao desenvolvimento de cursos sobre a doença,

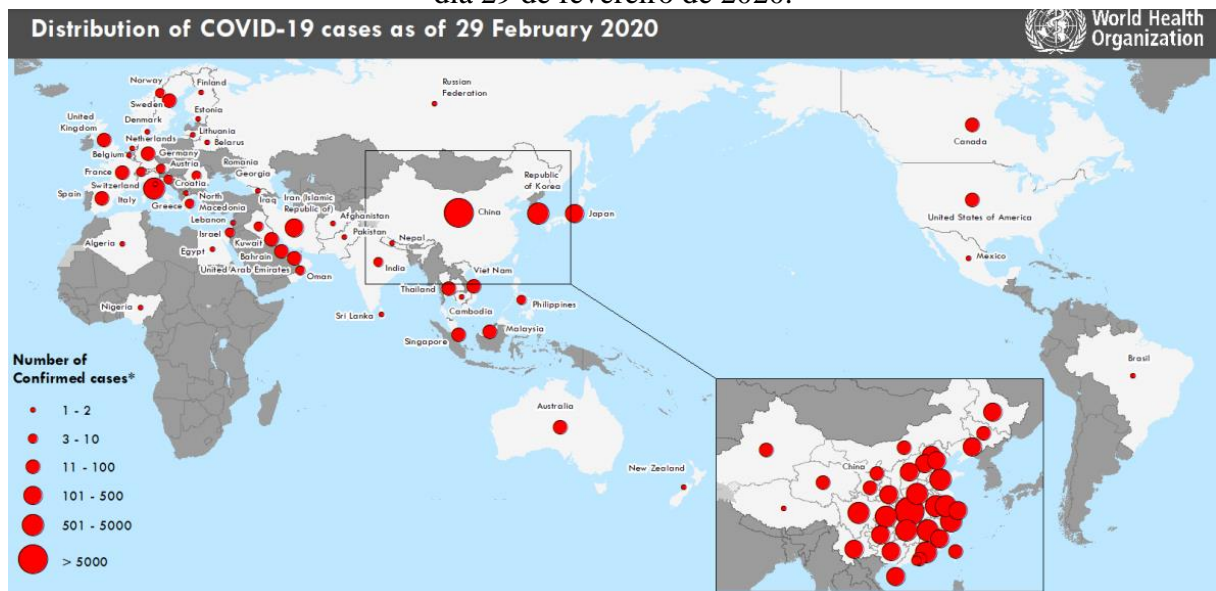
⁷Transmissão Local: Definimos como transmissão local, a confirmação laboratorial de transmissão do SARV-CoV2 entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b, p.3).

publicações sobre as novas descobertas e orientações sobre os direitos, funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, incluindo as considerações importantes para a segurança e saúde ocupacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020i).

No dia 26 de fevereiro de 2020, foram registrados pela primeira vez mais casos da COVID-19 em países fora da China (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020j). Dia 27 de fevereiro de 2020, nove países relataram à OMS casos de COVID-19, dentre eles o Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020l), sendo este primeiro caso registrado no dia 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. Com a crescente e a preocupante identificação de casos em novos países, a OMS aumentou a avaliação do risco de disseminação e de impacto de COVID-19, passando a ser no dia 28 de fevereiro muito alto em nível global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020m).

Findado o mês de fevereiro de 2020, no dia 29, já se contabilizavam, globalmente, 85.403 casos confirmados, sendo 1.753 casos novos; na China, 79.394 confirmados, sendo 435 novos; 2.838 mortes, fora da china em um total de 53 países, 6.009 confirmado, destes 1.318 casos novos e 86 mortes (Ilustração 1) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020n).

Ilustração 1 - Países, territórios ou áreas com casos confirmados de COVID-19, no dia 29 de fevereiro de 2020.



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2020n, s/p.

No discurso realizado no dia dois de março de 2020 para a imprensa, Tedros Adhanom ressaltou sobre as indagações mundiais quanto ao fato de a atual situação da doença ser ou não uma pandemia. Ele destacou que a OMS não hesitaria em declarar uma pandemia se as evidências assim sugerissem. Na ocasião, dos 88.913 casos relatados globalmente até aquele

momento, 90% estavam na China, principalmente em uma província, e, dos 8.739 casos relatados fora da China, 81% estavam centralizados em quatro países, os outros 57 países afetados, 38 notificaram dez casos ou menos, 19 notificaram apenas um caso, e mais de 130 países não haviam notificado nenhum caso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020o).

Com a marca de casos notificados da COVID-19 ultrapassando 100.000, e com mais de 100 países confirmados com a presença da doença laboratorialmente, no dia oito de março de 2020, a OMS fez uma alerta para que todos preparassem suas estruturas de saúde, quanto aos sistemas de emergências, mais leitos hospitalares, insumos e profissionais capacitados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020p).

No dia 11 de março de 2020, a OMS caracterizou a COVID-19 como pandemia, isto é, a circulação do vírus em todos os continentes, o número de casos na ocasião estavam em 118.000, em 114 países, com o registro de 4.291 óbitos em consequência da doença, sendo os países com o maior número de casos a China 80.955, a Itália 10.149, o Irã 8.042 e a Coreia do Sul 7.755 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020q).

O pronunciamento de Tedros Adhanom representou o contexto da pandemia nos países atingidos, “diferentes cenários em diferentes países, e diferentes cenários dentro do mesmo país” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020o, s/p). Essa era a realidade do mundo e do Brasil. Os dados apresentados foram resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 - Resumo dos principais acontecimentos até à declaração da pandemia, dia 11 de março de 2020.

Período	Acontecimentos
17/11/2019	Primeiros casos da COVID-19*
08/12/2019	Primeiros casos identificados entre profissionais de saúde
20/12/2019	Equipe de epidemiologia da China publicou investigação dos primeiros casos
29/12/2019	Foram atendidas quatro pessoas com os mesmos sintomas
31/12/2019	Casos foram informados ao escritório da OMS na China
31/12 à 03/01/2020	Informado a OMS pelas autoridades nacionais da China 44 casos
21/01/2020	Primeira publicação da OMS do relatório situacional da COVID-19 no <i>site</i> oficial da organização
07/01/2020	Identificação pelas autoridades chinesas de um novo tipo de coronavírus, sendo essa sequência genética isolada e compartilhada com outros países
11 e 12/01/2020	China informou à OMS que o surto estava associado à exposição das pessoas a um peixe em um mercado na cidade de Wuhan
13/01/2020	Tailândia relatou o primeiro caso importado de Wuhan do novo coronavírus
15/01/2020	Japão relatou um caso importado da doença
20/01/2020	Primeiro caso na República da Coreia

22/01/2020	OMS avaliou o risco deste evento como muito alto na China, alta em nível regional e alta em nível global.
30/01/2020	OMS declarou o surto como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
02/02/2020	Primeira morte relatada fora da China com ocorrência nas Filipinas
11/02/2020	OMS deu o nome oficial à doença, COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2
14/02/2020	Segunda morte relatada fora da China, no Japão
14/02/2020	1.716 profissionais de saúde contaminados na China, incluindo seis mortes
26/02/2020	Registrado pela primeira vez mais casos da COVID-19 em países fora da China
26/02/2020	Primeiro caso de COVID-19 registrado no Brasil
27/02/2020	9 países relataram a OMS casos de COVID-19
28/02/2020	OMS aumentou a avaliação do risco de disseminação e de impacto de COVID-19 muito alto em nível global
29/02/2020	Globalmente, 85.403 casos confirmados
08/03/2020	Mais de 100.000 casos e mais de 100 países confirmados com a presença da doença
11/03/2020	OMS caracterizou a COVID-19 como pandemia
* Estudo retrospectivo	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

2.1 A pandemia no Brasil

A seguir, serão apresentados os principais acontecimentos ocorridos no Brasil. Para tanto, foram utilizados, como fonte de dados, os Boletins Epidemiológicos (BE) coronavírus do MS, *site* oficial do MS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas (ONU), OMS, artigos científicos, publicações em *sites* nacionais e internacionais, no período compreendido entre fevereiro de 2020 a julho de 2021.

No Brasil, segundo o MS (BRASIL, 2020a), enquanto a OMS estruturava um Guia de Vigilância Epidemiológico com base nos já existentes, em analogia aos conhecimentos acumulados por outros eventos relacionados ao coronavírus, que nunca ocorreram no Brasil, pois a experiência dos estados e municípios brasileiros quanto a uma pandemia se resumia em planos de preparação e de experiência para pandemia de influenza e síndromes respiratória. Assim, o MS ajustou as recomendações da OMS com o que o Brasil já possuía, sendo todos os procedimentos atualizados continuamente com base nas informações da OMS.

Em janeiro de 2020, o MS fez a primeira publicação do BE coronavírus, contendo neste a versão preliminar do Guia de Vigilância Epidemiológica e o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).

O MS (BRASIL, 2020a) analisou no período entre três a 27 de janeiro de 2020, 7.063 rumores da doença, sendo todos encaminhados para o ponto de contato regional da OMS. Entre os dias 18 e 27 de janeiro de 2020, 10 casos foram investigados, todavia, após investigação, somente um caso foi notificado no dia 27 de janeiro de 2020 por se enquadrar na definição de

caso suspeito⁸ da época por causa de sintomas apresentados e obrigatoriamente histórico de viagem para China/Wuhan. Posteriormente, o caso foi descartado.

Em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), competindo ao centro o planejamento, a organização, a coordenação e o controle das medidas a serem empregadas durante a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), além da articulação com os gestores estaduais, distrital e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), e a divulgação de informações à população relativas à ESPIN (BRASIL, 2020c).

O MS (BRASIL, 2020 d) realizou no dia 24 de janeiro de 2020, por meio do COE-nCoV, uma videoconferência com as Secretarias Estaduais de Saúde de todo o país, em que atualizou os estados sobre ações de prevenção e o detalhamento das orientações publicadas nos BE.

Com o aumento de risco de alerta de disseminação do vírus elevado, para alto, dado pela OMS, o MS passou a recomendar no dia 28 de janeiro de 2020 (BRASIL, 2020e) que viagens para China deveriam ocorrer em casos de extrema necessidade, na mesma ocasião o MS publicou que cobraria dos estados brasileiros o plano de contingência de enfrentamento a COVID-19.

No dia 30 de janeiro de 2020 o Governo Federal publicou o decreto de nº 10.211, uma reedição do Decreto Legislativo nº 395, de 2009, com a finalidade de reativar o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII). Dentre as competências do grupo, está:

⁸Definições operacionais de caso suspeito de infecção humana pelo 2019-nCoV de acordo com o MS. Situação 1: Febre¹ E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU 2. Situação 2: Febre¹ E pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E histórico de contato próximo de caso² suspeito para o coronavírus (2019-nCoV), nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas; OU 3. Situação 3: Febre¹ OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento das asas nasais entre outros) E contato próximo de caso² confirmado de coronavírus (2019-nCoV) em laboratório, nos últimos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais ou sintomas.

1 Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

2 Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente dois metros de um paciente com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento, por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI). O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado. Esta definição foi sendo atualizada de acordo com a disseminação do vírus no território nacional (BRASIL, 2020a, p.5).

O Acompanhamento e a articulação de medidas de preparação e de enfrentamento às emergências em saúde pública de importância nacional e internacional; propor e acompanhar a alocação de recursos orçamentário-financeiros para execução das medidas necessárias em casos de emergências em saúde pública; estabelecer as diretrizes para a definição de critérios locais de acompanhamento da implementação das medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional e elaborar relatórios de situações de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional e encaminhar aos Ministros de Estado dos órgãos representados (BRASIL, 2020f, p.1).

Após a OMS declarar em 30 de janeiro de 2020 Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o MS (BRASIL, 2020c) que, na ocasião, investigava nove casos suspeitos e não apresentava nenhum caso confirmado, observando a ocorrência da doença em outros países do continente americano e com o objetivo de dar celeridade aos processos diante de uma doença com características clínicas e perfil epidemiológico ainda desconhecidos, dentre outras considerações, “[...] declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo nCoV-2019, por meio da Portaria MS nº 188 de três de fevereiro de 2020, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011” (BRASIL, 2020c, p.1).

Esta Portaria também estabeleceu que:

O Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a gestão do COE-nCoV (BRASIL, 2020c, p.1).

No dia cinco de fevereiro de 2020, 2 aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) foram enviados a Wuhan para repatriar brasileiros que manifestaram desejo de retornar ao Brasil, e que não apresentavam sinais e sintomas compatíveis com a COVID-19. Chegaram ao Brasil no dia nove de fevereiro de 2020, 58 pessoas (34 passageiros entre elas crianças e 24 membros, incluindo médicos, diplomatas, jornalistas e tripulação), onde permaneceram por 18 dias em quarentena no hotel de trânsito da FAB em Anápolis-GO (BRASIL, 2020g).

Com o objetivo de discutir sobre o plano de contingência de enfrentamento a COVID-19 dos estados, no dia seis de fevereiro de 2020 o MS se reuniu com secretários estaduais de saúde de todo país (BRASIL, 2020h).

A pedido da OPAS e OMS, e como ação de cooperação entre os países Latino-americanos, o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição referência para o diagnóstico de vírus respiratórios, realizaram nos dias seis e sete de fevereiro 2020, capacitação

técnica para o diagnóstico laboratorial da COVID-19, para profissionais da Colômbia, Uruguai, Argentina, Panamá, Bolívia, Chile, Equador, Paraguai e Peru (BRASIL, 2020i).

No dia 19 de fevereiro de 2020 em Assunção, no Paraguai, o então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, se reuniu com representantes dos países do Mercosul, Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, com o objetivo de partilhar experiências, unir e fortalecer os países no combate a COVID-19, após discussões os ministros da saúde dos quatro países assinaram um projeto de intenções para compartilhamento de informações e tecnologias (BRASIL, 2020i).

Com o crescente número de novos países registrando casos de transmissão local, o MS ampliou os critérios para definição de caso suspeito no dia 21 e 24 de fevereiro de 2020, aumentando o número de países. Pessoas com sinais e sintomas e, além da China, com histórico de viagens para Japão, Cingapura, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Tailândia, Vietnã e Camboja, Alemanha, Austrália, Emirados Árabes, Filipinas, França, Irã, Itália e Malásia eram consideradas suspeitas da COVID-19 (BRASIL, 2020j).

Com resultado de exame preliminar realizado no dia 25 de fevereiro de 2020, e após resultado da contraprova no Instituto Adolfo Lutz liberado no dia 26 de fevereiro de 2020, o MS confirmou o primeiro caso positivo da COVID-19 no Brasil, na cidade de São Paulo, um homem de 61 anos com histórico de viagem a trabalho para região da Lombardia, Itália (BRASIL, 2020l). Na coletiva de imprensa para a divulgação dos dados o então secretário de Vigilância em Saúde, Wanderson de Oliveira declarou: “Estamos na fase de contenção, onde buscamos evitar que o vírus se espalhe. Caso se espalhe, vamos para a fase de mitigação, que é evitar casos graves e óbitos” (BRASIL, 2020l, s/p).

No dia seis de março de 2020 já com 13 casos confirmados da doença sendo, dez em São Paulo, um no Rio de Janeiro, um no Espírito Santo e um caso na Bahia e 768 suspeitos, o MS divulgou mais medidas para reforçar o enfrentamento ao COVID-19 no Brasil:

O programa Saúde na Hora será ampliado nos municípios, aumentando as unidades de saúde que ficam abertas até às 22h ou aos finais de semana para atender à população. Também estão entre as ações o chamamento de médicos para o programa Mais Médicos como reforço no atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF); a organização da rotina de pacientes com doenças crônicas; a disponibilização da tele medicina no auxílio ao atendimento de doentes graves pelo COVID-19; e a ampliação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) (BRASIL, 2020m, s/p).

Além das medidas citadas acima o MS mudou os critérios de classificação de caso suspeito no país, não limitando mais a uma lista de países, mas a todos os países da América

do Norte, Europa e Ásia, juntamente com a presença de sinais e sintomas de COVID-19 (BRASIL, 2020m). Outra medida foi “[...] a implantação de um comitê com a participação do Tribunal de Contas da União (TCU) para dar celeridade nos processos de compras emergenciais e dar transparência aos gastos durante a emergência de saúde pública” (BRASIL, 2020m, s/p).

No dia 11 de março de 2020, data onde foi decretado pela OMS a pandemia pelo SARS-CoV-2, no Brasil havia um total de 52 casos confirmados da doença, 907 casos suspeitos e outros 935 descartados (BRASIL, 2020n). Dos 52 casos “[...] 6 eram por transmissão local, quando é possível relacionar o doente a um caso confirmado e 46 casos eram importados, ou seja, de pessoas que viajaram ao exterior” (BRASIL, 2020n, s/p).

As primeiras cidades a registrarem transmissão comunitária de casos ⁹ foram São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2020o), no dia 13 de março de 2020, não sendo esta regra para todo o país, pois havia municípios sem nenhum caso registrado da doença.

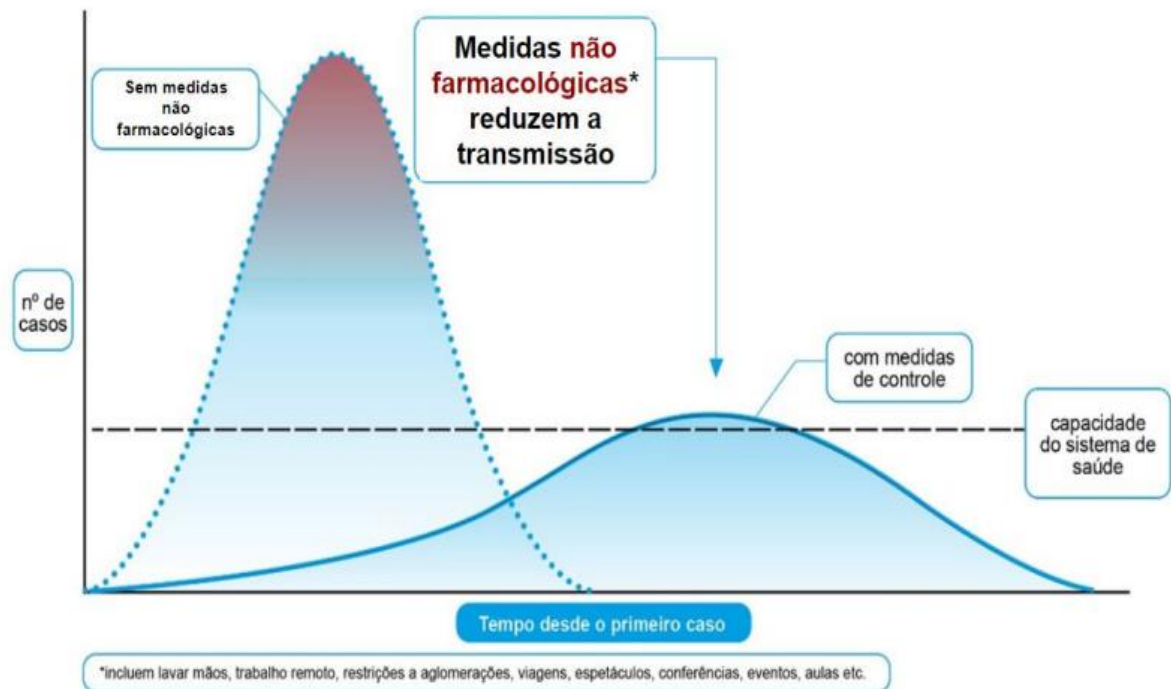
Na mesma data, o MS publicou e validou diversas recomendações para todos os estados brasileiros a fim de mitigar a transmissão e os impactos do vírus no país, estas medidas foram adotadas conforme o perfil epidemiológico e o comportamento da ocorrência de casos, sendo as recomendações gerais (Ilustração 2) para qualquer fase de transmissão, medidas não farmacológicas como, evitar aglomeração, lavagem das mãos, uso de álcool 70%, redução do contato social, monitoramento dos contatos próximos e domiciliares entre outras (BRASIL, 2020p).

As recomendações para área com transmissão local foram: para idosos e doentes crônicos, restrição de contato social; pacientes graves deveriam ser encaminhados para os serviços de urgência/ emergência; quanto aos eventos foi orientado o cancelamento, adiamento ou a ocorrência virtualmente (BRASIL, 2020p).

Para área com transmissão comunitária o MS recomendou reduzir o deslocamento laboral, redução do fluxo urbano com horários alternativos dos trabalhadores, regime de trabalho diferenciado quando possível, como, reuniões virtuais e *home office*, antecipação de férias escolares (BRASIL, 2020p).

⁹TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA DO COVID-19: Ocorrência de casos autóctones sem vínculo epidemiológico a um caso confirmado, em área definida, OU se for identificado um resultado laboratorial positivo sem relação com outros casos na iniciativa privada ou na rotina de vigilância de doenças respiratórias OU a transmissão se mantiver por 5 (cinco) ou mais cadeias de transmissão (BRASIL, 2020p, p.7).

Ilustração 2 - Impacto pretendido das medidas não farmacológicas em uma epidemia ou pandemia de COVID-19 por meio da redução de contato social.



Fonte: Brasil, 2020p, p. 8.

No dia 17 de março de 2020, foi registrada no Brasil a primeira morte em consequência da COVID-19, um homem de 62 anos, morador de São Paulo, diabético e hipertenso, na ocasião eram 291 casos confirmados, 8.819 casos suspeitos em investigação e 1.890 casos descartados (BRASIL, 2020q).

Com o objetivo de que todo o país se unisse contra a COVID-19, no dia 21 de março de 2020 o MS declarou transmissão comunitária em território nacional, mesmo esta não sendo a realidade de algumas regiões. O Brasil já contabilizava um total de 904 casos confirmados em 24 estados além do Distrito Federal e 11 óbitos nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2020r). “Após um mês da confirmação do primeiro caso de coronavírus no Brasil, todos os estados registraram casos da doença e oito apresentaram óbitos: AM, CE, PE, RJ, SP, GO, PR, SC e RS” (BRASIL, 2020s, s/p).

Para conter a disseminação do vírus, no dia 19 de março de 2020, por meio da portaria conjunta de nº 126, dos ministros da Casa Civil, Justiça e Segurança Pública, Saúde e da Infraestrutura, restringiu-se por via aérea, de forma excepcional e temporária por trinta dias a entrada de estrangeiros no país provenientes da China, Islândia, Noruega, Suíça, Grã Bretanha, Irlanda do Norte, Austrália, Japão, Malásia, Coreia e de países integrantes da União Europeia.

A portaria não se aplicou a brasileiros natos ou naturalizados ou a imigrantes com autorização de residência no país (BRASÍLIA, 2020).

Mesmo diante de um cenário de quase 300 mil mortes em decorrência da COVID-19 o Presidente da República Jair Messias Bolsonaro minimizou o vírus, a doença e as medidas adotadas pelos estados e municípios para mitigar os impactos de morte. No dia 24 de março de 2020 em um pronunciamento nacional proferiu uma das frases mais criticadas até então, ao chamar a COVID-19 de “gripezinha, resfriadinho”, destacou a “histeria” vivida no país devido ao cenário de mortes na Itália, criticando a exploração e potencialização pela mídia, o que de fato abalou psicologicamente por levar a compreensão do real contexto, que a qualquer momento poderia chegar ao Brasil, e citou seu “histórico pessoal de atleta”, o que lhe rendeu muitas críticas e manifestações opositoras (DW, 2020).

Em 43 dias da doença no país, oito de março de 2020, o número de mortes por COVID-19 já ultrapassava separadamente, óbitos por dengue (782), H1N1 (796) e sarampo (15) ao longo de 2019 (COSTA, 2020).

Considerando dados científicos que constataram a transmissão da doença antes do início dos primeiros sintomas, o MS passou a recomendar no dia três de abril de 2020, o uso de máscara de proteção respiratória para todas as pessoas, independente de sintomas, e orientou que na ausência de máscara no mercado cada indivíduo confeccionasse a sua (BRASIL, 2020ab). A obrigatoriedade foi imposta gradativamente pelos estados, distrito federal (desde abril/2020) e municípios brasileiros, porém, a autoridade máxima do país frequentava espaços públicos e estabelecimentos comerciais sem o acessório, o que levou no dia 22 de junho de 2020 o juiz federal Renato Coelho Borelli, da 9ª Vara Federal Cível de Brasília, impor ao presidente Jair Bolsonaro o uso obrigatório de máscara em espaços públicos em caso de descumprimento, o magistrado definiu multa diária de R\$ 2 mil reais (DW, 2020).

Mesmo em meio a toda a situação enfrentada pelos brasileiros quanto ao agravamento da doença no país, no dia 16 de abril de 2020 o médico e Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta foi demitido, e no dia 17 de abril de 2020 Jair Bolsonaro nomeou o médico Nelson Teich como novo Ministro da Saúde (BRASIL, 2020 t). O novo ministro pediu demissão no dia 15 de maio de 2020, há 29 dias de ocupação no cargo, sendo substituído pelo secretário executivo do MS, o militar Eduardo Pazuello, que assumiu como ministro interino da Saúde no dia três de junho de 2020, mas que já ocupava o posto desde a saída de Nelson Teich, se tornando efetivo no dia 16 de setembro de 2020, segundo nota publicada pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) (2020) o motivo da saída de ambos foram:

A divergência do ministro com o presidente da república quanto à importância vital das medidas de distanciamento social implementadas em todo o Brasil, a reabertura sem fundamentos de serviços não essenciais, além da divergência quanto ao uso da Cloroquina, que deve ser utilizada somente sob prescrição médica (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020, p. s/p).

No final de maio, há 3 meses do primeiro caso confirmado, o país contabilizava 391.222 casos diagnosticados de COVID-19, deste total 208.117 em acompanhamento (53,2%), 158.593 recuperados (40,5%) e 24.512 óbitos (6,3%) dos quais, 3.882 óbitos estavam em investigação (BRASIL, 2020u). Em 04 de junho de 2020, exatos 100 dias após o primeiro registro, o Brasil ultrapassou a Itália em número de óbitos, sendo o terceiro país com mais morte pela COVID-19, 34.021 mortes, ficando atrás apenas dos EUA (108.211) e do Reino Unido (39.987) (DW, 2020).

Pela primeira vez no dia 17 de junho de 2020 o número de pessoas curadas pela doença superou o número de casos ativos no Brasil, sendo 463.474 pessoas recuperadas e 445.393 pacientes em acompanhamento (BRASIL, 2020 v).

Há quatro meses do registro do primeiro caso da doença no Brasil, no dia 27 de junho de 2020, o governo brasileiro anunciou acordo de cooperação com o Reino Unido para compras de vacinas contra a COVID-19 e a transferência de tecnologia, o que possibilitou a autonomia do país na produção, inicialmente na primeira fase 30 milhões de doses, se comprovada eficácia e segurança mais 70 milhões de doses. A vacina foi desenvolvida pela Universidade de Oxford e pela AstraZeneca, no Brasil a tecnologia foi transferida para Fiocruz, fundação do MS (BRASIL, 2020ba).¹⁰

Com a finalidade de adquirir vacinas contra a COVID-19, em 24 de setembro de 2020 foi adotada a medida provisória nº 1.003, que autoriza o Poder Executivo Federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas COVID-19 – *Covax Facility*, uma iniciativa apoiada pela OMS e administrada pela Aliança Gavi (*Gavi Alliance*)¹¹. Esta medida foi aprovada pelo Senado no dia quatro de fevereiro de 2021¹² e no dia primeiro de março de 2021 foi sancionada como Lei de nº 14.121, em que autoriza o poder executivo federal a aderir ao instrumento de

¹⁰Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/06/27/brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contracovid-19.htm>>. https://www.youtube.com/watch?v=_NwbBKsiNIU <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/governo-anuncia-parceria-que-preve-producao-de-100-milhoes-de-vacinas-para-covid-19.shtml>>.

¹¹Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0xgxs4c745fwp1mtljzm3xh311998594.node0?codteor=1936101&filename=Avulso+-MPV+1003/2020>

¹²Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-02/senado-aprova-adesao-do-brasil-ao-covax-facility>>.

acesso global de vacinas COVID-19 (*Covax Facility*) e estabelece diretrizes para a imunização da população.¹³

Seguindo uma linha cronológica de vacinas no país, no dia seis de agosto de 2020, o presidente da República assinou uma medida provisória para viabilização de recursos financeiros previsto em R\$ 1,9 bilhão para aquisição de 100 milhões de doses de vacina contra a SARS-CoV-2, a produzida pelo laboratório AstraZeneca e Universidade de Oxford (BRASIL, 2020an).

No dia 30 de setembro de 2020, há sete meses do primeiro caso confirmado, o governo de São Paulo, João Doria, assinou um termo de compromisso com a biofarmacêutica Sinovac *Life Science*, além de formalizar a transferência de tecnologia para a produção de vacinas pelo Instituto Butantan, o termo garantiu o fornecimento de 46 milhões de doses da Coronovac (SÃO PAULO, 2020).

No dia 21 de outubro de 2020 Jair Bolsonaro cancelou o acordo de intenção de compra da Coronovac, anunciado um dia antes pelo então ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, durante uma reunião com governadores. O ofício de intenção foi assinado no dia 19 de outubro de 2020, com o objetivo do MS em adquirir 45 milhões de doses da Vacina Butantan-Sinovac/Covid-19), em desenvolvimento pelo Instituto Butantan.¹⁴

Questionado pela imprensa sobre o diálogo com João Doria, Jair Bolsonaro proferiu as seguintes palavras: "Zero, zero, se o secretário de Saúde quiser conversar com o Pazuello, sem problema nenhum. Eu não converso com uma pessoa que usou meu nome por ocasião das eleições e, poucos meses depois, começou a me atacar visando me desgastar e, assim, atrapalhar a política brasileira pensando em uma futura eleição".¹⁵

No dia dez de dezembro de 2020 o governo brasileiro oficializou interesse na compra de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer, através da assinatura de uma carta de intenção, produzida em parceria com a empresa alemã de biotecnologia BioNTech, no dia 23 de fevereiro

¹³Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/33265950/publicacao/33268827>>.

¹⁴Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/noticia/2020/10/21/ja-mandei-cancelar-diz-bolsonaro-sobre-protocolo-de-intencoes-de-vacina-do-instituto-butantan-em-parceria-com-farmaceutica-chinesa.ghtml>>.

Disponível em: <<https://istoe.com.br/vacina-contra-o-coronavirus-contaminada-com-a-politica-no-brasil/>>

Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/21/bolsonaro-critica-doria.htm>>

Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/21/bolsonaro-cancela-acordo-por-coronovac-nao-abro-mao-da-minha-autoridade.htm?cmpid=copiaecola>>.

¹⁵Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/21/bolsonaro-critica-doria.htm>>.

de 2021 a ANVISA concedeu o registro definitivo a vacina ¹⁶ (VIDALE, 2020).

A politização da vacina atrasou o processo da imunização no país, um dos erros do governo brasileiro foi de não ter, ainda em 2020, uma cesta variada de vacinas com intenção de compra, tendo apenas a Oxford-AstraZeneca e Pfizer/BioNTech, como opção, enquanto vários países, inclusive da América Latina, firmaram acordo precocemente com vários laboratórios e consequentemente garantiram os primeiros lotes da vacina (GZH SAÚDE, 2020).

No dia 11 de dezembro de 2020 o Plano Nacional de Imunização contra a COVID-19¹⁷ foi entregue à Advocacia Geral da União (AGU) e ao Supremo Tribunal Federal (STF) ¹⁸ e apresentado para a população no dia 16 de dezembro de 2020.¹⁹

No final de dezembro de 2020, mais de 40 países iniciaram a imunização da população contra a COVID-19, na ocasião mais de 12 milhões de doses já haviam sido aplicadas na China, mais de 4,5 milhões de doses, seguida pelos EUA, com 4,2 milhões (G1, 2020a).

Em 2021, o governo brasileiro iniciou articulações de compra de vacinas com outros laboratórios, e apresentou uma postura diferente com a vacinação contra a COVID-19. Com a estratégia para acelerar o processo de compra de vacinas contra a COVID-19, Jair Bolsonaro aprovou a Medida Provisória nº 1.026 de 06 de janeiro de 2021, que autoriza a aquisição de vacinas e de insumos destinados à vacinação contra a COVID-19, inclusive antes do registro sanitário ou da autorização temporária de uso emergencial por parte da ANVISA, até mesmo com dispensa de licitação (BRASIL, 2021e).

No dia 14 de janeiro de 2021 embarcou do Brasil o avião com destino à Índia para busca dos primeiros imunizantes, duas milhões de doses da vacina contra a COVID-19 da AstraZeneca/ Oxford (BRASIL, 2021f).

No dia 17 de janeiro de 2021, a ANVISA aprovou por unanimidade a autorização temporária de uso emergencial da vacina CoronaVac, desenvolvida pela farmacêutica Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, e da vacina Covishield, produzida pela farmacêutica Serum Institute of India, em parceria com a AstraZeneca/ Universidade de Oxford/Fiocruz, no

¹⁶Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/02/anvisa-concede-primeiro-registro-definitivo-para-vacina-contr-a-covid-19-nas-americas>>.

¹⁷Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/12/2020_12_11_plano-de-vacinacao-covid19-revisado.pdf>.

¹⁸Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/plano-nacional-de-imunizacao-foi-entregue-ao-supremo-tribunal-federal>>.

¹⁹Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/presidente-da-republica-e-ministro-eduardo-pazuello-apresentam-plano-de-vacinacao-contr-a-covid-19-201ctodas-as-vacinas-produzidas-no-brasil-terao-prioridade-do-sus201d>>.

mesmo dia foi realizado a primeira dose de vacina no Brasil fora dos estudos clínicos, uma enfermeira, negra, da cidade de São Paulo (DW, 2020).

No dia 18 de janeiro de 2021 o MS iniciou a campanha de vacinação contra a COVID-19, enviando simultaneamente e proporcionalmente a todos os estados brasileiros doses da vacina. A vacinação teve início pelos grupos prioritários: trabalhadores de saúde, pessoas de 60 anos ou mais, institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas e população indígena aldeada (BRASIL, 2021i). No dia 19 de janeiro de 2021, iniciou a vacinação contra a COVID-19 entre a população indígena aldeada em todo o Brasil (BRASIL, 2021w).

Nos meses subsequentes²⁰, o país recebeu diversos lotes da vacina contra a COVID-19. Houve alterações no plano inicial de prioridade, passando a adotar o Fundo Estratégico, que destinou 5% do total de doses para estados com o cenário epidemiológico local mais crítico e iniciou negociações com outras farmacêuticas como: União Química, Vacina Sputnik

²⁰Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-recebe-mais-dois-milhoes-de-doses-da-vacina-contra-a-covid-19-nesta-terca-feira-23>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-define-cronograma-de-distribuicao-de-mais-2-5-milhoes-de-doses-da-vacina-do-butantan>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/pazuello-garante-estabilidade-no-cronograma-de-entregas-de-vacinas-contra-a-covid-19-a-partir-de-marco-201co-pni-esta-garantido201d>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministro-da-saude-fala-sobre-grave-momento-da-pandemia-e-anuncia-avanco-na-compra-de-vacinas>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-inicia-nova-distribuicao-de-vacinas-contra-a-covid-19>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-inicia-2a-fase-de-distribuicao-das-vacinas-contra-covid-19>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-distribui-mais-699-mil-doses-de-vacinas-contra-a-covid-19>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-inicia-distribuicao-mais-4-5-milhoes-de-doses-da-vacina-do-butantan>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-envia-mais-4-2-milhoes-de-doses-de-vacinas-covid-19-para-todo-o-brasil>>.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-amplia-vacinacao-contra-a-covid-19-para-pessoas-com-hiv-aids>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-antecipa-vacinacao-contra-a-covid-19-para-parte-das-forcas-de-seguranca-e-salvamento-e-forcas-armadas>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/gestantes-puerperas-e-lactantes-saude-orienta-vacinacao-contra-a-covid-19-para-mulheres-de-grupos-prioritarios>>
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/comorbidades-saude-orienta-vacinacao-contra-a-covid-19-por-idade>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-recomenda-suspensao-da-vacinacao-de-gravidas-sem-comorbidades>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/segunda-dose-da-astrazeneca-deve-ser-aplicada-apos-o-fim-da-gestacao-e-puerperio>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/trabalhadores-de-portos-e-aeroportos-comecam-a-ser-vacinados-contra-a-covid-19>>.
 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-comeca-a-imunizacao-da-populacao-geral-por-idade-e-antecipa-vacinacao-de-trabalhadores-da-educacao>>.

V/Instituto Gamaleya/ (RUS), Pfizer/ BioNTech (EUA), Jonhson & Jonhson, vacina Janssen (BEL) e Moderna (EUA).

Entretanto, até o fim de julho de 2020, a vacina ainda era insuficiente para contemplar na totalidade os grupos prioritários e a população em geral que passou a ser vacinada concomitantemente com os grupos prioritários.

Em 23 de fevereiro de 2021 a ANVISA concedeu o primeiro registro definitivo para a vacina contra a COVID19, o imunizante do Laboratório Pfizer/ BioNTech, tendo sua segurança, qualidade e eficácia aferidas e atestadas, antes a vacina já estava sendo administrada, porém com liberação da ANVISA somente para uso emergencial. O uso emergencial é um tipo de autorização concedido que permite o uso da vacina ainda com estudos em andamento (BRASIL, 2021j).

No dia 26 de março de 2021 o Governo Federal anunciou o projeto para produção de imunizante 100% nacional contra a COVID-19, que foi protocolado junto à ANVISA para realização de estudo fase 1 e 2, monitorados pelo MS e financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) (BRASIL, 2021o). Uma estratégia importante, mas que poderia ter iniciado mais precocemente, considerando que o país é referência mundial em imunização de outras doenças.

Paralelo à campanha nacional de vacinação contra a COVID-19, iniciou-se no Brasil no dia 12 de abril de 2021 a campanha nacional de vacinação contra a influenza (BRASIL, 2021m).

Após aplicação da primeira dose da vacina contra a COVID-19, os gestores do SUS passaram a enfrentar outro desafio, brasileiros aptos a receber a segunda dose dos imunizantes, não comparecem aos postos de vacinação, vários apelos para o comparecimento são realizados por órgão públicos e privados a fim de mitigar os danos.²¹

No dia 14 de maio de 2021 o Brasil atingiu uma marca importante 50 milhões de doses aplicadas de vacinas contra a COVID-19, vacinando cerca de 47% dos grupos prioritários sendo 3 vacinas de uso no Brasil, Coronavac/ Instituto Butantan, AstraZeneca/ Fiocruz e Pfizer/ BioNTech (BRASIL, 2021q).

Seguindo a linha cronológica de acontecimentos não relacionados à vacina, no dia 18 de junho de 2020, o MS promulgou a Portaria nº 1.565, que estabeleceu orientações quanto à

²¹Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-alerta-para-que-1-5-milhao-de-brasileiros-aptos-para-a-2a-dose-procurem-postos-de-vacinacao>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/segunda-dose-da-vacina-covid-19-deve-ser-tomada-mesmo-fora-do-prazo>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-incentivo-da-imunizacao-com-a-2a-dose-da-vacina-covid-19>>.

COVID-19, entre elas o apoio aos gestores para direcionamento na ocasião da flexibilização das ações de distanciamento, sendo esta retomada de forma, segura, gradativa, planejada, monitorada e dinâmica, de acordo com a singularidade e cenário de cada município, visando à prevenção, controle e à mitigação da transmissão da COVID-19 (BRASIL, 2020x).

No período compreendido entre 27 de junho 2020 a 4 de julho de 2020,

Foram confirmados 11.241.655 casos de COVID-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos (2.839.542), seguido por Brasil (1.577.004), Rússia (674.515), Índia (673.165) e Peru (299.080). Em relação aos óbitos, foram confirmados 530.668 no mundo até o dia 04 de julho. Os Estados Unidos foi o país com maior número absoluto de óbitos (129.676), seguido do Brasil (64.265), Reino Unido (44.198), Itália (34.854) e México (30.366) (BRASIL, 2020al, p. 2).

Quando se observa os dados em profissionais de saúde até a data de quatro de julho de 2020, 173.440 casos de Síndrome Gripal (SG) foram confirmados para a COVID-19, com maior registro de casos entre os técnicos ou auxiliares de enfermagem (59.635), seguido dos enfermeiros (25.718), médicos (19.037), Agentes Comunitários de Saúde (8.030) e recepcionistas de unidades de saúde (7.642), em relação aos casos graves da doença, foram confirmados 697 casos, os técnicos ou auxiliares de enfermagem foram os mais afetados (248), seguido dos médicos (150) e enfermeiros (130), além de, 138 mortes registradas para COVID-19 entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2020bb).

Até a data de sete de julho de 2020, segundo Brasil (2020z), o país ocupava a segunda posição mundial quanto ao número de casos e de registro de óbitos, todavia quando considerado o parâmetro populacional por milhões de habitantes o Brasil ocupava a décima posição em relação aos casos confirmados e a 12ª no que se refere ao número de óbitos. Em nove de julho de 2020 o país chegou a mais de um milhão de pessoas curadas, sendo 1.020.901 brasileiros que puderam relatar, eu venci a COVID-19. Quanto aos dados de óbito 67.964, perderam suas vidas em consequência da doença.

Quanto à distribuição da doença nos municípios brasileiros, no dia nove de julho de 2020 “[...] a doença estava presente em 96,4% dos municípios. Contudo, 3.710 cidades (71%) possuíam, no máximo, 100 casos. Em relação aos óbitos, 2.840 municípios tiveram registros (51%), destes 80% tiveram de um até dez óbitos” (BRASIL, 2020w, s/p).

Para dar transparência às ações de enfrentamento a COVID-19, o MS disponibilizou no dia 28 de julho de 2020 a plataforma Localiza SUS, acessada pelo endereço eletrônico <https://localizasus.saude.gov.br/>. Esta plataforma reúne 12 painéis eletrônicos contendo os recursos financeiros e insumos distribuídos aos estados e aos municípios, informações

estratégicas e analíticas sobre a COVID-19, contratação de profissionais, entre outras informações (BRASIL, 2020z).

No dia cinco de agosto de 2020, o Brasil registrou mais de dois milhões de pessoas curadas da COVID-19, sendo um total de 2.020.637, os casos ativos da doença eram 741.180, e os óbitos contabilizaram em 97.256. A doença estava presente em 98,8% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2020am).

Com um total de 2.094.293 de recuperados da COVID-19, e 817.642 casos ativos, o Brasil chegou no dia oito de agosto de 2020 a marca de 100.477 mortes por COVID-19 (BRASIL, 2020ao), data em que foram contabilizados os primeiros 100.000 casos de óbito em consequência do vírus.

Há exatos seis meses do primeiro caso confirmado, no dia 26 de agosto de 2020, a doença estava presente em 99,1% dos municípios brasileiros, totalizando 2.908.848 pessoas curadas da doença, sendo essa quantidade superior à de casos ativos que eram de 690.642, quanto a óbitos 117.665 casos se contabilizaram (BRASIL, 2020ao). Quanto à posição mundial em relação a casos e registro de óbitos:

Até o dia 22 de agosto, o Brasil ocupava a segunda posição em relação ao número de casos e ao registro de óbitos. Contudo, quando considerado o parâmetro populacional, por milhão de habitantes, entre os países de todo o mundo, o Brasil ocupa a 7ª posição em relação aos casos confirmados e em relação aos óbitos, na 8ª posição (BRASIL, 2020ao, s/p).

Entre o período do primeiro caso positivo no Brasil, entre 26 de fevereiro de 2020 a três de outubro de 2020, foram “[...] confirmados 4.906.833 casos e 145.987 óbitos por COVID-19 no país, com o maior registro no número de novos casos (69.074 casos) e de novos óbitos (1.595 óbitos) ocorrendo no dia 29 de julho de 2020” (BRASIL, 2020ap. p. 7), a Semana Epidemiológica (SE) compreendida entre 19 e 25 de julho de 2020 foi a que apresentou o maior número de óbitos de 2020, totalizando 7.677 vidas.²²

No boletim da SE 43, compreendida entre os dias 18 a 24 de outubro de 2020, os dados apontaram redução de 19,4% na média de registros de casos no país, quando comparado a SE 41, e redução de 7,2% na média móvel ²³de óbitos quando comparado a SE 42 (BRASIL, 2020bc).

²²Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/brasil-registra-15650-novas-mortes-por-covid-19-na-ultima-semana>>.

²³Como o próprio nome sugere, a média móvel é uma “média que se move”. Em outras palavras, numa média móvel os dados antigos são retirados e substituídos por novos dados na medida em que estes ficam disponíveis, fazendo com que a média “se mova” ao longo do tempo. Nesse sentido, destaca-se que a média móvel fornece

O que já era realidade entre outros países, passou a ser no Brasil, no dia nove de dezembro de 2020. O MS confirmou o primeiro caso de reinfecção por COVID-19 no país, moradora de Natal-RN, 37 anos e profissional de saúde, testou duas vezes positiva (junho e outubro) no intervalo de 116 dias (BRASIL, 2020bd). O segundo caso ²⁴foi registrado em Fernandópolis-SP paciente de 41 anos teve seu primeiro resultado positivo no mês de junho de 2020 e o segundo em novembro de 2020, 145 dias depois do primeiro episódio (BRASIL, 2020be).

Em 12 de janeiro de 2021 foi identificado no país o segundo caso de reinfecção por nova variante ²⁵do SARS-CoV-2, o primeiro caso foi investigado no Estado da Bahia com a mutação identificada originalmente na África do Sul (posteriormente descartada), e o outro no estado do Amazonas, compatível com a variante do vírus SARS-CoV-2, identificada pelo Ministério da Saúde do Japão, mas de origem no Amazonas (variante P.1) (BRASIL, 2021g).

No início do ano de 2021, no dia sete de janeiro, o Brasil chegou à marca de 200 mil mortos pela COVID-19, sendo um total de 200.011, cinco meses após o registro de 100 mil mortes, quando comparado a SE anterior, a média móvel de óbitos registrados na SE 1, compreendida entre 03/01/2021 a 09/01/2021, foi de 987, representando um aumento de 40% em relação à média de registros da SE 53, compreendida entre 27/12/2020 a 02/01/2021 (704) (BRASIL, 2021h; G1, 2021b). Após uma redução nos casos em meados de agosto de 2020, em novembro de 2020 começou a se observar uma tendência de alta, em janeiro de 2021 os casos foram registrados principalmente no Amazonas que passou a reviver os momentos mais trágicos da pandemia (G1, 2021b).

No BE publicado no dia quatro de março de 2021, referente à SE 8, do dia 21 a 27 de fevereiro de 2021, semana em que se completou 1 ano do primeiro caso de COVID-19 registrado no país, os dados revelaram aumento no número de óbitos de 11% e aumento de 15% nos novos casos quando comparados à semana anterior. Em relação às variantes, no período entre nove de janeiro de 2021 ²⁶a 27 de fevereiro de 2021 foram oficialmente notificados 334 casos, identificados em 20 estados brasileiros, sendo 35 associados às Variantes de Atenção e/ou Preocupação (VOC) do Reino Unido e 299 da VOC P.1. do Amazonas. Não houve registro

informações de tendência, porém com atrasos, que vão variar em função do tempo considerado para o seu cálculo (SILVA FILHO; CAMPOS, p. 74 e 75, 2021).

²⁴Os dois casos confirmados de reinfecção da Covid-19 foram investigados conforme os critérios estabelecidos pela Nota Técnica Nº 2/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, ou seja, dois resultados positivos de RT-PCR em tempo real para o vírus SARS-CoV-2, com intervalo igual ou superior a 90 dias entre os dois episódios de infecção.

²⁵A variante pode ser entendida como o vírus que mudou durante seu processo de replicação.

²⁶Identificação da primeira variante no país.

da circulação da variante de atenção descoberta na África do Sul, porém quanto aos dados de reinfeção, no dia 27 de fevereiro de 2021 foram registrados mais seis casos (BRASIL, 2021).

Em um ano de pandemia foram confirmados 10.517.232 casos e 254.221 óbitos por COVID-19 no Brasil, até aquele momento “o maior registro no número de novos casos em um único dia (87.843 casos) ocorreu no dia 7 de janeiro de 2021 e o de novos óbitos (1.595 óbitos) ocorreu no dia 29 de julho de 2020 (BRASIL, 2021, p.7)”.

No dia 24 de março de 2021 o Brasil chegou à marca de 300 mil vidas perdidas²⁷, em 29 de abril de 2021 chegou a 400 vidas²⁸ e no dia 19 de junho de 2021, a menos de um mês da última marca, ultrapassou 500 mil mortes por COVID-19.²⁹

Mesmo com as experiências acumuladas no decorrer do primeiro ano da COVID-19 no país, o povo brasileiro continuou neste segundo ano da doença a sofrer com o aumento dos casos, aumento de óbitos, falta de produtos e insumos hospitalares para atendimento a pacientes vítimas da doença, como, medicamentos de intubação que ficou em falta no mercado nacional e oxigênio, após o caos medidas emergências foram abordadas pelo governo para mitigar os danos.³⁰

No dia 23 de março de 2021 tomou posse o quarto ministro de saúde desde o início da gestão do Presidente Jair Bolsonaro e da pandemia da COVID-19, o médico Marcelo Queiroga foi escolhido para substituir Eduardo Pazuello. Desde o dia 15 de março de 2021, Queiroga já acompanhava Pazuello em visitas, ações e reuniões da pasta (BRASIL, 2021n).

Dados do BE sobre a COVID-19 divulgados no dia 15 de abril de 2021 demonstraram que do dia nove de janeiro até dez de abril de 2021, foram identificadas variantes em 24 Unidades Federativas, 73 eram da variante do Reino Unido, 1.851 da variante do Amazonas (P.1) e 1 da variante da África do Sul. Quanto aos dados de reinfeção, em 10 de abril de 2021,

²⁷Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/24/brasil-atinge-300-mil-mortos-por-covid-19-um-dia-apos-recorde-de-mais-de-3-mil-vidas-perdidas-em-24-horas.ghtml>>.

²⁸Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2021-04/brasil-atinge-marca-de-400-mil-mortos-pela-covid-19>>.

²⁹Disponível em: <<https://agenciabrasil.etc.com.br/saude/noticia/2021-06/brasil-registra-mais-de-500-mil-mortos-por-covid-19>>.

³⁰Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1383>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-distribui-mil-cilindros-de-oxigenio-para-estados-e-atua-na-aquisicao-de-concentradores>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/acao-da-saude-garante-2-8-milhoes-de-medicamentos-de-intubacao>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-distribui-mais-864-mil-unidades-de-medicamentos-de-intubacao>>.

Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/05/25/medicamentos-do-kit-intubacao-estao-em-falta-nos-hospitais-do-rio-de-janeiro>>.

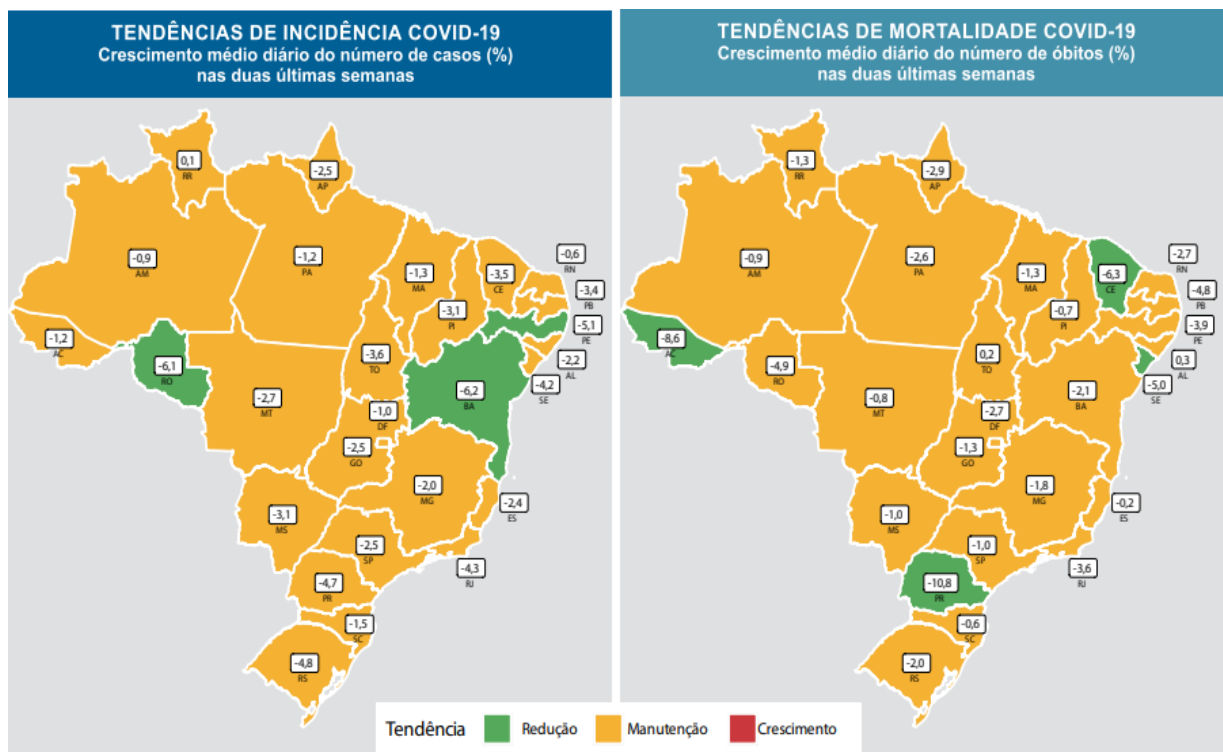
Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-garante-mais-de-2-8-milhoes-de-medicamentos-de-intubacao>>.

foram registrados 11 casos de reinfecção no país: Rio Grande do Norte (1), Goiás (1), São Paulo (3), Minas Gerais (1), Paraná (1), Amazonas (3) e Santa Catarina (1) (BRASIL, 2021p).

No dia 20 de maio de 2021 foram confirmados no estado do Maranhão em 15 tripulantes de um navio com bandeira de Hong Kong, os primeiros casos de COVID-19 pela nova variante descoberta na Índia, fato preocupante devidos indícios de maior transmissibilidade (G1, 2021c).

Neste ano, pela primeira vez no Brasil, no período de 20 de junho a três de julho de 2021 (Ilustração 3) todos os estados não apresentaram alta na taxa de mortalidade por COVID-19. A média de desaceleração foi de cerca de 2% ao dia, o período apontou também tendência de diminuição nos índices de ocupação de leitos de UTI no SUS, dados que foram reflexo do avanço da campanha de imunização contra a COVID-19 no país³¹ (BRASIL,2021r).

Ilustração 3 - Projeções de incidência e de mortalidade por COVID-19 no período de 20 de junho a 3 de julho de 2021.³²



Fonte: Observatório COVID-19. Fiocruz, 2021, s/p.

³¹Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/vacinacao-contracovid-19-ja-pode-ter-evitado-ate-55-mil-mortes-de-idosos-no-brasil-mostra-estudo-da-fiocruz>>.

³²Os mapas têm como objetivo apontar tendências na incidência de casos e de mortalidade nas últimas duas SE. O valor acima de 5% indica uma situação de alerta máximo; variação entre a -5 e +5% indica estabilidade e manutenção do alerta e menor que -5% indica redução, mesmo que temporária, da transmissão.

O número de casos e óbitos de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2021 foram 19.917.855 casos e 556.370 óbitos por COVID-19 no Brasil. Para o país, a taxa de incidência acumulada foi de 9.406,1 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 262,7 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021ab).

Ao longo do tempo, observou-se uma transição dos casos de COVID-19 dos grandes centros urbanos para o interior do país, observou-se que na SE 13 de 2020, de 22 de março a 28 de março, 87% dos casos novos eram nas capitais e regiões metropolitanas e 13% nas demais cidades do país. Ao final da SE 30 de 2021, de 25 de julho a 31 de julho, 57% dos casos registrados da doença no país foram oriundos de municípios do interior. Quanto aos óbitos novos, a partir da semana 36 de 2020, de 30 de agosto a 05 de setembro, o número de registros no interior foi maior do que nas regiões metropolitanas do país (BRASIL, 2021ab).

“Entre os dias 30/6 a 31/7/2021 foram constatados 91 (1,6%) municípios que não apresentaram casos novos notificados por COVID-19. Ainda neste mesmo período, 1.730 (31%) municípios brasileiros não notificaram óbitos novos” (BRASIL, 2021ab, p. 29).

Em dois de agosto de 2021 o Brasil chegou ao número mais baixo da média móvel de casos e mortes por COVID-19 deste janeiro do mesmo ano, o MS atribui as quedas principalmente a campanha de vacinação (BRASIL, 2021ac).

Em quatro de agosto de 2021 o Brasil chegou na marca de quarto colocado entre os países que mais aplicaram a segunda dose ou dose única da vacina COVID-19, chegou à marca de 47,4 milhões de brasileiros totalmente vacinados ficando atrás da China (223,30 milhões), dos Estados Unidos (167,11 milhões) e da Índia (116,69 milhões) (BRASIL, 2021ae).

No dia 11 de agosto de 2021 o país registrou o menor índice de ocupação de leitos de UTI e de enfermaria para pacientes em tratamento de COVID-19, todos os estados brasileiros pela primeira vez desde novembro de 2020 registraram a taxa de ocupação menor que 80% (BRASIL, 2021ad).

Quanto a imunização, no dia 14 de agosto de 2021 o país alcançou a marca de 70% da população acima de 18 anos vacinada com a primeira dose, totalizando 113 milhões de brasileiros vacinados (BRASIL, 2021ae).

Com atribuição direta a campanha de vacinação, o país registrou em 26 de agosto de 2021, 2.950 municípios brasileiros com registro zero no número de casos e óbitos (BRASIL, 2021af).

Em 20 de setembro 2021 o país alcançou a marca de 50% da população adulta vacinada, 80,5 milhões de brasileiros completaram o esquema vacinal com as duas doses ou a dose única da vacina COVID-19 e 90% da população com idade para vacinação realizaram a primeira dose

do imunizante, refletindo diretamente na redução no número de novos óbitos (BRASIL, 2021ag, 2021ah).

Com menos de dois meses, em dez de novembro de 2021, o Brasil chegou a 70% do público-alvo com esquema vacinal completo, público formado por 177 milhões de brasileiros com 12 anos ou mais (BRASIL, 2021ai). Este número refletiu cada vez mais na diminuição dos registros na taxa de ocupação em leitos clínicos de UTI COVID, chegando pela primeira vez desde o início da crise sanitária, em 12 de novembro de 2021, a ocupação abaixo de 50% em 23 estados brasileiros, parâmetro considerado como dentro da normalidade (BRASIL, 2021aj). Assim, novembro de 2021 foi o mês com o menor número de mortes pela doença desde abril de 2020 (BRASIL, 2021al).

De acordo com os dados do MS, o Brasil fecha 2021 com 381 milhões de vacinas distribuídas em todo país, com mais de 90% do público-alvo da campanha vacinado com a primeira dose, 80% com o esquema vacinal completo e cerca de 16 milhões de pessoas com a dose de reforço, sendo considerada a maior Campanha de Vacinação da história do Brasil (BRASIL, 2021am).

No último BE de 2021 publicado pelo MS, SE 51, que corresponde o período entre 19/12/2021 a 25/12/2021, de 26 de fevereiro de 2020 (primeiro caso) a 25 de dezembro de 2021, foram confirmados 22.234.626 casos e 618.424 óbitos por COVID-19 no Brasil. Tendo como referência o período ao qual os dados foram informados nos sistemas de informação do MS, o que pode não ser exatamente o dia da ocorrência dos eventos, o maior registro de notificações de casos novos em um único dia (150.106 casos) ocorreu no dia 18 de setembro de 2021 e de novos óbitos (4.249 óbitos) em oito de abril de 2021 (BRASIL, 2021an).

Os dados apresentados mostram como a doença se manifestou no mundo até sua chegada no Brasil, ao mesmo tempo em que políticas sanitárias de enfrentamento a doença iam sendo criadas, problemas sociais iam se intensificando, cada país adotou sua política de mitigação aos danos sociais. Os dados apresentados foram resumidos no Quadro 2.

Quadro 2 - Resumo dos principais acontecimentos no Brasil entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

Período	Acontecimentos
Janeiro de 2020	Primeira publicação do boletim epidemiológico coronavírus pelo MS.
03 a 27 de janeiro de 2020	Análise pelo MS de rumores da doença.
18 e 27 de janeiro de 2020	Dez casos foram investigados, mas somente um caso foi notificado.
22 de janeiro de 2020	Ativação do COE-nCoV.

24 de janeiro 2020	COE-nCoV realizou a primeira videoconferência com as Secretarias Estaduais de Saúde de todo o país.
28 de janeiro de 2020	MS passou a recomendar que viagens para China deveriam ocorrer em casos de extrema necessidade.
30 de janeiro de 2020	Reativação do Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN) (Decreto de nº 10.211).
03 de fevereiro de 2020	MS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (Portaria MS nº 188).
05 de fevereiro de 2020	Aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) foram enviados a Wuhan para repatriar brasileiros. Chegaram ao Brasil no dia nove de fevereiro de 2020.
06 de fevereiro de 2020	MS se reuniu com secretários estaduais de saúde de todo país com o objetivo de discutir sobre o plano de contingência de enfrentamento a COVID-19.
06 e 07 de fevereiro 2020	MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) realizaram capacitação técnica para o diagnóstico laboratorial da COVID-19, para profissionais da Colômbia, Uruguai, Argentina, Panamá, Bolívia, Chile, Equador, Paraguai e Peru.
19 de fevereiro de 2020	Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, se reuniu com representantes dos países do Mercosul e assinaram um projeto de intenções para compartilhamento de informações e tecnologias.
21 e 24 de fevereiro de 2020	MS ampliou os critérios para definição de caso suspeito.
26 de fevereiro de 2020	MS confirmou o primeiro caso positivo da COVID-19 no Brasil.
Entre 26 de fevereiro de 2020 a 03 de outubro de 2020	Foram registrados no país 19.917.855 casos e 556.370 óbitos.
06 de março de 2020	13 casos confirmados. MS divulgou mais medidas para reforçar o enfrentamento ao COVID-19 e mudou os critérios de classificação de caso suspeito.
08 de março de 2020	Número de mortes por COVID-19 já ultrapassava separadamente, óbitos por dengue (782), H1N1 (796) e sarampo (15) ao longo de 2019.
11 de março de 2020	Data da declaração da OMS de pandemia pelo SARS-CoV-2. No Brasil, 52 casos confirmados da doença.
13 de março de 2020	Início da transmissão comunitária de casos.
17 de março de 2020	Primeira morte em consequência da COVID-19. Na ocasião eram 291 casos confirmados.
19 de março de 2020	Portaria conjunta de ministérios restringiu por via aérea, de forma excepcional e temporária por 30 dias a entrada de estrangeiros no país provenientes de alguns países.
21 de março de 2020	MS declarou transmissão comunitária em território nacional, eram 904 casos confirmados em 24 estados além do Distrito Federal e 11 óbitos.
22 de março a 28 de março de 2020	87% dos casos novos eram nas capitais e regiões metropolitanas e 13% nas demais cidades do país.
24 de março de 2020	Em um pronunciamento nacional o Presidente Jair Messias Bolsonaro minimizou o vírus, a doença e as medidas adotadas pelos estados e municípios para mitigar os impactos de morte.
26 de março de 2020.	Todos os estados registraram casos da doença e oito apresentaram óbitos.
03 de abril de 2020	MS recomendou o uso de máscara de proteção respiratória para todas as pessoas, independente de sintomas.
16 de abril de 2020	Demissão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta.
17 de abril de 2020	Nomeação do médico Nelson Teich como novo Ministro da Saúde.
15 de maio de 2020	Ministro da Saúde Nelson Teich pediu demissão do cargo. E cargo é ocupado provisoriamente por Eduardo Pazuello.
26 de maio de 2020	O país contabilizava 391.222 casos diagnosticados de COVID-19, 158.593 recuperados, 24.512 óbitos, dos quais 3.882 estavam em investigação.
03 de junho de 2020	Eduardo Pazuello assumiu como ministro interino da Saúde, mas já ocupava o posto desde a saída de Nelson Teich.

04 de junho de 2020	O Brasil ultrapassou a Itália em número de óbitos, sendo o terceiro país com mais morte pela COVID-19, 34.021 mortes, ficando atrás apenas dos EUA (108.211) e do Reino Unido (39.987).
17 de junho de 2020	Número de pessoas curadas pela doença superou o número de casos ativos.
18 de junho de 2020	Promulgado a Portaria nº 1.565, que estabeleceu orientações quanto à COVID-19, entre elas o apoio aos gestores para direcionamento na ocasião da flexibilização das ações de distanciamento.
22 de junho de 2020	Juiz Federal Renato Coelho Borelli impôs ao presidente Jair Bolsonaro o uso obrigatório de máscara em espaços públicos em caso de descumprimento, definiu multa diária de R\$ 2 mil reais.
27 de junho de 2020	Governo Federal firmou acordo de cooperação com o Reino Unido para compras de vacinas contra a COVID-19 e a transferência de tecnologia.
27 de junho 2020 a 4 de julho de 2020	Brasil contabilizou 1.577.004 casos e número absoluto de óbitos de 64.265.
4 de julho de 2020	Confirmados em profissionais de saúde 173.440 casos e 138 óbitos.
7 de julho de 2020	Quando considerado o parâmetro populacional por milhões de habitantes o país ocupava a décima posição mundial quanto ao número de casos e a 12ª no que se refere ao número de óbitos.
9 de julho de 2020	A doença estava presente em 96,4% dos municípios.
28 de julho de 2020	MS disponibilizou a plataforma Localiza SUS que reúne 12 painéis eletrônicos sobre a COVID-19.
29 de julho de 2020	Dia com o maior registro no número de novos casos (69.074 casos) e de novos óbitos (1.595 óbitos) no período compreendido entre fevereiro de 2020 a julho de 2021.
5 de agosto de 2020	Casos ativos da doença eram 741.180, e os óbitos contabilizaram em 97.256. A doença estava presente em 98,8% dos municípios brasileiros.
6 de agosto de 2020	Medida provisória para viabilização de recursos financeiros previsto em R\$ 1,9 bilhão para aquisição de 100 milhões de doses de vacina contra a SARS-CoV-2.
8 de agosto de 2020	Contabilizados os primeiros 100.000 casos de óbito em consequência do vírus.
Até o dia 22 de agosto de 2020	Quando considerado o parâmetro populacional, por milhão de habitantes, o país ocupava a sétima posição em relação aos casos confirmados e em relação aos óbitos, na oitava posição.
26 de agosto de 2020	A doença estava presente em 99,1% dos municípios brasileiros.
30 de agosto a 05 de setembro	O número de registros no interior foi maior do que na região metropolitana.
16 de setembro de 2020	Eduardo Pazuello torna-se Ministro da Saúde efetivo.
24 de setembro de 2020	Medida Provisória nº 1.003, que autoriza o Poder Executivo Federal a aderir ao Instrumento de Acesso Global de Vacinas COVID-19 – Covax <i>Facility</i> .
30 de setembro de 2020	Governo de São Paulo João Doria assinou um termo de compromisso com a biofarmacêutica Sinovac <i>Life Science</i> , além de formalizar a transferência de tecnologia para a produção de vacinas pelo Instituto Butantan.
18 a 24 de outubro de 2020	Redução de 19,4% na média de registros de casos quando comparado a semana anterior.
19 de outubro de 2020	MS assinou ofício de intenção para aquisição de 45 milhões de doses da Vacina Butantan-Sinovac/Covid-19), em desenvolvimento pelo Instituto Butantan.
21 de outubro de 2020	Presidente Jair Bolsonaro cancelou o acordo de intenção de compra da Coronavac.
09 de dezembro de 2020	Primeiro caso de reinfeção por COVID-19 no país.
10 de dezembro de 2020	Governo brasileiro oficializou interesse na compra de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer, através da assinatura de uma carta de intenção.
11 de dezembro de 2020	Plano Nacional de Imunização contra a COVID-19 foi entregue à Advocacia Geral da União (AGU) e ao Supremo Tribunal Federal (STF).
16 de dezembro de 2020	Plano Nacional de Imunização contra a COVID-19 é apresentado para a população.
06 de janeiro de 2021	Presidente Jair Bolsonaro aprovou a Medida Provisória nº 1.026 que autorizou a aquisição de vacinas e de insumos destinados à vacinação contra a COVID-19,

	inclusive antes do registro sanitário ou da autorização temporária de uso emergencial por parte da ANVISA, até mesmo com dispensa de licitação.
07 de janeiro de 2021	Brasil chegou à marca de 200 mil mortos.
09 de janeiro a 27 de fevereiro de 2021	Notificados 334 casos de variantes, identificados em 20 estados do Brasil.
09 de janeiro até 10 de abril de 2021	Identificadas variantes em 24 Unidades Federativas.
12 de janeiro de 2021	Identificado no país o segundo* caso de reinfecção por nova variante.
14 de janeiro de 2021	Embarcou do Brasil o avião com destino a Índia para busca dos primeiros imunizantes, duas milhões de doses da vacina contra a COVID-19 da AstraZeneca/Oxford.
17 de janeiro de 2021	ANVISA aprovou por unanimidade a autorização temporária de uso emergencial da vacina CoronaVac.
18 de janeiro de 2021	MS iniciou a campanha de vacinação contra a COVID-19.
19 de janeiro de 2021	Iniciou a vacinação contra a COVID-19 entre a população indígena aldeada.
23 de fevereiro de 2021	ANVISA concedeu o primeiro registro definitivo para a vacina contra a COVID19, o imunizante do Laboratório Pfizer/ BioNTech.
26 de fevereiro de 2021	Em um ano confirmados 10.517.232 casos e 254.221 óbitos por COVID-19 no Brasil.
01 de março de 2021	Sancionada Lei de nº 14.121 autorizando o Poder Executivo Federal a aderir ao instrumento de acesso global de vacinas COVID-19 (Covax Facility).
23 de março de 2021	Tomou posse o quarto ministro de saúde, o médico Marcelo Queiroga.
24 de março de 2021	O país chegou à marca de 300 mil vidas perdidas.
26 de março de 2021	Governo Federal anunciou o projeto para produção de imunizante 100% nacional contra a COVID-19.
08 de abril de 2021	Maior registro de notificações de novos óbitos (4.249 óbitos).
10 de abril de 2021	Foram registrados 11 casos de reinfecção no país.
12 de abril de 2021	Início da campanha nacional de vacinação contra a influenza.
29 de abril de 2021	O país chegou à marca de 400 vidas.
14 de maio de 2021	O Brasil atingiu uma marca de 50 milhões de doses aplicadas de vacinas contra a COVID-19.
20 de maio de 2021	Confirmados no estado do Maranhão em 15 tripulantes uma nova variante descoberta na Índia.
19 de junho de 2021	O país ultrapassou 500 mil mortes.
20 de junho a 3 de julho de 2021	Todos os estados não apresentaram alta na taxa de mortalidade.
30 de junho a 31 de julho de 2021	91 (1,6%) municípios não apresentaram casos novos notificados e 1.730 (31%) municípios brasileiros não notificaram óbitos novos.
25 de julho a 31 de julho de 2021	57% dos casos registrados da doença no país foram oriundos de municípios do interior.
02 de agosto de 2021	Número mais baixo da média móvel de casos e mortes por COVID-19 deste janeiro do mesmo ano.
04 de agosto de 2021	Brasil chegou na marca de quarto colocado entre os países que mais aplicaram a segunda dose ou dose única da vacina COVID-19.
11 de agosto de 2021	País registrou o menor índice de ocupação de leitos de UTI e de enfermaria.
14 de agosto de 2021	70% da população acima de 18 anos vacinada com a primeira dose.
26 de agosto de 2021	2.950 municípios brasileiros com registro zero no número de casos e óbitos.
18 de setembro de 2021	Maior registro de notificações de casos novos em um único dia (150.106 casos).
20 de setembro 2021	50% da população adulta vacinada com as duas doses ou a dose única e 90% da população com idade para vacinação realizaram a primeira dose do imunizante.
10 de novembro de 2021	70% do público-alvo com esquema vacinal completo.
12 de novembro de 2021	Ocupação em leitos clínicos de UTI abaixo de 50% em 23 estados brasileiros.
Novembro de 2021	Mês com o menor número de mortes pela doença desde abril de 2020.

Dezembro de 2021	381 milhões de vacinas distribuídas, 90% do público-alvo vacinado com a primeira dose, 80% com o esquema vacinal completo.
* O primeiro caso foi investigado no Estado da Bahia, mas posteriormente descartado.	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

2.2 A pandemia na região Norte e em Araguaína-TO

Neste capítulo será apresentado os principais acontecimentos da pandemia na região norte e em Araguaína-TO. O método utilizado foi de análise retrospectiva de dados sociais, políticos e epidemiológicos, por meio de BE, revisão bibliográfica e documental (incluindo documentos oficiais, imprensa nacional e publicações científicas).

A Região Norte é constituída por sete estados brasileiros, Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e o Tocantins, representando aproximadamente 50% do território nacional, e todos eles apresentando indicadores de pobreza acima da média nacional (BRASIL, 2019).

Embora com ampla extensão territorial, é a segunda menor região do país em número de habitantes, conforme a Tabela 1.

Tabela 2 - Número de habitantes conforme a região do país.

Região	População
Sudeste	88.371.433
Sul	29.975.984
Nordeste	57.071.654
Centro-Oeste	16.297.074
Norte	18.430.980
Total	210.147.125

Fonte: “Adaptado de” Dados extraídos do site no Ministério da Saúde, painel interativo, acessado em 31 de julho de 2021, s/p. Disponível em: <https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>.

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a região é a que concentra o maior número de povos indígenas, 305.873 mil, sendo aproximadamente 37,4% do total, sendo no estado do Amazonas o maior quantitativo, totalizando 55% (BRASIL, s/d), informação relevante e preocupante para esta região do país que sofreu tanto com os impactos da doença.

O MS disponibilizou, desde janeiro de 2020, uma série de documentos para enfrentamento da COVID-19 em povos indígenas, assim como um Plano de Contingência Nacional específico para esse público. No dia 16 de abril de 2020, o Tocantins passou a

contemplar os povos indígenas no plano de contingência do estado, garantindo a eles a inclusão da assistência em todos os níveis de atenção (TOCANTINS, 2020a).

Estes dados citados anteriormente mostram como a pandemia da COVID-19 pode ser ainda mais devastadora nesta região do país, (KERR *et al*, 2020) o vírus não poupou nenhuma região, porém, estudos apontam que estados das regiões mais pobres, como o Norte e Nordeste a doença vem ocorrendo de forma mais acentuada.

Mesmo seguindo a linha nacional, na adoção das medidas de prevenção e de transmissão da doença, sugeridas pelo MS, a fim de abrandar os impactos da doença, a região norte registrou o primeiro caso no estado do Amazonas, no dia 15 de março de 2020. A região norte foi a última da Federação a apresentar casos positivos para COVID-19 (BRASIL, 2020ab). Roraima foi o último estado brasileiro a apresentar casos positivos da doença, o primeiro registro foi feito em 22 de março de 2020 (BRASIL, 2020ac), com o caso todos os estados brasileiros e o Distrito Federal apresentaram a COVID-19. Em 25 de março de 2020 foi registrado o primeiro caso de óbito da Região Norte (BRASIL, 2020ab).

Como estratégia para reduzir o fluxo de pessoa, em 18 de março de 2020, o Brasil implementou medidas de restrição de deslocamento, entre elas o fechamento da fronteira com a Venezuela, um dos pontos de preocupação da Região Norte do país devido ao alto fluxo de pessoas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2020).

Até o dia três de abril de 2020, foram confirmados 9.056 casos de COVID-19 no Brasil, tendo a menor parte dos casos concentrados na Região Norte, estes estavam distribuídos nos sete estados. A região apresentava a terceira posição em taxa de letalidade (BRASIL, 2020aq).

No dia 26 de maio de 2020, o Governo Brasileiro em parceria com o estado do Amazonas e com a prefeitura de Manaus, inaugurou a primeira ala hospitalar exclusiva para os povos indígenas, composta por 53 leitos, 33 clínicos com armação de redes, 15 de UTI e 5 leitos de cuidado intermediário, a ala conta ainda com um espaço de espiritualização destinada aos pajés, até esta data o estado já contava com mais de 300 indígenas recuperados da COVID-19 (BRASIL, 2020ar).

No período compreendido entre sete a 13 de junho de 2020, a Região Norte apresentou a terceira posição em números de novos casos (954,2/100 mil hab.) e em número de novos registros e de óbitos (42,6/100 mil hab.) sendo que o estado do Amapá apresentava à maior incidência (1.929,9/100 mil hab.) e o estado do Amazonas a maior mortalidade (59,5/100 mil hab.)” (BRASIL, 2020as, p.5).

Segundo Brasil (2020at, p.7), entre 12 a 18 de julho de 2020, a Região Norte apresentou o maior coeficiente de incidência (1.898,8 casos/100 mil hab.) e mortalidade (59,5 óbitos/100 mil hab.).

[...] com o estado de Roraima apresentando a maior incidência (4.188,6 casos/100 mil hab.) e o estado do Amazonas à maior mortalidade (75,5 óbitos/100 mil hab.) (BRASIL, 2020at, p.7).

Mesmo se mantendo nesta posição, a região Norte do país começava a apresentar uma redução no número de casos e de mortes pela COVID-19. A região foi a primeira do país a registrar aumento de casos no início da pandemia, com dados até quatro de julho de 2020, e até 11 de julho de 2020 “[...] houve redução de 9% no número de casos novos de COVID-19. Nos estados, as reduções foram de 23% no Amapá, 6% no Pará, 4% em Rondônia e 46% em Roraima” (BRASIL, 2020au, s/p).

No primeiro BE do MS de 2021, que compreende o período de três a nove de janeiro de 2021, foi observado que, quanto ao coeficiente de incidência de casos/100 mil habitantes a região Centro-Oeste ficou em primeiro lugar com 5.559 casos, seguindo da região Sul 4.900, região Norte com 4.832 casos, Nordeste 3.434 casos e Sudeste com 3.225. Quanto à taxa de mortalidade/100 mil habitantes, a região Norte continuou em terceira posição, Centro Oeste com 113 óbitos, Sudeste com 105 óbitos, Norte com 101 óbitos, Nordeste com 85 óbitos e Sul com 79 óbitos. O estado de Roraima continuou nesta semana a apresentar maior incidência do país, com 11.496 casos/hab. (BRASIL, 2021h).

Nesta SE de três a nove de janeiro de 2021 citada acima, no estado do Amazonas, Manaus viveu uns dos maiores dramas desde o início da pandemia, o caos que chegou as manchetes de jornal no dia 14 de janeiro de 2021, mas que a gravidade da situação foi informada pela a companhia responsável pelo abastecimento no dia sete de janeiro de 2021, impactou todos os brasileiros, pacientes começaram a morrer asfixiados por falta de oxigênio dentro dos hospitais públicos, profissionais de saúde tiveram que manter manualmente o oxigênio de pacientes, para salvar a vida de seus parentes, familiares chegam a pagar dez mil reais por um cilindro de oxigênio com carga de 50 litros, para 15 dias, a demanda foi tão alta que acabou o oxigênio nas fábricas (LIMA, 2021; JUNQUEIRA, 2020).

A data que o MS tomou conhecimento da situação ainda é um imbróglio por parte do ex-ministro Eduardo Pazuello, que informou ao Ministério Público Federal (MPF) que teve ciência da escassez no dia oito de janeiro de 2021, seis dias antes, mas que no depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, Pazuello afirmou ter sido informado

no dia dez de janeiro de 2021. Eduardo Pazuello esteve na cidade 3 três dias antes da crise explodir³³.

Na visita realizada por Pazuello no dia 11 de janeiro de 2021, o ex-ministro anunciou novas ações para o enfrentamento da pandemia no Amazonas como a criação de um comitê de crise e a abertura de enfermarias para atendimento da população, no site oficial do MS são destacados como ações já realizadas na última semana que antecede o dia 11 de janeiro, o envio de 131 ventiladores pulmonares para o Amazonas, 78 apenas para Manaus, além de providencias quanto ao transporte de 1.500 cilindros de oxigênio para o município desde o dia oito de janeiro de 2021³⁴.

Fato, é que, a sucessão de erros na condução da crise na capital levou a um resultado trágico em números de mortes, evidenciou a falta de organização, despreparo e coordenação por parte das autoridades, morosidade nos processos que requeriam emergência por parte das autoridades, foram conduzidos com morosidade, como é o caso do envio de oxigênio.³⁵

Com uma nova variante circulando no estado do Amazonas e com uma crise instaurada na capital o MS tomou uma decisão arriscada,³⁶ criticada e elogiada³⁷ por especialistas, iniciou como ação de apoio emergencial a transferência de pacientes com COVID-19 para outros estados brasileiros³⁸. Além desta medida, após o colapso do sistema de saúde, outras ações foram realizadas pelo governo a fim de mitigar os danos.³⁹, como o recrutamento de profissionais da saúde de outros estados para trabalho na linha de frente no Amazonas.

³³Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2021/06/09/a-pgr-pazuello-disse-que-sabia-da-crise-no-am-antes-do-que-disse-a-cpi>>.

³⁴Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/em-visita-a-manaus-ministro-pazuello-diz-que-programa-de-vacinacao-do-brasil-sera-201co-maior-do-mundo201d>>.

³⁵Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/a-sucess%C3%A3o-de-erros-que-levou-%C3%A0-crise-de-oxig%C3%AAnio-em-manaus/a-56275139>>.

³⁶Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/01/15/transporte-de-pacientes-de-manaus-representa-risco-de-mortes-e-contagio-diz-medico>>.

³⁷Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/secretario-executivo-do-ministerio-da-saude-exalta-forca-do-sus-na-ajuda-ao-amazonas-201cacao-sem-precedentes-na-historia-do-pais201d>>.

³⁸Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-amplia-acoes-de-apoio-emergencial-no-amazonasv>>.

³⁹Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-recruta-mais-de-2-5-mil-profissionais-para-fortalecer-o-atendimento-em-manaus>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-consegue-oxigenio-para-manter-bebes-em-manaus>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/ssuntos/noticias/saude-reforca-assistencia-farmaceutica-no-estado-do-amazonas>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/governo-reduz-em-mais-de-60-deficit-excedente-no-fornecimento-de-oxigenio-ao-am>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/governo-reduz-em-mais-de-60-deficit-excedente-no-fornecimento-de-oxigenio-ao-am>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-envia-ao-amazonas-sete-usinas-geradoras-de-oxigenio-hospitalar>>.

Com um mês após a visita do ex-ministro a Manaus, Eduardo Pazuello, no dia oito de fevereiro de 2021, o balanço das ações realizadas para recuperação do sistema de saúde foram: instalação de 22 usinas e mini usinas nas unidades de saúde de Manaus e do interior (na capital, a situação do oxigênio ainda estava próxima de ser regularizada); transferência de pacientes leves e moderados para tratamento em outros estados (totalizado até a data mencionada, 526 pacientes, sendo 518 diagnosticados com COVID-19); contratação de recursos humanos e aquisição de insumos, aceleração da vacinação ⁴⁰(BRASIL, 2021s). Estas ações resultaram na redução do número de pacientes que aguardam por leitos, fila que chegou a ter 568 pessoas, entretanto no dia sete de fevereiro de 2021, 497 pessoas ainda aguardavam atendimento (BRASIL, 2021s).

Na SE cinco, período entre 31 de janeiro a seis de fevereiro de 2021, a maior taxa de mortalidade do país e da região Norte foi no Amazonas, que apresentou 212,3 óbitos/100mil hab. (BRASIL, 2021u), na SE seis, período entre sete a 13 de fevereiro de 2021, a maior taxa de mortalidade do país e da região Norte continuou no Amazonas, com 233.4 óbitos/100mil hab. (BRASIL, 2021x).

A intensificação da crise no Amazonas iniciou com sinais de remissão entre sete a 18 de fevereiro de 2021, os dados foram apresentados durante reunião do Comitê de Crise instalado em Manaus, em 19 de fevereiro de 2021, entretanto, mesmo apresentando redução Manaus continuou sendo o epicentro da pandemia no Estado, registrou taxas de redução de novos casos em 30% e mortes em 41%, no interior queda de 33% em novos casos e 57% no número de óbitos (BRASIL, 2021t).

Na SE subsequente, de 14 a 20 de fevereiro de 2021, a maior taxa de mortalidade do país e da região Norte continuou sendo no Amazonas, que apresentou 247,4 óbitos/100mil hab. (BRASIL, 2021z), aumentando a cada semana de acordo com dados do MS.

Com um ano de pandemia no Brasil, os dados do BE do MS da SE oito (21 a 27 de fevereiro de 2021) revelou que os novos casos e óbitos relacionados à COVID-19 entre as diferentes regiões do país continuaram se mostrar heterogêneas (BRASIL, 2021l).

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/governo-reduz-em-mais-de-60-deficit-excedente-no-fornecimento-de-oxigenio-ao-am>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/usinas-geradoras-de-oxigenio-comecam-a-ser-instaladas-em-hospital-de-campanha-em-manaus>>.

⁴⁰Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/vacinacao-avanca-em-manaus-e-acoes-executadas-ja-impactam-positivamente-oferta-de-leitos>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/em-manaus-pazuello-quer-forca-tarefa-para-acelerar-vacinacao-ampliada-para-50-anos>>.

Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/amazonas-deve-ser-primeiro-a-vacinar-toda-a-populacao>>.

Quando se verifica os dados em números absolutos, a região Norte não ocupava as primeiras colocações quanto a casos e óbitos novos, entretanto, quando se analisa casos/100 mil habitantes e óbitos/100 mil habitantes, observa-se no Quadro 3, que a região Norte continuou a ocupar na SE oito (21 a 27 de fevereiro de 2021) a maior taxa de mortalidade do país, entre os estados da região a maior foi no Amazonas, que apresentou 257,4 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2021). Quanto à incidência de novos casos, a região Norte ficou na terceira posição, porém, o “estado de Roraima apresentou a maior incidência do país, 12.956,0 casos/100 mil hab., superando inclusive a taxa de incidência da própria região Norte” (BRASIL, 2021, p. 7).

Quadro 3 - Coeficiente de incidência de caso e óbitos a cada 100mil/habitantes, semana epidemiológica oito de 2021.

Região	População	Incidência 100 mil hab.	Óbitos/100 mil hab.
Norte	18.430.980	6.232,30	144,6
Nordeste	57.071.654	4.290,70	98,2
Sudeste	88.371.433	4.291,00	131,8
Sul	29.975.984	6.462,40	103,6
Centro-Oeste	16.297.074	6.792,90	135,3

Fonte: “Adaptado de” Dados extraídos do site no Ministério da Saúde, boletim epidemiológico especial, Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/marco/04/boletim_epidemiologico_covid_52_reduzido.pdf>.

Dados até dia 31 de julho de 2021 mostram a realidade das regiões do país, conforme a Quadro 4:

Quadro 4 - Casos e óbitos de COVID-19 acumulados de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de julho de 2021.

Região do país	População	Incidência 100 mil hab.	Óbitos/100 mil hab.
Norte	18.430.980	9.562,4 casos	241,1 óbitos
Nordeste	57.071.654	8.081 casos	195,8 óbitos
Sudeste	88.371.433	8.537,3 casos	292,8 óbitos
Sul	29.975.984	12.786,9 casos	286,6 óbitos
Centro-Oeste	16.297.074	12.336,1 casos	314,3 óbitos

Fonte: “Adaptado de” Dados extraídos do site no Ministério da Saúde, boletim epidemiológico especial, Semana Epidemiológica 30 (25 a 31/7/2021), p.13. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/6/boletim_epidemiologico_covid_74-final_6ago.pdf>.

A região Norte foi a terceira região do país que apresentou a maior incidência de casos por 100 mil habitantes, ficando atrás somente da região Sul e Centro-Oeste. Quanto aos óbitos a região Norte foi a segunda que apresentou o menor número de óbitos ficando atrás somente

da região Nordeste (BRASIL, 2021ab).

Na última SE de julho de 2021, de 25 a 31, na região Norte, as maiores taxas de mortalidade foram observadas em Roraima (4,3 óbitos/100 mil hab.), Tocantins (3,3 óbitos/100 mil hab.) e Amapá (1,8 óbitos/100 mil hab.). Roraima apresentou a maior incidência (238,1 casos/100 mil hab.), seguido por Tocantins (167,5 casos/100 mil hab.) e Rondônia (107,5 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2021ab).

No último BE de 2021 publicado pelo MS, da SE 51, que corresponde o período entre 19/12/2021 a 25/12/2021, o Norte foi a região com maior taxa de incidência do país, alcançando 31,5 casos/100 mil habitantes. Em relação à taxa de mortalidade, na mesma semana, foi a segunda região com maior número de mortes, sendo de 0,3 óbito/100 mil habitantes (BRASIL, 2021an).

Considerando os dados acumulados de casos e óbitos, desde 26 de fevereiro de 2020 (primeiro caso) até 25 de dezembro de 2021, Roraima apresentou a maior incidência do País, 20.404,8 casos/100 mil habitantes e a maior incidência da Região (20.404,8 casos/100 mil hab.) e Rondônia a maior mortalidade, com um total de 373,7 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2021an). A seguir será apresentado no Quadro 5 os principais eventos da região Norte do país.

Quadro 5 – Resumo dos principais acontecimentos na região Norte entre janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

Período	Acontecimentos
Janeiro de 2020	MS disponibilizou uma série de documentos para enfretamento da COVID-19 em povos indígenas.
15 de março de 2020	Região Norte registrou o primeiro caso no estado do Amazonas.
18 de março de 2020	Fechamento da fronteira com a Venezuela.
22 de março de 2020	Roraima foi o último estado brasileiro a apresentar casos positivos da doença.
25 de março de 2020	Registrado o primeiro caso de óbito da região Norte.
Até o dia 03 de abril de 2020	A região Norte apresentava a terceira posição em taxa de letalidade.
16 de abril de 2020	Tocantins passou a contemplar os povos indígenas no plano de contingência do estado.
26 de maio de 2020	Inauguração da primeira ala hospitalar exclusiva para os povos indígenas.
07 a 13 de junho de 2020	Região Norte apresentou a terceira posição em números de novos casos (954,2/100 mil hab.) e em número de novos registros e de óbitos (42,6/100 mil hab.).
12 a 18 de julho de 2020	Região Norte apresentou o maior coeficiente de incidência (1.898,8 casos/100 mil hab.) e mortalidade (59,5 óbitos/100 mil hab.).
03 a 09 de janeiro de 2021	Quanto ao coeficiente de incidência de casos/100 mil hab., a região Norte ficou em terceiro lugar, com 4.832 casos.
07 de janeiro de 2021	Companhia responsável pelo abastecimento de oxigênio informou as autoridades a gravidade da situação da falta do insumo em Manaus.
08 de janeiro de 2021	Ex-ministro Eduardo Pazuello, informou ao Ministério Público Federal (MPF) que teve ciência da escassez de oxigênio em Manaus.
10 de janeiro de 2021	Data em que em depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, Pazuello afirmou ter sido informado da situação em Manaus.

11 de janeiro de 2021	Pazuello realizou visita ao estado do Amazonas e anunciou novas ações para o enfrentamento da pandemia.
14 de janeiro de 2021	Caos vivido em Manaus chegou as manchetes de jornal.
31 de janeiro a 6 de fevereiro de 2021	A maior taxa de mortalidade do país e da região Norte foi no Amazonas, que apresentou 212,3 óbitos/100mil hab..
07 a 13 de fevereiro de 2021	A maior taxa de mortalidade do país e da região Norte continuou no Amazonas, com 233.4 óbitos/100mil hab..
07 a 18 de fevereiro de 2021	Intensificação da crise no Amazonas iniciou com sinais de remissão.
14 a 20 de fevereiro de 2021	Maior taxa de mortalidade do país e da região Norte continuou sendo no Amazonas, que apresentou 247,4 óbitos/100mil hab..
21 a 27 de fevereiro de 2021	Quando analisado casos/100 mil hab. e óbitos/100 mil hab., a maior taxa de mortalidade do país, entre os estados da região foi no Amazonas, quanto à incidência a região ficou na terceira posição, e o estado de Roraima apresentou a maior incidência do país.
Até dia 31 de julho de 2021	A região Norte foi a terceira do país que apresentou a maior incidência de casos por 100 mil hab.
19 a 25 de dezembro de 2021	A região Norte teve a maior taxa de incidência do País e a segunda região com maior taxa de mortalidade.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

No Tocantins, Estado que pertence a Amazônia Legal, a opinião entre a população era que o vírus não chegaria ao estado, por causa das altas temperaturas, a população acreditava que o clima quente do estado fosse capaz de matar o vírus antes mesmo da contaminação do indivíduo. Entretanto, no dia 18 de março de 2020, o estado do Tocantins registrou o primeiro caso positivo da doença, esta moradora da cidade de Palmas, capital do estado (TOCANTINS, 2020b).

O Tocantins foi o último estado brasileiro a ter registro de óbito decorrente da doença; no dia 14 de abril de 2020, foi registrado o primeiro óbito no estado, data em que já se contabilizavam 29 casos positivos, sendo este óbito uma profissional da saúde (TOCANTINS, 2020c).

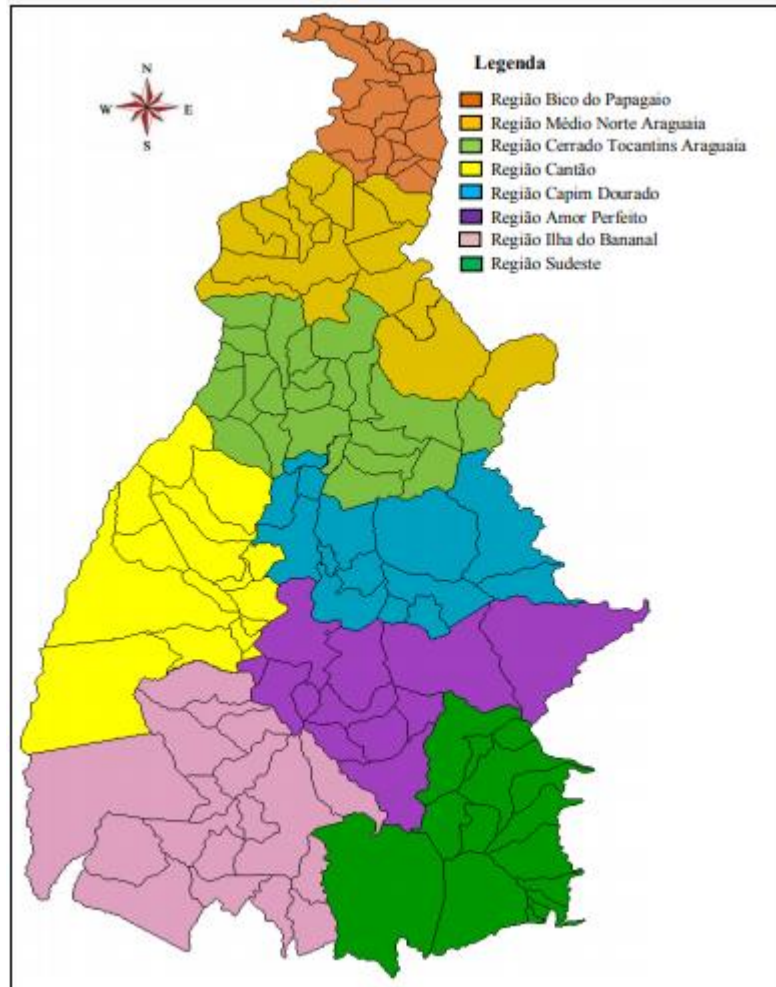
Até a data de 31 de dezembro de 2020, o estado contabilizava 1.297 óbitos e 91.546 casos confirmados, que representava 1,19% do total de casos de COVID-19 no país. A taxa de incidência no estado era de 5.821 casos por 100 mil habitantes tomando como referência os 91.546 casos confirmados (TOCANTINS, 2020d).

Na macrorregião Norte do estado do Tocantins, que compreende as Regiões de Saúde:⁴¹ Cerrado Tocantins Araguaia, Médio Norte Araguaia e Bico do Papagaio, observou-se uma concentração maior de casos, com 44.128 registros e incidência de 6.614 casos por 100mil

⁴¹A regionalização no SUS são recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. O Tocantins conta com oito regiões de saúde, sendo elas: Região Bico do Papagaio, Região Médio Norte Araguaia, Região Cerrado Tocantins Araguaia, Região Cantão, Região Capim Dourado, Região Amor Perfeito, Região Ilha do Bananal e Região Sudeste.

habitantes. As regiões de saúde Capim Dourado e Cantão da macrorregião Central, registrou 30.770 casos, com incidência de 6.203 casos por 100 mil habitantes. O menor número de casos registrados, com 16.713 e incidência de 4.263 casos por 100 mil habitantes, foi à macrorregião Sul, que compreende as Regiões de Saúde Ilha do Bananal, Sudeste e Amor Perfeito (Mapa-1) (TOCANTINS, 2020d).

Mapa 1 - Regiões de Saúde do Tocantins.



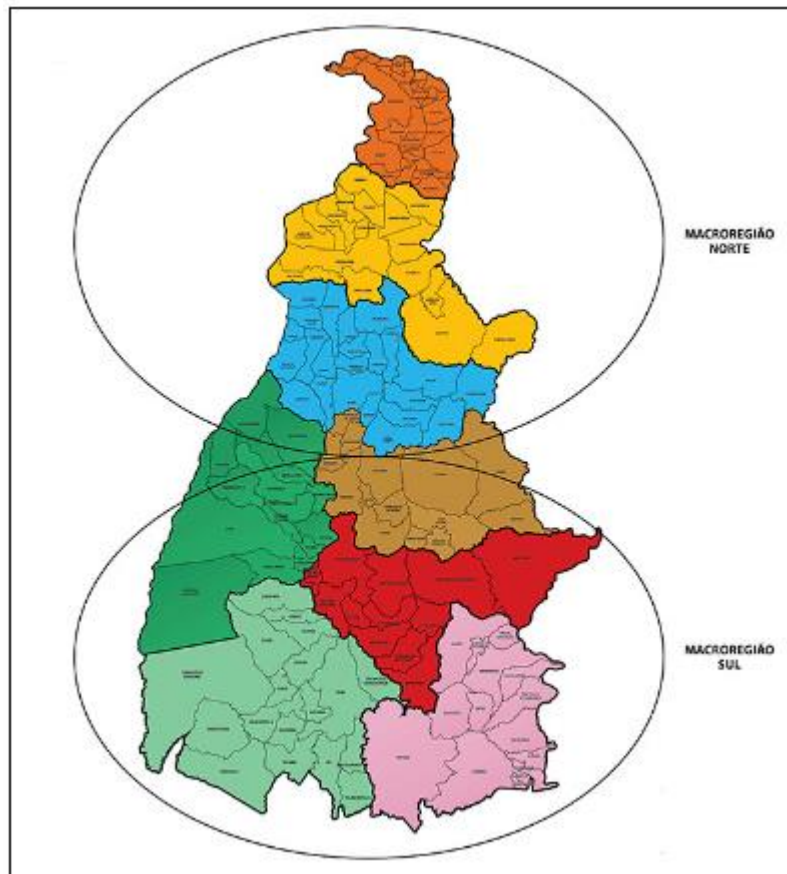
Fonte: SES/TO, 2013, s/p.

Quanto aos números de óbitos, até 31 de dezembro de 2020 o Tocantins registrou 1.297 óbitos, distribuídos em 120 municípios do estado, o que corresponde a 86,3% dos municípios tocantinenses. Dentre os óbitos ocorridos, a concentração maior deu-se na região Médio Norte Araguaia (26%) (TOCANTINS, 2020d).

Quando comparado a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes entre os estados da região norte do país, o Tocantins registrou até 31 de dezembro de 2020 a menor taxa 74,6%, região Norte 91,8% e o Brasil 83,4% (TOCANTINS, 2020d).

No primeiro quadrimestral de 2021, até o dia 30 de abril, foram notificados 159.716 casos confirmados de COVID-19, o que representava 1,09% do total de todos os casos no país. Quanto aos óbitos, foram registrados 2.546 óbitos de residentes do território tocantinense, correspondendo a 0,63% quando comparado ao total de óbitos no país. Desde o início da pandemia, a Região de Saúde que mais apresentava casos confirmados até o primeiro quadrimestre foi a Capim Dourado (45.149 casos). Em relação às Macrorregiões, a região Norte do estado (Mapa-2) se manteve com maior concentração de casos, 44.128 casos registrados e incidência de 6.614 casos por 100 mil habitantes (TOCANTINS, 2021a).

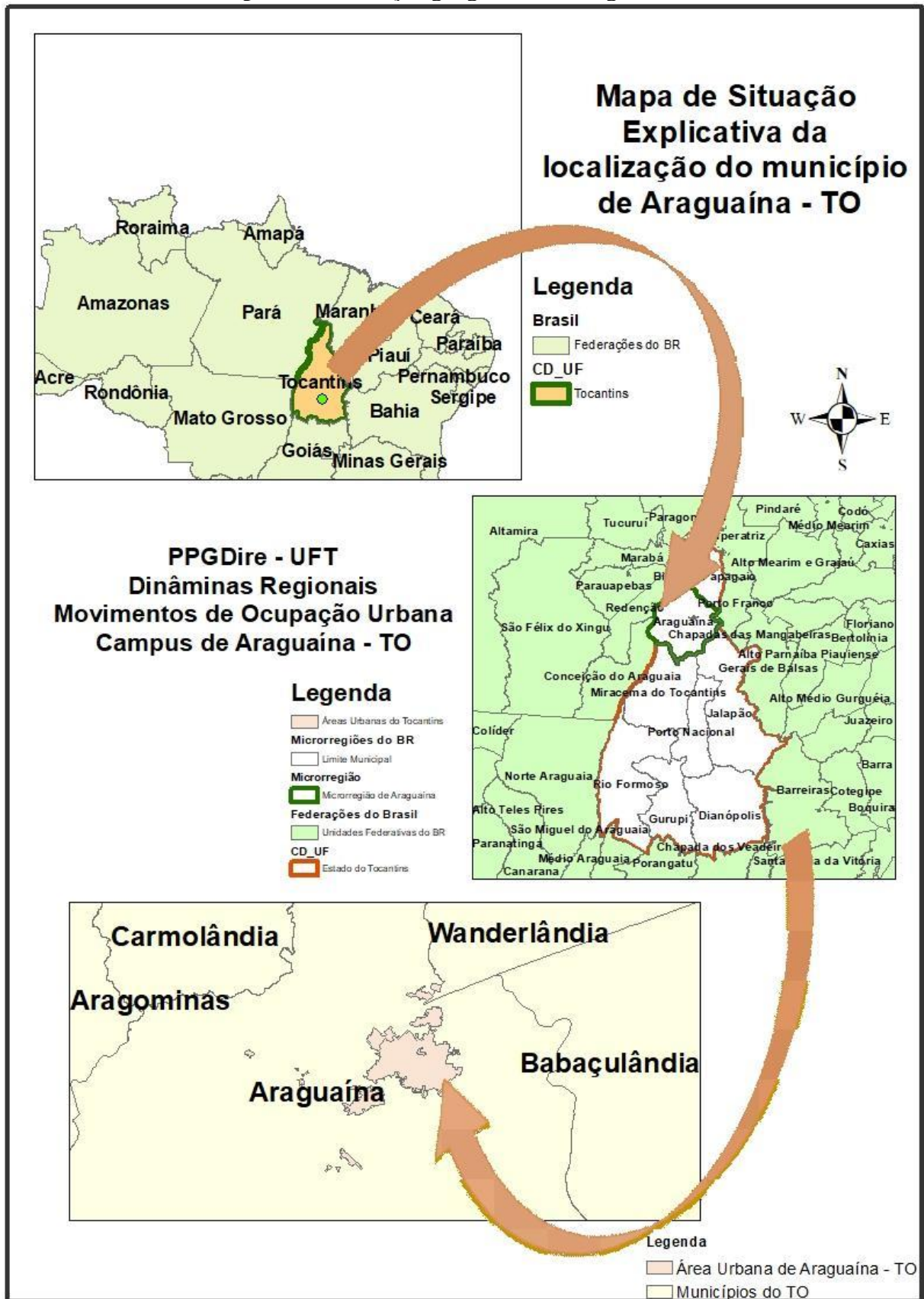
Mapa 2 - Macrorregiões de Saúde do Estado do Tocantins.



Fonte: SES/TO, 2018, s/p.

Dentro da Macrorregião Norte, localiza-se o município de Araguaína, inserido na Região de Saúde Médio Norte Araguaia. É a segunda maior cidade do estado em número de habitantes, superada apenas pela capital, Palmas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, a população estimada do município de Araguaína era de 183.381 pessoas (BRASIL, 2020ad).

Mapa 3 - Localização geográfica de Araguaína-TO.

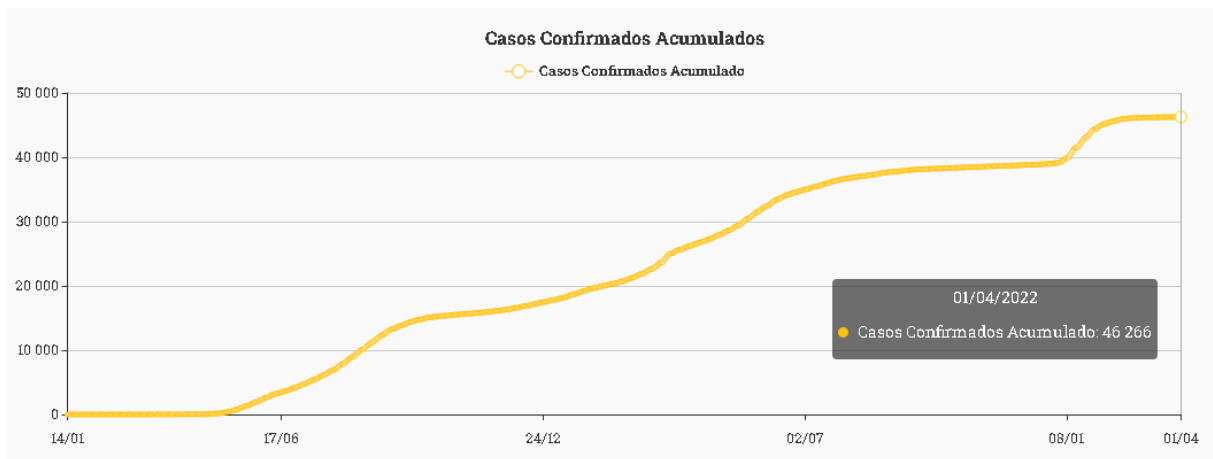


Fonte: Zampiva, Thiago Roberto, 2021, s/p.

De acordo com os BE publicados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, os primeiros casos suspeitos da COVID-19 surgiram no dia 19 de março de 2020, porém o primeiro caso positivo da doença ocorreu somente dia 27 de março de 2020, após oito casos confirmados na capital. Com um mês após o primeiro caso, o município contabilizava 29 casos positivo, destes, 24 ativos e cinco curados, e 109 casos suspeitos (ARAGUAÍNA, 2020a).

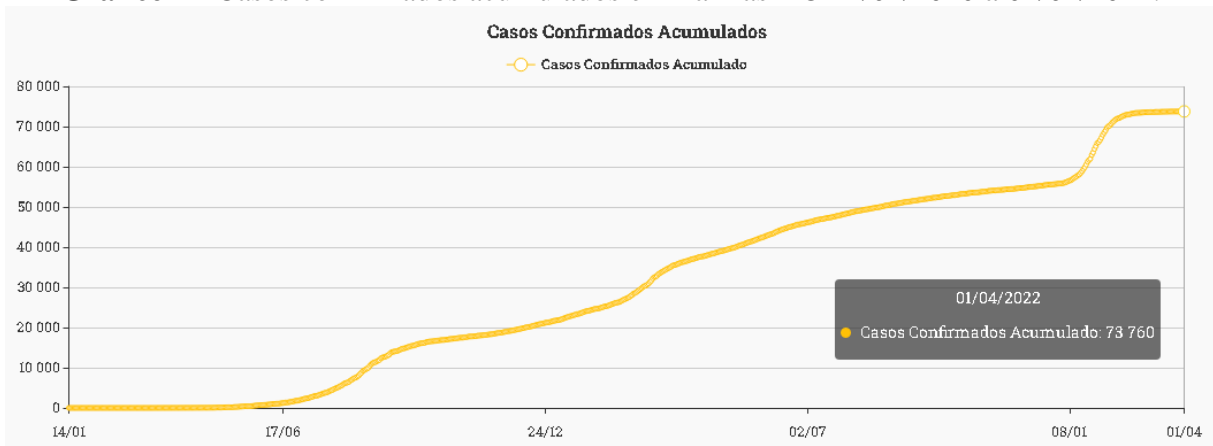
No final de abril de 2020 Araguaína se tornou o epicentro da pandemia no estado do Tocantins, ultrapassando a capital. Até 20 de agosto de 2020 a cidade foi a que apresentou o maior número de casos acumulados no estado (TOCANTINS, 2020e). Os gráficos abaixo apresentam a curva de casos acumulados até o início de abril de 2022:

Gráfico 1 - Casos confirmados acumulados em Araguaína-TO de 14/01/2020 a 01/04/2022.



Fonte: <http://integra.saude.to.gov.br/covid19/InformacoesEpidemiologicas>, 2020, s/p.

Gráfico 2 - Casos confirmados acumulados em Palmas-TO 14/01/2020 a 01/04/2022.



Fonte: <http://integra.saude.to.gov.br/covid19/InformacoesEpidemiologicas>, 2020, s/p.

O aumento dos casos quando comparado ao cenário epidemiológico de Palmas possivelmente está associado à localização geográfica do município, e a sua posição às margens da rodovia BR 153. A região Norte do Tocantins se liga ao Sudeste do Pará e Sul do Maranhão, apresenta um fluxo de pessoas intenso por via terrestre em ônibus, vans e carro próprio, inclusive de profissionais de saúde, que residem em Araguaína e trabalham em cidades destas regiões, como Imperatriz-MA e Marabá-PA ou o reverso.

Esses três municípios (PACÍFICO FILHO; BORGES; IWAMOTO; CANÇADO, 2021) se encontram na rota do capital, exercem mútua influência na região, interligando-se com produtores e consumidores nacionais e internacionais devido à produção de *commodities* como, carne, grãos, minério de ferro e celulose, desenvolvendo independentes de suas capitais, e em consequência deste fluxo configurando-se como uma rota pandêmica na região.

São regiões que se interligam, porém, para os que buscam bens e serviços, frequentemente necessitam percorrer um grande percurso devido a grandes distâncias e o tamanho das áreas municipais e da própria região, além disso, no caso da regionalização dos serviços de saúde públicos estaduais e municipais são comuns os conflitos de jurisdição (AGUIAR *et al*, 2020).

No estudo realizado por Aguiar *et al* (2020), é apontado que a relação da malha rodoviária, o fluxo social que liga estas três regiões e o aumento dos casos de COVID-19 é importante para se explicar o aumento e disseminação dos casos de COVID-19 nas três regiões.

Esta interação entre os três municípios também é observada por Pacífico Filho; Borges; Iwamoto; Cançado (2021) como potencial de contaminação ao constatar Imperatriz, Marabá e Araguaína como as primeiras cidades a identificar casos de COVID-19 após suas respectivas capitais, São Luís, Belém e Palmas.

Com o passar do tempo, os casos que eram até então identificados somente nas cidades núcleos destas três regiões, passaram a ser identificados nas cidades situadas entre esses núcleos, podendo agir como elemento difusor do vírus, a dependência das pequenas cidades, dos serviços ofertados pelos núcleos regionais (AGUIAR *et al*, 2020).

Outro ponto observado (AGUIAR *et al*, 2020) é a difusão do vírus pelas pequenas cidades localizadas as margens da rodovia Belém-Brasília (BR-153), que ofertam em sua maioria apoio a viajantes para alimentação e dormitório.

Araguaína foi o primeiro município brasileiro a adotar a obrigatoriedade pela população, saudável ou não, do uso de máscara em locais públicos ou de livre acesso, com medida regulamentada pelo Decreto Municipal nº217/20, de seis de abril de 2020 (ARAGUAÍNA, 2020b).

No mês de maio de 2020, no dia 11, foram registrados os dois primeiros óbitos de residentes da cidade de Araguaína; uma vez que o município é referência em saúde para a região do Bico do Papagaio⁴², outros óbitos ocorreram anteriormente na cidade, porém os pacientes residiam em outros municípios (ARAGUAÍNA, 2020a).

Em 27 de maio de 2020, os casos positivos contabilizavam 1.410, destes, 733 eram casos ativos, 660 curados e 17 óbitos. Em 27 de junho de 2020, foram registrados 3.830 casos positivos, destes, 778 ativos, 3.000 curados e 52 óbitos. Em julho, quatro meses após o primeiro caso se contabilizavam 6.720 casos, sendo 1.877 ativos, 5.140 casos curados e 90 óbitos (ARAGUAÍNA, 2020a).

Observou-se, pelos boletins publicados em 2020, que agosto foi o mês com maior ocupação dos leitos UTI, chegando no dia dois de agosto de 2020 a ser ocupada 100%. Foi o mês com o maior registro de novos casos e óbitos, no dia 27 de agosto de 2020 foram contabilizados 11.681, destes 2.124 casos ativos e 9.421 casos curados, com o registro de 145 óbitos (ARAGUAÍNA, 2020a).

Esses números levaram a população a viver pensamentos aterrorizantes, no estudo de Aguiar *et al* (2020), as primeiras palavras que viam na cabeça dos participantes que residiam em Araguaína e seu entorno, era morte, medo e isolamento.

Até meados de setembro, os casos novos continuaram em ascensão, chegando no dia oito de setembro a serem registrados 2.385 casos ativos, dia este com o maior registro desde o primeiro caso. Próximo ao fim do mês de setembro, iniciou-se o declínio dos casos da doença no município. No dia 27 de setembro de 2020, seis meses após o primeiro caso, contabilizavam-se 15.083 casos confirmados de COVID-19, sendo 671 pessoas com a doença ativa e 14.216 pessoas curadas, com a marca de 196 óbitos. A ocupação nos leitos na UTI adulta estava em 60,70%, 32,50% em leito clínico e 0,00% em UTI pediátrico (ARAGUAÍNA, 2020a). Até a

⁴²A região do Bico do Papagaio é uma das oito microrregiões de que é composto o estado do Tocantins, é composta por 25 municípios que, juntos, possuem uma área total de 15.767,856 km². Dentre as microrregiões, a do Bico do Papagaio foi a mais marcada durante as décadas de 1970 e 1980 por acirrados conflitos pela posse da terra, cujos resquícios ainda podem ser notados na contemporaneidade. É considerada uma das mais pobres do estado do Tocantins, pois não há indústrias ou agroindústrias que possam oferecer mercado de trabalho para a população ou mesmo propiciar uma diversificação produtiva. Mesmo o comércio não exerce uma função social que garanta a sustentabilidade de renda bem como a melhoria nas condições de vida de seus moradores, posto ser marcado pela migração muito forte na região, cujos produtos, bens e serviços surgem a partir das demandas desses fluxos migratórios, principalmente alavancada pelas migrações entre os estados do Pará, Maranhão e Tocantins e entres os micros municípios na Região do Bico do Papagaio. Esta microrregião oferece pouca e, em alguns casos, nenhuma condição para que sua população possa acessar os diferentes componentes do desenvolvimento (MIRANDA; SANTOS, 2014, p. 75).

data de 29 de julho de 2021 o estado apresentava um total de 3.493 óbitos, em Araguaína 495 (BRASIL, 2020ae).

Há nove meses dos primeiros casos confirmados no Brasil, e há um ano do primeiro caso no mundo, esta é a geração que vive e viveu uma das piores pandemias da história da humanidade, o que se verifica diariamente é o que está doença alterou; mortes é a principal lacuna a se destacar, não são números, são pessoas, pessoas que se foram deixando o vazio da dor.

Até dia 31 de dezembro de 2020 foram confirmados em Araguaína 17.915 casos de COVID-19, 240 óbitos (ARAGUAÍNA. 2021). Com um ano de pandemia, no dia 26 de fevereiro de 2021, desde a notificação do primeiro caso no Brasil, o município já havia acumulado 21.075 e Palmas 27. 877 casos positivos da doença. Em relação aos óbitos se registrou na ocasião 270 óbitos, mais que a própria capital que contabilizava 262 óbitos (TOCANTINS, 2021b).

No último dia da presente revisão, dia 31 de julho de 2021, Araguaína contabilizava 35.706 casos acumulados, e 496 óbitos acumulados, neste período, tanto em números de casos quanto em número de óbitos, o município se encontrava em segundo lugar, estando a capital com 48.082 casos e 604 óbitos (TOCANTINS, 2021c).

3 GEOGRAFIA DA SAÚDE: PRIMEIRA CHAVE DE LEITURA

A geografia da saúde tem ganhado cada vez mais visibilidade decorrente dos fatores saúde e doença na contemporaneidade, e principalmente na atual conjuntura da pandemia da COVID-19. Santana (2014, p. 17) define os termos Geografia Médica e Geografia da Saúde como sendo:

A primeira, mais próxima da doença e sua relação com as condições geográficas, a segunda, dando ênfase ao suporte dos serviços oferecidos pela comunidade, a avaliação da desigualdade, com evidência para o impacto dos cuidados de saúde na saúde e no bem-estar da população (SANTANA, 2014, p. 17).

São termos diferentes que se complementam por relacionar saúde e território. Desde a antiguidade, o homem já procurava entender como ocorria o processo de adoecimento, Hipócrates no final do século V a.C, em seu tratado sobre os ares, as águas e os lugares, deu início a geografia médica ao associar a influência do meio ambiente com as doenças. Posteriormente, já nos séculos XVIII, XIX, XX, novas pesquisas surgiram com a relação meio ambiente e doenças endêmicas e infecciosas (JUNQUEIRA, 2009).

Na epidemia de cólera em Londres, no século XIX, John Snow utilizou da geografia para investigar a fonte da doença ao mapear os casos de cólera, sendo está localizada em um poço contaminado da cidade (SANTANA, 2014).

Nas primeiras décadas do século XX, os geógrafos realizaram os primeiros trabalhos relacionando doenças com os aspectos ecológicos e de espaço. Um dos marcos importantes na área ocorreu em 1949, com o Congresso da União Geográfica Internacional. Após este evento, foi fundada por Jacques May, Maximillien Sorre e Arthur Gueddes a Comissão da Geografia Médica (SANTANA, 2014).

Para Junqueira (2009), enquanto a Geografia Médica tem caráter mais informativo, caracterizada pela elaboração de mapas, definindo a espacialização das diversas doenças, sem se aprofundar em analisar as causas, a Geografia da Saúde se dedica nas análises sobre saúde e doença.

Observa-se no trabalho de Santana (2014) que na contemporaneidade, a preferência dos termos, Geografia Médica e Geografia da Saúde, variam de acordo com cada país; no Brasil, o termo Geografia da Saúde ganha cada vez mais importância, sendo este também o escolhido neste estudo, pois no atual cenário da pandemia tornou-se urgente a aplicação da Geografia da Saúde, o vasto instrumental de métodos e técnicas de pesquisa da área tem revelado os

problemas e identificado soluções práticas para mitigação das consequências da pandemia, em especial para grupos populacionais mais vulneráveis a doença (BEZERRA, 2020).

Com as alterações demográficas, o surgimento de novas patologias e as alterações no espaço, o campo e as abordagens da geografia em saúde se tornou incomensurável.

Temas como planejamento dos serviços de saúde, distribuição e difusão das doenças, conflitos entre setor público e privado, vêm sendo abordados por geógrafos, enriquecendo a temática da geografia da Saúde (CASTRO, 2020). Segundo Santana (2014), a finalidade da Geografia da Saúde é promover conhecimentos para entendimento das relações estabelecidas entre o território e os condicionantes da saúde.

Uma importante definição de espaço e território no Brasil tem destaque, a obra de Milton Santos “[...] que permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde” (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 39), tornado esta definição uma aliada para a geografia da saúde.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), a obra de Milton Santos (1970), definem espaço além da geometria e do espaço físico, com todos seus aspectos, político, econômico e das relações sociais, para os autores, “na medida em que coloca o papel central das relações sociais na sua produção torna-se ele mesmo uma categoria relacional, que se realiza como processo, movimento ou fluxo” (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 34).

Junqueira (2009, p.7) reafirma a definição de espaço na obra de Milton Santos (1970), ao descrever o espaço como fruto das relações sociais, homem, natureza, expressas em um tempo, por meio das ações do passado e presente.

Para a Geografia da Saúde a abordagem de Santos se tornou importante assim que as análises das doenças ou causas que levam as doenças passaram a ser relacionadas, não apenas a fatores biológicos ou climáticos, mas com os fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a idade, os recursos aplicados na melhoria da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos tão importantes e que às vezes não eram levados em conta (JUNQUEIRA, 2009, p. 8).

Assim, a intervenção da Geografia em Saúde permite, tendo por base uma matriz territorial, ler, interpretar os fatos e estabelecer hipóteses explicativas e de ação sobre alguns dos problemas existentes no local (SANTANA, 2014).

Desde o século XX, no Brasil, o Estado reconhece o território como ponto para ações de saúde individual e coletivo, por este ser espaço produtor de desequilíbrio entre o homem e o ambiente e conseqüentemente de doenças e mortes (GONDIM; MONKEN, 2017).

Na Geografia, um dos conceitos centrais é o território (CASTRO, 2020), sendo também o território o ponto central para o modelo assistencial de saúde estabelecido no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Mendes (1993) defende duas ideias de território apropriado pelo SUS, um o ver de modo mais tradicional, como espaço físico, geopolítico devido ao modo de transferência de recursos para os municípios serem delimitados pela população adscrita, e a outra que denomina território como produto dos atores sociais e políticos.

O SUS constitui um marco histórico na saúde pública do país, garantido em 1988, mediante a promulgação da Constituição Federal Brasileira, que definiu em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo regulamentado dois anos após, pelas Leis Orgânicas de Saúde, as leis 8.080 e 8.142 de 1990. Com uma proposta de romper com o modelo de atenção à saúde biomédica, centrado no tratamento da doença, o SUS tem sua atenção voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da coletividade, incluindo a ESF, criado em 1994 e primeiramente definido como Programa de Saúde da Família (PSF), o modelo assistencial para a população (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Respeitando diversas leis, portarias e decretos anteriormente publicados, o MS em setembro de 2017, promulgou a Portaria nº 2.436 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no âmbito do SUS.

Esta portaria define a AB como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017 s/p).

Esta mesma portaria estabelece a AB como a principal porta de entrada do indivíduo, família e coletivas no SUS, onde a Saúde da Família é a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. Fazem parte dos princípios e diretrizes da AB, a territorialização e a população adscrita, sendo a comunidade fonte da atenção, delimitada geograficamente e conhecida como território, como forma de organização do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2017), “que trabalham no conhecimento desse território, mapeando suas áreas de risco e famílias em situação de vulnerabilidade” (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016. p. 357).

Com base nestes princípios e diretrizes é possível realizar um planejamento e desenvolver ações de acordo com a realidade local das pessoas e coletividades, esta proximidade estimula o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população (BRASIL, 2017).

Desse modo, a territorialização em saúde é método de identificação de expressões geográficas das ações humanas. É saber e prática que, operacionalizados, permitem aos gestores, às instituições, aos profissionais e à população atendida pelo SUS compreender os conflitos gerados na dinâmica socioespacial dos lugares, os múltiplos fluxos que animam os territórios e os diversos espaços da vida cotidiana, revelando como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem, socialmente, suas condições de existência (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 40).

Assim, a geografia da saúde está entrelaçada na saúde pública brasileira, tão destacada no atual contexto.

Nos primeiros meses da pandemia no Brasil, trabalhos na área foram publicados com uma concentração de produção voltada para três eixos, e em alguns a associação entre os temas, são: difusão dos casos da doença sobre o espaço geográfico; espacialização das infraestruturas e serviços de saúde; mapeamento de vulnerabilidades à doença (BEZERRA, 2020).

Esta abordagem possibilitada pela geografia da saúde passou a ser compreendida e valorizada pela população brasileira que contempla diariamente nos telejornais, internet e mídia a evolução da COVID-19 no país, regiões, estados e municípios, e principalmente tem servido com o propósito de guiar e auxiliar as autoridades na tomada de decisões.

Existem também no país alguns grupos de pesquisadores dedicados ao monitoramento da COVID-19 a partir do desenvolvimento de plataformas com diferentes critérios e metodologias, como é o caso do Laboratório Espaço Urbano e Saúde da Universidade de São Paulo (USP), liderado por Ligia Barroso, levando em consideração o conceito de risco relativo à contaminação desenvolveu uma análise a nível nacional de *clusters* espaciais. Liderado pelo Geógrafo Christovam Barcellos o núcleo de geoprocessamento da Fiocruz, realiza análises sobre as tendências de dispersão da doença, a partir da criação de uma plataforma de *Bigdata* para monitoramento da COVID-19 (BEZERRA, 2020).

A Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Presidente Prudente também desenvolveu experiência que merece destaque, reuniu algumas dezenas de geógrafos e geógrafas brasileiros em rede, com o propósito de discutir ideias, metodologias, limitações e possibilidades no enfrentamento da pandemia, a experiência foi liderada pelo professor Raul Guimarães, líder do Laboratório de Biogeografia e Geografia da Saúde da UNESP (BEZERRA, 2020).

Todos estes estudos na área da geografia, e tantos outros em outras áreas, tornam-se relevante, objetivam por meio da ciência conhecer soluções para um problema social e científico da humanidade diante do cenário opróbrio revelado pela pandemia da COVID-19. Conhecer a realidade do território com a ótica da geografia da saúde permite realizar interferências mais profundas em toda a cadeia participante, seja seres humanos ou na própria natureza.

Sendo o território alterado pela sociedade, ele determina hábitos, valores, condições socioeconômicas e economia, e os que apresentam maior interação social e dependem não só economicamente mais de vínculos afetivos são muito mais vulneráveis diante da pandemia, em que a proximidade é um fator de risco (BARCELLOS, 2020).

Para Barcelos (2020) a nova interação que casais, grupos de amigos que moram juntos, tiveram que executar diante do isolamento produz uma nova geografia, assim como o afastamento entre as pessoas, em virtude da nova movimentação das pessoas no espaço (OLIVEIRA, 2020).

A hipermobilidade conquistada pela globalização e o progresso dos transportes aéreos sem dúvidas apresenta vantagens, contudo, a pandemia da COVID-19 evidencia que esta hiper mobilização também tem seus inconvenientes pela razão da doença ter sido dispersada pelo meio aéreo (DUMONT, 2020). Nesta ótica, é notório que o progresso de globalização é excludente, fato observado no Brasil devido à propagação da doença inicialmente está presente na população rica, que realizava o uso de transporte aéreo intercontinentais, para somente depois, disseminar para a população mais pauperizada (OLIVEIRA, 2020).

O fato é que o mundo globalizado, conectado e urbanizado impulsionou a dinâmica de propagação de um vírus com facilidade de transmissão (SOUZA; FERREIRA JÚNIOR, 2020).

Na Geografia da Saúde os determinantes de saúde e doença e as influências dos aspectos sociais, ambientais, econômicos e culturais na saúde de determinada população são entrelaçados aos conceitos geográficos (CASTRO, 2020), tendo cada vez mais destaque para as questões relacionadas às desigualdades de acesso aos serviços e políticas públicas de saúde, envelhecimento, pobreza, exclusão, e as consequências destes fatores na saúde das pessoas (SANTANA, 2014), pontos abordados a seguir tendo como cenário a pandemia da COVID-19.

3.1 As diferentes faces da vulnerabilidade espacial e social da COVID-19

Estamos em um ponto crucial na história humana, um momento que será contado nos livros de História. Não podemos retornar ao mundo brutal, desigual e insustentável no qual o vírus nos encontrou. A humanidade tem um talento incrível, uma riqueza enorme e uma imaginação infinita. Devemos colocar todos esses recursos em ação para construir uma economia humana mais igualitária que beneficie a todos, não apenas a poucos privilegiados (BERKHOUT *et al*, 2021, p. 20).

Neste momento de crise sanitária, a Geografia os Geógrafos e demais profissionais da academia que se sustentam neste olhar, foram convocados a pensar juntos e contribuir de diferentes formas no entendimento do problema e na busca por soluções para auxiliar as autoridades na pandemia (BEZERRA, 2020). Nos dois primeiros meses da doença no Brasil tiveram que somar esforços científicos para mitigar os danos causados pela pandemia, com a realização de:

i) mapeamento em diversas escalas dos serviços de saúde associados ao tratamento da COVID-19; ii) mapeamento em diversas escalas da distribuição de casos, óbitos, difusão e tendências espaciais da doença; iii) mapeamento das vulnerabilidades e territórios que possivelmente sofreriam mais impactos com o espalhamento da doença; iv) discussões sobre a importância das redes e regiões no entendimento da espacialização da doença e nas ações de enfrentamento; v) discussões dos impactos da pandemia nas políticas públicas que se materializam no espaço geográfico; vi) reflexões sobre as políticas de enfrentamento da pandemia nas escalas local, regional, nacional e mundial (BEZERRA, 2020, p. 137-138).

As medidas mundiais tomadas para controlar a transmissão da COVID-19, entre elas, o isolamento, o distanciamento social, fechamento do comércio e de escolas tiveram consequências socioeconômicas amplas e profundas até para países com estrutura mais resilientes (BERKHOUT *et al*, 2021) com aumento concomitante da desigualdade em praticamente todos os países do mundo.

No início, por se tratar de uma doença até então desconhecida e com poucas evidências científicas, as respostas das autoridades mundiais foram se aperfeiçoando ao mesmo tempo em que se passava pela pandemia. Com isso, são possíveis e compreensíveis os erros durante o processo, assim como o reconhecimento e o aperfeiçoamento dos atos das autoridades a partir do surgimento de novas evidências, porém, (BERKHOUT *et al*, 2021, p. 10) “como a história vai lembrar o que os governos fizeram em resposta à pandemia é um capítulo ainda a ser escrito”.

O MS, ao publicar o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19 em fevereiro de 2020, destacou sobre a disponibilidade limitada de

conhecimento sobre a doença, sendo este um fator crucial para o apoio na tomada de decisões. Portanto, o “[...] risco é avaliado e revisto periodicamente, tendo em vista o desenvolvimento de conhecimento científico e situação em evolução, para garantir que o nível de resposta seja ativado e as medidas correspondentes sejam adotadas” (BRASIL, 2020bf, p. 5).

No Brasil, assim como no mundo, a doença apresentou realidades diferentes de transmissão, nesta mesma fundamentação, é feita a analogia de que todos os seres humanos estão vivendo ao mesmo tempo uma pandemia, porém, cada um dentro de sua realidade, não sendo um evento democrático, “estamos todos flutuando no mesmo mar, mas é evidente que alguns estão em super iates, enquanto outros se agarram aos escombros à deriva. – Antonio Guterres, secretário geral da ONU” (BERKHOUT *et al*, 2021, p. 33).

Em algumas destas realidades, observa-se que o dinheiro fez diferença para se estar vivo e a ausência deste trouxe e traz o oposto, em outras, a pandemia nivelou a humanidade à apenas seres humano sem distinção de classe social, gênero e de cor de pele, pois o dinheiro não foi suficiente para se ter a garantia da vida.

Continuando nesta perspectiva de realidades diferentes, um estudo elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em abril de 2020, aborda os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados em relação às medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19. O estudo trouxe algumas propostas para o aperfeiçoamento da ação pública para este grupo, tendo em vista que tais medidas não produzem efeito uniforme sobre a população. Isso porque os “[...] grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofram em intensidade desproporcional os efeitos adversos e a desatenção das medidas adotadas para o enfrentamento à crise” (PIRES, 2020, p.7).

É evidente que no mesmo grupo de vulneráveis exista aqueles que já estavam nesta condição antes da chegada da pandemia, e há aqueles que se tornaram vulneráveis posteriormente, decorrente da crise instaurada pela doença e que infelizmente pela necessidade econômica não podem se beneficiar das medidas protetivas do distanciamento social.

Ocupando a sexta posição de país mais desigual no ranking da desigualdade social no panorama internacional, mesmo sendo um dos maiores produtores de alimentos do mundo, concentrando 50% da riqueza nas mãos de 100 pessoas, o Brasil vivencia a situação da saúde e economia se deteriorando (BERNARDES; ARRUZZO; MONTEIRO, 2020).

Para Souza (2020a), Campos (2020) e Loyola (2020) esta crise não foi deflagrada, mas, intensificada, a pandemia da COVID-19 aumentou em níveis alarmantes o desemprego e as desigualdades sociais, antes invisíveis e camufladas, porém, para os autores é o capitalismo que estabeleceu as bases sociais para a pandemia sendo a raiz destes problemas.

Sem a intenção de ressaltar um sistema econômico ou político em detrimento de outro, mas com o propósito de refletir sobre a realidade atual, o capitalismo tem na sua essência as desigualdades sociais por considerar sempre o lucro em detrimento dos valores humanos, como a equidade social e a preservação da natureza, no capitalismo o enriquecimento é concentrado nas mãos de poucos e há um aumento exorbitante do empobrecimento (SOUZA, 2020b), realidade gritante na atualidade em que a economia prevalece acima da vida, [...] “o que é produzido é desigualmente distribuído” (BERNARDES; ARRUIZZO; MONTEIRO, 2020, p. 191).

Para Santos *et al* (2020a) e Berkhout *et al* (2021), grupos historicamente vulneráveis, marginalizados e oprimidos em todo o mundo, como mulheres, afro descendentes, povos indígenas, negros e negras, moradores de rua e população privada de liberdade, têm sofrido ainda mais com os impactos particularmente graves da pandemia da COVID-19 dentro da nossa sociedade desigual, inclusive com maior risco de óbito.

Em eventos como a crise da COVID-19, não serão os bilionários que pagarão a conta, mas os mais pobres, desde a maior possibilidade de morrerem decorrente da falta de acesso a recursos para cuidado e tratamento da saúde a morte em detrimento da fome, (BERKHOUT *et al*, 2021, p. 14) “a pandemia afetou muito mais as pessoas que vivem na pobreza do que os ricos”.

Em um relatório produzido pela Oxfam Brasil, uma rede global que busca soluções para o problema da pobreza, desigualdade e da injustiça, por meio de campanhas, programas de desenvolvimento e ações emergenciais, criada no Brasil em 2014 para a construção de um país mais justo, sustentável e solidário, a organização descreve a COVID-19 como o vírus da desigualdade.

Em apenas nove meses, os 1.000 maiores bilionários do mundo tiveram suas finanças recuperadas aos níveis pré-pandêmicos, enquanto os mais pauperizados terão mais de uma década para se recuperar, desde o início da crise. O aumento da riqueza dos dez maiores bilionários é mais que suficiente para garantir a vacina contra a COVID-19 para todos e evitar que qualquer um caia na pobreza, se homens e mulheres tivessem igualdade no mercado de trabalho, principalmente em setores atingidos pela crise, 112 milhões de mulheres não teriam risco de perderem seu emprego e renda, a crise da pandemia atingiu um mundo que já era extremamente desigual (BERKHOUT *et al*, 2021).

Para Oxfam Brasil, os governos mundiais (BERKHOUT *et al*, 2021) tem a possibilidade, mesmo que pequena, da oportunidade de uma economia justa, inclusiva e mais igualitária após a COVID-19, ao transformar o sistema econômico atual.

Em um estudo realizado por Estrela *et al* (2020, p.3431) que teve como objetivo refletir os impactos da COVID 19, considerando gênero, raça e classe, “revelou que estes marcadores se apresentam enquanto condição vulnerável à exposição da COVID-19 nos mais diversos cenários mundiais”, para os autores o que é verificado não é o risco comum a todas as pessoas de serem infectados com o vírus, mas, os impactos sentido pelos indivíduos quando comparado ao tipo de gênero, raça e classe social, considerando:

À classe, observa-se que o baixo nível de escolaridade associado à pobreza extrema tem impacto direto no descumprimento às instruções de saúde pública, pois a população de baixa renda tem que escolher entre ficar em casa e cumprir os protocolos de isolamento, ou passar fome [...]. Quanto ao gênero um exemplo desse público são os homens com altas taxas de incidência da doença, o que pode guardar relação com a provisão de seus lares. Pouco se discute quanto ao impacto de gênero frente ao surto do Covid-19, na qual observamos uma posição de neutralidade das políticas públicas, como se homens e mulheres fossem infectados e afetados igualmente [...]. Quanto a raça, essas diferenças são evidências de um racismo estrutural que dificulta a vida de negros e negras desde o acesso a testes para detecção do vírus até o tratamento da infecção, facilitado por poder, dinheiro e prestígios que podem aliviar as consequências da doença. Quanto aos moradores de rua, viver nesta situação expõe a inúmeras situações adoecedoras, sendo mais latente na pandemia. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somado ao preconceito, reflete em impactos ainda maiores. Observa-se que quando pacientes se apresentam nos departamentos de emergência e em hospitais com sintomas de COVID-19, suas queixas podem ser minimizadas, o que ratifica a dificuldade na manutenção da saúde. Esta população é muitas vezes excluída socialmente, o que acabam por cercear uma gama de direitos concernentes ao ser humano (ESTRELA *et al* 2020, p. 3434).

É possível identificar que os determinantes sociais, além das características de patogenicidade do vírus, são fatores que contribuem para a rápida disseminação do SARS-COV-2 (ESTRELA *et al* 2020).

Em alguns atendimentos (via telefone) realizado pela equipe de monitoramento dos casos positivos de COVID-19 em Araguaína-TO, pôde-se observar esta realidade, os protocolos adotados pelo MS sobre isolamento domiciliar não atendiam a realidade do ambiente de indivíduos de classe social pauperizadas, ou de moradores de rua. Como isolar em um quarto com banheiro individualizado um paciente positivo que mora em um único cômodo com dez pessoas, ou o que nem possui uma casa? Como ter uma boa alimentação e ingestão hídrica adequada durante a doença, se o indivíduo não tem água tratada nem condições de comprar o básico? Como um homem, chefe de família, trabalhador da economia informal, um dos mais vulneráveis economicamente neste cenário pandêmico, vê sua família com fome e não sai para trabalhar mesmo com resultado positivo para a COVID-19?

Muitas pessoas têm a opção de ficar em casa, sem que isso prejudique sua alimentação, seu bem-estar, seu salário no fim do mês, mas como dizer “fique em casa”, termo este usado

mundialmente que depois passou a ser “se puder fique em casa”, para aqueles que nem se quer possuem uma casa? Ano escolar perdido para crianças, para adolescentes e para jovens que não estudam em uma escola particular e que não tem a condição de ter um computador com internet em casa, e um pai ou uma mãe para ensinar e auxiliar em cada tarefa.

Na saúde expôs o sucateamento e subfinanciamento do sistema de saúde, na educação privou principalmente países mais pobres de terem aulas, no trabalho milhões de pessoas perderam sua renda (BERKHOUT *et al*, 2021).

Estamos experimentando um evento mundial de uma doença sem regras, (BEDOYA, 2020) com maior registro de óbito em grupos de pessoas já vulneráveis por outras patologias, as comorbidades por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e câncer, e em casos de indivíduos com maior idade e multimorbidades.

Temos a tríade, pandemia da COVID-19, epidemia de inúmeras outras doenças anteriores à COVID-19 e problemas sociais. Nesta perspectiva, o estudo de Merrill Singer, antropólogo e médico americano, aponta um questionamento ao criar o termo *sindêmia* na década de 1990, estamos vivendo ou viveremos uma possível *sindêmia*?

Em outras palavras,

[...] uma *sindêmia* é um conjunto de epidemias entrelaçadas e mutuamente intensificadas envolvendo interações de doenças em nível biológico que se desenvolvem e são sustentadas em uma comunidade/população por causa de condições e conexões sociais prejudiciais (SINGER; CLAIR, 2003, p. 429).

Ao observar o cenário global com a pandemia, sua relação com a abordagem *sindêmica* deve ser admitida (BEDOYA, 2020), não se trata simplesmente de trocar uma terminologia, mas de entender o cenário a partir de uma visão integrada e holística para encontrar soluções e resultados mais adequadas, entendendo que o contexto social, os fatores estruturais, as condições subjacentes da população são fatores que devem ser observados e alterados, com risco da humanidade experimentar cada vez mais situações de pandemias se simplesmente tratar o problema sem procurar sua raiz (OBSERVATÓRIO DA CIDADE RESILIENTE, 2021).

Em uma declaração conjunta realizada em 13 de outubro de 2020 entre a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (IFAD) e OMS, fica evidente que a pandemia trouxe um cenário socioeconômico avassalador, com risco eminente de milhares caírem na extrema pobreza e na subnutrição, intensificando ainda mais a

insegurança alimentar atualmente estimada em quase 690 milhões, podendo aumentar em até 132 milhões no final de 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020r).

Para Silva (2020a), Freitas e Pena (2020) no Brasil antes mesmo deste cenário epidemiológico, já se vivia a omissão do Estado quanto o enfrentamento das desigualdades e insegurança alimentar, pobreza e insegurança alimentar são amantes, ligadas por uma questão política, como afirma Josué de Castro (1965) em seu livro a geografia da fome, referência nacional e internacional sobre a temática. Para Freitas e Pena (2020),

[...] a fome como um tema político, é produto histórico da desigualdade social e econômica como: falta de terra para garantir a sobrevivência; falta de saneamento básico, pois a vida sobre esgotos abertos propicia sinergismo entre parasitas e estado nutricional provocando desnutrição crônica principalmente em menores de cinco anos, uma vez que estão em pleno desenvolvimento; renda insuficiente; desemprego e subemprego entre outros problemas sociais. O desemprego é como uma sombra que cobre o caminho, e resulta no medo de ser invadido pela fome e a morte (Freitas e Pena, p. 37, 2020).

Na pandemia, em meio aos grupos que vivem “em condições de extrema vulnerabilidade encontram-se os famintos (sendo os negros os mais atingidos)” (FREITAS; PENA, p. 38, 2020). Ao contrário do que muitos pensam biologicamente a fome se manifesta tanto pela desnutrição como pela obesidade (SIPIONI *et al*, 2020).

Com o advento da pandemia os riscos para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a fome dos brasileiros que já vinham se apresentando desde 2016, tende a apresentar-se em maior gravidade, com risco de o brasileiro morrer por falta do que comer, com fome é impossível atender o clamor do fique em casa (SILVA *et al*, 2020b).

Com o intuito de assegurar a manutenção da segurança alimentar dos alunos matriculados, que para muitos antes da pandemia a merenda escola era a única refeição diária, o governo federal alterou a Lei 11.947/2009 e incluiu, pela Lei nº 13.987/2020, o Art. 21, que passou a vigorar com o texto a seguir:

Art. 21-A. Durante o período de suspensão das aulas nas escolas públicas de educação básica em razão de situação de emergência ou calamidade pública, fica autorizada, em todo o território nacional, em caráter excepcional, a distribuição imediata aos pais ou responsáveis dos estudantes nelas matriculados, com acompanhamento pelo CAE, dos gêneros alimentícios adquiridos com recursos financeiros recebidos, nos termos desta Lei, à conta do Pnae (BRASIL, 2020ai, s/p).

Medidas como esta são importantes para minimizar a fome, porém, para Sipioni *et al* (2020) são incapazes de suprir a necessidade real de um lar faminto, pois, a quantidade é

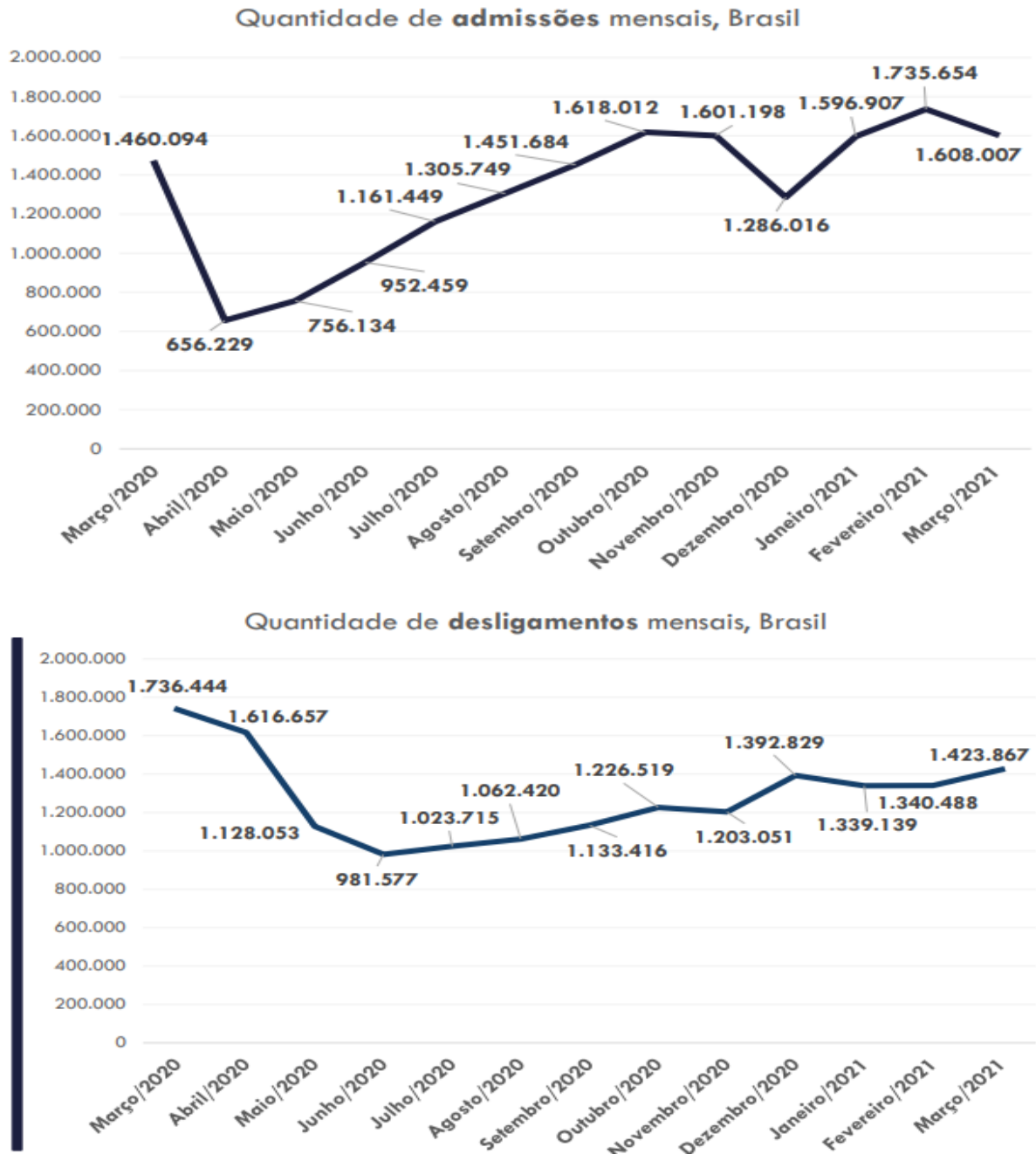
distribuída com cálculo no que o estudante comeria por dia, por muitas vezes ser a única refeição da família este alimento é dividido entre todos.

Neste cenário, encontram-se as empresas, com risco de fecharem suas portas, e em consequência 3,3 bilhões de pessoas com o risco de perderem seus meios de subsistência. Abuso e exploração da mão de obra dos já anteriores vulneráveis, trabalhadores informais, mulheres, crianças, imigrantes e trabalhadores com idade avançada (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020). No Brasil, um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) em setembro de 2020 mostrou que no primeiro trimestre da pandemia:

A renda individual do trabalho do brasileiro, aí incluindo segmentos formais, informais e desocupados, apresentou queda média de 20.1%. A renda trabalhista da metade mais pobre da distribuição caiu 27.9% contra 17.5% para os 10% mais ricos brasileiros. Os principais grupos sociais perdedores da crise foram os indígenas (-28.6%), os analfabetos (-27.4%) e os jovens entre 20 e 24 anos (-26%) (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 2020, s/p).

Dados apresentados pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), (Ilustração 4), criado como registro permanente de admissões e dispensa de empregados, sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), revelou que em um ano de pandemia no BRASIL, de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, o mês de março de 2020 foi o que apresentou a maior taxa de trabalhadores desligados, com 1.731.925, e o mês de abril de 2020 com menor número de trabalhadores admitidos 654.063, junho de 2020 foi o que apresentou a menor taxa de desligamento, com 978.060, fevereiro de 2021 foi o mês com maior número de admissões, contabilizando 1.694.604 (BRASIL, 2021c). Importante lembrar que um grande número de contratos de trabalhadoras domésticas fora finalizado decorrentes de estas utilizarem transportes coletivos, e serem vistas como vetores de transmissão da COVID-19, deixando à míngua mulheres de baixa renda e escolaridade (DIEESE, 2020).

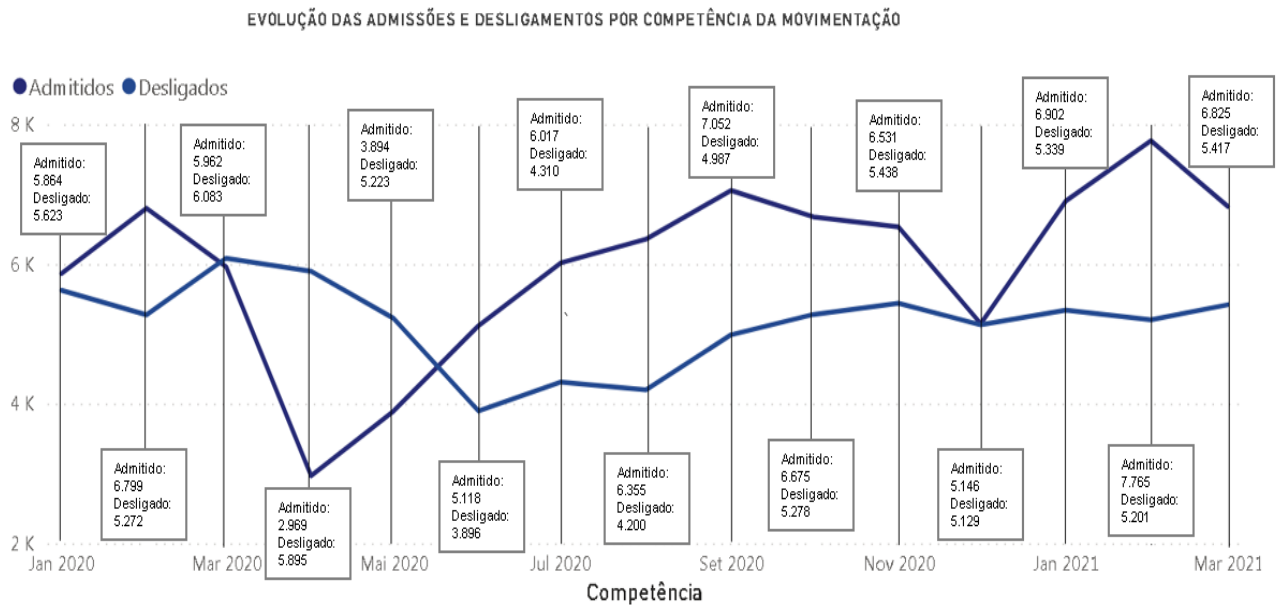
Ilustração 4 - Evolução das admissões e desligamentos por competência da movimentação no Brasil entre março de 2020 a março de 2021.



Fonte: Painel de informações do novo CAGED, 2020, s/p.

Seguindo a média nacional, no estado do Tocantins (Ilustração 5) o mês de março de 2020 foi o mês com o maior número de desligados, contabilizando 6.047, abril de 2020 o mês com menor número de admissões, com 2.960, o mês de junho de 2020 foi o que apresentou o menor número de trabalhadores formais desligados, com 3.873, e fevereiro de 2021 foi o mês com maior número de admitidos, com 7.595 (BRASIL, 2021c).

Ilustração 5 - Evolução das admissões e desligamentos por competência da movimentação no Tocantins entre março de 2020 a março de 2021.



Fonte: “Adaptado de” Painel de informações do novo CAGED, 2020, s/p.

Tanto os dados nacionais quanto os dados do estado do Tocantins, fevereiro de 2021 apresentam um crescimento do emprego celetista (BRASIL, 2021c), dado importante diante de tantas perdas, primeiramente humana, e segundo na renda da grande parcela da população, porém, estes dados se limitam aos trabalhadores formais, não mostrando a realidade dos trabalhadores informais.

Quando focamos nos trabalhadores informais, que dependem da rua pra sobreviver, e que estão expostos devido à natureza do trabalho pessoa-pessoa e da troca de dinheiro, como, os guardadores e lavadores de carro e vendedores ambulantes, a crise é ainda mais profunda, devido já viverem em desvantagem social antes da COVID-19, pois grande parte desta população não tem uma boa alimentação, boas condições de saúde, higiene, moradia própria, o que os torna ainda mais vulnerais economicamente e com maior risco de exposição ao contágio, adoecimento e morte decorrente da COVID-19 (BERKHOUT *et al*, 2021).

“É notório que para milhões de pessoas no Brasil que sobrevivem no subemprego e vivem com menos de R\$145,00, garantir boa alimentação, boas condições de higiene, saúde e isolamento social se trata de uma tarefa muito difícil” (CALMON 2020, p.134).

Como forma de minimizar os efeitos econômicos para os grupos vulneráveis, foi criado pelo governo federal o Auxílio Emergencial, promulgado pela Lei nº 13.982, de dois de abril de 2020, um benefício financeiro, pago inicialmente por três meses, a contar da publicação da

lei, destinado aos trabalhadores informais, Microempreendedores Individuais (MEI), autônomos e desempregados, com objetivo de fornecer proteção social no período de enfrentamento à crise causada pela COVID 19, sendo o valor do benefício de R\$ 600,00 (seiscentos reais), e R\$1.200,00 (mil e duzentos reais) para as famílias onde a mulher seja a única responsável pelas despesas da casa (BRASIL, 2020aj).

O auxílio foi finalizado no mês de junho de 2020, e iniciado novamente em setembro de 2020, por meio da Medida Provisória n° 1.000, de dois de setembro de 2020, que instituiu o auxílio emergencial residual, pago em até quatro parcelas mensais no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais).

Sendo esta uma importante política de transferência de renda, a distribuição do auxílio ocorreu dentro dos mesmos critérios para todo o país, estados brasileiros como a região nordeste, uma das mais pobres, o auxílio teve maior abrangência na distribuição, enquanto que em Santa Catarina 30% da população foi beneficiada, no Maranhão 70% da população foi contemplada com o auxílio. De acordo com pesquisas recentes do IBGE, o auxílio emergencial foi capaz de levar o nível de pobreza e desigualdade para os menores patamares, elevando a distribuição de renda durante a pandemia (MONTE, s/d).

O Decreto Legislativo de n° 6, de 20 de março de 2020, que reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública no país, com efeitos até 31 de dezembro de 2020, findou juntamente com o auxílio emergencial.

Perdurando no ano de 2020, de abril a junho e de setembro a dezembro, no ano de 2021 de janeiro a março o auxílio foi ofertado para a população mais vulnerável decorrente da pandemia. As mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal aprovaram a Emenda Constitucional n° 109, de 15 de março de 2021, com alteração de alguns artigos da Constituição Federal para que fosse possível à realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentamento as consequências sociais e econômicas da pandemia da COVID-19.

No dia 18 de março de 2021, o Presidente da República institui por meio da Medida Provisória n° 1.039, o auxílio emergencial de 2021 para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente da COVID-19, a ser pago em quatro parcelas mensais, no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) aos trabalhadores beneficiários do auxílio emergencial de que tratam o art. 2° da Lei n° 13.982⁴³, e do auxílio emergencial residual de que trata a Medida Provisória n° 1.000 (BRASIL, 2021d).

Seja pelo auxílio emergencial ou outra forma de transferência de renda, estas estratégias são de suma importância no atual contexto pandêmico para mitigar os danos sociais e econômicos da população brasileira (MONTE, s/d). Este incentivo de extrema importância foi necessário, porém isolado foi incapaz de suprir as necessidades dos mais vulneráveis, o valor de R\$ 250,00 foi muito longe de ser o ideal para abastecer um lar com necessidades básicas como, água, energia, gás, alimentação e para muitos o aluguel.

Outra estratégia do governo federal para diminuir os danos foi o Disque 100, canal de denúncias de violação de direitos humanos já existente antes da pandemia, que abriu no dia 27 de março de 2020 uma linha específica para denúncias de violações dos direitos humanos relacionadas à COVID-19, disponibilizado, também, para brasileiros que residem no exterior, sendo disponível em 50 países. As principais violações registradas pelo Disque 100 foram: exposição de risco à saúde, maus tratos e ausência de recursos para sustento familiar decorrentes do impedimento ao deslocamento e ao acesso a locais e a espaços públicos e privados, nas primeiras semanas da quarentena o canal registrou um aumento de 9% no número de denúncias sobre violência contra a mulher (BRASIL, 2020ag; 2020ah).

A Defensoria Pública da União (DPU), com o objetivo de receber pela população denúncias sobre quaisquer violações pelo poder público decorrente da COVID-19, criou o Observatório Nacional COVID-19. Tais denúncias na área da saúde, da previdência social, da assistência social, de moradia e de outros direitos afetados pela pandemia são registradas para embasar atuações coletivas da DPU e propiciar à instituição o conhecimento das demandas sociais atinentes à pandemia (DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, 2020).

Para Vieira, Garcia e Maciel (2020) estas ferramentas são de extrema importância, considerando que as medidas adotadas para contenção do vírus trouxeram consequência como a redução do acesso aos serviços de apoio para estas vítimas, na área de assistência social, segurança pública, justiça e saúde.

⁴³I - Seja maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo no caso de mães adolescentes; (Redação dada pela Lei nº 13.998, de 2020). II - Não tenha emprego formal ativo; III - não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§ 1º e 2º, o Bolsa Família; IV - cuja renda familiar mensal per capita seja de até 1/2 (meio) salário-mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos; V - que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e VI - que exerça atividade na condição de: a) microempreendedor individual (MEI); b) contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do caput ou do inciso I do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 ; ou c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20 de março de 2020, ou que, nos termos de autodeclaração, cumpra o requisito do inciso IV (BRASIL, 2020, s/p).

Quanto ao aumento no número de denúncias sobre violência contra a mulher no disque 100, estas podem inclusive bater novos recordes diariamente, se dar principalmente pela alteração da rotina dos indivíduos, pela necessidade do isolamento domiciliar, e maior tempo de permanência do(a) agressor(a) no lar, tornando este, um lugar de dor, medo e violência.

Foi observado que a sobrecarga doméstica das mulheres aumentou com a COVID- 19, decorrente de uma exacerbação de cuidados a mais que precisaram realizar com as crianças, idosos e familiares, para prevenir o contágio com a doença, e são geralmente estas as cuidadoras quando os membros familiares adoecem fato que as colocam em maior exposição para adquirir a COVID-19 (ONU MULHERES BRASIL, 2020; BERKHOUT *et al*, 2021), outra situação foi o aumento da violência doméstica “restrições de movimento, limitações financeiras e insegurança generalizada encorajam os abusadores, dando-lhes poder e controle adicionais” dificuldade o rompimento das relações abusivas (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2020, s/p).

No estado do Tocantins, quando comparado o primeiro trimestre de 2020 em relação ao mesmo período de 2019, constata-se um aumento de 300% nos casos de feminicídios, a consequências mais grave de violência contra a mulher (OKABAYASHI, 2020).

Diante desse cenário, novas leis foram elaboradas buscando a proteção da mulher vítima de violência durante a pandemia de COVID-19 como, a PL 1.796/2020, que reconhece a urgência dos processos e que não sejam suspensos os atos processuais em causa relativas a violência doméstica e familiar; e a PL 1.798/2020, que permite que o registro de ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher possa ser realizado pela internet ou número de telefone de emergência (OKABAYASHI, 2020, p.4512).

Outra medida adotada no Brasil e no mundo para mitigar os impactos da doença foi a ampliação da capacidade de atendimento dos serviços de saúde, gerando uma contratação em massa de trabalhadores de diferentes formações profissionais, além dos profissionais de saúde, aqueles essenciais para o funcionamento do serviço como: recepcionistas, digitadores, motoristas, faxineiros, entre outros.

Para Sá, Miranda, Magalhães (2020) e Loyola (2020) a pandemia revelou também contradições, antes, de pensamentos como a eficiência do setor privado e da inépcia do setor público, como o SUS e seus profissionais, que passaram de precário e ineficaz, para depósito de esperança, salvação e de heróis, sobretudo dos não médicos, trouxe a luz a importância do sanitarista e dos cientistas.

Todas as situações das condições sociais apresentadas até o momento levaram a mais uma reflexão, de que “tanto o viver quanto o morrer devem ser amparados pela dignidade”

(SANTOS *et al*, 2020b, p. 2), contudo diante da COVID-19 grande parcela da população não provou e não provara desde princípio amparado pela Constituição Brasileira de 1988.

Pôde-se observar que algumas medidas paliativas vêm sendo tomadas pelo governo brasileiro para mitigar os impactos da pandemia na nossa nação, porém, as dificuldades enfrentadas pelo governo nas três esferas de gestão, federal, estadual e municipal, são oriundas das próprias decisões tomadas e não tomadas por estes, antes deste contexto epidemiológico, e atualmente pela falta de organização individual dentro das suas esferas de competência e da organização coletiva, com união das três esferas.

Hoje se vive no Brasil as consequências destas decisões, não dá pra fazer muito em situações já caóticas preexistente, não dá pra mudar uma realidade de desigualdade, fome, violência e preconceito que se estende a longos anos na nossa nação ao mesmo tempo em que se vive uma pandemia, mas é possível que a partir deste momento, se prolifere ideias e debates inovadores e instigantes a respeito.

Porém, por mais que os governantes mundiais procurem estratégias e se esforcem para diminuir estes impactos sociais e econômicos provocados pela COVID-19, teremos uma trajetória de anos para nos recompor como mundo, precisaremos assim nos unir com estratégias de inovação, [...] “um projeto de sociedade em que a tragédia social não seja o nosso normal” (CALMON 2020, p.134).

Diante de toda a crise da pandemia da COVID-19, a Oxfam identificou 5 passos em direção a um mundo melhor: 1. Um mundo profundamente mais igualitário e que saiba o que é importante; 2. Um mundo em que as economias se importem com as pessoas, em que renda, gênero ou raça não determinem a saúde ou a educação das pessoas; 3. Um mundo sem exploração e com segurança financeira, com salários dignos, estabilidade no trabalho, com direitos trabalhistas, auxílio-doença, licença parental paga e seguro-desemprego; 4. Um mundo em que os super ricos paguem uma quantia justa de impostos; 5. Um mundo com segurança climática (BERKHOUT *et al*, 2021).

4 AS CONDIÇÕES PSICOSSOCIAIS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID 19: DEJOURS COMO SEGUNDA CHAVE DE LEITURA

Desde os primórdios, o trabalho ocupa um significado cultural e social na vida do ser humano, variando de acordo com o contexto histórico. Ao longo do processo civilizatório as mudanças da sociedade no campo político, econômico, tecnológico e social, têm levado a uma transformação do modo de produção, sobrevivência e nos significados da identidade social do sujeito na relação binômio entre homem-trabalho.

A palavra trabalho carrega vastos sentimentos, tendo em várias culturas mais de um significado, no português a palavra trabalho se origina do latim, *tripalium*, este um instrumento de três paus aguçados, com pontas de ferros que os agricultores usavam para bater o trigo, milho e tecido de linho (ALBORNOZ, 2004).

Há uma segunda definição para a palavra, alguns dicionários definem *tripalium* como instrumento de tortura, o que de fato poderia ser desde a sua criação ou se tornado posteriormente, podendo inclusive esta segunda definição estar associado ao próprio trabalho, relativo aquele que sofre que é atormentado (ALBORNOZ, 2004; LHUILIER 2013). Estudos supõem que a “palavra trabalho se refere à passagem pré-histórica da cultura da caça e da pesca para a cultura agrária baseada na criação de animais e no plantio” (ALBORNOZ, 2004, p.8).

Podem-se caracterizar diversas práticas como trabalho, o trabalho doméstico, os trabalhos acadêmicos, a penosidade de uma situação, o trabalho de parto, contudo, o trabalho aqui estudado é aquele onde o indivíduo executa dentro do universo de possibilidades de sua inserção (formal ou informal), por meio de sua profissão, formação e capacidade, uma atividade remunerada.

Para Gorz (2007) o que chamamos, conhecemos e praticamos de trabalho é uma invenção da modernidade, oriunda da Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra no final do século XVIII, sendo uma das características mais importantes, provocadas pelo trabalho no indivíduo, a existência de uma relação e identidade social. Gorz (2007, p. 21) afirma que “a sociedade industrial pode perceber a si mesma como uma “sociedade de trabalhadores”, distinta de todas as demais que a precedem”.

Para Vernant (1989), Lopes (2009) e Dourado *et al* (2009) no período anterior à industrialização, o trabalho não ocupava um valor social na vida do ser humano, antes era considerando um fardo necessário à sobrevivência, indigno aos homens livres, as relações não eram estabelecidas mediante o vínculo do ofício, mas, mediante a política.

Na fase inicial da indústria não existia leis que protegessem a saúde dos trabalhadores, era ausente um método de gestão, sendo usado o modelo militar de iniciativa e incentivo como forma de organizar os trabalhadores, as atividades passaram a ter uma divisão técnica decorrente da operação das máquinas. A revolução industrial trouxe grandes transformações econômicas e sociais na Europa e, por conseguinte em todo mundo, no início havia uma precarização do trabalho dentro das indústrias, gerando imensos impactos negativos para a saúde dos trabalhadores, incluindo nestes, as crianças a partir dos quatro anos de idade (GOMES; PENA, 2011).

Ao longo de todo o processo da revolução industrial fomentada pelo bojo do capitalismo, a exploração era intensa do homem que detinha o capital para com os homens que não o detinham, diante da situação deplorável, os trabalhadores iniciaram na primeira metade do século XIX, lutas sociais, sendo no século XX os direitos sociais efetivados na obrigatoriedade do estado em proteger os que não tinham condições econômicas para sobreviver (MIRANDA, 2012).

Vale destacar que todo este processo de industrialização e lutas sociais dos trabalhadores ocorreu em tempos diferente mundialmente, no Brasil, os direitos sociais e econômicos foram conquistados a partir da lei que permitiu a organização sindical, de 1903, sendo vários direitos garantidos mediante a Constituição Brasileira de 1934, posteriormente em 1943 com a aprovação da CLT, e mais recentes, a Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a Reforma Trabalhista Lei 13.647/2017⁴⁴ e as normas esparsas posteriormente com a temática (MIRANDA, 2012).

O que se observa, nesta linha história de lutas e conquistas de direitos dos trabalhadores, é que direitos adquiridos tão arduamente estão cada vez mais em processo de egresso, fato notado com a aprovação da Lei 13.647/2017, que mais tirou direitos do que contribuiu com melhorias para a classe trabalhadora.

⁴⁴A LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017, alterou a CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, um dos argumentos para as mudanças foi a geração de mais empregos, promessa que até o momento (julho 2021) não foi sentida. “As alterações nas relações de trabalho são as mais diversas, já que a Reforma Trabalhista alcançou institutos como a jornada de trabalho, a contribuição sindical, a liberdade de negociação, a fixação de indenizações por danos morais e, de forma peculiar, o contrato de trabalho como tradicionalmente concebido, ao possibilitar a contratação intermitente, sem as garantias mínimas que uma relação de emprego proporciona, sem segurança jurídica e a proteção ao trabalhador” (PEREIRA; CASTRO, 2020, p.417). A mudança levou a uma gama de perdas dos direitos dos trabalhadores ampliando o poder do empregador inclusive na negociação com o empregado, por meio da disputa de ganhos, a reforma reduz os custos com a mão de obra no país, colocando o trabalhador como uma mercadoria, desprezando toda a dignidade humana, levando a uma precarização de direitos dos trabalhadores, desemprego e miséria do povo (PEREIRA; CASTRO, 2020, p.417).

Dentro do trabalho contemporâneo (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010) é notório uma combinação entre banalização da injustiça social, com uma naturalização do trabalho precário, e a violência no trabalho (principalmente, a violência psicológica), destruição ambiental, com direitos sociais conquistados e práticas organizacionais cada vez mais em retrocesso, todos estes fatores levam ao sofrimento e adoecimento, configurando o trabalho como patogênico.

Para Albornoz (2004) o indivíduo contemporâneo tem cada vez mais uma alma de operário, colocando o sentido da vida no trabalho.

Para Silva *et al* (2016, p. 2),

Esta centralidade do trabalho na vida do homem media também a construção da identidade e a saúde, tanto física como psíquica dos trabalhadores, mas que, para Dejours (1992), também se transforma na “porta de entrada para o sofrimento” e potencializa o adoecimento dos indivíduos (SILVA *et al*, 2016, p. 2).

Portanto, o trabalho é uma importante ferramenta na construção da saúde do homem, porém, também tem a capacidade de colocá-la em risco e provocar o adoecimento. “Assim, o trabalho possibilita o processo de formação do indivíduo, em sua produtividade técnica, política, cultural, estética e artística envolvendo a subjetividade” (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p. 1108).

Logo, o trabalho na vida do ser humano exerce grande influência, traz o sentimento de utilidade, contribuição e quando remunerado, proporciona a sobrevivência e a inserção social, produz uma identidade no sujeito, o labor, quando não patológico, propicia bem-estar e prazer, Dejours aponta que “trabalhar não é apenas produzir, é também produzir-se a si mesmo” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 41).

Dado esta importância e centralidade,

Todos os estudos epidemiológicos o mostram: a privação de trabalho, demissão, o desemprego de longa duração aumentam consideravelmente o risco de descompensação psicopatológica, expressa por alcoolismo, toxicomania, depressão, violência, suicídio etc (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 31).

Com a pandemia da COVID-19, pôde-se observar o aumento do desemprego, levando o indivíduo ao sofrimento decorrente da centralidade que o trabalho ⁴⁵ocupa na vida do ser humano, porém, os profissionais de saúde e os trabalhadores essenciais invisíveis ⁴⁶que atuam

⁴⁵Acerca da centralidade do trabalho no mundo contemporâneo, citamos aqui o ator Robert Castel (2003).

⁴⁶Definidos neste estudo como trabalhadores invisíveis, são todos os profissionais que atuam ou atuaram na pandemia da COVID-19, fora do contexto hospitalar, são os profissionais de saúde de nível médio, técnico e

na saúde durante a pandemia puderam vivenciar o oposto da realidade da população geral ao serem contratados para desempenharem uma função remunerada.

No início da crise, estratégias foram adotadas pelo governo para enfrentamento da COVID-19, como a ampliação da rede de cuidados, instalações de hospitais de campanha, expansão dos já existentes, aquisição de ventiladores mecânicos e testes para COVID-19, reorientação dos protocolos de saúde (regulamentação da tele medicina) (CIMINI; JULIÃO; SOUZA, s/d) foi necessária portanto, a contratação de profissionais para a implementação do serviço.

Entretanto, na espera da efetivação das estratégias planejadas pelo governo, e da chegada destes novos trabalhadores, os profissionais e trabalhadores da saúde que já ocupavam uma função em instituições de saúde, com o início da pandemia, foram sobrecarregados pela onda de atendimento e de trabalho que tiveram que executar e em condições de uma realidade prévia a crise, ou seja, sem condições.

Durante a pandemia, os trabalhadores para atuarem na saúde se tornaram uma classe de profissão essencial, recebendo convites de trabalho, ligações para entrevista, *e-mail* do MS, e muitos conseguiram outros vínculos empregatício para complemento da renda familiar e desempregados puderam ter seu primeiro trabalho; a maioria destes com data de validade, pois, após a pandemia, poderá se observar um aumento significativo destes profissionais fazendo parte dos desfiliaados.

Este processo remete às definições de Robert Castel⁴⁷ (1997), ao ser observado como uma precarização do trabalho, para Castel a crise da sociedade salarial e as transformações ocorridas no mundo do trabalho levam a exclusão, o autor define quatro zonas de existência social,

A primeira, zona de integração: trabalhador estável, goza-se com suportes relacionais sólidos; segunda, zona de vulnerabilidade: há precariedade nas relações de trabalho e fragilidade nas relações sociais; terceiro, zona de desfiliação ou marginalizados: ausência de trabalho e isolamento social; quarto, zona de assistência: incapacidade de trabalho e terá quase sempre um suporte social (CASTEL, 1997, p. 23-24).

Deste modo, observa-se que, os profissionais e trabalhadores da saúde, contratados para atuarem na pandemia, vivem no momento na zona de vulnerabilidade social por causa da

superior, trabalhadores da saúde como: recepcionistas, motoristas, digitadores, programadores, telefonistas, coordenadores etc.

⁴⁷A teoria de Robert Castel é citada, porém, não é usada como base teórica para o trabalho por não ser o tema central da nossa investigação.

inserção de forma precária no mercado de trabalho, com o risco de evoluírem para a zona dos desfilados logo após a diminuição nos números dos casos de COVID-19, levando a uma ruptura do *status* social e a uma precarização econômica destes profissionais.

Além da ausência completa de vínculos, Castel (2015) também define o termo desfilado como a ausência de inserção do sujeito em estruturas portadoras de um sentido.

Para Castel (1997) a zona de vulnerabilidade, [...] é um espaço social de instabilidade, de turbulências, povoado de indivíduos em situação precária na sua relação com o trabalho e frágeis em sua inserção relacional. Daí o risco de caírem na última zona, que aparece, assim, como o fim de um percurso (CASTEL, 1997 p. 26)

Embora as análises de Castel (1998) tenham sido realizadas na França, no final do século XX, torna-se relevante pensar a nossa própria realidade brasileira, no tocante as vulnerabilidades sociais decorrentes da perda do trabalho.

Para maior compreensão dos estudos de Castel, no século XIX, na França, o trabalho assalariado era sinônimo de pauperismo, visão esta transformada no século XX, onde o trabalho passa a ser visto com maior centralidade na vida do homem, como sinônimo de integração dos indivíduos na sociedade, e “proteção social”. Sendo a sociedade francesa descrita como salarial, em 1970 inicia-se uma crise de desemprego em massa e instabilidade salarial, o que impactou diretamente a vida dos indivíduos assalariados, provocando nos desempregados o fim da integração e da inserção do indivíduo na sociedade, o desemprego e a precarização do trabalho (BRANDÃO, 2002).

Com a Reforma Trabalhista (Lei 13.647/2017), já citada anteriormente, a crise da pandemia COVID-19, temos hoje no Brasil, a realidade prática dos escritos de Castel em 1998 na França, o desemprego e a precarização do trabalho.

Para os que atuam na pandemia, são enfrentados pela maioria destes profissionais condições precárias, sobrecarga de trabalho e de carga horária, desvalorização salarial, ausência de insumos para proteção individual e coletiva, e para atendimento ao paciente, e tantos outros que se acentuaram com a chegada da COVID-19 (PEREIRA *et al*, 2021).

Desta forma, os profissionais da saúde, assim como a população geral, têm o risco de adquirir a doença, contudo, por causa da sobrecarga de trabalho, alimentação irregular, pouco descanso e preocupações, com o trabalho levam o organismo a diminuir suas defesas contra patógenos, deixando estes trabalhadores muito mais vulneráveis e suscetíveis a adquirir doenças psicológicas e físicas, entre elas a COVID-19.

Todos estes problemas de condições precárias de trabalho já eram denunciados por conselhos⁴⁸ e sindicatos⁴⁹ de classe, antes e durante a pandemia,

Os sindicatos de trabalhadores da saúde relatam o medo que paira, desde o início da pandemia, sobre todos os que trabalham nos hospitais, desde a área administrativa até os médicos. As incertezas são agigantadas pela ausência de preparação dos profissionais das equipes das diversas áreas. As entidades sindicais relatam que as denúncias feitas hoje fazem parte da ação sindical há muito tempo. Agora, assumem um grau dramático. Mesmo assim, é apenas por meio de ações judiciais que os sindicatos têm conquistado o afastamento de trabalhadores em grupo de risco, o fornecimento de EPIs e até mesmo o direito de negociação com os empregadores (sejam governos ou empresas privadas) (CAMPOS, s/d, p.9).

Estas denúncias só saíram da invisibilidade e ecoaram ao ponto de serem vistas pela sociedade, no momento em que toda a população precisou depender de um destes profissionais seja para atendimento de si ou para de um ente querido. É neste momento que os profissionais da saúde são vistos, homenageados, e chamados de heróis, “os heróis da grande mídia”.

Dados do MS da Estratégia de Informatização do Sistema Único de Saúde - Notifica (e-SUS Notifica) publicados no dia 13 de maio de 2020, três meses após o primeiro caso positivo de COVID-19 no Brasil revela a realidade da precariedade das condições de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde, foi contabilizado um total de 199.768 casos de COVID-19 registrados até a data citada, “[...] destes, 31.790 (15,9%) foram confirmados para a doença, 53.677 (26,9%) foram descartados por não atenderem aos critérios clínico-laboratoriais e 114.301 (57,2%) permaneceram em investigação” (BRASIL, 2020av, p. 10), 46,7% destes profissionais rediziam em São Paulo, em seguida Rio de Janeiro, Ceará, Amazonas e Bahia (BRASIL, 2020av).

⁴⁸O Movimento Unificado dos Servidores Públicos de Maceió conseguiu uma importante vitória na Justiça do Trabalho para garantir condições dignas e seguras de trabalho, a ação foi realizada pelo Sindicato dos Médicos em nome do Movimento Unificado dos Servidores Públicos de Maceió, do qual o SINDPREV-AL faz parte. Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/destaque-central/5496/justica-do-trabalho-obriga-prefeitura-de-maceio-a-fornecer-equipamentos-de-protecao-para-servidores>>.

Sindicatos reivindicam melhores condições de trabalho para servidores da saúde no Tocantins, disponível em: Disponível em: <<https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/sindicatos-reivindicam-melhores-condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-para-servidores-da-sa%C3%BAde-1.2017442>>.

Sintras-TO reivindica à Secretaria de Saúde de Palmas EPI's suficiente para proteção contra a COVID e contratação de profissionais. Disponível em: <<https://conexaoto.com.br/2021/03/12/sintras-reivindica-a-secretaria-de-saude-de-palmas-epi-s-suficiente-e-contratacao-de-profissionais>>.

⁴⁹Fantástico traz denúncias de falta de equipamentos de proteção, Conselho Federal de Enfermagem repassou denúncias à produção do Fantástico, em sigilo; casos chegam a 4 mil. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/fantastico-traz-denuncias-de-falta-de-equipamentos-de-protecao_78456.html>.

Conselho Federal de Medicina recebe milhares de denúncias sobre condições de trabalho nos hospitais. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/02/08/conselho-federal-de-medicina-recebe-milhares-de-denuncias-sobre-condicoes-de-trabalho-nos-hospitais.ghtml>>.

As principais categorias profissionais com diagnóstico positivo para COVID-19, como mostra a Tabela 2, foram “[...] técnicos ou auxiliar em enfermagem (68.250 ou 34,2%), seguida de enfermeiro (33.733 ou 16,9%), médico (26.546 ou 13,3%), recepcionista (8.610 ou 4,3%) e outro tipo de agente de saúde (5.013 ou 2,5%)” (BRASIL, 2020av, p. 10).

Tabela 3 - Categorias profissionais com diagnóstico positivo para COVID-19.

CBO	n	%
Técnico ou auxiliar em Enfermagem	68.250	34,2
Enfermeiro	33.733	16,9
Médico	26.546	13,3
Recepcionista	8.610	4,3
Outro tipo de Agente de Saúde	5.013	2,5
Agente Comunitário de Saúde	4.917	2,5
Gestores e Especialistas de Operações em Empresa, Secretarias e Unidades de Serviços de Saúde	4.888	2,4
Farmacêutico	3.444	1,7
Biomédico	3.253	1,6
Outros	36.935	18,5
Total	199.768	100

Fonte: “Adaptado de” Brasil, 2020at, p. 10.

A partir do BE de número 21, do dia oito de junho de 2020, referente à SE 27, compreendida entre o período de 28/06/2020 a 04/07/2020, o MS traz semanalmente o perfil de casos de SG suspeitos de COVID-19, os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG em profissionais de saúde, com a profissão estabelecida de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Com oito meses após os primeiros casos registrado da doença no Brasil, foram notificados no “[...] e-SUS notifica, 786.417 casos de SG suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde. Destes, 173.440 (22,1%) foram confirmados para COVID-19” (BRASIL, 2020ax, p. 36), as únicas alterações quanto às profissões foram dos agentes comunitários de saúde que passou a ocupar a quarta posição, e os recepcionistas que passaram a ocupar a quinta posição nas profissões mais notificadas com diagnóstico positivo para a COVID-19 (BRASIL, 2020ax).

Além dos profissionais de saúde, foram notificados trabalhadores que atuam na saúde como suporte, definido neste estudo de os invisíveis, entre eles o condutor de ambulância com 5.157 casos confirmados pela doença, operadores de telefonia com 1.435 casos, técnico em eletroeletrônica e fotônica atuando na área da saúde, com 308 casos, trabalhadores em registros e informações em saúde sendo 44 casos, técnicos em eletricidade e eletrotécnica, seis casos, técnicos de apoio à biotecnologia, três casos e técnicos de apoio à bioengenharia, dois casos (BRASIL, 2020ax).

No último BE Especial 44, o último com dados de 2020, publicado no dia seis de janeiro de 2021, referente à semana epidemiológica 53, que compreende o período entre 27/12/2020 a 02/01/2021 foram notificados até o dia dois de janeiro de 2021,

[...] 1.851.919 casos de SG suspeitos de covid-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica. Destes, 442.285 (23,9%) foram confirmados para COVID-19. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de SG por covid-19 foram técnicos/ auxiliares de enfermagem (148.007; 33,5%), seguido dos enfermeiros (67.072; 15,2%), médicos (48.859; 11,0%), agentes comunitários de saúde (22.599; 5,1%) e recepcionistas de unidades de saúde (17.649; 4,0%). [...] Os casos de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde foram 2.810 casos. Destes, 1.901 (67,6%) foram causados por covid-19 e 531 (18,9%) encontram-se em investigação. Dos 2.809 casos notificados de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde, 452 (16,1%) evoluíram para o óbito, a maioria (390; 86,3%) por covid-19. Dos óbitos por SRAG confirmados por covid-19, as categorias profissionais mais frequentes foram técnico/auxiliar de enfermagem (130; 33,3%), médico (82; 21,0%) e enfermeiro (51; 13,1%). O sexo feminino foi o mais frequente, com 243 (53,8%) óbitos registrados de SRAG em profissionais de saúde (BRASIL, 2021a, p.41).

Dados do mesmo boletim citado acima mostram que até dia dois de janeiro de 2021, profissões presentes neste estudo, como, recepcionistas ocupava a quinta posição em casos confirmados, foram 17.649 casos, na sétima posição ficaram os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, com 11.192 casos, 12º os condutores de ambulância, com 5.757 casos (BRASIL, 2021a).

No BE Especial de número 52, de quatro de março de 2021, referente à SE oito, que compreende o período de 21/02/2021 a 27/2/2021, até o dia primeiro de março de 2021, há exatos um ano e três dias do primeiro caso positivo no Brasil, o MS traz o perfil dos trabalhadores da saúde de adquiriram a COVID-19 no ano de 2021, reiniciando, portanto, em 2021, a contabilização dos casos neste público,

Foram notificados 144.420 casos de SG suspeitos de covid-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica. Destes, 39.510 (27,4%) foram confirmados para covid-19. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de SG por covid-19 foram técnicos/ auxiliares de enfermagem (11.779; 29,8%), seguidos de enfermeiros (6.747; 17,1%), médicos (4.690; 11,9%), agentes e comunitários de saúde (1.941; 4,9%) e farmacêuticos (1.845; 4,7%). [...] Foram notificados 618 casos de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde no SivepGripe. Destes, 385 (62,3%) foram causados por covid-19 e 199 (32,2%) encontram-se em investigação. Dentre as profissões mais registradas dentre os casos SRAG hospitalizados pela covid-19, 115 (29,9%) foram técnicos/ auxiliares de enfermagem, 86 (22,3%) foram médicos e 54 (14,0%) foram enfermeiros. Dentre os casos notificados de SRAG por covid-19 em profissionais de saúde, 209 (54,3%) são indivíduos do sexo feminino [...]. Dos 618 casos notificados de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde, 87 (14,1%) evoluíram para o óbito, a maioria (80; 92,0%) por covid-19. Dos óbitos por SRAG confirmados por covid-19, as categorias profissionais que se destacaram foram técnico/auxiliar de enfermagem (23; 28,8%), médico (13; 16,3%), enfermeiro (8; 10,0%) e farmacêutico (7; 8,8%) [...]. O sexo feminino foi o mais frequente, com 45 (51,7%) óbitos registrados de SRAG em profissionais de saúde [...]. As unidades

federadas que apresentaram o maior número de casos notificados de SRAG hospitalizados por covid-19 em profissionais de saúde foram: São Paulo (104), Amazonas (53), Minas Gerais (35) e Goiás (23). Em relação aos óbitos por covid-19, até a SE 8, os maiores registros foram de Amazonas (26), Minas Gerais (16), São Paulo (12) e Roraima (7) [...] (BRASIL, 2021b, p.42,44,45).

Somando os dados divulgados pelo MS do último BE do ano de 2020, com os dados do BE publicado na semana em que se completou um ano da pandemia no Brasil, foram notificados desde o início da pandemia 1.996.339 casos de SG suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde no e-SUS Notifica. Destes, 481.795 foram confirmados para COVID-19. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de SG por COVID-19 foram técnicos/ auxiliares de enfermagem 159.786 seguidos de enfermeiros 73.819, médicos 53.549, agentes e comunitários de saúde 24.540.

Foram notificados 3.428 casos de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde, destes, 2.286 foram causados por COVID-19 e, 730 casos encontram-se em investigação. Dentre as profissões mais registradas dentre os casos SRAG hospitalizados pela COVID-19, 115 foram técnicos/ auxiliares de enfermagem, 86 foram médicos e 54 casos foram em enfermeiros. Dentre os casos notificados de SRAG por COVID-19 em profissionais de saúde, 209 eram indivíduos do sexo feminino. Dos 3.428 casos notificados de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde, 539 evoluíram para o óbito, a maioria 470 por COVID-19. Dos óbitos por SRAG confirmados por COVID-19, as categorias profissionais que se destacaram foram técnico/auxiliar de enfermagem (153), médico (95), enfermeiro (59). O sexo feminino foi o mais frequente, com 288 óbitos registrados de SRAG em profissionais de saúde.

Estes números podem ainda serem maiores, considerando o quadro de adoecimento onde não é manifestados sintomas, e conseqüentemente não é realizado exames, diagnóstico e a notificação.

Os dados mostram a triste realidade de profissionais e trabalhadores da saúde, que adquiriram COVID-19, SRAG e os que evoluíram a óbito, vale destacar que estes profissionais e trabalhadores têm uma grande probabilidade de terem adquirido a doença no ambiente de trabalho devido suas profissões, contudo, existe uma possibilidade mesmo que pequena, destes terem adquirido a doença fora do ambiente de trabalho, sendo necessário, portanto, uma investigação epidemiológica do nexos da relação do adoecimento com o trabalho para se afirmar com exatidão esta relação.

Entretanto, não se pode negar o adoecimento e o rápido crescimento do número de profissionais e trabalhadores da saúde infectados pela COVID-19, somando a isto, a exaustão

física e mental decorrente da sobrecarga, perda de colegas e pacientes, medo, tomada de decisões difíceis entre outros.

A saúde mental destes profissionais tem sido apontada como uma grande preocupação (PRADO *et al*, 2020), a urgência exigida diante desta crise sanitária impõe respostas rápidas, porém tende a negligenciar o tempo necessário a vida psíquica, ao trabalho do pensamento de cada indivíduo (SÁ; MIRANDA; MAGALHÃES, 2020), na elaboração e perlaboração do cenário, dos acontecimentos, do trabalho diário, do luto. Assim como tudo que envolve esta pandemia teremos anos para superar os impactos mentais vivenciados pela humanidade, dentre esta os profissionais e trabalhadores da saúde que trabalham enquanto a história é definida.

Visando minimamente compensar o sofrimento dos profissionais e trabalhadores da saúde, recentemente foi sancionado a Lei 14.128/2021, que dispõe sobre a compensação financeira de R\$ 50 mil a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores da saúde (aqueles que, mesmo não exercendo atividades-fim nas áreas de saúde, auxiliam ou prestam serviço de apoio presencialmente nos estabelecimentos de saúde para a consecução daquelas atividades, no desempenho de atribuições em serviços administrativos, de copa, de lavanderia, de limpeza, de segurança e de condução de ambulâncias, entre outros, além dos trabalhadores dos necrotérios e dos coveiros), que em virtude de infecção pela COVID-19 tornaram-se permanentemente incapacitados para o trabalho, e, ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes, em caso de óbito (COGO; KRUGER, 2021).

Esta medida torna-se relevante quanto às eliminações das ações indenizatórias extrajudiciais, pela possibilidade da compensação financeira via administrativa, e imediata (RODRIGUES; SANTOS, 2021), outro fator relevante foi a inclusão dos trabalhadores invisíveis da saúde.

Observando as demandas psicológicas destes trabalhadores, o MS e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre criaram o projeto tele-PSI desenvolvido inicialmente para profissionais da saúde da linha de frente do combate à COVID-19. O projeto teve como objetivo ofertar aos profissionais de todo o país suporte psicológico e psiquiátrico por meio da tele consulta feito em um número gratuito (BRASIL, 2020az).

O MS ampliou, no dia 30 de julho de 2020, o projeto para os profissionais que atuam em serviços considerados essenciais e que não estão prestando cuidados diretos a pacientes, entre eles alguns dos nossos trabalhadores invisíveis, como, motoristas, cobradores e profissionais da limpeza pública (BRASIL, 2020az).

O município de Araguaína-TO também desenvolveu um projeto de apoio psicológico no início da pandemia, inicialmente para os profissionais invisíveis e pacientes positivos, e

posteriormente para aquelas pessoas fragilizadas pela morte de familiares. O projeto contou com a atuação de quatro psicólogos com atendimento por tele consulta, e grupos terapêuticos semanais, com protocolo de distanciamento, com os trabalhadores divididos por setores de atuação.

Em Araguaína-TO, dados coletados no Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST⁵⁰) sobre o registro de casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), nos anos da pandemia, foi constatado em 2019 nove casos notificados, já em 2020 e até julho de 2021 não foram notificados casos do agravo (ARAGUAÍNA, 2021).

Contudo não é possível basear-se somente em dados oficiais para delimitar o adoecimento no trabalho, pois a grande maioria das vezes os casos não são notificados. Fatores que desmobilizam as pessoas é a incompreensão, o não entendimento dos impactos do trabalho sobre a saúde mental, negação da relação doença-trabalho, o não registro desta realidade leva a uma redução de viabilidades de políticas públicas para mudança deste cenário (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Mesmo diante destas limitações quanto aos registros dos números de casos de TMRT, é observado que os impactos do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores estão ganhando cada vez mais destaque, não se trata de uma temática atual decorrente da pandemia, pois é uma percepção presente que vem desde,

Tempos Modernos” de Charlie Chaplin – sensível à violência produzida pelas transformações contemporâneas do taylorismo e do fordismo sobre os trabalhadores –, até nos não menos clássicos estudos acadêmicos dos “pais” da Sociologia do Trabalho, Georges Friedman e Pierre Naville (MERLO, 2002, p.130).

Nos anos 50, Le Guillant (1984), realizou as primeiras observações sistemáticas que lhe permitiram estabelecer relações entre trabalho e psicopatologia, com destaque ao trabalho realizado em 1956 sobre a atividade de telefonistas em Paris, o autor observou nestas trabalhadoras alterações psicossomáticas e diagnosticou um distúrbio que ele nomeou como Síndrome Geral de Fadiga Nervosa (MERLO, 2002).

⁵⁰O CEREST é uma instituição de saúde especializada vinculada ao SUS, que tem entre suas competências realizar atividades de promoção, prevenção, proteção e investigação de condições do ambiente e processo do trabalho. Em Araguaína-TO o CEREST é responsável por dez agravos relacionados ao trabalho, conforme portarias nacionais e estaduais, sendo todas as notificações dos agravos digitadas pelos técnicos da instituição, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do MS.

Já para Gillon (1962), que, mesmo concordando com a existência de condições de trabalho penosas, acreditavam que a relação patológica entre distúrbio mental e trabalho era inexistente, com exceção as provocadas por intoxicação (MERLO, 2002).

Como consequência dos eventos de Maio de 1968 na França, no ano de 1970 emerge paulatinamente entre os trabalhadores menos qualificados “uma demanda social sobre as condições psicológicas do trabalho e suas consequências sobre a saúde” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 120).

Esta demanda das condições psicológicas dos trabalhadores em consequência do trabalho foi observada pelo médico francês, com formação em psiquiatria e em psicanálise, Christophe Dejours na década de 80, ao investigar a saúde mental dos operários semiquualificados que desempenhavam trabalhos em condições de exploração, de repetição e sob pressão de tempo na procura de doenças relacionadas ao trabalho.

O resultado desta investigação foi frustrado, pois não trouxe a uma caracterização da doença mental nestes trabalhadores em consequência do labor, porém Dejours (1980) ao observar o comportamento destes, durante o trabalho, aprofundou sua investigação, inovando os impactos da organização do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores, tendo como resultado final a teoria da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994; MERLO, 2002), esta, escolhida como base teoria para este estudo.

A psicodinâmica do trabalho tem como objetivo estudar “[...] as relações dinâmicas entre organização do trabalho e processo de subjetivação⁵¹” (MENDES, 2007, p.30).

Mendes (2007) divide a trajetória da psicodinâmica do trabalho em três fases. Sendo a psicodinâmica do trabalho ainda denominada de psicopatologia do trabalho, esta primeira fase foi marcada pela publicação da obra “A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho” em 1980. Após a tentativa frustrada em identificar uma patologia mental resultante do trabalho repetitivo em operários semiquualificados, Dejours atentando para o comportamento dos trabalhadores esboçou em outro modelo teórico, que buscou identificar a origem do sofrimento e as estratégias defensivas dos trabalhadores diante da organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Na segunda fase em meados da década de 1990, Dejours inicia a criação de uma abordagem única para estudar o trabalho, sendo, as vivências de prazer-sofrimento no trabalho, e as estratégias usadas pelos trabalhadores para manter a saúde mental e serem produtivos no

⁵¹“É o processo de atribuição de sentido, construído com base na relação do trabalhador com sua realidade de trabalho, expresso em modo de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos” (MENDES, 2007, p.30).

trabalho, enfocados nesta nova fase. Para transformar o sofrimento no trabalho em prazer no trabalho Dejours considera que é necessário maior liberdade ao trabalhador, dada pela organização do trabalho, para que ele possa usar sua inteligência prática, engajar-se no coletivo e na reconstrução do modo operatório, transformando o trabalho prescrito em trabalho real, favorecendo assim a transformação do sofrimento em prazer, usando como ferramenta para esta modificação a criatividade, que quando efetiva funciona como promotor de saúde (MENDES, 2007).

Por último, a terceira fase iniciada desde o final da década de 1990 até os dias atuais, consolida a psicodinâmica do trabalho como abordagem científica, Dejours foca em como os trabalhadores subjetivam as vivências de prazer e sofrimento dentro da organização do trabalho, “expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais e coletivas” e as estratégias usadas para manter a saúde, como, defesas coletivas e a cooperação (MENDES, 2007, p.30).

Nesta fase, Mendes (2007) cita uma inversão de perspectiva teórica inicial ao ser estudado as patologias sociais, como, a banalização do sofrimento, a violência moral, a hiperaceleração, os distúrbios osteomusculares, depressão, alcoolismo e o suicídio, “que passa a ter como ponto de partida a psicodinâmica das situações de trabalho para o entendimento das psicopatologias do trabalho” (MENDES, 2007, p. 36).

Em posse dessas informações serão apresentados conceitos, considerações objetivas afim de uma maior compreensão da psicodinâmica do trabalho.

Dejours e Abdoucheli (1994) observaram que, mesmo as pressões de trabalho sendo iguais para todos os trabalhadores, não poderia se ter resultados idênticos no estado mental destes, pois cada indivíduo reagia de maneira singular, de acordo com as particularidades e com as vivências pessoais de cada sujeito diante da intersubjetividade.

Utilizando da metodologia de entrevistas coletivas no local de trabalho para se realizar a investigação, Dejours e Abdoucheli verificaram que em grupos os sujeitos eram capazes de identificar as pressões do trabalho e as estratégias de defesas, tornando esta evidência o ponto central em psicodinâmica do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

As primeiras pesquisas segundo Dejours e Abdoucheli (1994) mostraram que as desestabilizações emocionais dos trabalhadores se davam pela organização do trabalho, para os autores a organização do trabalho é uma fonte de sofrimento e prazer, atuante no funcionamento psíquico do indivíduo, a conceitua como a junção da divisão do trabalho, estabelecida literalmente pela divisão das tarefas e repartição de responsabilidade, com a divisão de homens, sendo está de maior importância por estar presente a relação entre as pessoas e os investimentos

afetivos, isto é, o sistema hierárquico, modalidades de comando, relação de poder e controle, entre outros.

Enquanto, as condições de trabalho, atuam no corpo do indivíduo, sendo estabelecidas pelas estruturas físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Com o aprimoramento da teoria, a divisão humana com a construção social passou a ser o primeiro olhar para a identificação das pressões patogênicas, pois,

Se, por um lado, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o corpo, a organização do trabalho, por outro lado, atua a nível do funcionamento psíquico. A divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p.6).

Fato é, as situações vivenciadas pelos trabalhadores dentro da divisão humana são impressivas, por conter a singularidade de cada sujeito e a subjetividade das relações dos envolvidos, esta divisão pode se tornar um grande fator de sofrimento e adoecimento dentro da organização do trabalho.

Para Martins; Robazzi; Bobroff, (2010, p.1109),

A psicodinâmica dejouriana destaca que as relações humanas nas instituições são determinadas pelas diferentes formas de organização do trabalho, onde os aspectos subjetivos do trabalhador são relevantes (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010, p. 1109).

Outro fator observado por Dejours (2012) que buscou compreender porque o trabalho gerava sofrimento em certos casos e, em outros, prazer, observou-se um desnível na efetivação pelo indivíduo do trabalho prescrito no trabalho real.

Dejours (2012) considera o trabalho prescrito como a tarefa solicitada pela instituição, feita por ordem, documentos, funções descrita em um edital, e o trabalho real o que é acrescentado de si mesmo às prescrições, sendo o que realmente é executado pelo trabalhador, o trabalho vivo, Dejours (2012) afirma que os trabalhadores nunca se limitam à execução estrita das prescrições, sendo estas reajustadas, transformadas e sabotadas, não pelo prazer de transgredir ou por indisciplina, mas para que efetivamente o trabalho seja bem feito.

Considerando que há sempre uma parte do trabalho prescrito que não é traduzido em palavras, Dejours (2012) afirma que, se os trabalhadores se limitassem a realizar somente o trabalho prescrito, todas as tarefas, fabricação, construção ou produção de uma empresa entraria

em colapso, primeiro pela própria dinâmica de imprevisto na dimensão organizacional, e, segundo pelo fato de que cada trabalhador é um ser individual e singular, executor de um trabalho tal-qualmente.

Quando o trabalhador se vê impedido de negociar imposições geradas pela organização do trabalho o sofrimento nasce, e se intensifica quando não se permite a realização das tarefas de modo real, com margens de liberdade para o uso da inteligência prática, da flexibilidade, criatividade e subjetividade, podendo evoluir para o adoecimento mental (MENDES, 2007). Assim, no limite do processo da evolução entre saúde e doença se encontra o sofrimento, se este sofrimento não for interrompido leva ao adoecimento.

Um dos caminhos para a transformação do sofrimento no trabalho em prazer seria a liberdade para o uso da criatividade, inteligência prática, dada aos gestores da organização do trabalho aos trabalhadores, isto seria saudável, entretanto observa-se dentro da organização de trabalho o processo de sofrimento patológico (MENDES, 2007), [...] quando o desejo da produção vence o desejo dos sujeitos-trabalhadores (MENDES, 2007, p. 37).

Na análise mais profunda do trabalho real, (DEJOURS, 2012) observa que a habilidade no trabalho compromete toda a subjetividade do sujeito, e em razão disto, o eu e a saúde mental nunca será neutra, podendo o trabalho produzir o que há de melhor e ser um mediador na construção da saúde; mas também resultar na doença mental por produzir o que há de pior, levando inclusive ao ato mais extremo do adoecimento, o suicídio decorrente do trabalho.

“O prazer, ao contrário, começa quando o trabalhador consegue inventar soluções convenientes. Prazer e sofrimento no trabalho não é um suplemento de alma, eles são estritamente indissociáveis do trabalho” (DEJOURS, 2012, p.364) são coexistentes entre si, podendo variar de acordo com o momento e a singularidade dada a este por um indivíduo também portador de uma singularidade única.

Não obstante, o reconhecimento no trabalho, o sentimento de valorização experimentado pelo trabalhador é um elemento capaz de transformar o sofrimento em prazer, a análise da psicodinâmica do reconhecimento foi estabelecida pela psicodinâmica do trabalho, é um julgamento do trabalho feito de duas formas, o julgamento de utilidade e o julgamento de beleza ou estético (DEJOURS, 2012).

A psicodinâmica do reconhecimento contribui para a construção e fortalecimento da identidade do trabalhador e de sua saúde mental, que tem a necessidade que seu trabalho seja avaliado pelos outros, pois sempre duvidam de si mesmos, ela passa pelas provas do julgamento de utilidade que é proferida essencialmente pela hierarquia, por estes ter o poder de avaliar a utilidade do trabalho realizado bem feito, eventualmente pelos pares que podem também fazer

o julgamento do desempenho de um chefe, e, pode vir de um paciente, cliente, usuário do serviço, (DEJOURS; BÈGUE, 2010; DEJOURS, 2012), “O julgamento de utilidade é importante para o sujeito porque lhe confere um *status* na organização para a qual ele trabalha e, além disso, um *status* na sociedade (DEJOURS, 2012, p. 367).

O julgamento de beleza ou estético só pode ser proferido pelos pares, por serem conhecedores do mesmo trabalho feito por quem está sendo elogiado, conota primeiro a conformidade do trabalho realizado com relação às regras da arte e as regras do ofício, são o mais severo e o mais valorizado e de maior impacto na identidade do sujeito, por fazer o trabalhador se sentir parte do pertencimento de uma equipe. Após a prova da beleza que atesta conformidade do trabalho realizado, um segundo julgamento de beleza pode ser realizado, é o reconhecimento pelos pares do estilo exclusivo de se realizar um trabalho, é o jeito único, original, de executar um trabalho real, consiste nas expressões: “que belo trabalho”, “bela obra”, “belo jeito de fazer” (DEJOURS, 2012; DEJOURS; BÈGUE, 2010).

O reconhecimento de utilidade e beleza em primeiro momento recai sobre a qualidade do trabalho realizado, só posteriormente o sujeito consegue transferir o reconhecimento do fazer o trabalho para o ser, ou seja, para a identidade, por isto o reconhecimento é tão importante sobre a identidade do trabalhador, que se fortalece de reconhecimento em reconhecimento, e grande parte do sofrimento no trabalho vai se transformando em prazer no trabalho (DEJOURS, 2012; DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Dejours (2012) alerta que a psicodinâmica do reconhecimento pode ser maléfica quando o sujeito se torna dependente do reconhecimento realizado pelos outros, ao ponto de depender deste para se manter bem mentalmente e para assegurar a sua continuidade indenitária.

Outro ponto observado por DEJOURS (1994) e enigmático da teoria foi a própria normalidade do sujeito sofrente diante de uma organização de trabalho perturbadora (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Dejours (1993, 2004, 1995, 1999) observou que mesmo diante do sofrimento individual o sujeito empregava estratégias defensivas, mais coletivas do que individuais para se proteger (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994),

De acordo com Dejours (1993, 2004) estas defesas podem ser de proteção, adaptação e de exploração (MENDES, 2007).

As defesas de proteção, são usadas pelos trabalhadores para suportar o sofrimento com modos de pensar, sentir e agir compensatórios, o trabalhador se afastando das situações geradoras de sofrimento consegue evitar o adoecimento, entretanto, com o passar do tempo, se nenhuma mudança for desenvolvida e se houve o aumento da precarização da organização do

trabalho essa proteção pode esgotar-se, intensificando assim as causas do sofrimento levando a possibilidades de adoecimento (MENDES, 2007).

As defesas de adaptação e de exploração exigem do trabalhador um investimento físico e sociopsíquico maior, e assim podem se esgotar mais rapidamente, “essas defesas têm nas suas bases a negação do sofrimentos e a submissão ao desejo da produção” (MENDES, 2007, p.39) os trabalhadores aceitam inconscientemente a exploração perversa exigida pela organização do trabalho direcionando seus pensamentos, sentimentos e ações para atender e suprir o desejo da excelência, adotando um comportamento neurótico, onde submetem seus desejos ao desejo da produção, a saída está na (re)apropriação dos desejos pelo trabalhadores resgatando as ações e o pensamento crítico diante da organização do trabalho (MENDES, 2007).

Para Dejours (1994), estas estratégias defensivas são,

[...] regras de condutas construídas e conduzidas por homens e mulheres. Variam de acordo com as situações de trabalho, sendo marcadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, fazendo com que os trabalhadores suportem o adoecimento sem adoecer. [...] Tendo como alvo principal minimizar a percepção do sofrimento, elas dão ao sujeito um suporte, funcionando como um modo de proteção. Funcionando basicamente como regras do coletivo de trabalho [...], são específicas das diferentes categorias profissionais, sendo construídas e sustentadas pelos trabalhadores coletivamente, e utilizadas para lidar com as contradições suscitadas pela precarização do trabalho (DEJOURS CITADO MENDES, 2007, p. 38).

As estratégias defensivas diante do sofrimento, usadas pelos trabalhadores (para não adoecer) têm como fundamento a ressignificação e a reflexão, sendo estas, capazes de transformar uma organização de trabalho fundada no sofrimento, em um espaço saudável gerador de prazer (MENDES, 2007; DEJOURS 2004).

Vale destacar que o sofrimento não tem uma causa ou uma manifestação única para todos os indivíduos, o que é sofrimento para um, pode não ser para outro, o que adoecer um pode não adoecer o outro, considerando um mesmo indivíduo, o que é sofrimento hoje, amanhã pode ser prazer.

Quando o indivíduo não é capaz de ressignificar o sofrimento provocado por uma organização de trabalho rígida, vem o adoecimento, este acontece segundo a teoria dejouriana, devido a uma “retenção da energia pulsional” por uma situação de trabalho que impede a descarga adequada da carga psíquica” (BRANT; GOMEZ, 2004, p. 219).

São exemplos de estratégias defensivas, a própria negação do sofrimento e do medo, o humor, a hiper aceleração, o pacto de confiança, presenteísmo, individualismo, competição, expressão de coragem, força, invulnerabilidade, quem as delimita são os sujeitos em um

coletivo de trabalho específico, variando de um lugar para outro, estas defesas presentes dentro de um grupo de trabalhadores desvela a presença do sofrimento.

As estratégias coletivas de defesas podem se tornar maléficas quando passam a ser configuradas como “ideologias defensivas”, que ocorre quando se intensifica a opressão aos trabalhadores, e que, para proteger as defesas conquistadas para se proteger contra o sofrimento, eles as colocam como o ponto principal, se tornando prisioneiros destas estratégias, colocam as, maior que o próprio sofrimento causado pelo trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Para maior compreensão, diante da ocorrência de acidentes de trabalho, Dejours e Bègue (2010) apontam que após o retorno do indivíduo ao trabalho pode ocorrer a síndrome subjetiva pós traumática, e as estratégias coletivas de defesas são desestabilizadas, enquanto todos os outros colegas se utilizam por exemplo das estratégias da força, coragem, negação do medo para se proteger, o indivíduo após o acidente se vê incapaz de as utilizá-las, decorrente do medo, e o fato de não conseguir reconhecer seu medo diante de um grupo que tem a negação como estratégia de defesa, este indivíduo inicia com sintomas físicos, somáticos, como vertigem intensa, uma forma de mascarar os sintomas psíquicos (DEJOURS; BÈGUE, 2010), assim:

As estratégias coletivas de defesa são capazes de acarretar variações da personalidade que engajam toda a economia psíquica, ao ponto de escamotear a sintomatologia psíquica emergente, dissimulando-a sob uma máscara “médica” (DEJOURS; BÈGUE, 2010, p. 19).

Outro aspecto, segundo Dejours (1993/2004), na procura do prazer e defesa diante do sofrimento no trabalho, é a mobilização subjetiva, que implica na transformação dos fatores causadores de sofrimento, pelo engajamento no trabalho, e inteligência, onde o sujeito faz uma “ressignificação do sofrimento, e não sua negação ou minimização” (Dejours citado MENDES, 2007, p. 43), a mobilização subjetiva possibilita a psicodinâmica do reconhecimento citada anteriormente.

Se não há espaço para a transformação do trabalho prescrito para o trabalho real, se a mobilização subjetiva e as estratégias defensivas falham, se não há uma psicodinâmica do reconhecimento o sofrimento evolui para o adoecimento físico e/ou mental, que na maioria das vezes é resolvido pelo pedido de desligamento do trabalhador da empresa, instituição, local de trabalho, levando o trabalhador como bagagem, a patologia.

Para Dejours e Bègue (2010), não existe a separação entre problemas pessoais e problemas do trabalho, pois os dois fazem parte de um único ser humano incapaz de se dividir, o indivíduo que no trabalho confronta com dificuldades, leva este reflexo para o espaço privado

do seu lar, manifestando preocupação, irritabilidade, insônia entre outros, sendo, portanto, necessário a cooperação familiar para superação da situação.

Em um estudo que intitulou o livro “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”, Dejours (1987), descreve sobre o medo e a ansiedade, sendo o primeiro, para o autor, presente em profissões dos participantes da pesquisa, principalmente pelo risco de adoecimento e morte.

Uma das principais colaborações da psicodinâmica do trabalho é a de expor os efeitos que a organização do trabalho pode gerar na saúde mental do trabalhador, assim como da possibilidade de identificação do sofrimento psíquico ainda no campo pré-patológico, possibilitando assim intervenções preventivas na saúde mental do trabalhador (MERLO; MENDES, 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 Escolhas dos participantes da pesquisa e aspectos éticos

Quando se discute a atuação profissional em um cenário de pandemia, o primeiro pensamento remete ao profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) que está atuando dentro de um hospital, sendo este denominado na pandemia da COVID-19 de profissional da linha de frente.

Entretanto, para o equilíbrio de todo o cenário, é necessário ir além dos profissionais de saúde da linha de frente, não desqualificando ou desmerecendo, pois cada um tem o seu papel, o que se propõe é o olhar de importância para os trabalhadores da linha de frente tão quanto aos que assim não se enquadram, o que é justificado por não ter muitas discussões literárias envolvendo o público, denominado neste estudo de os invisíveis, no estado do Tocantins, especificamente no município de Araguaína-TO. Sendo o foco da maioria dos estudos os profissionais inseridos dentro do contexto hospitalar, na assistência ao paciente.

Deste modo, existe no invisível um grupo de trabalhadores que executam uma responsabilidade profissional no contexto da COVID-19, como citado anteriormente os nomeados neste estudo de “os invisíveis”, definidos como os que trabalham arduamente com contato, pouco ou nenhum contato com o paciente e/ou familiares, os não inseridos dentro dos hospitais na assistência direta ao paciente, e que também foram e estão sendo marcados psicossocialmente pela atuação na pandemia da COVID-19.

Podemos citar dentro desta heterogeneidade de profissionais invisíveis inseridos no contexto de enfrentamento da COVID 19 em Araguaína-TO, além dos profissionais de saúde de nível médio e superior, trabalhadores que atuam na saúde como os motoristas, motoboy, digitadores, programadores, auxiliares de serviços gerais, recepcionista, gestores, profissionais responsáveis pela manutenção de equipamentos, sendo todos estes profissionais os participantes deste estudo.

Participaram da pesquisa 107 profissionais, atuantes na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e Secretaria Municipal da Assistência Social, Trabalho e Habitação (SEMASTH). Da SEMUS participaram os trabalhadores lotados na Vigilância em Saúde nas seguintes instituições: Vigilância Epidemiológica (VE), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Vigilância Ambiental (VA), ressaltando que os trabalhadores dos 3 últimos setores foram remanejados temporariamente para Vigilância Epidemiológica para suprir na Equipe de Enfrentamento a COVID-19 em Araguaína.

Na SEMASTH fizeram parte da pesquisa os profissionais que participaram e participam em equipes onde houve uma atuação direta na pandemia da COVID-19, como a equipe de distribuição de cestas básicas.

O projeto de pesquisa percorreu o seguinte caminho: no primeiro momento, obteve-se junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) da SEMUS, e superintendência da SEMASTH por meio de ofício a liberação dos órgãos competentes. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 44336121.4.0000.5519, e obteve parecer favorável.

A inclusão dos participantes teve como critérios: Trabalhadores que atuaram (considerando a troca de prefeito, alguns profissionais foram demitidos ou mudaram de função) ou atuam no enfrentamento a COVID 19 em Araguaína-TO, fora do contexto hospitalar, definido neste estudo de os invisíveis, realizando atividades como, digitação, monitoramento de casos de COVID-19, produção de gráficos, geoprocessamento de dados, relatórios, boletim epidemiológico, entrega de resultado de exames, dirigindo carro ou moto, entregando cestas básicas, entre outros. Trabalhadores que foram ou estão lotados na SEMUS e SEMASTH e que atuaram na pandemia da COVID-19 fora do contexto hospitalar. Idade acima de dezoito (18) anos, sem distinção de sexo, cor, raça, etnia, religião, vínculo empregatício, ocupação e escolaridade. Trabalhadores com mais de um vínculo empregatício, onde um foi obrigatoriamente fora do contexto hospitalar.

5.1.1 Percursos metodológicos: Método e metodologia

Como mencionado na introdução, a escolha da temática se deu pela minha atuação no serviço de saúde do município de Araguaína-TO em desvio de função para a Equipe de Resposta Rápida de Enfretamento a COVID-19. Nessa equipe, pude atuar no monitoramento dos pacientes com síndrome gripal, que eram os suspeitos, e casos positivos para a COVID-19 no município, assim como coordenar a equipe de monitoramento de casos que chegou a ser composta por uma equipe multiprofissional de 30 trabalhadores.

Por causa da necessidade e da alta demanda em se adquirir novos conhecimentos sobre a doença, assim como seus protocolos a fim de serem reajustados à realidade local, pude no período de 24 de março de 2020 a nove de outubro de 2020 aprofundar e imergir em busca de novos conhecimentos sobre a COVID-19 e de suas atualizações diárias.

Durante todo esse processo, pude participar da elaboração do Plano de Contingência Municipal para enfrentamento pelo Novo Coronavírus, conhecer todo o fluxo de atendimento assim como o trabalho desempenhado por cada profissional dentro deste fluxo.

Para o novo, ninguém está preparado, quando ouvimos os primeiros rumores desta doença, nunca imaginaríamos que chegaria ao Brasil, à região norte, ao Tocantins, à Araguaína, em nossos setores e em nossas casas. No início dos primeiros casos, o medo era algo presente na realidade dos profissionais de saúde, sendo ele, o de adoecer, não se ter a opção de ficar em casa, adquirir a doença e levar para dentro do seio familiar, medo do erro e da morte.

A partir destas informações relatadas, foi sugerida pela minha orientadora a mudança na temática do projeto de dissertação. E em agosto de 2020 foram iniciados os nossos primeiros passos para construção deste projeto de pesquisa.

A pesquisa foi realizada em Araguaína-TO, o questionário foi aplicado no período de 11 de julho de 2021 até o dia 14 de novembro de 2021. As entrevistas iniciaram dia 15 de agosto de 2021 e foram finalizadas no dia 03 de fevereiro de 2022. Este estudo tem uma abordagem quanti-qualitativa para que pontos fracos de um método se complementem nos pontos fortes do outro, enquanto a pesquisa qualitativa busca o aprofundamento na compreensão de um grupo social, de uma organização, despojando da representatividade numérica a quantitativa busca quantificar a pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

Têm objetivos descritivos e explicativa e é de natureza aplicada que "objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, que envolve verdades e interesses locais" (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35). Foi realizado uma pesquisa de campo que "caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa" (FONSECA, 2002, p.32).

Após autorização das instituições de vínculo de trabalho dos participantes e aprovação da pesquisa no CEP, foi realizado por meio eletrônico a coleta de dados, utilizando-se de questionário auto aplicável, assim como a concordância da participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi encaminhado e aplicada por meio virtual. Antes de responder às perguntas disponibilizadas em ambiente virtual (questionário), foi apresentado para os participantes presencialmente e outros por mensagem de áudio o contexto, objetivos e importância da pesquisa, perguntando se desejava participar voluntariamente da pesquisa, deixando-os livres para decidirem quanto sua participação, aos que concordaram foi encaminhado o TCLE juntamente com o questionário.

Foram disponibilizadas aos participantes no TCLE as opções de: Participar da pesquisa respondendo ao questionário; participar da pesquisa respondendo ao questionário e participando da entrevista e de não aceitarem participar de nenhuma forma.

O questionário aplicado para os participantes apresentava questões abertas e questões fechadas de múltiplas escolhas e foram tabulados no Excel, posteriormente foram analisados estatisticamente, interpretados, e divulgados por meio de gráficos, tabelas e figuras.

Somente para os que concordaram em participar da pesquisa respondendo ao questionário e participando da entrevista, foi disponibilizada uma nova aba para o preenchimento do nome completo e número de telefone, para que a pesquisadora entrasse em contato posteriormente para agendamento da entrevista, como medida de segurança para prevenção da COVID-19 as entrevistas foram agendadas individualmente.

Após verificação dos participantes que concordaram em participar do questionário e entrevista, foi selecionado de forma aleatória três (7%) destes para a entrevista individual semiestruturada, que foi gravada. As gravações foram transcritas na íntegra. A escolha dos 7% teve como critério de inclusão e exclusão os mesmos citados para toda a pesquisa, sendo a única exceção a função exercida na pandemia que não se repetiu entre elas.

Para análise dos dados da entrevista semiestruturada dos participantes foi utilizado a Análise de Conteúdo. Para Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p.14),

A análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados (CALIXTO E PINHEIRO, 2014, p.14).

Segundo Oliveira (2008) a análise de conteúdo possui diferentes técnicas que podem ser abordadas pelos pesquisadores sendo a análise temática ou categorial, a escolhida para este estudo.

Portanto, a entrevista semiestruturada foi dividida em cinco (05) temas/categorias: 1) perfil profissional e social, 2) condições familiares, 3) ambiente físico e emocional de trabalho; 4) COVID-19; 5) condições de moradia e de transporte, auto percepção de adoecimento (Anexo 3).

A entrevista abordou os aspectos sociais, físicos e emocionais dos trabalhadores durante sua atuação na pandemia da COVID-19. Foi utilizada de dados secundários como forma de verificar os aspectos biopsicossociais destes trabalhadores inseridos na pandemia da COVID-19, e mesmo que secundariamente esses dados foram viáveis e colaboram para as análises

críticas da visão dos trabalhadores que viveram este momento singular na história da humanidade.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Condições socioprofissionais dos trabalhadores invisíveis

Para melhor visualização, os dados foram divididos em três categorias: Caracterização da amostra de profissionais recrutadas para o estudo, fatores biopsicossociais de saúde/doença e fatores relacionados ao trabalho.

A Tabela 3 apresenta a caracterização da amostra do estudo estabelecendo o perfil dos entrevistados quanto às variáveis: Distribuição dos participantes, sexo, raça/etnia, idade, estado civil, escolaridade, tipo de moradia.

Tabela 4 - Caracterização da amostra de profissionais recrutadas para o estudo.

Perfil da amostra	N	%
Distribuição dos participantes		
Participaram somente do questionário	59	54
Participaram do questionário e entrevista	48	43
Não concordaram em participar	3	3
Sexo		
Masculino	29	27
Feminino	78	73
Raça/etnia		
Parda	57	53
Branca	26	24
Preta	15	14
Amarela	9	9
Idade		
De 18 a 24 anos	14	13
De 25 a 34 anos	43	40
De 35 a 45 anos	38	35
De 46 a 54 anos	7	7
Mais de 55	5	5
Estado civil		
Casado	47	44
Solteiro	44	41
Divorciado	11	10
União estável	5	5
Escolaridade		
Especialização	29	27
Superior completo	38	35
Superior incompleto	19	18
Médio completo	18	17
Médio incompleto	1	1
Fundamental completo	2	2
Tipo de moradia		
Própria	73	68
Alugada	23	22
Emprestada	11	10

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Utilizando-se os parâmetros empregados pelo IBGE (2010), para a classificação da população segundo a cor da pele: amarelo, branco, indígena, pardo e preto, do total de participantes, aqueles se autodenominaram pardos e pretos somaram um total de 72 (67%). Com um histórico de maior vulnerabilidade e como se observa em outros estudos já citados anteriormente (Santos *et al* (2020a), Berkhout *et al* (2021), Estrela *et al* (2020), Freitas; Pena (2020)), este público tende a sofrer ainda mais os impactos da pandemia.

Quanto aos que se auto instituíram brancos, somam-se 24%, amarelos foram 9%, o questionário não proporcionou nenhuma definição dos termos e não se questionou dos que se auto instituíram amarelos a origem geográfica familiar, se, japonesa, chinesa, coreana, etc., portanto, não se pode afirmar a cor amarela dos participantes, pois não se sabe qual o entendimento dos participantes quanto à cor, se de fato não aprenderam sua definição, se entendem a cor amarela como uma variação da cor branca ou se há negação quanto ao reconhecimento e pertencimento a determinada raça/etnia.

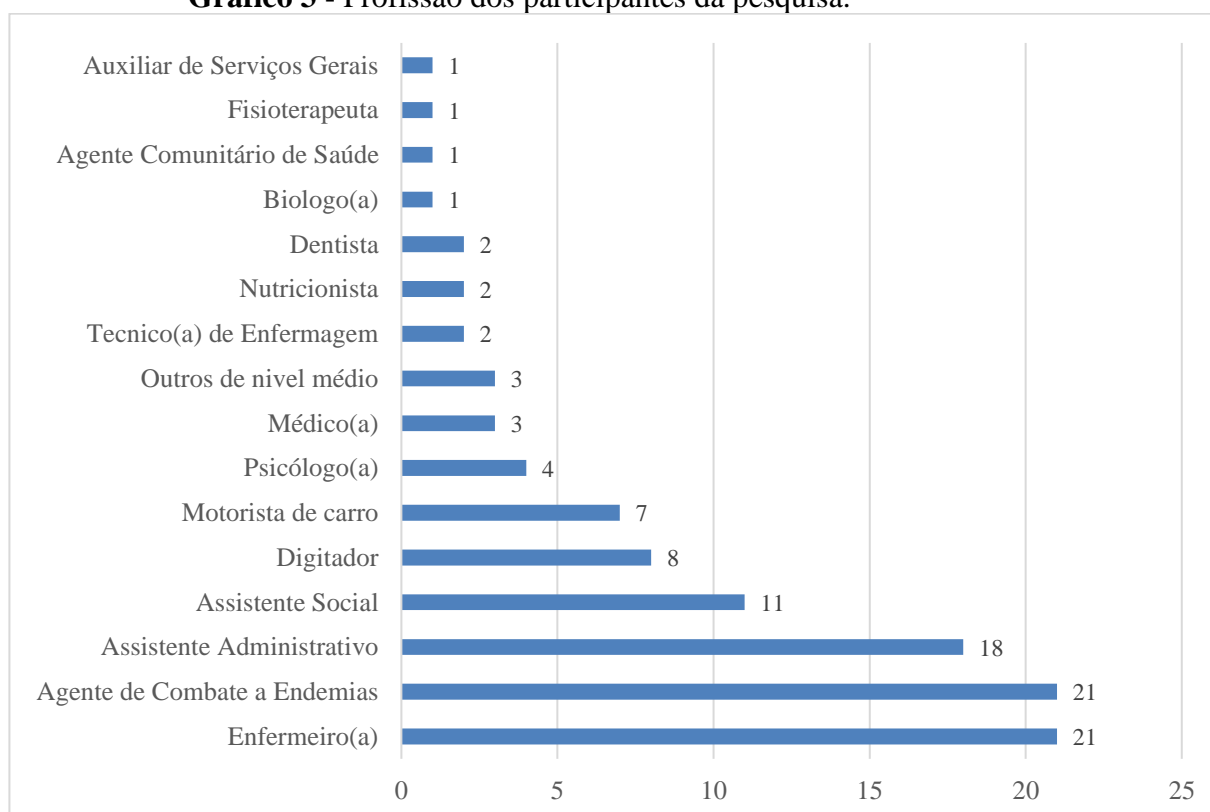
Observou-se que 40% dos participantes se encontravam na faixa etária de 25 a 34 anos, idades superiores a 46 anos contabilizaram somente 12% do total dos participantes. O pequeno número de idades superiores a 46 anos pode ser justificado pelo maior risco de doenças em grupos de faixa etária mais elevada e conseqüentemente maior risco de complicações decorrentes da COVID-19.

Verifica-se que a soma dos solteiros e divorciados totalizaram 51%, característica que pode facilitar no processo de trabalho quando considerando as várias alterações de rotina desencadeadas por estes trabalhadores, como veremos adiante.

Os dados mostraram que 62% dos participantes apresentavam nível superior completo e destes 27% apresentam especialização em alguma área, 18% apresentam nível superior incompleto. Estes dados revelam uma boa qualificação profissional destes trabalhadores.

Quanto ao tipo de moradia os dados mostraram que 68% dos entrevistados afirmaram ter casa própria e 32% não, recorrendo ao aluguel ou outro tipo de moradia.

O gráfico 3 demonstra a profissão dos envolvidos na pesquisa:

Gráfico 3 - Profissão dos participantes da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Ao analisar o perfil das profissões 45 (42%) das declaradas eram de nível superior, entretanto quando comparamos o nível de escolaridade dos participantes, apresentadas na tabela 1, observa-se que 67 (61%) pessoas declararam possuir nível superior, sugerindo que profissionais com nível superior atuaram como profissionais de nível médio.

A seguir será apresentado na tabela 4, os fatores biopsicossociais de saúde/doença dos participantes.

Tabela 5 - Fatores biopsicossociais de saúde/doença.

Fatores biopsicossociais	N	%	Fator de risco
Total de casas no lote			Social
1 casas	77	72	
2 casas	17	16	
3 casas	8	7	
4 casas	1	1	
5 ou mais casas	4	4	
Total de pessoas na residência			Social
Mora sozinho (a)	9	8	
2 pessoas	16	15	
3 pessoas	31	29	
4 pessoas	34	32	
5 ou mais pessoas	17	16	

Motivo de continuarem trabalhando			Social
Comprometimento financeiro	9	64	
Medo de perder o emprego	3	22	
Quis se manter trabalhando	1	7	
Unir forças para superar a pandemia	1	7	
Assistência médico-hospitalar			Social
SUS	60	56	
SUS e particular	23	21	
Plano de saúde	9	8	
SUS e plano de saúde	8	8	
Particular	4	4	
SUS, particular e plano de saúde	3	3	
Principal forma de locomoção para lazer e compra			Social
Transporte próprio	90	84	
Carona	7	6	
A pé	6	6	
Taxi	1	1	
Transporte público	1	1	
Lotação	1	1	
Mototáxi	1	1	
Participantes do grupo de risco			Biológico
Fazem parte	93	87	
Não fazem parte	14	13	
Grupo de risco para COVID 19 na residência			Biológico
Nenhum	49	46	
1 pessoa	27	25	
2 pessoas	23	21	
3 pessoas	4	4	
4 pessoas	3	3	
5 ou mais pessoas	1	1	
Pessoas que adquiriram COVID-19 na residência			Biológico
Trabalhador	15	13	
Familiar	58	51	
Ninguém	40	36	
Participantes que realizaram a vacinação contra a COVID-19			Biológico
Realizaram	102	95	
Não realizaram	4	4	
Não respondeu	1	1	
Perda algum familiar próximo com COVID-19			Psicológico
Sim	31	29	
Não	76	71	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Os dados mostraram que 72% dos participantes não compartilhavam o lote com outras residências, entretanto uma porcentagem de 28% dos participantes compartilhava o terreno com outras residências e conseqüentemente com outras pessoas, o que tornava um fator de risco na disseminação do vírus da COVID-19.

Quanto ao total de pessoas na residência dos participantes, 92% compartilhavam a casa com mais outras pessoas, o que corresponde um fator de risco tanto de adquirir a COVID-19

quanto de disseminar a doença. Somente 8% dos participantes não compartilhavam residência com outras pessoas.

Para os 13% dos participantes que fazem parte do grupo de riscos, 64% continuaram trabalhando devido comprometimento financeiro, medo de perder o emprego 22%, quis se manter trabalhando 7% e unir forças para superar a pandemia 7%.

No que se refere aos participantes da pesquisa que declararam residir com pessoas pertencentes aos grupos de risco para COVID-19, os dados revelaram que 46% dos participantes declararam não ter pessoas de risco na residência, entretanto, 54% conviviam com alguém que pertenciam aos grupos de risco para COVID-19, para estes uma realidade de maior fragilidade emocional, pois o risco assumido poderia levar a consequências, como a contaminação no ambiente de trabalho e transmissão da doença intra-domiciliar, podendo estes familiares apresentar maiores complicações e óbito decorrente da doença.

Referente às pessoas que adquiriram COVID-19 na residência os dados mostraram que 13% dos participantes adquiriram COVID-19, 51% tiveram algum familiar na residência positivo para COVID 19 e 40% dos participantes não tiveram casos da doença na residência.

Quanto ao total de familiares próximo que adquiriram a COVID-19 e evoluíram a óbito, o gráfico 17 mostra que 29% dos participantes tiveram esta experiência, viver o luto diante de uma doença com características fúnebres distintas, que quebra barreiras culturais do contato familiar desde os últimos cuidados até a despedida, torna este momento muito mais dolorido.

Segundo Crubézy e Telmon (2020) para elaboração do luto e aceitação da morte é necessário um processo que envolve primeiramente a visualização do corpo, posteriormente a realização de cerimônia coletiva de apoio aos afetados e finalmente a aceitação da morte da pessoa. Todo este processo foi prejudicado pelas características da doença, a identificação do corpo pelo familiar era feita por fotografia, o velório era realizado rápido e com caixão fechado, e o isolamento e distanciamento social precisava ser preservado por ser a principal arma de prevenção, fazendo com que o último contato e adeus para alguns fosse na porta do hospital.

O principal tipo de assistência médico-hospitalar usado pelos participantes é o SUS, 56% faz uso de forma exclusiva, 32% além do SUS recorrem a outras formas, como particular e plano de saúde, 8% utiliza exclusivamente o plano de saúde e 4% exclusivamente a rede particular para assistência médico-hospitalar.

Os participante foram questionados quanto à vacinação, somente 4 (4%) dos participantes não haviam sido imunizados contra a COVID-19. A pesquisa não questionou os participantes quanto à justificativa para não realizarem a imunização, entretanto, este dado pode ter sido alterado devido às novas recomendações e penalidades adotadas pela Prefeitura

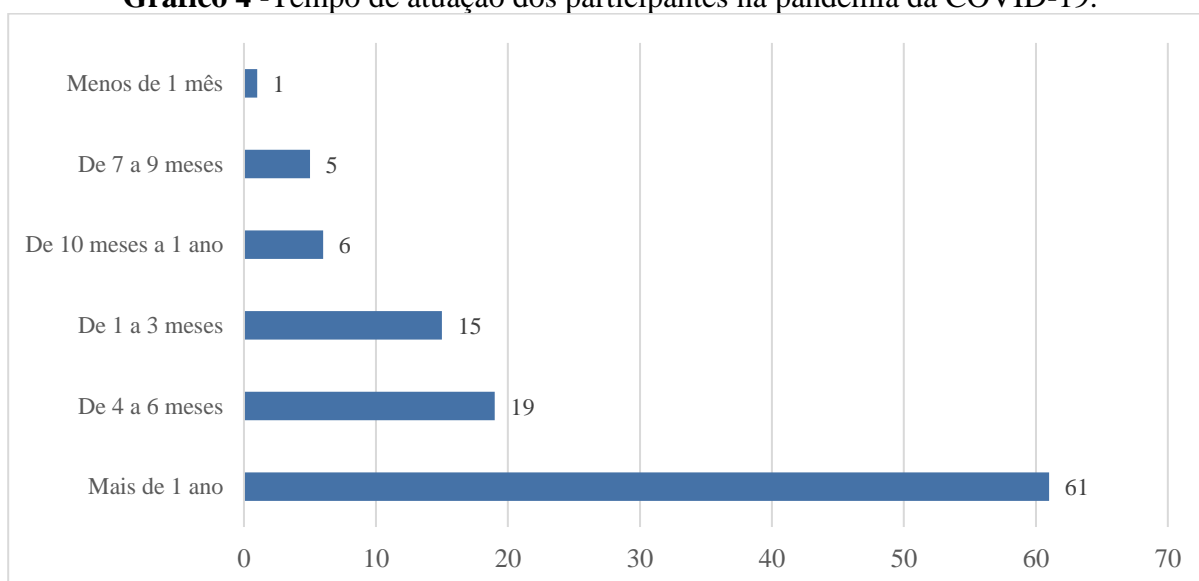
Municipal por meio do Decreto 067, de 17 de agosto de 2021⁵², que dispõe sobre a obrigatoriedade da vacinação contra COVID-19 no âmbito da administração pública municipal e dá outras providências, sendo caracterizada falta disciplinar a recusa da vacinação contra a COVID-19 sem justa causa para todos os servidores e empregados públicos municipais, assim como para os prestadores de serviços contratados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, direta e indireta.

Quanto à principal forma de locomoção para compras e lazer 84% dos participantes utilizam do transporte próprio para se locomover, 6% carona, 6% a pé, 1% taxi, 1% transporte público, 1% lotação⁵³ e 1% moto taxi.

Os fatores relacionados ao trabalho, serão apresentados abaixo em forma de gráficos e tabelas.

Quanto ao tempo de atuação dos participantes na pandemia, será apresentado a distribuição no gráfico 4.

Gráfico 4 -Tempo de atuação dos participantes na pandemia da COVID-19.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Observa-se que 57% dos participantes atuaram na pandemia por um período superior há um ano, seguindo a linha cronológica da doença, fato que pode exacerbar o estresse destes trabalhadores ou levá-los a uma normalização e adaptação do trabalho.

A tabela 5 apresenta os resultados dos fatores de risco relacionados ao trabalho.

⁵²Disponível em: <<https://diariooficial.araguaina.to.gov.br/Arquivo/DiarioOficial/pdf/2371.pdf>>.

⁵³Lotação é o nome denominado pelos municípios para o transporte clandestino de passageiros.

Tabela 6 - Fatores de trabalho

Fatores de trabalho	N	%
Principal forma de locomoção para o trabalho		
Transporte próprio	89	83
A pé	8	5
Transporte público	5	4
Carona	4	7
Mototáxi	1	1
Tipo de vínculo empregatício no município		
Contrato sem carteira assinada	71	66
Servidor público estatutário (concurado)	31	29
Contrato com carteira assinada	2	2
Concurado em outra esfera e cedido ao município	2	2
Comissionado	1	1
Possuir outro vínculo de trabalho		
Sem outro vínculo de trabalho	84	79
Outro vínculo com a mesma função	12	11
Outro vínculo com função diferente	11	10
Nível de contato no trabalho com pacientes positivo para COVID-19		
Nenhum contato	73	68
Pouco contato	21	20
Muito contato	13	12
Comprometimento financeiro decorrente das medidas de distanciamento social		
Nenhum comprometimento	70	65
Até 10%	15	14
Até 25%	9	8
Até 50%	7	7
Mais de 50%	6	6
Oferta de treinamento ou capacitação sobre COVID-19 por parte dos seus empregadores		
Recebeu treinamento	59	55
Não recebeu treinamento	48	45
Perfil de alterações de função decorrente da pandemia		
Sim, tive minha função alterada	52	49
Sim, tive minha função alterada	28	26
Não tive minha função alterada	2	2
Fui contratado para atuar na pandemia	2	25
Reconhecido como um profissional da linha de frente na pandemia da COVID-19		
Sim	41	38
Não	66	62

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Quanto à principal forma de locomoção para o trabalho 83% dos participantes possuíam um meio de transporte próprio para se locomoverem. Somente 4% utilizaram do transporte público para ir ao trabalho, fato que pode estar relacionado à baixa infraestrutura do transporte público urbano da cidade.

Quanto ao vínculo de trabalho 66% dos participantes eram contratados temporariamente sem carteira assinada, o que evidencia uma prática legalizada,⁵⁴ entretanto, precarizada pois mais da metade dos participantes tinham o vínculo de trabalho firmado na instabilidade, (CASTEL, 1997) com um inadequado sistema de proteção social e uma relação frágil de inserção no mercado de trabalho, vivendo na zona de vulnerabilidade e instabilidade social, com grande risco de caírem após a diminuição de casos de COVID-19 para a zona dos desfiliaados. O restante, 31% eram concursados e somente 2% possuíam o registro na carteira de trabalho, assim somente 33% dos participantes (CASTEL, 1997) são trabalhadores que viviam na zona de integração, com inserção e relações de trabalho estáveis. Esta dilatação (CASTEL, 1997) no número de desfiliaados são termômetros para avaliar a abrangência da crise nos sistemas de proteção social acentuada pela pandemia da COVID-19.

Quanto a possuir outro vinculo 79% dos participantes trabalhavam exclusivamente no município, 21% tinham outro vinculo de trabalho, destes, 11% realizavam a mesma função e 10% atuavam em função diferente em relação a que exerciam no município.

Questionados quanto o contato com pacientes positivos para COVID-19, os resultados demonstraram que mesmo não atuando diretamente dentro do ambiente hospitalar, 32% dos participantes tiveram contato no trabalho com pacientes positivos, os que os tornavam expostos e com maior risco de contrair a COVID-19 dentro do ambiente de trabalho.

Quanto ao comprometimento financeiro decorrente das medidas de distanciamento social, os dados apresentados mostraram que 65% dos trabalhadores não tiveram comprometimento na renda familiar e 35% tiveram algum tipo de comprometimento da renda familiar em consequência da COVID-19. Esta porcentagem de trabalhadores (35%) além de vivenciarem todos os aspectos emocionais da pandemia e de atuarem na pandemia, mesmo estando empregados, vivenciaram os mesmos sentimentos de uma grande parcela da população que sofre com a crise econômica ocasionada pela doença.

Estas implicações econômicas da pandemia, como o comprometimento financeiro, é um fator de risco para saúde mental (RENTE; MERHY, 2020; ENUMO *et al* 2020), não se tem saúde mental com contas atrasadas, escassez e falta de suprimentos.

Os resultados quanto a oferta de treinamento ou capacitação sobre COVID-19 por parte dos empregadores demonstraram uma porcentagem próxima entres os participantes que recebeu e não recebeu algum tipo de treinamento específico para atuar na pandemia da COVID-19, 55% receberam algum tipo de treinamento e 45% não receberam treinamento sobre COVID-19.

⁵⁴Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18745cons.htm>.

Sobre a qualidade e satisfação quanto ao treinamento recebido 64% se sentiram satisfeito, 31% parcialmente e 5% não se sentiu satisfeito.

Quando relacionado estes resultados com o nível de contato dos participantes com pacientes positivo para COVID-19, não ter treinamento para atuar dentro da pandemia ou tê-lo sem qualidade torna-se um grande fator de risco para estes profissionais e para a população assistida por estes, pois eleva o risco de contaminação e disseminação da doença.

Do total de participantes, 49% já trabalhavam no município e tiveram sua função inicial alterada para suprir uma demanda específica da pandemia, 26% não tiveram alteração na função e 25% foram contratados especificamente para atuar na pandemia da COVID-19.

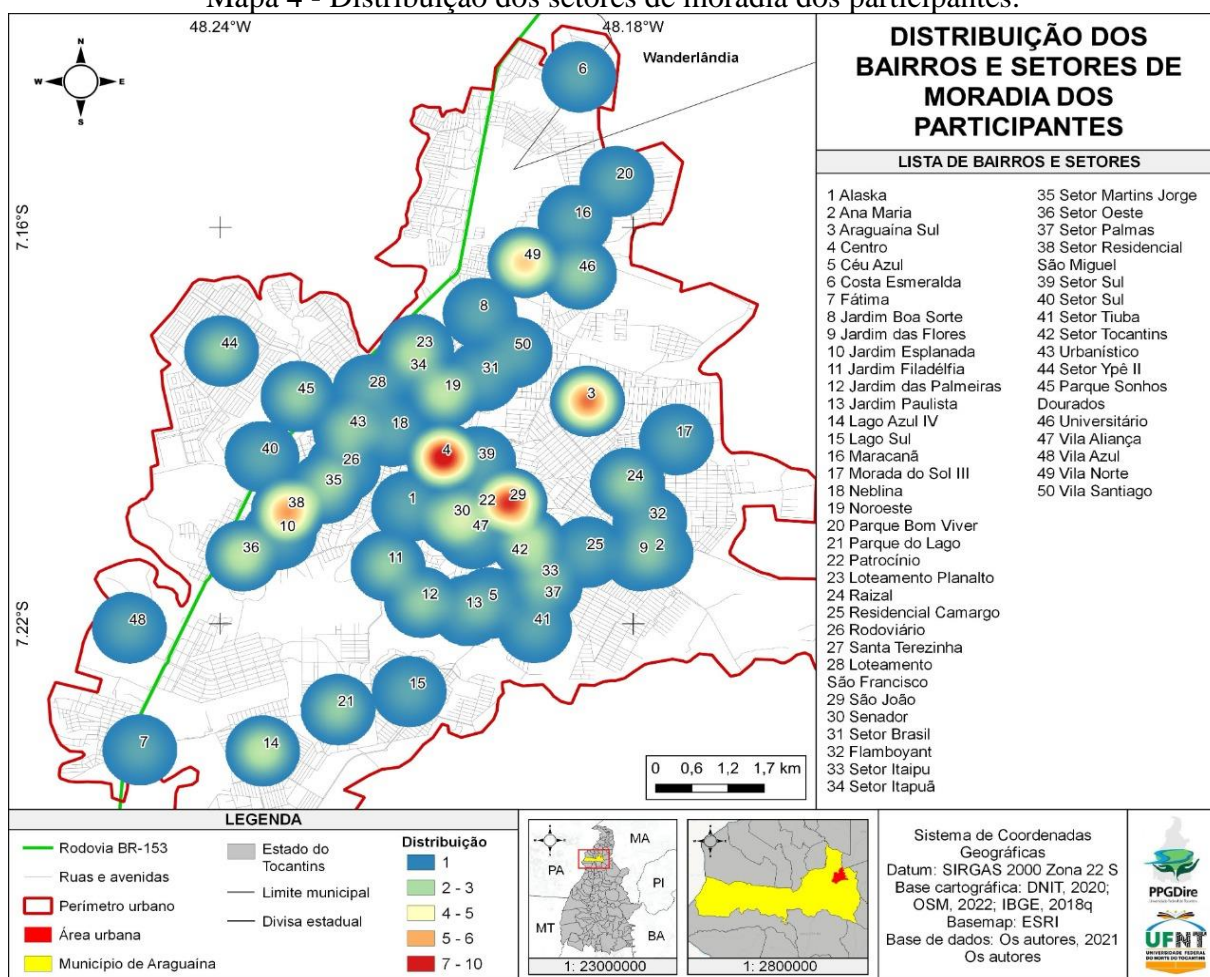
Para os que tiveram a função de origem alterada, foram referidas as seguintes atividades desempenhadas por estes trabalhadores: Monitorização por telefone de pacientes; coordenação da vacinação na Unidade Básica de Saúde (UBS); digitação de fichas de notificação; organização de fichas de notificação; aplicação de vacina; realização de teste rápido; acompanhamento e busca ativa de pacientes suspeito através do telefone com base nos dados coletados diariamente no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL); buscas e correção de fichas de notificações nas UBS de referências em laboratórios de análises clínicas e hospitais da cidade; planejamento orçamentário da saúde informando os dados via DigiSus; coordenação e assistência na elaboração do boletim; coordenação de Equipe de Monitoramento de casos positivos; busca ativa de pacientes positivos no início da transmissão (*clusters* localizados); responsável pelo sistema de informação e-SUS notifica VE; supervisora da equipe de digitação; entrega de benefício eventual e no banho solidário; entrega de cestas básicas a famílias vulneráveis; geoprocessamento; assistente administrativo; entrega de resultados de exame de COVID-19; pesquisa de resultados laboratoriais; elaboração de boletins epidemiológicos; assistente administrativo; motorista e análise dados .

Para os participantes que tiveram sua função alterada (49%), cabe ressaltar que tais modificações de funções podem se apresentar como um fator de risco para sofrimento e adoecimento do indivíduo, considerando que nem todos têm o perfil para as novas necessidades impostas pelo trabalho e se adaptam com facilidade as novas funções (RENTE; MERHY, 2020), já que estas mudanças desorganizam a vida e derruba certa ilusão de controle.

Sobre ser reconhecido como um profissional da linha de frente da COVID-19, 38% foram reconhecidos e 62% não foram reconhecidos.

A distribuição de setores de moradia é apresentada no mapa 4:

Mapa 4 - Distribuição dos setores de moradia dos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Vemos que a distribuição dos setores de moradia é heterogênea, somente 9% dos participantes residiam no centro da cidade, próximo ao local de trabalho da grande maioria. Existe uma concentração de trabalhadores que residiam em setores no entorno do centro da cidade, entretanto, há uma porcentagem dos participantes que residiam em setores distantes e com extremos opostos ao centro, como Parque do Lago, Costa esmeralda, Ipês 2, Maracanã e na zona rural.

Os setores da cidade mais frequentados pelos participantes são demonstrados no quadro 6:

Quadro 6 - Distribuição dos setores da cidade mais frequentados pelos participantes.

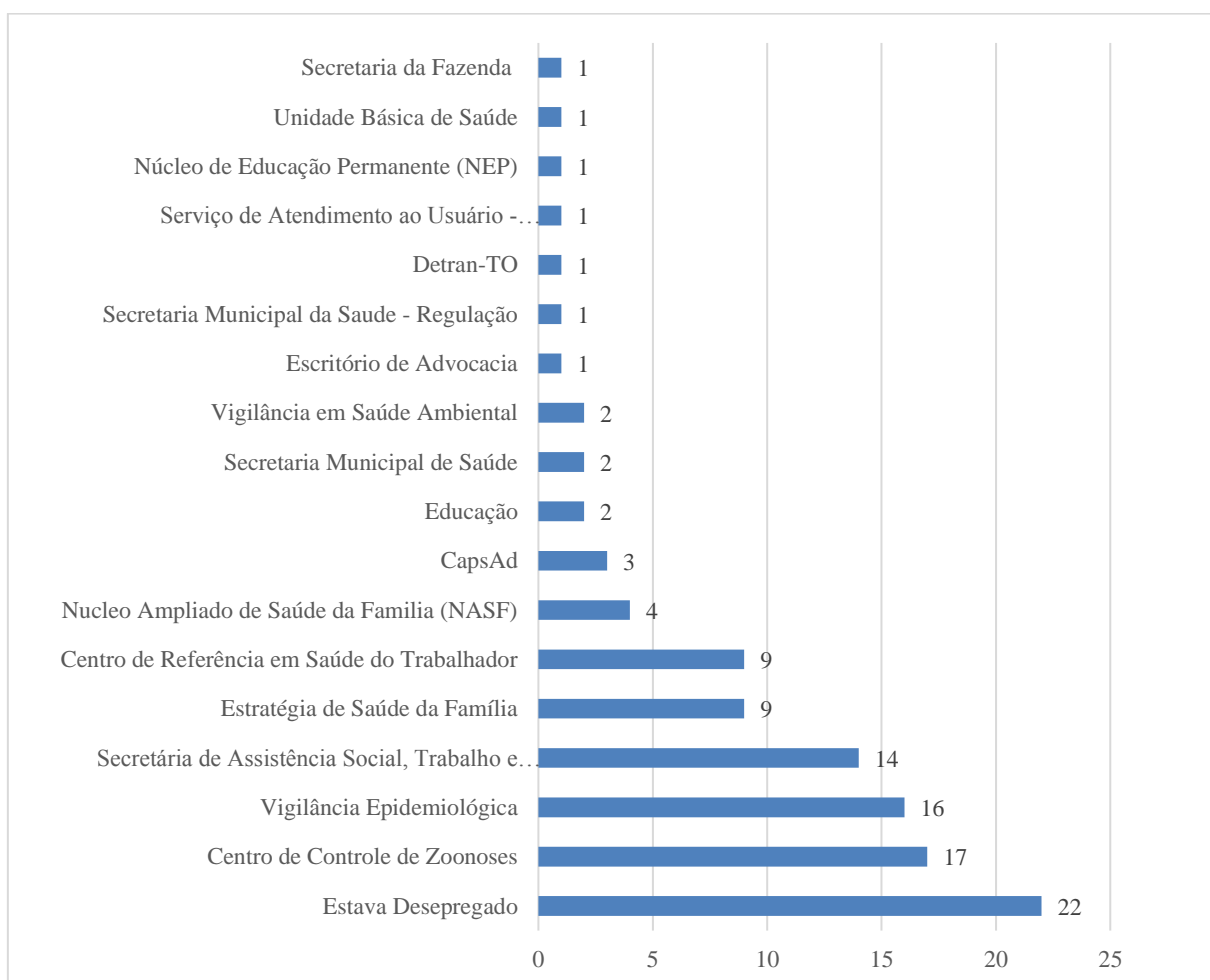
Tipo de setores	Total
Setores com serviços	92
Setores distantes do centro	32
Setores próximos do centro	39

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Observam-se os setores com serviços são os mais frequentados pelos participantes, justificado por neste conter concentrados de equipamentos urbanos públicos e privados, os setores distantes e próximos do centro da cidade são na maioria local de residência dos participantes.

Em relação ao local de trabalho antes da pandemia é mostrado no gráfico 5.

Gráfico 5 - Local de trabalho antes da atuação na pandemia da COVID-19.



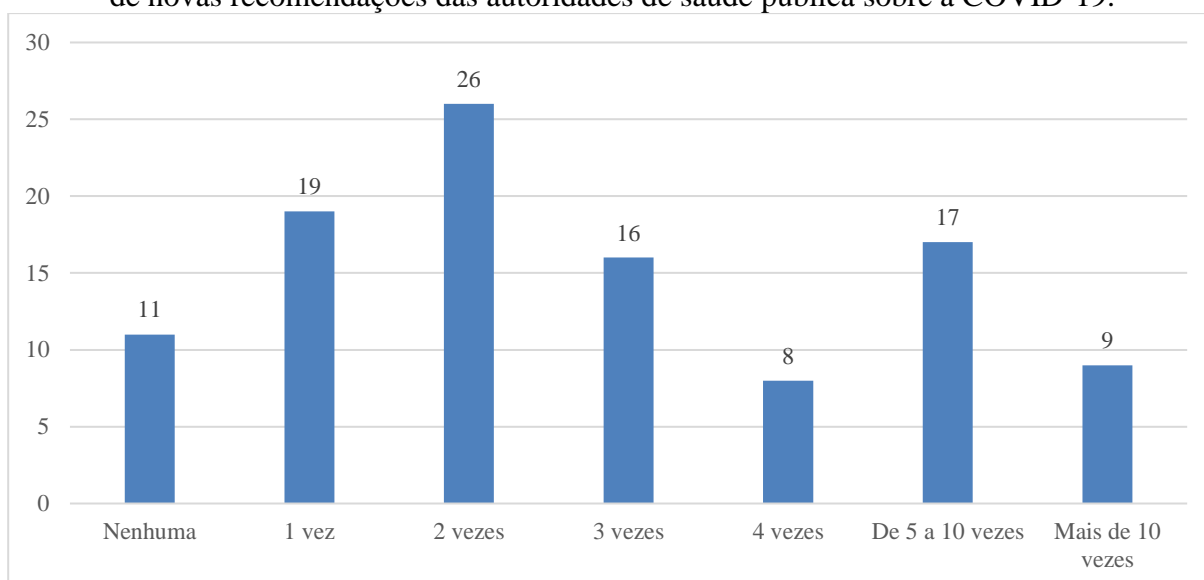
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

É observada no gráfico a diversidade da distribuição do local onde os trabalhadores atuavam antes da pandemia, observa-se o deslocamento dos trabalhadores dentro de setores da SEMUS, assim como o histórico de desemprego em 21% dos participantes. A precarização do trabalho acentuada na pandemia e as altas taxas de desemprego observadas com a crise afetou a população em geral, entretanto, o aumento da demanda no mercado de trabalho do setor da

saúde em detrimento da doença⁵⁵ absorveu uma parcela dos desempregados, tanto diretamente, para atuarem nos hospitais na assistência aos doentes, quanto os que atuam indiretamente, como motoristas, digitadores, assistentes administrativos, sendo estes os participantes desta pesquisa.

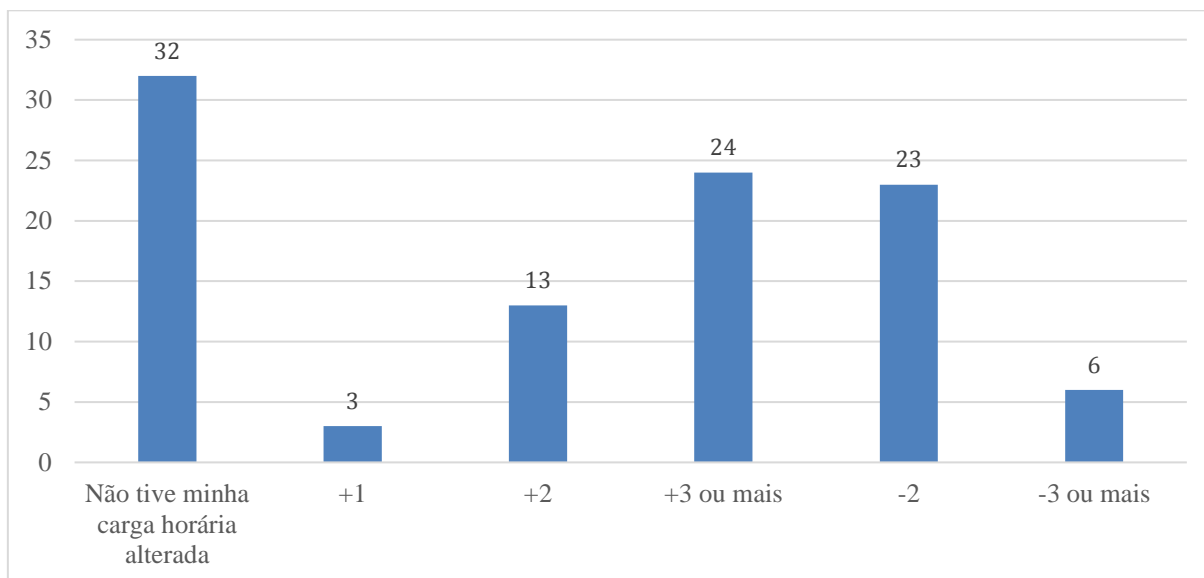
Sobre alteração da rotina de trabalho dentro do setor de atuação, decorrente de novas recomendações das autoridades de saúde pública sobre a COVID-19 é apresentado o gráfico 6 e quanto à alteração da carga horária e quantas horas de alteração de trabalho em consequência da COVID-19, é apresentado o gráfico 7.

Gráfico 6 - Quantidade de vezes que a rotina de trabalho foi alterada pela gestão decorrente de novas recomendações das autoridades de saúde pública sobre a COVID-19.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

⁵⁵Disponível em: <<https://setorsaude.com.br/empregos-no-setor-da-saude-crescem-durante-a-pandemia/>
<https://setorsaude.com.br/setor-da-saude-inicia-2021-com-saldo-positivo-de-20-mil-empregos/>
<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/06/saude-puxa-alta-do-emprego-em-servicos-com-avanco-da-pandemia.shtml>>.

Gráfico 7 - Alteração de carga horária dos participantes após a situação da pandemia.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Conforme o gráfico 6 somente 10% dos participantes não tiveram sua rotina de trabalho alterada, todo o restante dos participantes teve sua rotina de trabalho alterada.

Quanto à alteração de carga horária observa-se no gráfico 7 que 30% dos participantes não tiveram a carga horária alterada em consequência da pandemia, 27% tiveram diminuição da carga horária e 37% teve aumento na carga horária de trabalho.

Todo este contexto de mudanças na organização do trabalho na rotina e carga horária associada às condições individuais dos participantes pode ter impactos diretos na saúde física e mental destes trabalhadores, podendo ser um fator de risco para o sofrimento e adoecimento em consequência do trabalho Dejours e Abdoucheli (1994).

Assim, os dados apresentados revelaram que os trabalhadores invisíveis da pandemia estiveram expostos a uma soma de situações e fatores de risco para o sofrimento e adoecimento mental. Em consequência do trabalho, além do impacto na saúde mental, que a organização do trabalho exerce, embasadas pela psicodinâmica do trabalho, há o envolvimento de questões da divisão do trabalho e divisão dos homens, o trabalho prescrito e o trabalho real e a singularidade de cada indivíduo. Têm-se o sinergismo de todos os outros fatores que atuavam concomitantemente, como o fato de se viver uma pandemia com todos os riscos de adquirir a doença, transmitir, perder familiares e a própria vida, e todas as crises desencadeadas e intensificadas em detrimento do atual cenário, como, a precarização do trabalho, gerando assim incertezas econômicas, sociais, elevando o número de desfiliaados nesta classe.

6.2 Condições psicodinâmicas

Do total de 48 (43%) que aceitaram participar do questionário e entrevista 3 (7%) foram selecionados para a entrevista, tendo participantes lotados na SEMUS e SEMASTH.

Para resguardar a identidade das participantes não serão expostos seus nomes reais nem suas funções dentro da pandemia. As participantes serão identificadas por Penélope, Alzira e Cassiane. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

As participantes são do sexo feminino, sem comorbidades, já atuavam no município antes da pandemia e foram remanejadas dos seus postos de trabalho para exercerem funções na pandemia. Todas exerceram funções distintas em locais distintos na pandemia da COVID-19.

As perguntas que direcionaram a entrevista foram divididas em 5 pontos estratégicos: 1) Perfil profissional e social; (2) Condições familiares; (3) Ambiente físico e emocional de trabalho; 4) COVID-19; 5) Condições de moradia e de transporte; 6) autopercepção de adoecimento.

A partir da fala narrada e escrita pelas participantes durante a entrevista, foram identificados três temas centrais que conduziram a formulação de três categorias temáticas como apresentado no quadro 7:

Quadro 7 - Categorias temáticas.

1) Rotina de trabalho
2) Reconhecimento/ desconhecimento e seus efeitos psicológicos
3) Rompimento dos laços de suporte familiar e social

Elaborado pela autora, 2022.

1) Rotina de trabalho

Nesta categoria será abordado como se dava a rotina de trabalho das participantes, o ambiente físico e emocional do trabalho, assim como carga horária, tempo de descanso, pausa para almoço, as múltiplas tarefas da mulher, relacionamentos entre pares e chefia os desafios enfrentados por estas profissionais diante do novo, e os riscos de adoecimento dentro do ambiente de trabalho.

2) Reconhecimento/ desconhecimento e seus efeitos psicológicos;

Nesta segunda categoria será abordado sobre a liberdade em expressar ideias, opiniões e o uso da criatividade no ambiente de trabalho, a valorização do trabalho realizado pelas participantes entre pares e chefia, assim como a valorização financeira, será abordado como

esse processo ocorreu durante e após a atuação na pandemia e como o resultado da valorização e a falta desta impactam a saúde emocional das participantes.

3) Rompimento dos laços de suporte familiar e social;

Nesta última categoria será abordado os relacionamentos familiares e sociais das participantes durante a atuação na pandemia da COVID-19, quais os reflexos da rotina do trabalho nestes relacionamentos, e após a atuação como estes relacionamentos se estabeleceram.

6.2.1 Rotina de trabalho

Nesta primeira categoria definida com rotina de trabalho, tem-se uma abordagem ampla de temas, como: relacionamentos horizontais e hierárquicos, excesso de trabalho, reorganização da rotina, sofrimento, medo, tempo e sobrecarga de trabalho. Iniciaremos com o nível de segurança das participantes em realizarem suas atividades na pandemia.

Nas narrativas é notável a falta de experiência das participantes em atuarem na pandemia,

Penélope

[...] Não tinha trabalhado com isso, as ferramentas eram novas, tudo era novo (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

Na área que atuei não tinha experiência anterior (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Atuei em duas partes, [...] Continuei atuando na mesma área de antes da pandemia, mas minha demanda de trabalho aumentou muito, e ao mesmo tempo eu fazia um outro trabalho específico da pandemia (CASSIANE, 2022).

É evidente para alguns dos participantes a falta de domínio e insegurança para executar suas novas funções, e mesmo diante do imenso desafio o trabalho foi iniciado.

Sobre o ambiente físico e emocional no trabalho os participantes descrevem como adoecedor. Penélope faz as seguintes narrativas:

Penélope

Na época, físico era tranquilo, era confortável né... depois teve algumas mudanças e aí não trazia tanto conforto, depois fomos para uma sala própria, [...] É... emocional,

no início foi muito difícil, muito conturbado, [...] É... muita pressão, então... é... não tinha horário para almoçar pra jantar, é as vezes chegava de manhã saia só de noite, por que tinha uma reunião. Em casa? eu não tinha horário de trabalho, eu trabalhava em casa [...] [...] Porque eu precisava atender o serviço, então eu comecei a ficar muito sobrecarregada e meu emocional, criança pequena e tudo... e é não tinha hora pra dormir, então é... muito cansaço, muita exaustão (PENÉLOPE, 2021).

Para Cassiane:

Cassiane

Nosso ambiente emocional de trabalho, acredito como a maioria de ambiente em que o atendimento era ao público passou por conflitos, medos, mas que ao pouco foi se ajustando. O estresse foi bem no início da pandemia, a gente teve dificuldade de lidar com o novo sistema, uma nova forma de trabalhar e tudo, mas foi algo assim... eu nem chamo de estresse, era algo que eu acredito que foi geral para todo mundo que teve que se adaptar em continuar trabalhando em período de pandemia (CASSIANE, 2022).

Pode se observar que as condições de trabalho já descritas por Dejours (1994) que envolve estruturas físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho e são capazes de atuar no adoecimento do corpo do indivíduo não eram favoráveis para o estabelecimento da saúde.

Sobre as condições emocionais, identifica-se na fala de Penélope uma organização de trabalho precarizada, em que o trabalho necessitava ser realizado independente das condições, isso implica, independente do horário e das condições fisiológicas e emocionais do trabalhador. Com o cenário de emergência posto pela pandemia se acentuou ainda mais a exploração produtiva, diante de uma situação mundial de desemprego se submeter a tais exigências, mesmo que “invisíveis” por se justificar com a pandemia, resguarda o trabalhador da demissão, entretendo são (DEJOURS, 2004) exigências que levam o trabalhador ao sofrimento e a patologias sociais, o que resultou em um processo de sofrimento.

Ao ser questionada quanto ao ambiente físico e emocional do trabalho, Alzira descreve mais a doença como fator de perturbação emocional do que a organização do trabalho,

Alzira

A princípio, devido o medo e insegurança em relação à doença, tenso. Apesar da cooperação mútua e solidariedade entre os integrantes da equipe havia muito medo de se contrair a doença e transmitir aos familiares”. “As refeições durante a pandemia se alteraram devido as longas jornadas diárias de trabalho com pausas para refeições prejudicadas”. “Em relação à saúde mental, houve uma desestabilidade na época, tanto por medo da doença, como pelo contato com o desespero das pessoas acometidas. Sofri de insônia, sono perturbado, inapetência, choro fácil e inexplicado, ansiedade (ALZIRA, 2021).

Sobre os relacionamentos dentro do ambiente de trabalho entre os pares e chefia, Penélope relata,

Penélope

O relacionamento era bom, os colegas havia muita distração, muita brincadeira, é...bem legal mesmo, foi uma fase bem legal em termos disso, a chefia... eu estava em outra chefia ela atendia tudo que eu solicitava era bastante passiva, tentava ajustar conforme podia, porém... é... havia muita cobrança principalmente de tempo, eu tinha que entregar meu serviço em um dado tempo e nunca eu conseguia...porque eu dependia de outras pessoas, então... era bom, mas havia essa questão do tempo (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

A relação entre colegas e chefia transparecia respeito, parceria e afeto (ALZIRA, 2021).

Cassiane

[...] Tínhamos liberdade de nos expressar, fato este, que nos ajudou muito (CASSIANE, 2022).

Mesmo diante de um trabalho perturbador, estressante e adoecedor os relatos das participantes quanto ao relacionamento entre pares e chefia remetem o respeito e unidade. Penélope descreve um ambiente com distração e brincadeiras, o que pode ser observado como estratégias defensivas, descritas por Dejours (1994) como a forma que o indivíduo ou grupo encontra para defender sua saúde mental.

Sobre as condições ambientais de risco para adquirir a COVID-19, dentro do ambiente de trabalho, Penélope relata:

Penélope

Pequei, foi dentro do meu ambiente de trabalho, na época meu setor de trabalho teve vários casos positivos e eu tive contato com uma sala que teve muita gente que na mesma semana tinha se afastado (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

Já fui afastada mais de uma vez do trabalho por suspeita, mas os exames realizados tiveram resultado negativo. Tive contato com colega de trabalho com COVID 19 (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Mudou a forma de atendimento, os funcionários tiveram que manter o afastamento, e foi colocado proteção de acrílico para atendimento, no período atendia com luva, todo um cuidado, tanto cuidado dos funcionários quanto dos usuários [...]. Testei positivo em 2021, não me infectei no ambiente do trabalho, mas em outro local. [...] Tivemos contato sim com colegas que testaram positivo, mas não nos causou medo [...] (CASSIANE, 2022).

Observa-se que o risco de contágio e transmissão da doença era presente dentro do ambiente de trabalho, como relatado pelas participantes ambas tiveram contatos com colegas com teste positivo para a doença, e Penélope afirma que adquiriu a doença no trabalho. Penélope fez parte das estatísticas apresentadas neste trabalho da realidade exorbitantes de trabalhadores e profissionais da saúde que adquiriram a COVID-19 enquanto trabalhavam.

6.2.2 Reconhecimento/desconhecimento e seus efeitos psicológicos

Nesta segunda categoria, serão abordadas como ponto central as narrativas associadas ao fator reconhecimento e a falta deste na atuação das trabalhadoras durante o trabalho realizado na pandemia, assim como seus efeitos psicológicos. Durante a análise será aludido outros elementos da teoria Dejouriana observadas dentro das falas de reconhecimento/desconhecimento.

Como fator importante no fortalecimento da saúde mental e na identidade do trabalhador, como já citado anteriormente a psicodinâmica do reconhecimento (DEJOURS; BÈGUE, 2010) passa pelas provas do julgamento de utilidade que é proferida essencialmente pela hierarquia e pelo julgamento de beleza ou estético só proferido pelos pares.

Para Dejours (2012) mesmo trabalhadores como os participantes desta pesquisa que atuaram diante de um contexto fatigoso, quando reconhecidos são capazes de transformar o sofrimento no trabalho em prazer, assim como o contrário disto, a falta de reconhecimento leva o indivíduo ao sofrimento e até ao adoecimento.

Questionada sobre o sentimento de prazer e satisfação do que fizeram durante suas atuações na pandemia, as participantes afirmam:

Penélope

[...] Eu tinha muito orgulho porque eu tentava fazer o melhor, o máximo que eu podia e o mais bem feito, isso me trazia muita satisfação, e o resolver que as vezes ninguém tinha resposta, eu chegava com uma resposta, e... pra mim as vezes era simples e pra outras era... nossa...então assim, eu me senti importante, isso me dava satisfação, quando me chamava para uma reunião me sentia importante, quando eu conseguia terminar mais rápido do que eu podia, eu me sentia importante, e a minha atividade era de grande valia na época, a minha atividade era assim, junto com algumas poucas outras era assim umas das mais importantes, então assim...eu sentia muito prazer no que eu fazia (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

Sinto orgulho de ter participado de um momento histórico e ímpar, onde houve muitas trocas tanto entre colegas como com pacientes. Houve o compartilhar de muitas dores e alegrias (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Sentimento de gratidão por poder tido a oportunidade de contribuir nessa ação de ajuda as famílias (CASSIANE, 2022).

Constata-se na fala de Penélope o uso da criatividade dada pela liberdade em transformar o trabalho prescrito em trabalho real como elemento de superação do sofrimento, assim como o reconhecimento, valorização e confiança depositada na trabalhadora diante da execução de suas atividades ao ser ouvida, convidada para solucionar problemas, participar de reuniões, entretanto, observa-se uma dedicação extrema na atividade podendo ser uma estratégia de defesa de adaptação e exploração (MENDES, 2007) utilizada por Penélope para suportar o sofrimento sem adoecer, considerando que estas estratégias, como descrito anteriormente, tem nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão do trabalhador para as necessidades e desejos da instituição, levando o indivíduo a produzir muito para assim ser valorizado e reconhecido.

Para Alzira, o trabalhar na pandemia já significou reconhecimento, estar atuando em um momento tão singular da história já foi suficiente para despertar na participante o sentimento de prazer e de valorização.

Sobre a liberdade em expressar ideias, opiniões, criatividade no ambiente de trabalho Penélope e Alzira relatam:

Penélope

Tinha, muito, isso aí ele dava muito espaço para gente opinar, até porque como eu era a única que mexia com aquele sistema.... é... eles precisavam de mim, toda reunião me chamava, porque eu era a mais apta a responder algumas coisas e sugerir outras, então...dava sim muita liberdade pra gente se expressar (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

Havia liberdade em expressar as ideias e opiniões (ALZIRA, 2021).

Dejours (2012) divide o trabalho em: trabalho prescrito e trabalho real, nas falas das participantes observa-se a liberdade em transformar o trabalho prescrito em trabalho real, as participantes tinham autonomia e liberdade em realizar as tarefas colocando de si dentro do trabalho, o trabalho era realizado de maneira viva. As próprias características do contexto pandêmico, onde as evidências eram poucas, favoreceram para que as trabalhadoras pudessem contribuir com suas habilidades e criatividade com liberdade para o uso da inteligência prática.

Quando questionadas sobre o reconhecimento pelo trabalho realizado tem-se os relatos abaixo:

Penélope

[...] Apenas um colega, uns dois colegas meus de trabalho é... sempre reconheceu e até hoje me pede opinião em algumas coisas [...], [...] Ele é uma das pessoas que mais me valorizou o que eu fiz [...]. [...] no processo me balanceou muito meu emocional, quando eu sair balanceou mais ainda meu emocional, porque eu não senti gratidão, então tipo assim, você vai voltar pro seu trabalho, e eu voltei no outro dia e não teve um tchau, obrigado [...]. [...] Eu não senti reconhecida e... na verdade momento algum [...] Então assim, nem um pouco de reconhecimento, nenhum pouco de valorização [...] É uma coisa que eu jamais voltarei a fazer, pelos horários pela todas aquelas situações que eu vivi, e principalmente pela angústia que eu tenho hoje e carrego, do não reconhecimento, então tipo assim, se ninguém falou obrigado, por que eu iria voltar, me sacrificar novamente é me frustrar novamente [...], [...] Não sei nada sobre COVID, sobre vacina, e não quero entrar nesse assunto, procuro não trocar ideia sobre esse assunto, não gosto de falar sobre esse assunto, porque me lembra toda a desvalorização e o não reconhecimento (PENÉLOPE, 2021).

Cassiane

[...] Teve obrigada e parabéns pelo serviço prestado (CASSIANE, 2022).

Quanto ao reconhecimento financeira Penélope relata que:

Penélope

Então, eu tive acho que um ou dois meses de gratificação financeira, essa gratificação era das horas extras, depois eles tentaram confortar a gente de outra forma porque não haveria verba, então nos deram folga [...] (PENÉLOPE, 2021).

Cassiane

Alguns funcionários receberam gratificação financeira no período da COVID-19, os que atuaram na linha de frente. Eu não (CASSIANE, 2022).

Quanto aos relatos de falta de reconhecimento, para Alzira e Cassiane a única falta foi o reconhecimento financeiro, entretanto, para Penélope a falta de gratidão pelo sacrifício e dedicação intensa ao trabalho realizado na pandemia foi um fator marcante levando-a ao sofrimento e adoecimento, como demonstra os relatos. As falas de desvalorização de Penélope são referentes ao processo de finalização do trabalho no setor e pós atuação.

Quando se relaciona o primeiro trecho da entrevista citado neste tópico, sobre o sentimento de prazer e satisfação, com o trecho sobre reconhecimento, é notório o sentimento de prazer experimentado por Penélope dentro da organização do trabalho enquanto o seu trabalho estava sendo executado e era necessário, houve durante este processo conforme Dejours (2012) a psicodinâmica do reconhecimento, seu trabalho e as atividades que executava passou pelo julgamento de utilidade, realizada pela hierarquia, ao ser reconhecido como trabalho bem feito, essencial, sendo convidada, ouvida e valorizada. Penélope também descreve o reconhecimento

realizado pelos pares, que Dejours (2012) define como julgamento de beleza ou estético, este capaz de proporcionar maior impacto na saúde mental do trabalhador.

Entretanto, quando Penélope já não era mais necessária na atividade e retorna ao seu trabalho de origem, percebe-se o prazer ora observado transformando em sofrimento ao ponto de nunca ter se sentido valorizada durante o processo. A falta de reconhecimento teve um impacto tão profundo na identidade de Penélope ao ponto de a trabalhadora não conseguir falar sobre a COVID-19 por remeter lembranças angustiantes.

Sobre as consequências emocionais decorrentes da atuação na pandemia Penélope relata:

Penélope

[...] Até hoje o meu emocional é muito abalado e com outras coisas que foram acontecendo e isso teve um impacto muito grande e hoje eu faço acompanhamento com psicólogo pra ver se eu consigo amenizar... [...], [...] Enfim, eu sentir que eu resguardei, eu me recuei e me tornei uma pessoa mais passiva, eu era muito brincalhona, eu era muito eufórica, e eu senti que eu fiquei mais passiva, tanto para desempenhar o meu serviço quanto na questões sociais dentro do meu trabalho [...], [...] O meu comportamento, o meu mental ele mudou muito, não por conta do medo de COVID, ou da COVID, eu tive COVID, mas, da falta de gratidão, isso me incomodou muito e mudou muito o meu ser. [...] Hoje eu faço acompanhamento com psicóloga só comigo mesmo, já tô na quarta terapia com ela já, e vem me ajudando, vem me ajudando muito. [...] Mas eu acho que a minha saúde mental hoje não é igual [...], [...] Eu acho que a minha saúde mental hoje ela é comprometida 60%, assim..., e isso vem incomodando o meu social [...] (PENÉLOPE, 2021).

Alzira chegou a ser atendida por psicólogo durante sua atuação na pandemia, entretanto, sobre as consequências emocionais decorrentes da atuação na pandemia relatou que:

Alzira

Não continuo em acompanhamento e nem uso medicação de controle, apenas fitoterápico (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Não desenvolvi nenhum transtorno e nem precisei de acompanhamento psicológico no período do COVID-19 (CASSIANE, 2022).

Mesmo as pressões de trabalho apresentando característica semelhantes os danos à saúde mental das participantes variaram, fato destacado na teoria de Dejours (1994) ao considerar que estas pressões de trabalho mesmo sendo iguais cada indivíduo reage de maneiras distintas por possuir sua singularidade, particularidades e vivências pessoais.

Constata-se na fala de Penélope o sofrimento e adoecimento em detrimento da

organização do trabalho durante sua atuação na pandemia, sendo a falta de reconhecimento o ponto chave do processo.

Até este ponto, das análises das duas categorias acima, evidencia-se que o sofrimento vivido pelas trabalhadoras invisíveis no início da pandemia, no município de Araguaína-TO, pode ser justificado pela condição da pandemia da COVID-19. No início, a divisão do trabalho e condições de trabalho foi muito mais um fator causador deste sofrimento e adoecimento do que a própria divisão de homens.

Já no prolongamento dos meses da prevalência da doença, e com uma rotina de trabalho pré-moldada, outros aspectos interferiam na saúde mental das trabalhadoras, sendo a divisão de homens o principal fator causador de sofrimento e adoecimento, não descartando a divisão do trabalho e as condições de trabalho.

6.2.3 Rompimento dos laços de suporte familiar e social

Na terceira categoria foi abordado o rompimento dos laços de suporte familiar e social. Em decorrência da alta demanda de dedicação ao trabalho e o distanciamento social imposto pela pandemia, as participantes relataram bom relacionamento familiar, mas as narrativas evidenciam uma fragilidade destas relações.

Para Penélope, os relacionamentos familiares foram fragilizados,

Penélope

[...] Eu tiver muita desavença dentro da minha casa porque eu precisava está no meu serviço, porque eu precisava está acordada, porque eu precisava colocar meu filho mais cedo pra dormir pra poder atender as necessidades da minha atividade [...] (PENÉLOPE, 2021).

Penélope destaca a rotina familiar alterada em consequência da rotina de trabalho,

Penélope

Era uma bagunça eu não almoçava e nem jantava com minha família, mas as minhas refeições eram em casa, sempre 4, 3, 5 horas da tarde, e a janta era também quando a gente tava em casa, era 8, 9, mas nunca com a minha família, e... isso foi difícil pra mim, porque na minha casa nossa tradição era sempre comer quando o ultimo chegar, então a gente sempre almoçava e sempre jantava todos juntos (PENÉLOPE, 2021).

Os relatos de Alzira evidenciam também fragilidade familiares, enquanto, para Cassiane não houve nenhuma alteração.

Alzira

Devido o medo na época e temor do adoecimento, meus filhos foram ficar com o pai na fazenda em outro estado por bastante tempo. Quando voltaram, devido a minha carga horária de trabalho muito intensa continuamos a ter pouco convívio familiar (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Foi tudo muito tranquilo (CASSIANE, 2022).

Quanto aos relacionamentos sociais é evidente a inexistência destes nos relatos das participantes:

Penélope

Então, eu mudei muito meu social, eu não frequento mais barzinhos, eu tento o máximo não levar pessoas para minha casa, eu parei de visitar colegas, amigos, na verdade hoje eu não tenho amizade de convívio fora do meu serviço, tento manter o isolamento (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

A pandemia trouxe afastamento físico (ALZIRA, 2021).

Após a atuação na pandemia, as participantes relataram um olhar diferente quanto aos relacionamentos familiares, como descritos abaixo:

Penélope

[...] No tempo que eu estou em casa tento o máximo possível aproveitar com minha família e não trazer a solidão pra dentro da minha casa e sim a solidade, a gente poder usar o isolamento como uma forma de fazer coisas que a gente não fazia antes e nunca ver o isolamento como solidão, mas como oportunidade de fazer coisas que a gente não tinha antes, o nosso tempo hoje é maior dentro de casa e a gente sempre cobrou isso, é... no cotidiano antes da pandemia, e hoje eu tenho oportunidade de ficar mais dentro de casa com minha família [...] (PENÉLOPE, 2021).

Alzira

A pandemia trouxe reflexão acerca da incerteza que é a vida. Hoje estamos aqui, amanhã talvez. Por um momento de descuido podemos perder um ente querido. Daí a importância de se cuidar pra cuidar do outro. Percebi a importância de não se importar com pequenas coisas e apreciar mais os momentos de felicidade no cotidiano (ALZIRA, 2021).

Cassiane

Atuar na pandemia de certa forma mudou seu olhar quanto aos meus relacionamentos familiares, me tornou mais quebrantada (CASSIANE, 2022).

Observa-se nas falas das participantes uma nova percepção da vida, dos relacionamentos. O isolamento social e toda as limitações que a pandemia acarretou, suas incertezas diante da vida, o risco eminente de perdas de entes queridos, o abalo na economia,

entre outros, trouxe reflexões internas e valorização daquilo que antes era rotina e cotidiano, principalmente a liberdade de ir e vir e as demonstrações afetivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crise sanitária acentuada pela pandemia da COVID-19 se sobrepôs a todos os problemas e fragilidade sociais, econômicos políticos vivenciados pelo mundo moderno. Problemas sociais mascarados e paliados antes da pandemia passaram a ser escancarados e apresentado aos olhos do Brasil e do mundo, a pandemia agudizou ainda mais os problemas já existentes, como na saúde, educação, o desemprego, fome, diferença de acesso aos serviços.

Estas são realidades denunciadas pela pandemia da COVID-19, são frutos de problemas anteriores que na atual crise apenas exacerbou, nenhuma vulnerabilidade nova foi “descoberta”, porém, todas as vulnerabilidades passaram a ser “descobertas”.

O relato dos dados da COVID-19, de uma esfera global até regional apresentados neste trabalho, assim como as vulnerabilidades espaciais e sociais, demonstraram um panorama epidemiológico associado a políticas sanitárias de enfrentamento e a consequente intensificação de problemas sociais já existentes. A insuficiência de gerenciamento, coordenação do sistema de saúde, de equipamentos, insumos, recursos humanos para assistência, bem como o não seguimento das medidas de controle.

A aplicação da geografia da saúde foi um destaque neste contexto pandêmico ao promover conhecimento para entendimento das relações estabelecidas entre o território e os condicionantes da saúde (SANTANA, 2014), considerando que territórios foram alterados pela sociedade diante da ameaça invisível de um vírus, mudou-se os hábitos, a forma de interação social, a forma de trabalhar, de estudar e de adoecer.

A pandemia vem causando ao longo destes dois anos impactos em todas as áreas da sociedade, dentre os fatores de preocupação, estão os impactos da crise sanitária nos trabalhadores, em especial os trabalhadores que atuam na saúde pública do país.

Sem desconsiderar a situação de impacto dos trabalhadores inseridos dentro dos hospitais, este trabalho trouxe como foco, os trabalhadores fora deste contexto, que laboram tão qualmente para conter a doença, entretanto, inseridos dentro de outro cenário, são os trabalhadores invisíveis que atuaram na SEMUS e na SEMASTH, que exerceram atividades como: recolhimento, correção e digitação de fichas de notificação; motoristas; recepcionistas; enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem que monitoraram via telefone os pacientes positivos que se encontravam em isolamento domiciliar; assistentes administrativos que entregavam resultados de exames; assistentes sociais que entregaram cestas básicas para famílias carentes; trabalhadores que contabilizam diariamente cada caso de COVID-19,

ocupação de leitos clínico e de UTI para que os boletins epidemiológicos fossem divulgados para a sociedade.

Demonstrar a realidade destes profissionais neste trabalho se torna relevante considerando que são poucos os estudos que abordam estes invisíveis, dentro de uma cidade de médio porte localizada no extremo norte do estado do Tocantins.

Sabemos que o trabalho ocupa uma centralidade na vida do ser humano, a psicodinâmica do trabalho como abordagem científica, caracteriza a organização do trabalho em uma fonte de prazer, entretanto, também uma fonte de sofrimento e adoecimento. Antes mesmo da pandemia da COVID-19 o trabalho já adoecia as pessoas, pela precarização, pela diminuição dos direitos sociais, pelas violências no trabalho entre elas a psicológica, a pandemia apenas exacerbou esta realidade.

Para a Psicodinâmica do Trabalho cada sujeito é único, portador de uma história, de uma personalidade, sendo também articulador de reações próprias e originais diante dos sentimentos experimentados na organização do trabalho, estas características fazem com que alguns somente sofram e que nunca evoluam para o adoecimento.

Assim, como objetivo geral de analisar as condições socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores invisíveis da cadeia de saúde dos trabalhadores envolvidos no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no município de Araguaína, e como objetivos específicos de analisar as condições do trabalho, percepções e relações dos problemas psicossociais dos trabalhadores invisíveis que atuaram na SEMUS e SEMASTH durante a pandemia da COVID-19; estabelecer relações entre as condições de moradia, de locomoção dos profissionais invisíveis e a vulnerabilidade de exposição pessoal e familiar à doença e identificar as vulnerabilidades e potencialidades sociais vinculadas às condições de trabalho e de uso da cidade dos profissionais invisíveis durante a pandemia, observou-se um cumprimento destes objetivos.

Quanto a raça cabe destaca um dado importante, sabendo que pardos e negros tendem a sofrer mais com os impactos da pandemia, foi importante identificar uma grande porcentagem (67%) trabalhando.

Outro ponto a se observar é o desnivelamento dos dados quando comparados o perfil das profissões com a escolaridade, sugerindo que profissionais com nível superior estão atuando como profissionais de nível médio, esta realidade produz condições insatisfatórias de trabalho e pode ser aceita pelos trabalhadores pelas necessidades financeiras acentuada ainda mais com a crise sanitária.

Muitos fatores podem ser determinantes ou interferentes: 1) possibilidade de emprego na pandemia pela área; 2) alocação em nível médio na área por limitação de vagas no superior, quadro existente antes da pandemia; 3) complexidade de funções inerentes ao quadro de pandemia, com desvio de profissionais de nível superior para outras funções; 4) maior instrução, maior disponibilidade para responder questionário. Seja qual for a razão, temos uma situação que por si só pode ser geradora de intenso conflito pessoal e produtora de sofrimento, uma vez que atuar em cargo de nível médio pode gerar a sensação de inutilidade dos esforços na formação superior.

As condições de moradia apresentadas nos resultados favorecem a exposição pessoal e familiar à doença, com maior risco de gravidade considerando que mais da metade dos participantes declaram morar com alguém do grupo de risco. Já a locomoção para o trabalho, compra e lazer não foi um fator de grande possibilidade de adoecimento, pois a maioria dos participantes utilizam do transporte próprio para se locomover.

As condições de moradia, comprometimento financeiro e salários não condizentes com a escolaridade, muitas vezes os levam a buscar mais um novo vínculo empregatício, e, assim, ter condições financeiras para uma melhor qualidade de vida (benéfico), entretanto aumenta a possibilidade de adoecimento (maléfico). Esta tendência pode levar a uma sobrecarga humana e suas consequências, como: ausência de descanso, baixa imunidade, alimentação prejudicada e pouca relação social, levando esses profissionais a ficarem mais susceptíveis ao adoecimento físico e emocional.

Problemas psicossociais podem ser agravado para os participantes que tem a COVID-19 como objeto do trabalho, e perderam algum familiar vítima da doença, o próprio trabalho pode ser o instrumento do sofrimento por despertar diariamente as lembranças da perda, elevando o sofrimento por um tempo ainda mais indeterminado.

Observa-se, que tudo foi novo quanto ao trabalho, que foi um desafio ser um (a) trabalhador (a) invisível, que as demandas de trabalho aumentaram e mudaram, e que isto gerou impactos emocionais nos participantes levando ao sofrimento e em alguns casos ao adoecimento, a rotina familiar, social foi alterada duplamente, pelas próprias condições da doença e em segundo lugar por ter que trabalhar com algo até então sem precedentes, observa-se para alguns dos participantes uma organização e condições de trabalho precarizadas.

Como trabalhadora invisível e uma das participantes do projeto de apoio psicológico no município de Araguaína-TO foi possível observar nos primeiros grupos terapêuticos, como as características de mudança de rotina implementadas e divulgadas pelo MS ocasionavam nos profissionais alterações emocionais, pois de manhã se trabalhava de uma forma e horas após a

rotina era alterada decorrente das publicações de novas evidências. Em três meses da doença no Brasil o MS apresentou 9 atualizações no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19), na Atenção Primária à Saúde, sendo este o que direcionava grande parte das atividades realizadas pelos participantes da pesquisa.

Não se tinha uma direção, uma rotina de trabalho, tanto em aspectos científicos quanto de carga horária, chegando o trabalhador a realizar 10 a 12 horas de trabalho todos os dias sem pausa para os fins de semana ou feriado, provocando, assim, esgotamento físico e psicológico. Com tantas horas dedicadas ao trabalho, conseqüentemente, a rotina pessoal destes trabalhadores se desajustou.

Evidência-se o uso das estratégias defensivas para proteção emocional, havia uma boa relação na fala de todas as participantes entre pares e chefia, e a transformação do trabalho prescrito em trabalho real.

Cabe destacar que no início da pandemia, de uma forma geral os trabalhadores da saúde assim como o SUS foram hipervalorizados pelos gestores do sistema e pela sociedade, como trabalhadora invisível pude desfrutar de alguns destes reconhecimentos por parte da sociedade, como: desconto da gasolina em postos de combustível, frete grátis na entrega de alimentos, elogios dos usuários do SUS, café da manhã e lanche da tarde entregue no trabalho como forma de gratidão, entretanto sabíamos que estas ações iriam passar.

Entretanto, a lacuna a destacar aqui, são para os trabalhadores que passaram por toda estas hipervalorização no início, o desgaste emocional impulsionado pelo novo, pelo medo e pelo desconhecido, que se empenhavam em dar tudo de si, comprometendo até mesmo seus relacionamentos pessoais, e que com a redução dos casos se encontraram demitidos de suas funções sem o reconhecimento pelo trabalho na ocasião da sua saída.

A falta de reconhecimento relatado por uma das participantes após finalizar seu trabalho na pandemia, levou-a ao sofrimento e ao adoecimento. Este fato se torna relevante considerando a própria relevância do cenário, do sacrifício desempenhado pela trabalhadora. Palavras simples como obrigada e gratidão após um trabalho poderiam mudar esta realidade, ficando como sugestão para as chefias.

A pandemia da COVID-19 deixa marcas profundas e ainda incalculáveis, a humanidade ainda procura respostas quanto a inúmeras perguntas. Muito, em pouco tempo foi feito, e muito aconteceu, tivemos a sensação ambígua de vivermos anos rápidos e longos, sendo o excesso de informação uma das principais causas deste sentimento.

Com a pandemia ainda em curso, há 2 ano e 3 meses do primeiro caso da doença no mundo, observa-se uma vasta disponibilidade de dados sobre o tema, mas discussões escassas

envolvendo os trabalhadores invisíveis, principalmente no estado do Tocantins e em Araguaína. Iniciamos os reflexos negativo ainda vivendo no contexto pandêmico, estudos futuros pós-pandemia trarão novos embasamentos e realidades, trazendo outros cenários até então não observados, pois, assim como a doença é sem regras, tudo que a rodeia parece ser imprevisível.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Vinicius Gomes de; RAMOS JÚNIOR, Dornival Venâncio; COSTA, Kênia Gonçalves; DIAS, Reges Sodré da Luz Silva. Notificando o medo: cartografia e percepção da COVID-19 na malha rodoviária na porção norte dos vales dos rios Araguaia e Tocantins. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Edição Especial: Covid19. p.153-163, jun./2020. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54395/29153>>. Acesso em: 17 out 2020.
- ALBORNOZ, Suzana. O que é trabalho. 6.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004. 103 p.
- ARAGUAÍNA. Boletins mensais. **Prefeitura de Araguaína**. 2020 e 2021. Disponível em: <<https://covid19.araguaina.to.gov.br/>>. Acesso em: 04 abr. 2021.
- ARAGUAÍNA. Boletins Mensais. **Prefeitura de Araguaína**. 2020a. Disponível em: <<https://araguaina.to.gov.br/covid19/>>. Acesso em: 18 out 2020.
- ARAGUAÍNA. Decreto 217, de 06 de abril de 2020b. Torna obrigatório o uso de máscaras de proteção respiratórias por todos os cidadãos em ambientes públicos como forma de prevenção para a contenção do avanço da epidemia COVID-19 e dá outras providências. Brasília, abr. 2020b. Disponível em: <<https://leis.araguaina.to.gov.br/Decreto/217/2405.aspx>>. Acesso em: 29 out 2020.
- ARAGUAÍNA. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício nº 14. Mensagem recebida por <nucleoepicerest.araguaina@gmail.com>. 21 mai. 2021.
- ARAÚJO, Fabrício; OLIVEIRA, Valéria. Fronteira do Brasil com a Venezuela é fechada. **G1 RR**, Pacaraima, 18 de mar. 2020, 09h46. Atualizado há um ano. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/03/18/fronteira-do-brasil-com-a-venezuela-e-fechada.ghtml>>. Acesso em: 18 out 2020.
- BARCELLOS, Christovam. Entrevista com Christovam Barcellos. Uma nova geografia e o direito à informação e comunicação: a sobrevida em meio à pandemia de Covid-19. **Reciis-Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 2, p. 461-472, abr. jun. 2020, Entrevista concedida a Roberto Abib. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41959/2/16.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2021.
- BRANT, Luiz Carlos; GOMEZ, Carlos Minayo. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 213-223, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19838.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRANDÃO, André Augusto. Conceitos e coisas: Robert Castel, a “desfiliação” e a pobreza urbana no Brasil. **Emancipação**, v.2, n.1, p. 141-157, 2002.

BRASIL. Brasil registra menor média móvel de mortes e de casos por Covid-19 desde janeiro. **Governo Federal**, 2021ac. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-registra-menor-media-movel-de-mortes-e-de-casos-por-covid-19-desde-janeiro>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Pela primeira vez no ano, Brasil registra taxa de ocupação menor que 80% em leitos Covid-19. **Governo Federal**, 2021ad. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/pela-primeira-vez-no-ano-brasil-registra-taxa-de-ocupacao-menor-que-80-em-leitos-covid-19>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Brasil chega à 4ª posição entre os países que mais aplicaram a segunda dose ou dose única da vacina Covid-19. **Governo Federal**, 2021ad. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-chega-a-4a-posicao-entre-os-paises-que-mais-aplicaram-a-segunda-dose-ou-dose-unica-da-vacina-covid-19>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Mais de 70% dos brasileiros acima de 18 anos estão com a primeira dose no braço. **Governo Federal**, 2021ae. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-de-70-dos-brasileiros-acima-de-18-anos-estao-com-a-primeira-dose-no-braco>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Mais de 2,9 mil municípios não registraram casos e óbitos por Covid-19 em 24 horas no Brasil. **Governo Federal**, 2021af. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-de-2-9-mil-municipios-nao-registraram-casos-e-obitos-por-covid-19-em-24-horas-no-brasil>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Brasil ultrapassa marca de 50% da população adulta protegida com as duas doses ou dose única da vacina Covid-19. **Governo Federal**, 2021ag. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/brasil-ultrapassa-marca-de-50-da-populacao-adulta-protegida-com-as-duas-doses-ou-dose-unica-da-vacina-covid-19>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. 90% da população brasileira adulta está vacinada com a primeira dose contra a Covid-19. **Governo Federal**, 2021ah. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/90-da-populacao-brasileira-adulta-esta-vacinada-com-a-primeira-dose-contra-a-covid-19>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Brasil chega a 70% do público-alvo completamente vacinado contra a Covid-19. **Governo Federal**, 2021ai. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/brasil-chega-a-70-do-publico-alvo-completamente-vacinado-contra-a-covid-19>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Pela primeira vez na pandemia, 23 estados apresentam ocupação em leitos Covid-19 abaixo de 50%. **Governo Federal**, 2021aj. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/pela-primeira-vez-na-pandemia-23-estados-apresentam-ocupacao-em-leitos-covid-19-abaixo-de-50>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Com quase 80% da população-alvo vacinada com duas doses, novembro foi o mês com menor número de mortes desde abril de 2020. **Governo Federal**, 2021al. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/com-quase-80-da-populacao-alvo-vacinada-com-duas-doses-novembro-foi-o-mes-com-menor-numero-de-mortes-desde-abril-de-2020>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Retrospectiva 2021: as milhões de vacinas Covid-19 que trouxeram esperança para o Brasil. **Governo Federal**, 2021am. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/retrospectiva-2021-as-milhoes-de-vacinas-covid-19-que-trouxeram-esperanca-para-o-brasil>>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 93, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 51, 19/12 a 25/12/2021. Brasília. Publicado em: p. 1-71, 31 de dez. de 2021an. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_93.pdf/view>. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 45, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 1 (3 a 9/1/2021). Brasília. Publicado em: 14 de jan. de 2021h. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/15/boletim_epidemiologico_covid_45.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológica Especial 43, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 43 (18/10 a 24/10/2020). Brasília. Publicado em: 28 de out. de 2020bc. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/outubro/29/boletim_epidemiologico_covid_37_alterado2-compactado.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Governo Federal inicia vacinação contra Covid-19 nas comunidades indígenas brasileiras. **Governo Federal**. Publicado em 19/01/2021w 18h35. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/governo-federal-inicia-vacinacao-contracovid-19-nas-comunidades-indigenas-brasileiras>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde confirma primeiro caso de reinfecção por Covid-19. **Governo Federal**. Publicado em 10/12/2020bd 09h42. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-confirma-primeiro-caso-de-reinfeccao-por-covid-19>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde confirma segundo caso de reinfecção por Covid-19 no Brasil. **Governo Federal**. Publicado em 18/12/2020be 19h56. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-confirma-segundo-caso-de-reinfeccao-por-covid-19-no-brasil>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Saúde detalha medida provisória que acelera processo de vacinação contra a Covid-19. **Governo Federal**. Publicado em 08/01/2021e 17h28. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-detalha-medida-provisoria-que-acelera-processo-de-vacinacao-contraa-covid-19>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Aeronave trará da Índia 2 milhões de doses da vacina contra a Covid-19 ao Brasil. **Governo Federal**. Publicado em 14/01/2021f 14h26. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/aeronave-trara-da-india-2-milhoes-de-doses-da-vacina-contraa-covid-19-ao-brasil>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Anvisa concede primeiro registro definitivo para vacina contra a Covid-19 nas Américas. **Governo Federal**. Publicado em 23/02/2021j 21h13. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/02/anvisa-concede-primeiro-registro-definitivo-para-vacina-contraa-covid-19-nas-americas>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Saúde confirma caso de reinfecção por nova cepa da Covid-19. **Governo Federal**. Publicado em 15/01/2021g, as 09h51. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-confirma-caso-de-reinfeccao-por-nova-cepa-da-covid-19#:~:text=Sa%C3%BAde%20confirma%20caso%20de%20reinfec%C3%A7%C3%A3o%20por%20nova%20cepa%20da%20Covid%2D19,-At%C3%A9%20momento%20foram&text=A%20segunda%20an%C3%A1lise%20realizada%20mostrou,mas%20de%20origem%20no%20Amazonas.>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 5 (31/01 a 6/2/2021)**. Brasília. Publicado em: 19 de fevereiro de 2021u.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 6 (7 a 13/2/2021). Brasília. Publicado em: 18 de fevereiro de 2021x.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 7 (14 a 20/2/2021). Brasília. Publicado em: 25 de fevereiro de 2021z.

BRASIL. Ministério da Saúde abre campanha de vacinação contra a Covid-19 com envio de doses aos estados. **Governo Federal**. Publicado em 18/01/2021i 09h59. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-abre-campanha-de-vacinacao-contr-a-covid-19-com-envio-de-doses-aos-estados>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). Brasília. Publicado em: 04 de março de 2021l. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 30 (25/7 a 31/7/2021). Brasília. Publicado em: 30 de julho de 2021ab. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_74-final_6ago.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ações integradas promovem a recuperação gradativa do sistema de saúde do Amazonas. **Governo Federal**. Publicado em 08/02/2021s 19h12. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/acoes-integradas-promovem-a-recuperacao-gradativa-do-sistema-de-saude-do-amazonas-1>>. Acesso em 01 ago. 2021.

BRASIL. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza começa em 12 de abril. **Governo Federal**, publicado em 16/03/2021m às 10h12. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/campanha-nacional-de-vacinacao-contr-a-influenza-comeca-em-12-de-abril>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Marcelo Queiroga toma posse como ministro da Saúde. **Governo Federal**, publicado em 23/03/2021n, às 20h33. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/marcelo-queiroga-toma-posse-como-ministro-da-saude>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Governo Federal anuncia projeto para vacina 100% brasileira. **Governo Federal**, publicado em 26/03/2021 18h25, atualizado em 26/03/2021o, às 18h28. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/governo-federal-anuncia-projeto-para-vacina-100-brasileira>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Amazonas registra queda de 43% no número de óbitos por Covid-19, Jacira Oliveira. **Governo Federal**, publicado em 18/02/2021t, às 16h18. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/amazonas-registra-queda-de-43-no-numero-de-obitos-por-covid-19>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Brasil atinge 50 milhões de doses aplicadas de vacinas Covid-19. **Governo Federal**, publicado em 14/05/2021q, às 12h51. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-atinge-50-milhoes-de-doses-aplicadas-de-vacinas-covid-19>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Semana Epidemiológica 14 (4/4 a 10/4/2021). Brasília. Publicado em: 15 de abril de 2021p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/16/boletim_epidemiologico_covid_58-1.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. **Boletim Observatório Covid-19**. Semana Epidemiológica 25 e 26 (20/06 a 3/7/ 2021r). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021_semanas_25_26.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Brasil apresenta ações para enfrentamento do novo coronavírus. **Governo Federal**, 19 de fev. 2020i. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-apresenta-acoes-para-enfrentamento-do-novo-coronavirus>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Brasil inclui mais 8 países em alerta para o novo coronavírus. **Governo Federal**, 25 fev. 2020j. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-inclui-mais-8-paises-em-alerta-para-o-novo-coronavirus>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Brasil confirma primeiro caso da doença. **Governo Federal**, 26 de fev. 2020l. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Brasil amplia medidas para assistência de casos de COVID-19. **Governo Federal**, 6 de mar. 2020m. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-amplia-medidas-para-assistencia-de-casos-de-covid-19>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Brasil registra 158,5 mil pessoas curadas do coronavírus. **Governo Federal**, 26 de maio de 2020u. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-registra-158-5-mil-pessoas-curadas-do-coronavirus>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Brasil registra 3.417 casos confirmados de coronavírus e 92 mortes. **Governo Federal**, 27 de março de 2020s. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-registra-3-417-casos-confirmados-de-coronavirus-e-92-mortes>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Coronavírus: 52 casos confirmados e 907 suspeitos em investigação no Brasil. **Governo Federal**, 11 de mar. 2020n. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/coronavirus-52-casos-confirmados-e-907-suspeitos-em-investigacao-no-brasil>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico 05**, p. 1-11, 14 de março de 2020p. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/03--ERRATA---Boletim-Epidemiologico-05.pdf>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Coronavírus: 1 morte e 291 casos confirmados. **Governo Federal**, 17 de março de 2020q. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/coronavirus-1-morte-e-291-casos-confirmados>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI-ESPII. Diário Oficial, Brasília, DF, de 30 jan. 2020f. Edição: 21-A. Seção: 1 – Extra. Página: 1. Órgão: Atos do Poder Executivo. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.211-de-30-de-janeiro-de-2020-240646239?inheritRedirect=true&redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3Fsecao%3Ddou1%26data%3D31-01-2020%26qSearch%3DGei>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 07**. Brasília. Publicado em: 06 de abril 2020aa. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06---BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 01**. Brasília. Versão 3, p. 1-17, jan. 2020a. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 03**. Brasília, p. 1-18, 21 de fev. 2020b. Disponível em:

<<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 02**. Brasília, p. 1-23, 10 de fev. 2020c. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/Boletim-epidemiologico-COEcorona-SVS-13fev20.pdf>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde atualiza situação do novo coronavírus para os estados. **Governo Federal**, 24 jan. 2020d. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-atualiza-situacao-para-os-estados>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil orienta evitar viagens à China. **Governo Federal**, 28 jan. 2020e. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-orienta-evitar-viagens-a-china>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde se reúne com secretários de saúde sobre o novo coronavírus. 05 jan. **Governo Federal**, 2020h. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-se-reune-com-secretarios-de-saude-sobre-o-novo-coronavirus>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional. **Governo Federal**, 21 de março de 2020r. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Nelson Teich toma posse como Ministro da Saúde. **Governo Federal**, 17 de abril de 2020t. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nelson-teich-toma-posse-como-ministro-da-saude>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. OPERAÇÃO REGRESSO. Brasileiros serão liberados da quarentena neste domingo. **Governo Federal**, 22 de jan. 2020g. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasileiros-serao-liberados-neste-domingo-da-base-aerea-de-apolis>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus. **Governo Federal**, 13 de mar. de 2020o. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/saude-anuncia-orientacoes-para-evitar-a-disseminacao-do-coronavirus>>. Acesso em: 07 out 2020.

BRASIL. Número de curados do coronavírus ultrapassa os casos ativos no Brasil. **Governo Federal**, jun. de 2020v. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/numero-de-curados-do-coronavirus-ultrapassa-os-casos-ativos-no-brasil>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 18 de junho de 2020x. Edição: 116, seção 1, p. 64. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Covid-19: Brasil registra mais de 1 milhão de curados. **Governo Federal**, 09 de jul. de 2020w. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/covid-19-mais-de-1-milhao-de-brasileiros-estao-curados>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Plataforma Localiza SUS disponibiliza dados e ações de enfrentamento à Covid-19. **Governo Federal**, 28 de jul. de 2020z. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/plataforma-localiza-sus-disponibiliza-dados-e-acoes-de-enfrentamento-a-covid-19>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Índios no Brasil, quem são. **Governo Federal**, s/d. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?start=2#>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Governo Federal**, 2020ad. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/araguaina/panorama>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. **Governo Federal**, nov. 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. 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, de 02 de abr. de 2020aj. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113982.htm>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos. Disque 100 vai receber denúncias relacionadas ao coronavírus. **Governo Federal**, 27 de março de 2020ag. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/03/disque-100-vai-receber-denuncias-relacionadas-ao-coronavirus-1>>. Acesso em: 13 out 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. **Governo Federal**, 27 de mar. de 2020ah. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/todas-as-noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>>. Acesso em: 13 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. **Governo Federal**, 29 de out. de 2020. 2020ae. Disponível em: <<https://localizaus.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 07**. Brasília, p. 1-28, 06 de abr. 2020ab. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 06**, Brasília, p. 1-23, 03 de abr. 2020aq. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus: 25 mortes e 1.546 casos confirmados. **Governo Federal**, 22 de mar. de 2020ac. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/coronavirus-25-mortes-e-1-546-casos-confirmados>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 18**. Brasília. p. 1-42, 18 de jun. de 2020as. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Boletim-epidemiologico-COVID-2.pdf>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde inaugura primeira ala hospitalar para indígenas no Amazonas. **Governo Federal**, publicado em 26 de mai. de 2020ar. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-inaugura-primeira-ala-hospitalar-para-indigenas-no-amazonas>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 34**. Brasília, p. 1-42, 07 de out. 2020ap. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/08/Boletim-epidemiologico-COVID-34.pdf>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 23**. Brasília, p. 1-42, 22 jul. 2020at. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/22/Boletim-epidemiologico-COVID-23-final.pdf>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19: Região Norte começa a apresentar queda sustentável da doença. **Governo Federal**, 15 jul. 2020au. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/covid-19-regiao-norte-comeca-a-apresentar-queda-sustentavel-da-doenca>>. Acesso em: 17 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 16**. Brasília, p. 1-67, 18 mai. 2020av. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>>. Acesso em: 26 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 36**. Brasília, p. 1-69. Publicado em 21 de outubro de 2020ax. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf>. Acesso em: 26 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde amplia apoio psicológico a profissionais de serviços essenciais. **Governo Federal**, 30 de jul. 2020az. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-amplia-apoio-psicologico-a-profissionais-de-servicos-essenciais>>. Acesso em: 26 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 07**. Brasília, p. 1-59, 08 de jul. 2020al. Disponível em: <<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/08/Boletim-epidemiologico-COVID-21-corrigido-13h35--002-.pdf>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência nacional para infecção Humana pelo novo Coronavírus CoVid-19. Brasília, p. 1-26, 2020bf. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Coronavírus 19**, Brasília, p. 1-42, 23 de jun. 2020af. Disponível em:

<<http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/25/Boletim-epidemiologico-COVID-19-2.pdf>>. Acesso em: 04 nov 2020.

BRASIL. Resolução nº 2, de 9 de abril de 2020. Dispõe sobre a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE durante o período de 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 novo coronavírus - Covid-19. Brasília, DF, mar. de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2-de-9-de-abril-de-2020-252085843>>. Acesso em: 30 set 2020.

BRASIL. Brasil registra mais de 2 milhões de recuperados da Covid-19. **Governo Federal**, 05 de ago. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-registra-mais-de-2-milhoes-de-recuperados-da-covid-19>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Presidente assina Medida Provisória que garante produção de vacina contra a Covid-19. **Governo Federal**, 06 de ago. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/presidente-assina-medida-provisoria-que-garante-producao-de-vacina-contra-a-covid-19>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Covid-19: Brasil registra 2.094.293 recuperados. **Governo Federal**, 08 de ago. de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/covid-19-brasil-registra-2-094-293-recuperados>>. Acesso em: 11 out 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Painel de Informações do Novo CAGED. Brasília, fev. 2021. p.1-52. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWl5NWl0ODEtYmZiYy00Mjg3LTkzNWUtY2UyYjIwMDE1YWI2IiwidCI6IjNlYzkyOTY5LTVhNTEtNGYxOC04YWM5LWVmOThmYmFmYTk3OCJ9>>. Acesso em: 10 mar 2021.

BRASIL. 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. Presidência da República
Secretaria-geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, de 2 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13982.htm#art2>. Acesso em: 10 mar 2021.

BRASIL. Medida provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021. Institui o Auxílio Emergencial 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Presidência da República

Secretaria – Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, de 18 de março de 2021d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1039.htm>. Acesso em: 10 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Doença pelo Coronavírus COVID-19, **Boletim Epidemiológico Especial**. Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021). Brasília. Publicado em: 06 de jan. de 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/07/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf>. Acesso em 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 52. **Semana Epidemiológica 8** (21 a 27/2/2021). Brasília. Publicado em: 04 de mar. de 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/05/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf>. Acesso em 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2017/PRT2436_22_09_2017.HTML>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Brasil anuncia acordo para produção de vacina contra Covid-19. Acordo prevê transferência de tecnologia ao País e a produção nacional das vacinas. **Governo Federal**, 27 de jun. 2020ba. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/06/brasil-entra-em-parceria-para-producao-de-vacina-contracovid-19>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Novo Boletim Epidemiológico da Covid-19 traz balanço de infecções em profissionais de saúde. **Governo Federal**, 08 de jul. 2020bb 23h41. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novo-boletim-epidemiologico-da-covid-19-traz-balanco-de-infeccoes-em-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 26 de jul. 2020.

BRASILIA. Portaria nº 126, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 19 de mar. 2020. Edição: 54-E, seção: 1 - extra, p. 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-126-de-19-de-marco-de-2020-248881688>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BEDOYA, Arturo Yglesias. Covid-19: pandemia ou sindêmica. 28 set. 2020. Disponível em: <<https://glocalsalud.wordpress.com/2020/09/29/covid-19-pandemia-o-sindemia/>> Acesso em: 27 mai. 2021.

BERKHOUT, Esmé; GALASSO, Nick; LAWSON, Max; MORALES, Pablo Andrés Rivero; TANEJA, Anjela; PIMENTEL, Diego Alejo Vázquez. O vírus da desigualdade. Oxfam International, jan. de 2021. Disponível em: <<https://glocalsalud.wordpress.com/2020/09/29/covid-19-pandemia-o-sindemia/><https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms%2Ffiles%2F115321%2F1611531366bp-the-inequality-virus-110122_PT_Final_ordenado.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2021.

BERNARDES, Júlia Adão; ARRUZZO, Roberta Carvalho; MONTEIRO, Daniel Macedo Lopes Vasques. Geografia e COVID-19: neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. Especial COVID-19, **Rev. Tamoios**, São Gonçalo (RJ), v. 16, n. 1, pág. 188-205, maio 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/tamoios/article/viewFile/50645/33481>> Acesso em: 02 jun. 2021.

BEZERRA, Anselmo Cesar Vasconcelos. A geografia da saúde frente à crise da pandemia de covid-19. **Caderno Prudentino de Geografia**. Dossiê “Conjuntura no Brasil: retrocessos sociais e ações de resistência, Presidente Prudente, v. 4, n. 42, p. 135-151, dez, 2020. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7766/5865>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

CALMON, Trícia Viviane Lima. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **Revista NAU Social**, v.11, n.20, p. 131-136, out 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543/21038>>. Acesso em: 16 mar 2021.

CAMPOS, Edval Bernardino. Pandemia, Estupidez e Desproteção Social. **Revista Ensaios de Geografia**, Niterói, vol. 5, n. 9, p. 69-74, mai de 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ensaios_posgeo/article/view/42478/pdf>. Acesso em: 12 mar 2021.

CAMPOS. Anderson de Souza. SINDICALISMO NO CONTEXTO DE PANDEMIA NO BRASIL: primeiras impressões. **Centro de Estudos Sindicais e de Economia do trabalho**, s/d. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/remir/images/Artigos_2020/Sindicalismo_no_contexto_de_pandemia_no_Brasil_andersoncampos.pdf>. Acesso em 03 abr. 2021.

CASTEL, Robert. A nova questão social. In: CASTEL, R. As metamorfoses da questão social-uma crônica do salário. Petrópolis-RJ: Vozes, 2015.

CASTEL, Robert. Tradução: Ida Maria Thereza S. Frank. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. **Caderno CRH**, Salvador, v. 10, n. 26-27, p. 19-40, jan./dez. 1997. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664/12038>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

CASTRO, Marta Rocha de. A contribuição da geografia médica e da saúde na pandemia do COVID 19. **P2P & Inovação**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, ed. especial, p. 230-240, set. 2020. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/p2p/article/view/5417/5087>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 11 out 2020.

CIMINI, Fernanda; JULIÃO, Nayara; SOUZA, Aline. A estratégia brasileira de combate à covid-19: como o vácuo de liderança minimiza os efeitos das políticas públicas já implementadas. **Observatório de Política e Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/conteudo-interno/estrategia-brasileira-de-combate-covid-19-como-o-vacu-de-lideranca-minimiza-os>>. Acesso em 04 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Nota Pública: CNS exige seriedade na pasta da Saúde diante da 2ª troca de ministro em meio à pandemia. **Conselho Nacional De Saúde**, 14 de mai. de 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1179-nota-publica-cns-exige-seriedade-na-pasta-da-saude-diante-da-2-troca-de-ministro-em-meio-a-pandemia>>. Acesso em: 11 out 2020.

COGO, André; KRUGER, Hannah. Lei 14.128/21: Seria o início de um reconhecimento efetivo aos heróis brasileiros? **Migalhas**, 1 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depeso/342867/lei-14-128-21-seria-o-inicio-do-reconhecimento-aos-herois-brasileiros>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

COSTA, Célia. Covid-19 já matou em 1 mês e meio mais do que dengue, H1N1 e sarampo em todo 2019. **O Globo**, 9 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/covid-19-ja-matou-em-43-dias-mais-do-que-dengue-h1n1-sarampo-ao-longo-de-2019-24360439>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CRUBÉZY, Eric; TELMON, Norbert. Pandemic-related excess mortality (COVID-19), public health measures and funerary rituals. **E Clinical Medicin**, v. 22, mai. de 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200133/#bib0002>>. Acesso em: 11 set. 2021.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. Observatório Nacional COVID-19. Formulário: Observatório Nacional COVID-19. 2020. Disponível em: <<https://www.dpu.def.br/observatorio-covid-19>>. Acesso em: 13 out 2020.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. Fonte Artigo extraído do livro *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. DEJOURS, Christophe *et al.* **Atlas**, São Paulo, p. 119-145, 1994. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Dejours/publication/268349248_Itinerario_teorico_em_psicopatologia_do_trabalho/links/54b857550cf269d8cbf6cbde.pdf>. Acesso em: 27 out 2020.

DEJOURS, Christophe; BÈGUE, Florence. Suicídio e trabalho: o que fazer? Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2010, p. 1-128.

DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Tradutor: Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2021.

DEJOURS, Christophe. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELMAN, Laerte Idal. (organizadoras). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 1-346.

DIEESE, Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Desigualdade entre negros e brancos se aprofunda durante a pandemia. **Boletim Especial**. São Paulo, 10 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial03.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

DOURADO, Débora Paschoal; HOLANDA, Luciana Araújo de; SILVA, Michelaine Machado Maciel da; BISPO, Danielle de Araújo. Sobre o sentido do trabalho fora do enclave de mercado. **Cadernos ebape**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cebape/v7n2/a11v7n2.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2021.

DUMONT, Gérard-François. Covid-19: fim da geografia da hiper mobilidade? Espaço e Economia. **Revista brasileira de geografia econômica**, n. 18, 2020.

DW. Cronologia da COVID-19 no Brasil. **Dw**, 30 de out. 2020. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/cronologia-da-covid-19-no-brasil/g-52930927>>. Acesso em 04 abr. 2021.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim; WEIDE, Juliana Niederauer; VICENTINI, Eliana Cristina Chiminazzo; ARAUJO, Murilo Fernandes de; MACHADO, Wagner de Lara. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/mwXhYmkmwJ5pgnDJjsJwFjk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 set. 2021.

ERCOLE, Falci; FRANCO, Lúcia Maciel Castro; MACIEIRA, Tamara Gonçalves Rezende; WENCESLAU, Luísa Cristina Crespo; RESENDE, Helena Isabel Nascimento de; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Risco para infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, nov./dez. 2011 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/PDjQdZskxZq8X5kkyN5Vfym/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20incid%C3%A2ncia%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20de,foram%20estatisticamente%20associados%20%C3%A0%20infec%C3%A7%C3%A3o.>>. Acesso em: 03 mar. 2022.

ESTRELA, Fernanda Matheus; SOARES, Caroline Fernandes Soares e; CRUZ, Moniky Araújo da; SILVA, Andrey Ferreira da; SANTOS, Jemima Raquel Lopes; MOREIRA, Tânia Maria de Oliveira; LIMA, Adriana Brait; SILVA, Márcia Gomes. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.9, p. 3431-3436, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3431-3436/pt>>. Acesso em: 11 mar 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **RAE GA o espaço geográfico em Análise**, Curitiba, n. 17, editora UFPR, p. 31-41, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/11995/10663>>. Acesso em: 04 nov .2020.

FRANCO, Tânia.; DRUCK, Graça; SILVA, Edith Seligmann-. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/TsQsX3zBC8wDt99FryT9nnj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

FONSECA, João José Saraiva da. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=oB5x2SChpSEC&oi=fnd&pg=PA6&dq=FONSECA,+J.+J.+S.+Metodologia+da+pesquisa+cient%C3%ADfica.&ots=OROYYs9jk>>

0&sig=us0wcACHRIbm422rwhRWdgU_qzs#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 04 nov 2020.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Efeitos da pandemia sobre o mercado de trabalho brasileiro: Desigualdades, ingredientes trabalhistas e o papel da jornada. Fundação Getúlio Vargas, set. de 2020.

Disponível em: <<https://www.cps.fgv.br/cps/Covid&Trabalho/>>. Acesso em: 17 out 2020.

GERHARDT, T. E. SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 03 out 2020.

G1. Vacina contra a Covid-19: veja países que já começaram a imunização. **G1**, 22 de dez. 2020a, às 14h12. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/12/22/vacina-contra-a-covid-19-veja-paises-que-ja-comecaram-a-imunizacao.ghtml>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

G1. Brasil chega a 200 mil mortes por Covid-19 sem vacina e sob risco de repetir piores momentos da pandemia. **G1**, 07 de jan. 2021b, às 17h29. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/01/07/brasil-chega-a-200-mil-mortes-por-covid-19-sem-vacina-e-sob-risco-de-repetir-piores-momentos-da-pandemia.ghtml>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

G1 MA. São Luís. Maranhão registra primeiros casos da variante indiana da Covid-19. **G1**, 20 de mai. 2021c. Disponível

em: <<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2021/05/20/maranhao-registra-primeiro-caso-da-variante-indiana-da-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <

<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 30 out 2020.

GOMES, A. R.; PENA, P. G. L. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Org.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; OLIVEIRA, M. H. B. de. Rio de Janeiro: Educam, 2011. 600 p. Disponível em: <https://48209fd4-9e54-4385-b712-c09bfc7c2b87.filesusr.com/ugd/15557d_44bb948be114434fb7145b2b091e171c.pdf>. Acesso em 03 abr. 2021.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Território e territorialização v.1, p. 21-44, 2017. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39894/2/T%C3%A9cnico%20de%20Vigil%C3%>

A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20%20Territ%C3%B3rio%20e%20territorializa%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

GORZ, André. *Metamorfose do trabalho: crítica da razão econômica*. Tradução de Ana Montoia. 2^o edição. São Paulo: Annablume, 2007. 1-248 p.

GZH SAÚDE. O que fizeram países que largaram na frente na corrida das vacinas e por que o Brasil ficou para trás. Análise de especialistas aponta que Brasil deveria ter considerado mais fornecedores para comprar imunizantes contra a covid-19. **GZH saúde**, 29 de dez. de 2020, às 16h10min. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/12/o-que-fizeram-paises-que-largaram-na-frente-na-corrida-das-vacinas-e-por-que-o-brasil-ficou-para-tras-ckj94h6y0008w019whvjljmpi7.html>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 077-086, set./dez. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a08.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia médica e geografia da saúde. **Hygeia- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 5, n. 8, p. 57-91, out. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16931/9336>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

KERR, Ligia *et al.* COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 (Supl.2), p. 4099-4120, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpfFGSzmWdtV5CcT/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LANCMAN Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 346, 2004. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-94>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

LIMA, Leanderson. Caos na Pandemia: Sem oxigênio, pacientes morrem asfixiados em Manaus. *Amazônia real*, 14 de jan. de 2021, às 20:48. Disponível em: <<https://amazoniareal.com.br/caos-na-pandemia-sem-oxigenio-pacientes-morrem-asfixiados-em-manaus/>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; SOUSA, Rômulo Paes. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.

36, n.7, p. 1-4, jul. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n7/1678-4464-csp-36-07-e00177020.pdf>>. Acesso em: 13 out 2020.

LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo. SUBJETIVIDADE E TRABALHO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 91-113, mar./jun. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v7n1/05.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

LOYOLA, Maria Andrea. BASTA! Reflexões em torno da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n2/e300213/pt>>. Acesso em: 16 mar 2021.

LHUILIER, Dominique. Trabalho travail work. Conservatório Nacional de Artes e Ofícios, Tradução de Fernanda Spanier Amador, Revisão de Eliana Braga Diniz Costa Pesa. **Psicologia & Sociedade**, Paris, França v. 25, n. 3, p. 483-492, p. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n3/02.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz; BOBROFF, Maria Cristina Cescatto. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enferm da USP**, São Paulo, vol.44, n.4, p.1107-1111, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>>. Acesso em: 29 out 2020.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. (Coleção Trabalho Humano). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Eugenio Vilaça. A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Brasília, **OPS**, n. 10, p. 7- 19, 1993.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Psicodinâmica do trabalho. JACQUES, Maria da Graça; CODO, Wanderley (Orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. São Paulo: Vozes, 2002 p. 130-142.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: Teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v12n2/a02v12n2.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MIRANDA, Cynthia Mara; SANTOS, Gleys Ially Ramos dos. Mulheres do Bico do Papagaio: questões de gênero e desenvolvimento regional nos municípios de São Miguel e Axixá. **RELEM – Revista Eletrônica Mutações**, v. 5, n. 9, p. 74 a 87, ago./dez., 2014.

Disponível em: <<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/relem/article/view/720>>. Acesso em: 02 out 2020.

MIRANDA, Fernando Silveira Melo Plentz. A Mudança do Paradigma Econômico, a Revolução Industrial e a Positivização do Direito do Trabalho. **Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania**, v. 3, n.1, 2012. Disponível em: <<http://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes/pdf/v3-n1-2012/Fer1.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MONTE, Paulo Aguiar do. Auxílio Emergencial e seu impacto na redução da desigualdade e pobreza. Área 1 – Economia Regional. João Pessoa, p. 1- 18, s/d. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/nordeste/2020/submissao/arquivos_identificados/105-1c9403577ef3d3dd8fa1ad114b268474.pdf>. Acesso em: 10 mar 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Relatora da ONU: Estados devem combater violência doméstica na quarentena por COVID-19. **UNIC Rio de Janeiro**, 27 de mar. 2020. Disponível em: <<https://unicrio.org.br/relatora-da-onu-estados-devem-combater-violencia-domestica-na-quarentena-por-covid-19/>>. Acesso em: 14 mar 2021.

NATALINO, Marco; PINHEIRO, Marina Brito. Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial. Nota Técnica, IPEA, abril de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9999/1/NT_67_Disoc_Protecao%20Social%20aos%20Mais%20Vulneraveis%20em%20Contexto%20de%20Pandemia.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

OBSERVATÓRIO DA CIDADE RESILIENTE. 'Covid-19 não é pandemia, mas sindêmica': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, de 05 de fev. 2021. Disponível em: <https://resiliente.campinas.sp.gov.br/sites/resiliente.campinas.sp.gov.br/files/documentos/publicacao_05.02.2021_observatorio_da_cidade_resiliente.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2021.

OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka; TASSARA, Izabela Gonzales; CASACA, Maria Carolina Guimarães; FALCÃO, Adriana de Araújo; BELLINI, Márcia Zilioli; Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil - impacto do isolamento social pela COVID-19. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4511-4531 mai. /jun., 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9998/8381>>. Acesso em: 14 mar 2021.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out.-dez., 2008.

Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>>. Acesso em: 31 out 2020.

OLIVEIRA, Victor Hugo Nedel. O papel da geografia diante da pandemia da covid-19. **Boletim de conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 3, n° 7, 2020. Disponível em: <<https://revista.ufrr.br/boca/article/view/Nedel/3024>>. Acesso em: 03 jun. 2021.

ONU MULHERES BRASIL. Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gê - nero na resposta. Brasília, **ONU Mulheres Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf>. Acesso em: 14 mar 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. Precisamos de esforços extraordinários para combater a pobreza, diz chefe da ONU. Nações Unidas Brasil, 16 out. 2020. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/96033-precisamos-de-esforcos-extraordinarios-para-combater-pobreza-diz-chefe-da-onu>>. Acesso em: 17 out 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da situação - 1.** Novo Coronavírus (2019-nCoV), p. 1-7, 21 de jan. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4>. Acesso em: 27 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da situação – 2.** Novo Coronavírus (2019-nCoV)-2, p. 1-8, 22 de jan. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200122-sitrep-2-2019ncov.pdf?sfvrsn=4d5bcbca_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da situação - 1.** Novo Coronavírus (2019-nCoV), p. 1-8, 31 de jan. 2020d. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-1-1-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4>. Acesso em: 27 set 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) Informação básica para órgãos normativos e Unidades Federadas. **Ministério Público Federal**, p. 1-10, s/d. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/rsi_cartilha_opas.pdf>. Acesso em: 27 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração do Diretor-Geral da OMS sobre o Comitê de Emergência do RSI sobre Novos Coronavírus (2019-nCoV). **World Health Organization**, 30 jan. 2020e, s/p. Disponível em:

<[https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-13. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 02 de fev. de 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-22. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 11 de fev. 2020g. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-25. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 14 de fev. 2020h. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200214-sitrep-25-covid-19.pdf?sfvrsn=61dda7d_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-29. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 18 de fev. 2020i. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200218-sitrep-29-covid-19.pdf?sfvrsn=6262de9e_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-37. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 26 de fevereiro de 2020j. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-38. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-8, 27 de fev. 2020l. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200227-sitrep-38-covid-19.pdf?sfvrsn=2db7a09b_4>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-39. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 28 de fev. 2020m. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200228-sitrep-39-covid-19.pdf?sfvrsn=5bbf3e7d_4>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-40. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-7, 29 de fev. 2020n. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200229-sitrep-40-covid-19.pdf?sfvrsn=849d0665_2>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID-19. **World Health Organization**, 2 de mar. de 2020o. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---2-march-2020>>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório situacional-48. Novo Coronavírus (2019-nCoV)**, p. 1-8, 08 de mar. 2020p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200308-sitrep-48-covid-19.pdf?sfvrsn=16f7ccef_4>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID-19. **World Health Organization**, 11 de mar. 2020q. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 04 set 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Impacto do COVID-19 nos meios de subsistência das pessoas, sua saúde e nossos sistemas alimentares. Declaração conjunta da OIT, FAO, IFAD e OMS. **World Health Organization**, 13 de out. 2020r. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>>. Acesso em: 17 set 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. OPAS, s/d. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 20 jul. 2021

PACÍFICO FILHO, Miguel; BORGES, Thelma Pontes; IWAMOTO, Helga Midori; CANÇADO, Airton Cardoso. Dinâmica de contágio da covid-19 em cidades médias da Amazônia legal: Araguaína (TO), Imperatriz (MA) E Marabá (PA). **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté-SP, v. 16, n. 4, p. 270-283, dez. 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fabyanne/Downloads/5985-13276-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

PEREIRA, Jailton Alves; CASTRO, Dayane Maciel Bezerra de. Trabalho versus emprego: leitura do contexto econômico sob a perspectiva da reforma trabalhista. **Revista Humanidades e Inovação**, v.7, n.17, 2020.

PEREIRA, José; LIMA, Kelly Mikaelly de Souza Gomes; SANTOS, Suely Maria de Melo dos; SILVA, Ana Cláudia da; SILVA, Audilene Demétrio Amorim da; FARIAS, Patrícia Alves de; SOUZA, Suzane Jeanete Gomes de; SANTOS, Heiton José dos. Os desafios da enfermagem no enfrentamento ao Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 14839-14855, fev. 2021.

PRADO, Amanda Dornelas; PEIXOTO, Bruna Cristina; SILVA, Andréa Mara Bernardes da; SCALIA, Luana Araújo Macedo. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, vol. esp.46, p. 1-9, 26 jun. 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4128/2188>>. Acesso em: 25 abr. 2021.

PIRES, Roberto Rocha C. Nota Técnica. Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Nota Técnica Diest, Brasília, n. 33, p. 1-18, abr. de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%c3%b3rios%20Vulnerabilizados.pdf>. Acesso em: 15 out 2020.

RENTE, Maria Angelica de Melo; MERHY, Emerson Elias. Luto e não-violência em tempos de pandemia: precariedade, saúde mental e modos outros de viver. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/bL9QtLxWKVL8VysmnnWNNMk/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 13 set. 2021.

REGO, Sergio; SANTOS, Sonia; MARINHO, Suely. Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. **Observatório Covid-19**. 2020b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mistanasia_hoje_-_pensando_nas_desigualdades_sociais_e_a_pandemia_covid-19_doi_.pdf>. Acesso em: 26 mai 2021.

ROBERTS, David L.; ROSSMAN, Jeremy S.; JARIĆ, Ivan. Dating first cases of COVID-19. **PLoSPathog**, v. 17, n. 6. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1009620#abstract0>>. Acesso em 19 de jul. 2021.

RODRIGUES, Monica Cecilio; SANTOS, Romualdo Baptista dos. Primeiras impressões sobre a lei 14.128/21: Indenização aos profissionais de saúde por danos na pandemia da Covid-19. Migalhas, 6 de abr. de 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-responsabilidade-civil/343042/primeiras-impressoes-sobre-a-lei-14-128-21>>. Acesso em: 27 mar 2021.

SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian; MAGALHAES Fernanda Canavez de. Pandemia covid-19: catástrofe sanitária e psicossocial. **Caderno de Administração**, Maringá, v. 28, Ed. Esp., jun. 2020. Disponível em: <

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/53596/751375150131>>. Acesso em: 16 mar 2021.

SANTANA, Paula. Introdução à geografia da saúde: território, saúde e bem-estar. **Imprensa da Universidade de Coimbra**, abr. 2014. Disponível em: <
<https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=y3WMCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=geografia+da+sa%C3%BAde&ots=1GrhUPJoPS&sig=wJTJtpXJEnJpgiFj5hEzhWhm9I#v=onepage&q=geografia%20da%20sa%C3%BAde&f=false>>. Acesso em: 18 out 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020a. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-225.pdf>>. Acesso em: 14 mar 2021.

SANTOS, Roberta Lemos dos; GOMES, Andréia Patrícia; SCHRAMM, Fermin Roland; BRITO, Luciana; NARCISO, Luciana; PALÁCIOS, Marisa; BATISTA, Rodrigo Siqueira; REGO, Sergio; SANTOS, Sonia; MARINHO, Suely. Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19. **Observatório Covid-19 Informação para ação**, p. 1-5, 2020b. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mistanasia_hoje-_pensando_nas_desigualdades_sociais_e_a_pandemia_covid-19_doi_.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2021.

SANTOS, Silvio Matheus Alves. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Revista do Programa de Pós -Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v.24, n. 1, p.214-241, 2017. Disponível em: <
<http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/113972/133158>>. Acesso em: 2 nov. 2020.

SÃO PAULO. SP assina acordo por 46 milhões de doses de vacina contra o coronavírus até dezembro. **Do Portal do Governo**, publicado em: 30/09/2020 - 9h22. Disponível em:
<<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/governo-do-estado-apresenta-informacoes-sobre-o-combate-ao-coronavirus-8/>>. Acesso: em 26 jul. 2021.

SILVA FILHO, Laércio José; CAMPOS, Mauro Forlan Duarte. O uso da mídia móvel como indicador de tendência: do mercado financeiro ao acompanhamento dos casos de covid-19. **Revista Negócios em Projeção**, v.12, n. 2, p. 73, 2021. Disponível em:
<<http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao1/article/view/1747/1466>>. Acesso: em 16 fev. 2022.

SILVA, Iraneide Pereira; BORGES, Celiane Camargo; MENDES, Diego Costa; LORETO, Myrna Suely Silva. Psicodinâmica do Trabalho: um estudo netnográfico sobre prazer,

sofrimento e estratégias defensivas no setor de alojamento. In: IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais, 19 a 21 de outubro de 2016, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <<https://anaiscbeo.emnuvens.com.br/cbeo/article/view/101>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, Rita de Cássia Ribeiro; PEREIRA, Marcos; CAMPELLO, Tereza; ARAGÃO, Érica; GUIMARÃES, Jane Mary de Medeiros; FERREIRA, Andréa JF; BARRETO, Maurício Lima; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3421-3430, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3421-3430/>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

SINGER, Merill; CLAIR, Singer. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 17, n.4, p. 423-441, 2003. American Anthropological Association. Disponível em: <<https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/maq.2003.17.4.423>>. Acesso em: 15 out. 2020.

SIPIONI, Marcelo Eliseu; RIQUIERI, Manuella Ribeiro Lira; BARBOSA, Jeanine Pacheco Moreira; BISCOTTO, Denise Barbieri; SARTI, Thiago Dias; ANDRADE Maria Angélica Carvalho. Máscaras cobrem o rosto, a fome desmascara o resto: COVID-19 e o enfrentamento à fome no Brasil. **SciELO Preprints**, p. 1-21, 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/660/866>>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl.1, p. 2469-2477, 2020a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2469.pdf>>. Acesso em: 11 mar 2021.

SOUZA, José Neivaldo de. Covid-19 e capitalismo: uma visão. Capitalismo e a Covid-19/ organizadores: Daniel Castro, Danillo Dal Seno, Marcio Pochmann. São Paulo, p. 1-268, 2020b.

SOUZA, Marcus Vinicius Mariano de; FERREIRA JÚNIOR, Dionel Barbosa. Rede urbana, interações espaciais e a geografia da saúde: análise da trajetória da Covid-19 no estado do Pará. **Espaço e Economia Revista brasileira de geografia econômica**, n. 18, 2020. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13146>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356-369, ago. dez. 2016. Disponível em:

<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456/15297>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

TOCANTINS. Governo do Tocantins inclui a saúde indígena no Plano de Contingência do novo Coronavírus. Palmas, 16 de abr. 2020a. Disponível em: <<https://saude.to.gov.br/noticia/2020/4/16/governo-do-tocantins-inclui-a-saude-indigena-no-plano-de-contingencia-do-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 18 out. 2020.

TOCANTINS. Tocantins registra 1º caso confirmado do Covid-19. Palmas, 18 de mar. 2020b. Disponível em: <[https://portal.to.gov.br/noticia/2020/3/18/tocantins-registra-1-caso-confirmadodocovid19/#:~:text=A%20Secretaria%20de%20Estado%20da,19\)%20na%20capital%2C%20Palmas.](https://portal.to.gov.br/noticia/2020/3/18/tocantins-registra-1-caso-confirmadodocovid19/#:~:text=A%20Secretaria%20de%20Estado%20da,19)%20na%20capital%2C%20Palmas.)>. Acesso em: 17 out. 2020.

TOCANTINS. Boletim epidemiológico notificações de COVID-19. **32º Boletim Epidemiológico de Notificações da COVID-19 no Tocantins**. Palmas. 15 de abr. de 2020c. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/501494/>>. Acesso em: 17 out 2020.

TOCANTINS. Boletim Epidemiológico Notificações para COVID-19. **503º Boletim Epidemiológico de Notificações da COVID-19 no Tocantins**. Palmas. 31 de julho de 2021c. Disponível em: <<https://central.to.gov.br/download/253894>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TOCANTINS. Boletim Epidemiológico Notificações para COVID-19. **349º Boletim Epidemiológico de Notificações da COVID-19 no Tocantins**. Palmas. Publicado em 26 de fev. de 2021b. Disponível em: < <https://central.to.gov.br/download/103368> >. Acesso em: 18 ago. 2021.

TOCANTINS. Dados Epidemiológicos (COVID-19). **Integra Saúde Tocantins**. Palmas, 2020e. Disponível em: < <http://integra.saude.to.gov.br/covid19/InformacoesEpidemiologicas>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. **Relatório Situacional de Enfrentamento à COVID-19 pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins N° 35**. Palmas. 31 de dez. de 2020d. Disponível em: <<https://central.to.gov.br/download/103480>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. **Relatório Situacional da COVID-19 no estado do Tocantins**. 1º Quadrimestre 2021. Palmas. mai. de 2021a. Disponível em: < <https://central.to.gov.br/download/246268>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

VERNANT, Jean Pierre. **Trabalho e natureza na Grécia Antiga**. Campinas: Papirus, 1989, p. 9-33.

VIDALE, Giulia. Governo brasileiro oficializa interesse na compra de vacina da Pfizer. **Revista veja**, 10 dez 2020, 20h0. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/governo-oficializa-interesse-na-compra-de-vacina-da-pfizer/>>. Acesso em: 26 de jul. 2021.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev bras epidemiol**, v. 23, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200033.pdf>>. Acesso em: 16 mar 2021.

ANEXOS

Anexo 1 – Ofício: Autorização para realização de pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA
SECRETARIA DA SAÚDE

OFÍCIO GAB/SMS nº 230 / 2021

Araguaína, 08 de fevereiro de 2021.

A Sua Senhoria, o Senhor
DR. JOÃO DE DEUS LEITE
Coordenador do PPGDire
UFT
Araguaína – TO

Assunto: Autorização para realização de pesquisa.

Vimos por meio deste informar a vossa senhoria que **FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO**, aluna do mestrado do programa de pós-graduação stricto sensu demandas populares e dinâmicas regionais da UFT, está autorizada a realizar a pesquisa que tem como título: Vulnerabilidade dos profissionais invisíveis da cadeia de suporte da COVID-19 em Araguaína – TO.

Ressaltamos a importância do acompanhamento da orientadora durante todo o trabalho, bem como do envio dos resultados da mesma a esta secretaria.

Atenciosamente,



Ana Paula dos Santos Andrade Abadia
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº 007/2021



Rua 7 de Setembro, 555, Centro | 77.804-040 | (63) 3411-7035
saude@araguaina.to.gov.br | www.araguaina.to.gov.br

**Anexo 2 – Ofício do PPGDire destinado ao Secretário Municipal de Assistência Social,
Trabalho e Habitação**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS DE ARAGUAÍNA - CIMBA
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Demandas Populares e Dinâmicas
Regionais

Avenida Paraguai esq. com Uxiramas, s/n°
Cep: 77.824-838; Araguaína -TO
Email: ppgdire@mail.uft.edu.br



Araguaína, 22 de janeiro de 2020

Ofício nº 08

José da Guia Pereira da Silva

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO

NESTA

Prezado Secretário,

Vimos, por meio deste documento, solicitar a V. Sa. permissão, para que **Fabyanne Oliveira Montelo Ribeiro**, discente regularmente matriculada no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDire), da Universidade Federal do Tocantins (UFT)/Câmpus Araguaína, possa coletar informações juntos aos profissionais que atuam na cadeia de suporte da COVID-19 em Araguaína-TO. Esses profissionais estão vinculados à secretaria municipal coordenada por V. Sa.

Informamos que a referida mestranda é orientada pela Profa. Dra. Thelma Pontes Borges, a qual é professora permanente do PPGDire. O título do projeto de pesquisa é: *Vulnerabilidade dos profissionais invisíveis da cadeia de suporte da COVID-19 em Araguaína-TO*. As referidas pesquisadoras trabalham com o seguinte objetivo geral: *estudar as potencialidades socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores envolvidos na pandemia da COVID-19 da cadeia de suporte no município de Araguaína-TO*. Como procedimento metodológico, elas vão se ancorar na aplicação de um questionário fechado e de múltipla escolha, bem como em uma entrevista semiestruturada, as entrevistas serão filmadas. As filmagens serão formatadas, posteriormente, e serão fonte de um documentário com o mesmo objetivo. Ressaltamos que a pesquisa seguirá os parâmetros da Lei n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre normas para realização de pesquisa com seres humanos.

Considerando o período de transição de mandato municipal e, conseqüentemente, a rotatividade de profissionais, solicitamos a V. Sa., com urgência, o **nome e o telefone** dos profissionais que participaram ou participam de alguma forma na atuação ao enfrentamento da COVID-19 em Araguaína-TO. Esse pedido se prende ao fato de já pensarmos na viabilidade da referida pesquisa. Isso porque, na ocasião de liberação do Comitê de Ética de pesquisa com Seres Humanos (CEP), gostaríamos de ter facilidade e factibilidade na localização dos profissionais envolvidos no enfrentamento da Covid-19. Cumpre ressaltar que os resultados da pesquisa poderão subsidiar a implantação e a implementação de políticas públicas acerca desta temática no município de Araguaína/TO.

Apostamos sempre no diálogo produtivo entre universidade e prefeitura, pois somos parceiros de trabalho.

No ensejo, apresentamos nossas expressões de estima e de distinto apreço.

Atenciosamente,

Dr. João de Deus Leite
Coordenador do PPGDire

Autenticado
03/02/2021
José da Guia Pereira da Silva
Secretário Municipal de Assistência Social e Habitação
Portaria 09 de 01/01/2021

Anexo 3 – Entrevista

ENTREVISTA

1) Perfil profissional e social.

Qual sua formação acadêmica? Na pandemia você atua ou atuou dentro da sua área de formação? Se não, porquê e qual sua função na pandemia da COVID-19? Quantos anos você tem de experiência na área que atua na pandemia? Você foi remanejada de algum órgão ou função com a pandemia da COVID-19? Você pertencia a algum grupo de risco para adquirir COVID-19? Se sim porque optou em continuar trabalhando? Qual seu sexo? Qual sua cor? Qual sua idade? Tem algum tipo de deficiência? Se sim, qual o tipo de deficiência? Qual o total da sua renda familiar?

2) Condições familiares.

Você mora com quem? Como são as relações familiares? Você acredita que a pandemia trouxe mudanças nas relações familiares? Como? Por quê? Conte algum fato que me ajude a compreender.

3) Ambiente físico e emocional de trabalho.

Como você descreve e avalia o ambiente físico e emocional do seu trabalho? Como é a relação entre os colegas e chefia no ambiente de trabalho? Você tem liberdade em expressar suas ideias, opiniões, criatividade no ambiente de trabalho? Você tem liberdade para negociar o que precisa ou falar sobre o seu trabalho com a chefia? Você sente orgulho do que faz, e o que faz te traz bem estar, prazer, satisfação? Você se sente reconhecido e valorizada pelo trabalho que executou ou executa dentro do contexto da pandemia da COVID-19, se sim ou não porquê? Você teve alguma gratificação financeira devido sua atuação na pandemia da COVID-19? Como você descreve sua saúde mental antes e depois da sua atuação na pandemia da COVID-19? Você desenvolveu algum transtorno mental decorrente da sua atuação profissional na COVID-19? Se sim está em acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, ou usando medicação? Você teve acompanhamento psicológico durante sua atuação na pandemia da COVID-19? Se sim, por qual instituição?



Anexo 4 – Questionário

QUESTIONÁRIO

Data: __/__/__

1) Identificação de gênero:

Masculino Feminino Prefiro não dizer

2) Qual sua raça?

Branca Parda Negra Amarela Indígena

3) Qual sua faixa-etária?

De 18 a 24 anos De 25 a 34 anos De 35 a 45 anos
 De 46 a 54 anos Mais de 55 anos

4) Qual o seu estado civil?

Solteiro (a) Casado (a) Viúvo (a) Divorciado
 Outro: _____

5) Grau de escolaridade

Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto
 Médio completo Superior incompleto Superior completo
 Especialização Mestrado Doutorado

6) Com quem você mora?

Família (pai, mãe e irmãos) Cônjuge Amigos Sozinho
Outros parentes
 Outra: _____

7) Tipo de moradia:

Própria Alugada Emprestada Outra, qual? _____

8) Quantas pessoas moram na mesma casa incluindo você?

1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas 4 pessoas 5 ou mais pessoas

9) Marque a quantidade de cômodos na sua residência.

Sala: _____ Cozinha: _____ Quarto: _____ Banheiro: _____ Área de serviço: _____
Garagem coberta: _____ Garagem descoberta: _____

10) Quantas casas no mesmo terreno?

1 casa 2 casa 3 casa 4 casa 5 ou mais casas

11) Qual setor você mora?

12) Quantas pessoas na sua residência tiveram COVID-19?

1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas 4 pessoas 5 ou mais pessoas

13) Quantas pessoas da sua residência são do grupo de risco?

1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas 4 pessoas 5 ou mais pessoas

14) Qual sua principal forma de locomoção para o trabalho?

A pé Bicicleta Transporte público Moto própria Carro próprio
 Carona de moto Carona de carro Outro, qual? _____

15) Qual sua principal forma de locomoção para lazer e compras?

A pé Bicicleta Transporte público Moto própria Carro próprio
 Carona de moto Carona de carro Outro, qual? _____

16) Qual setores da cidade você mais frequenta?

17) Qual o(os) tipo(s) de acesso(s) a assistência médico-hospitalar você possui? Se tem acesso a mais de um tipo, marque 1 para a primeira opção, 2 para a segunda opção, 3 para a terceira, 4 para a quarta.

SUS Particular Plano de Saúde Outro, qual? _____

18) No momento atual, qual foi ou é sua situação? Marque com um (X) todos os pontos que forem válidos para você:

- Sigo minha profissão normal, sem qualquer alteração
 Sou/fui suspeito para COVID-19
 Fui diagnosticado com COVID-19
 Minha função foi alterada para suprir uma demanda específica da pandemia
 Fui afastado da minha função por estar em grupo de risco

19) Qual a sua profissão?

Técnico(a) de enfermagem Enfermeiro(a) Farmacêutico(a)/Bioquímico(a)
 Médico(a) Dentista Fisioterapeuta Agente de Combate a Endemia
 Agente Comunitário de Saúde Digitador Motorista
 Assistente administrativo Gestor Assistente Social
 Outra: _____

20) Qual é ou foi seu tipo de vínculo empregatício no município de Araguaína-TO.

Servidor público estatutário-concursado Contratado com carteira assinada
 Contrato sem carteira assinada Contratado por empresa terceirizada
 Outro, qual: _____

21) Qual seu local de trabalho antes da sua atuação na pandemia da COVID-19?

Fui contratada para atuar na pandemia SUPAB
 Vigilância epidemiológica Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
 Estratégia de Saúde da família Centro de Controle de Zoonoses
 Outro, qual? _____

22) Se você teve função alterada para suprir uma demanda específica da pandemia, responda.

-)Fui contratado para atuar na pandemia da COVID-19
)Não tive minha função alterada
)Sim. Qual(ais) função(ões) desempenha ou desempenhou na pandemia da COVID-19 e em qual(ais) local(ais)? _____.

23) Se você teve função alterada para suprir uma demanda específica da pandemia, responda, você considera que a pandemia foi um fator de fragilidade das relações de trabalho ou elas já existiam (Pode marcar mais de uma alternativa)

-)Não tive minha função alterada
)Foi um fator de fragilidade das relações de trabalho
)As fragilidades das relações de trabalho já existiam

24) Você tem outro vínculo empregatício?

-)Sim, atuo em outra instituição com a mesma função que desempenhava antes da pandemia
)Sim, atuo em outra instituição com função diferente da qual desempenhava antes da pandemia
)Não tenho outro vínculo empregatício

25) As medidas de distanciamento social (quarentena) comprometeram a renda da sua família?

-)Sim)Não

Se sim, qual o percentual de comprometimento da renda: _____

26) Você faz parte do grupo de risco para COVID-19?

-)Sim)Não

27) Mesmo sendo do grupo de risco você optou por trabalhar por qual motivo?

-)Não sou do grupo de risco)Comprometimento financeiro)Medo de perder o emprego)Não gosto de ficar em casa)Outro motivo, qual: _____

28) Você se considera como um profissional da linha de frente na pandemia da COVID-19?

-)Sim, porquê? _____
)Não, porquê? _____

29) Na área que você atua, você já foi reconhecido profissionalmente como um profissional da linha de frente na pandemia da COVID-19?

-)Sim)Não

30) Você foi vacinado contra o Sars-CoV-2 (COVID-19)?

-)Sim)Não

Se sim, qual o mês: _____

31) Você recebeu algum treinamento ou capacitação sobre COVID-19 por parte dos seus empregadores?

-)Sim)Não

32) Caso tenha realizado algum treinamento ou capacitação sobre COVID-19 considera que este foi satisfatório?

-)Sim)Não)Parcialmente

Anexo 5 – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade dos Profissionais Invisíveis da Cadeia de Suporte da COVID-19 em Araguaína-TO

Pesquisador: FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44336121.4.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.855.619

Apresentação do Projeto:

A pandemia agudizou ainda mais os problemas já existentes, como: desemprego, fome, diferença de acesso aos serviços e, principalmente, a desigualdade social. Estas são realidades denunciadas pela pandemia da COVID-19, são frutos de problemas anteriores que na atual crise apenas exacerbou. O vírus não trouxe somente a doença e suas manifestações físicas, mas também trouxe territórios e demografia alterados mundialmente pela COVID-19, sendo este um campo da Geografia da Saúde. “A intervenção da Geografia da Saúde permite ler e interpretar os fatos e inclusive, estabelecer hipóteses explicativas e de ação sobre alguns dos problemas existentes, tendo por base uma matriz territorial” (SANTANA, 2014, p.13). Partindo deste olhar um dos objetivos deste trabalho é analisar como a dinâmica regional da geografia da saúde interfere nas vidas dos trabalhadores que estão atuando na equipe de saúde no enfrentamento da COVID-19 do município de Araguaína, no que se concerne ao deslocamento e ao efeito da distância entre casa/trabalho, bem como às mudanças de comportamento e de estilo de vida que sua atuação na COVID-19 trouxe. Acredita-se que as condições de vida como moradia, transporte, relações sociais e familiares funcionam ora como agravante na proteção ora como amparo a estes trabalhadores.

Na apresentação do projeto, tem-se uma descrição da proposta do trabalho.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.855.619

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar as condições e as potencialidades socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores invisíveis da cadeia de saúde envolvidos na pandemia da COVID -19 no município de Araguaína-TO.

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Analisar as condições do trabalho, percepção e relações dos problemas psicossociais dos trabalhadores invisíveis que atuam na Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal da Assistência Social, Trabalho e Habitação, na pandemia da COVID-19;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos Riscos, foi realizada adequadamente: no PB - Informações básicas do projeto, Projeto completo e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto representa uma contribuição para analisar as condições e as potencialidades socioprofissionais e psicodinâmicas dos trabalhadores invisíveis da cadeia de saúde envolvidos na pandemia da COVID -19 no município de Araguaína-TO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados em conformidade com o exigido.

Recomendações:

- Cronograma Atualizar o mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, o pesquisador deve apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

Continuação do Parecer: 4.855.619

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1759577_E1.pdf	09/07/2021 15:50:33		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_PESQUISA.doc	09/07/2021 15:42:10	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA_.doc	09/07/2021 15:41:20	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_.doc	09/07/2021 15:40:18	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Formulario_carta_resposta_parecer.doc	18/03/2021 00:21:33	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_Autorizacao_para_Registros_Fotograficos_Sonoros_e_Audiovisuais.doc	18/03/2021 00:07:45	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_secretaria_saude.pdf	09/02/2021 18:50:47	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_secretaria_de_assistencia_social.pdf	09/02/2021 18:39:00	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/01/2021 14:31:03	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.doc	19/01/2021 21:29:58	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	ENTREVISTA.doc	18/01/2021 23:25:55	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Orçamento	Orcamento_da_pesquisa.pdf	12/01/2021 12:26:50	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	12/01/2021 12:25:47	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Registros_Fotograficos_Sonoros_e_Audiovisuais.pdf	12/01/2021 12:24:03	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Oficio_Secretaria_de_Assistencia_Social.pdf	20/12/2020 16:37:21	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Oficio_Secretaria_Municipal_de_Saud	20/12/2020	FABYANNE	Aceito

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almojarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 4.855.619

Outros	e.pdf	16:35:39	OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito
Outros	Formulario_submissao_Pes quisa.doc	19/12/2020 18:10:08	FABYANNE OLIVEIRA MONTELO RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 19 de Julho de 2021

Assinado por:
PEDRO YSMAEL CORNEJO MUJICA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br