



Mapeamento de riscos à saúde durante a pandemia do Novo Coronavírus

Sobre o Novo Coronavírus Sars-Cov-2

O novo coronavírus Sars-CoV-2 é o segundo vírus identificado desde 2002 que causa Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e, ressurgiu nas fronteiras da produção capitalista transnacionalizada que tem um grande impacto sobre os ecossistemas do Sul Global. Pesquisas recentes encontraram conexões entre a degradação predatória de florestas pelo agronegócio e suas cadeias produtivas, o crescimento das cidades e a migração de patógenos¹ de reservatórios distantes para centros populacionais internacionais.

O epidemiologista evolucionista Rob Wallace aponta para o fato de que quanto maiores a extensão das cadeias produtivas e o consequente impacto ambiental pelo desmatamento, mais variados são/serão os patógenos zoonóticos que entram na cadeia alimentar. Ele explica que ecossistemas em que tais vírus eram em parte controlados pelas complexidades da floresta tropical estão sendo drasticamente contornados pela destruição ambiental capitalista e na outra ponta pelo desenvolvimento periurbano, pelos déficits em saúde pública e saneamento ambiental² [1].

Entre os patógenos de origem agropecuária e de transmissão pela via alimentar que surgem, uma e outra vez, encontramos uma série de bactérias e uma diversidade de novas variações de influenza que incluem de H1N1 (2009) H1N2v H3N2v H5N1, H5N2, H5Nx, H6N1, H7N1, H7N3. O mais recente deles que causa a doença Covid-19, o Sars-Cov-2, apresentou o primeiro foco de contaminação em humanos em Wuhan, na China, em finais de 2019. A OMS (Organização Mundial da Saúde) declarou o estado de pandemia por COVID-19 em 11 de março de 2020³.

Seus mecanismos de transmissão e infecção e as respostas que produz sobre o corpo humano, especialmente sobre o sistema pulmonar, circulatório e imunológico são em grande medida desconhecidos pela ciência, bem como um tratamento e vacina eficazes ainda se encontram em estudo.

O novo coronavírus tem uma letalidade relativamente baixa se comparado com outros vírus que causam síndromes respiratórias. Mas ele é altamente contagioso e apesar de sua

¹ Cf. dicionário Priberam: [Medicina] Agente que pode provocar uma doença. Busca para "**patógeno**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/pat%C3%B3geno> [consultado em 26-06-2020].

² Para maiores informações, há alguns sites sobre o livro de Wallace: <https://dialogosdosul.operamundi.uol.com.br/meio-ambiente/64761/destruicao-ambiental-e-agronegocio-biologo-evolutivo-revela-origens-do-novo-coronavirus>.

³ Para além de lembrarmos que estamos há tempo sob a vigência do orçamento de guerra no Brasil. (<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/07/congresso-promulga-emenda-que-institui-orcamento-de-guerra>).

baixa letalidade, é importante salientar que esta tende a aumentar quando não há um tratamento imediato e eficiente. A letalidade também está muito ligada à idade das pessoas contaminadas, como se observou no início da pandemia. Atingindo os maiores de 60 anos, o vírus se tornaria fatal para, pelo menos, 30% dos infectados. As co-morbidades (obesidade, diabetes, hipertensão, doenças pulmonares) fizeram o fator idade ser ainda menor. Temos tido relatos de pessoas jovens com menos de 40 anos se infectando e morrendo. Crescem tais registros. Em nosso país, a COVID-19 tem alcançado altos índices de letalidade, não propriamente de idosos, mas de pessoas em vulnerabilidade social. Somos o número 1 da América Latina na taxa de crescimento de contaminação por COVID-19, assim como na de letalidade. Somos o segundo país no mundo em casos de contaminação e a pior plataforma de enfrentamento da pandemia do mundo todo⁴ [2] [3].

Estamos revelando a face mais perversa da nossa enorme desigualdade social, combinada com o descaso do governo federal para com essa doença. O efeito direto dessa pandemia evidencia a precariedade dos sistemas de atenção primária e hospitalar, produto dos ajustes estruturais que vêm drenando recursos através da dívida pública, enfraquecendo a capacidade de resposta dos sistemas de saúde públicos a nível mundial ao longo de todo o período neoliberal, deixando expostos os profissionais da saúde, o pessoal técnico-administrativo terceirizados⁵. Isto é, o baixo nível de testagem massiva e adequada nas populações se tornam fatores a serem considerados na causa do grande número de mortes dos últimos meses no mundo, e, sobretudo no Brasil - onde não parece haver uma política coordenada entre as três esferas de governo, a saber: federal, estadual e municipal.

Contexto nacional

Desde que começou a pandemia no Brasil, não tem havido um direcionamento nacional com política sanitária contundente de enfrentamento à pandemia por parte dos poderes públicos, nos âmbitos Federal, estadual e municipal. Há algumas semanas, o Brasil, contrariando as orientações da OMS e políticas de contingenciamento de diversos países e, no meio de uma explosão de casos, paradoxalmente flexibilizou as regras de isolamento sem ter assumido uma política clara e coordenada de *lockdown* entre Estados, regiões e municípios.

Num primeiro momento, alguns governadores assumiram um papel mais ativo no enfrentamento da crise, sobretudo quanto às medidas de isolamento e distanciamento social. Os estados tiveram uma atuação diferenciada assumindo a condução junto aos municípios. Mas as medidas de isolamento nunca foram suficientes e começaram a ser flexibilizadas em um momento equivocado, por conta das pressões do setor empresarial e de algumas denominações de Igrejas Evangélicas que, respaldados pelas atitudes negacionistas do governo federal encontraram o respaldo necessário para manter o comércio e as igrejas abertas e atividades não essenciais em funcionamento. Isto teve impacto na conduta da população em geral e fez com que estas não só voltassem a circular, mas também que não levassem a sério as medidas necessárias para evitar contágio, situação que no estado de Mato Grosso do Sul se torna mais acentuada. O que é mais grave, para além da circulação e aglomeração das pessoas no comércio do centro da cidade, as empresas não têm fornecido aos trabalhadores EPI'S adequados e não têm sido tomadas medidas nos meios de transporte urbano de pessoas, para evitar a difusão do vírus no deslocamento da casa ao trabalho e vice-versa. Esta situação se acentua nas empresas de caráter transnacional que exportam alimentos como *commodities* ao exterior, como frigoríficos e usinas do setor sucroalcooleiro da região

⁴ Ao término do presente documento elencamos alguns dos sites que contêm importantes dados, para além de inúmeros que já veiculam nossos recordes.

⁵ Cujas vidas são ainda mais precarizadas pelo sistema selvagem capitalístico.

que se tornaram fonte de contaminação para as comunidades indígenas e para municípios inteiros na região da Grande Dourados. Para além, é claro, do Estado, nas agências ao longo do documento destacado [4].

Este documento tem por objetivo realizar um mapeamento das variáveis principais que colocam em risco a vida da nossa comunidade acadêmica e da população na região da Grande Dourados. Entendemos que se torna necessário produzir uma análise com dados coletados pela própria sociedade, já que o Ministério de Saúde atualmente se encontra à deriva, após a saída consecutiva de dois ministros da pasta e com um militar à frente que não tem a competência profissional para coordenar ações de enfrentamento à pandemia.

Devido à pressão existente sobre as Universidades Federais para a retomada das atividades de ensino via aulas remotas, entendemos que o momento de ascensão dos diversos picos por estado, região e município torna imprescindível uma avaliação da situação para além da portaria-UFGD No. 334, de 2 de junho de 2020, que aprova o Plano de Contingenciamento COVID-19 da UFGD sem consulta às instâncias colegiadas e que pretende a implementação imediata do "ensino" remoto. Além de antidemocrática, a portaria não apresenta nenhum tipo de análise concreta sobre os desdobramentos da crise política, sanitária e econômica do país. É uma cópia simplista de outros planos de contingência e se baseia no plano de contingência nacional extremamente precário e insuficiente lançado pelo Governo Federal.[5] [6]

Existe a compreensão em muitos setores da comunidade acadêmica que uma decisão administrativa mal tomada colocaria em risco a vida dos nossos alunos, trabalhadores terceirizados, técnico-administrativos e docentes, bem como da comunidade da região da grande Dourados.

Riscos de gestão e políticas (silenciosas ou não) de mortificação:

Desde o início da pandemia as contradições se acirraram ao interior do governo Federal pelo negacionismo do presidente e a minimização da gravidade da doença. Em 24 de março o Presidente Bolsonaro critica o pedido para que as pessoas fiquem em casa, contrariando o Ministro de Saúde e as recomendações de especialistas do mundo todo. A situação se complica com a defesa intransigente pelo presidente do uso de cloroquina e hidroxicloroquina para o tratamento de pacientes graves de Covid-19. Sem muitos estudos que comprovem a eficácia do uso do remédio para tratamento dos pacientes com Sars-CoV-2 o então ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, distribuiu 3,4 milhões de unidades do remédio e o Exército brasileiro aumentou em 80 vezes a sua produção. Há indícios fortes de vínculos acionários do Presidente Trump com a empresa farmacêutica que produz a hidroxicloroquina. Em 26 de março as Igrejas são incluídas pelo Presidente Bolsonaro na lista de estabelecimentos considerados atividades essenciais.

No mesmo mês o ministério lança um canal de atendimento à população por whatsapp para tirar as dúvidas sobre a doença com um robô e, evitar que as pessoas se desloquem até para os hospitais de forma massiva, em parceria com facebook e operadoras de telefonia. Não podemos esquecer que em dezembro de 2019 o Presidente Bolsonaro assinou decreto que extinguiu 27,6 mil cargos de servidores públicos. Destes 14,2 mil são cargos efetivos que estão vagos e outros 13,4 mil estão preenchidos, serão extintos quando vagar, não tendo reposição. A Saúde é a área mais afetada com 22,4 mil cargos extintos, sendo 81% do total. Dos cargos atingidos nessa medida 10,6 mil são agentes comunitários, 4,6 mil vagas para agentes de saúde estão vagos e serão extintos[7].

No contexto de imposição do "ensino" remoto das Universidades, é importante monitorar a implementação das Tecnologias da Informação e Comunicação na área da saúde, pois, tudo indica que está havendo uma substituição do de profissionais da saúde e um brutal

repassa de recurso público para operadoras de telefonia e outras empresas fornecedoras de aplicativos. O mantra do governo ultraliberal tem sido que não há recurso para os serviços públicos. Então de onde surge, de repente, recurso para contratos milionários com estas empresas? Há pouca transparência sobre o montante transferido pelo Governo Federal para o grande capital do setor da telefonia e de internet, tanto nacional quanto internacional. Está claro que os Governadores têm seguido a mesma modalidade, transferindo recurso público para empresas de duvidosa atuação.

Notícia do Repórter Brasil informa que do total de R\$55 bilhões destinado à crise de coronavírus, R\$ 2,7 bilhões são de compras pelo Ministério de Saúde, sem licitação, que inclui um contrato de R\$46,8 milhões com empresa de telefonia que possui histórico de má gestão, acusada de fazer ataques via telemarketing e espalhar notícias falsas em eleições de 2012 e 2014 e é investigada por explorar consumidores. A empresa foi contratada para monitorar a saúde da população. Isto significa que dados dos usuários, como geolocalização, estão sendo repassados para o Ministério resultando em maior controle e vigilância por parte do Estado.[8]

Em meados de abril, Mandetta anunciou sua saída sendo sucedido por Nelson Teich que não durou um mês na pasta, a qual foi militarizada com a nomeação de 20 militares que se encontram na Secretaria Executiva do Ministério e o general Pazuello como ministro interino. Após ordem de Bolsonaro em 6 e junho, Pazuello tirou do ar o site que atualiza diariamente a pandemia, o acumulado de casos e mortes por covid-19 e os gráficos. A estratégia foi pensada para maquiagem os dados e atrasar a divulgação desses para depois das 22 horas e atrapalhar a rotina de divulgação dos noticiários. Após determinação de caráter liminar do STF, a plataforma foi reativada. Mesmo assim o balanço divulgado pelo governo federal é diferente das Secretarias Estaduais de Saúde.

Na mesma época, sob as pressões de Bolsonaro, o Ministério da Saúde mudou o protocolo para o uso de Cloroquina que está sendo produzida pelo exército, para ser utilizada em casos leves em que o paciente assina um termo de consentimento onde assume a responsabilidade e os riscos. O novo documento veio sem assinatura de área técnica que o respalde.

Na segunda semana de junho Bolsonaro, pede a seus apoiadores em *live* a invasão de hospitais para que verifiquem a ocupação de leitos o que causou tumultos em hospitais do país. Mais recentemente, Pazuello avisou que usará a Lei de Segurança Nacional contra quem passar informações sobre a cúpula, com a justificativa de comprometimento da soberania nacional. Trata-se de mais uma tentativa do governo em omitir informações e as estratégias debatidas no âmbito do Ministério de Saúde para o enfrentamento da pandemia: há duas semanas servidores lotados no gabinete do ministro interino foram obrigados a assinar um termo de sigilo sob ameaça de serem enquadrados na Lei de Segurança Nacional da época da ditadura militar[9].

Flexibilização das medidas de isolamento e falta de *lockdown*

No Brasil, alguns estados e municípios adotaram políticas de distanciamento social após a declaração de pandemia causada pela Covid-19. Estas políticas foram introduzidas em momentos diferentes e algumas foram mais restritivas do que outras.

Países como a China ou mesmo países europeus em processo de crescente número de casos entraram em *lockdown*, como medida mais segura para diminuir a transmissão do coronavírus, e, só começaram a flexibilizar efetivamente a partir de protocolos internacionais de saúde pública, bem como epidemiológicos que apontam para o fato de que a reabertura e saída do confinamento necessariamente deve acontecer seguindo os seguintes critérios:

- **As mortes por COVID-19 devem cair para zero em cada região de interesse:** considerando a mesma condição em municípios vizinhos. Isto quer dizer que o planejamento e a coordenação deve ser regional e não local e atender critérios clínicos e epidemiológicos;

- **Os casos novos de COVID-19 devem cair para o nível da segunda semana após o caso zero em cada região.** Assim a cada caso novo será possível o rastreamento de todos seus contatos com devido isolamento de contatos pessoais e eventuais para testagem. Sairíamos da fase de transmissão comunitária descontrolada para retorno à fase de transmissão por contatos rastreáveis. Não é para sair do confinamento “*quando a curva cair*” ou decrescer depois do pico de contágio. Não é o que está acontecendo no Brasil.

Outro critério a ser seguido é a taxa de transmissão ou taxa de contágio. O indicador conhecido como R_0 mede o número médio de infecções geradas por alguém que contraiu o vírus. A taxa deve ser menor que 1 para considerar que a transmissão de vírus está controlada. Os países que têm conduzido o isolamento de forma exitosa, só começando a flexibilizar após 2 semanas de estabilização da taxa de transmissão, ou seja quando R_0 for abaixo de 1.

No Brasil a flexibilização começou a ser feita em um momento em que a taxa de transmissão da doença tinha um crescimento expressivo. Há um complicador, a taxa de transmissão pode ter uma enorme variação em cada município, região ou Estado, por isso a taxa municipal e regional tem que ser calculada para além da taxa nacional - para sabermos em que momento se está da velocidade de transmissão do vírus e tomarmos a política correta de flexibilização.

No final de abril, o Brasil estava na lista de países em que a doença não conseguia ser controlada e ocupou o 1o lugar por ter a maior taxa de contágio do mundo entre 48 países: chegou a 2,8, ou seja, nessa época 1 pessoa infectava 3 pessoas levando o Brasil a se converter no epicentro da doença na América do Sul, segundo pesquisadores do Imperial College[10].

O mesmo estudo mostrou que no último mês, a taxa de contágio decresceu em 54%, no entanto, o país tem o maior número de fatalidades registrado diariamente e ainda continua com uma taxa de R_0 acima de 1 em todos os Estados. Dessa forma, a transmissão ainda não está controlada, indicando que é necessário aumentar as medidas de isolamento e não flexibilizá-las.

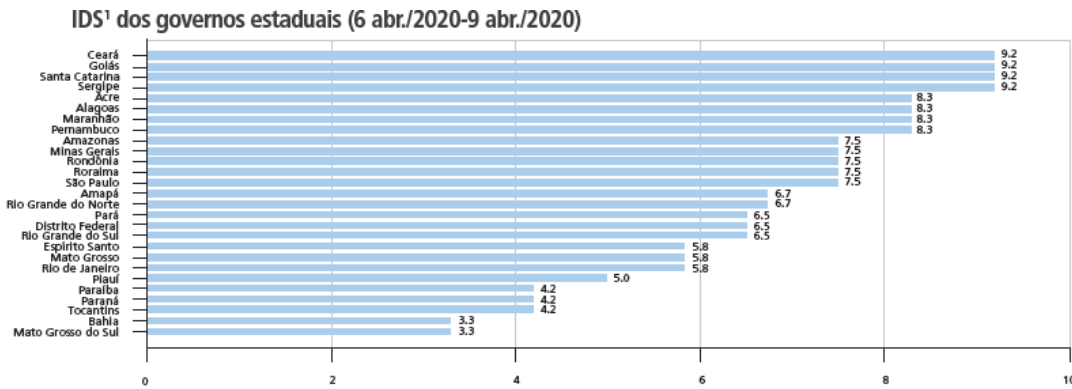
A Organização Mundial da Saúde destacou 6 condições que precisam ser atingidas antes de pensar na flexibilização[11]:

- 1) A transmissão do vírus tem que estar sob controle;
- 2) O sistema de vigilância de saúde pública deve ser capaz de detectar, testar, isolar e tratar cada caso e rastrear cada contato;
- 3) Minimizar os riscos de novos surtos em residências de anciãos e centros de saúde;
- 4) Locais de trabalho, colégios e infraestruturas essenciais devem dispor de medidas preventivas;
- 5) O risco de importação de novos casos deve estar sob controle;
- 6) Que a sociedade esteja completamente educada, comprometida e capacitada para se ajustar aos novos hábitos;

Orientações internacionais indicam que a saída seja a partir de um planejamento de vigilância dos casos não só dos confirmados, mas, ter uma capacidade de controle dos casos suspeitos e de rastreamento dos seus contatos. O que exige um número maior de testes.

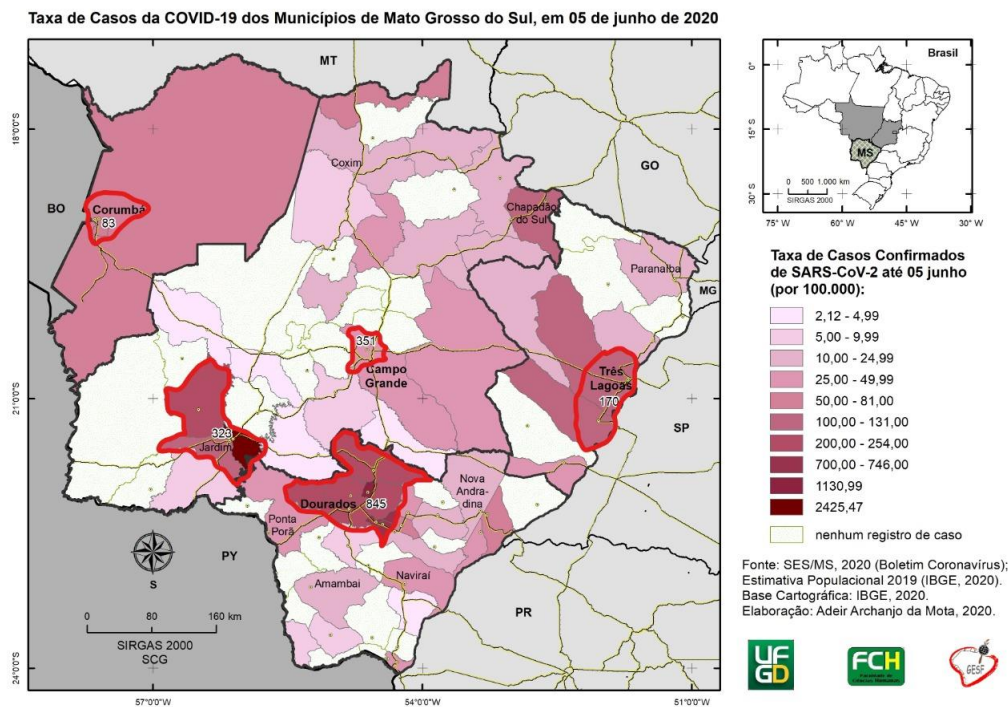
Ainda em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)[12], que comparou através de Índice de Distanciamento Social[13] as diferentes situações dos estados brasileiros, mostra como o estado do Mato Grosso do Sul tem os índices mais baixos de isolamento do país, como se pode ver na figura a seguir:

Gráfico No. 1



Fonte: Boletim de análise político-institucional (IPEA, 2020)
Nota: De 0 a 10 em que 10 é o mais restrito.

Ainda na última semana de maio, o estado de Mato Grosso do Sul, tinha um índice de isolamento social que não passa(va) de 36%, quando o recomendado pelas autoridades de saúde é de no mínimo 60% para frear a difusão o vírus[14]. No último mês o estado registrou um aumento de 670% no número de infectados e essa semana se calculava um índice de ocupação de UTI'S de 64%, as autoridades prevêem colapso do sistema hospitalar para o mês de julho [15]. O mapa a seguir, elaborado pelo professor Adeir Archanjo da Mota e sua equipe do curso de geografia da Universidade federal da grande Dourados, mostra como Dourados e região se tornou no mês de junho no epicentro de casos no estado.[16]



Fonte: Projeto de Extensão mapeamento da Covid-19 <https://projetoextmapeamentocovid-19ufgd.netlify.app/#mapasms>

Riscos na política de atenção primária: vigilância sanitária, testagem e subnotificação

Apesar do Brasil contar com o SUS, um dos maiores sistemas de saúde universal, há um déficit na vigilância sanitária que reflete uma limitação na busca ativa dos casos de Covid-19, por falta de uma política concreta de atenção primária e da inexistência de diretrizes claras para a ação coordenada entre os entes da federação, tendo estes fatos um peso determinante no enfrentamento da pandemia, para além da baixa sensibilidade dos testes existentes[17].

O número de testes para a Covid-19 é baixíssimo o que tem impossibilitado a identificação de casos assintomáticos, a identificação precoce dos que ainda não apresentaram sintomas ou tem sintomas leves e o rastreamento de contatos ou nexos epidemiológicos para colocar esses pacientes em isolamento. A política seguida desde o início, e que tem se mostrado ineficiente para ter um panorama da evolução real da pandemia e assim tomar as decisões corretas para controlá-la, é a de testar apenas os casos graves. Isto quer dizer que muitos casos estão ficando sem diagnóstico e o isolamento das pessoas contaminadas e seus contatos não está sendo feito, isto é, de maneira rápida e efetiva para frear a transmissão do vírus e diminuir os óbitos.

O professor do Instituto de biociências da USP, Daniel Lahr salienta que "o país está testando brutalmente bem menos do que deveria. Na melhor das hipóteses 20 vezes menos do que é considerado adequado. É tão pouco que a amostra pode ser basicamente ignorado"[18]. Assim, para entender a progressão da pandemia, muitos especialistas estão se baseando no número total de óbitos e a ocupação de leitos de UTI. Sem uma política massiva de testagem, não há como tomar decisões sobre quando é o momento certo de decretar *lockdown* ou reabrir serviços não essenciais.

A média diária brasileira de testes positivos para COVID-19, até 7 de junho, era uma das mais altas do mundo (ver gráfico 2) por conta apenas da testagem em casos graves. A Organização Mundial da Saúde recomenda um índice abaixo de 5%, enquanto que o Brasil apresentou na primeira semana de junho uma média de 36,7%. A taxa cairia se os testes fossem ampliados massivamente porque entrariam na conta os casos negativos.

Para avaliar se um país está realizando uma quantidade suficiente de testes deve-se considerar o tamanho da sua população. Segundo a OMS um país também deve fazer um número de testes de 10 - 30 vezes maior do que os casos confirmados. No Brasil a média até a primeira semana de junho é de **2,28 pessoas testadas para cada 100 mil habitantes**. Nos Estados Unidos é de 61,59 e na Itália de 69,25, Portugal 85,81 e o Chile é ainda maior que o Brasil 35,97. Segundo o site Our World in Data aqueles países que fazem poucos testes por casos confirmados, não estarão fazendo uma testagem ampla o suficiente para encontrar todos os casos.

Sem uma política adequada de testagem é impossível implementar uma política de *lockdown* adequada e saber a hora certa de voltar. Os trabalhadores que se encontram na linha de frente nos serviços de saúde e nos serviços essenciais também precisariam estar sendo testados com frequência porque são os que se expõem constantemente ao vírus.

Um outro problema é a demora na obtenção dos resultados, fato que se soma à ineficiência do isolamento dos contagiados: laudos que demoram a sair retardam o isolamento da pessoa com Covid-19 e, impedem ter informação em tempo real para orientar as estratégias de governo. As formas de divulgação também têm gerado confusão na plataforma do Ministério de Saúde, pois os índices são de exames e resultados positivos de laboratórios cadastrados no sistema Gerenciador do Ambiente Laboratorial (GAL) que informatiza o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental para tomada de

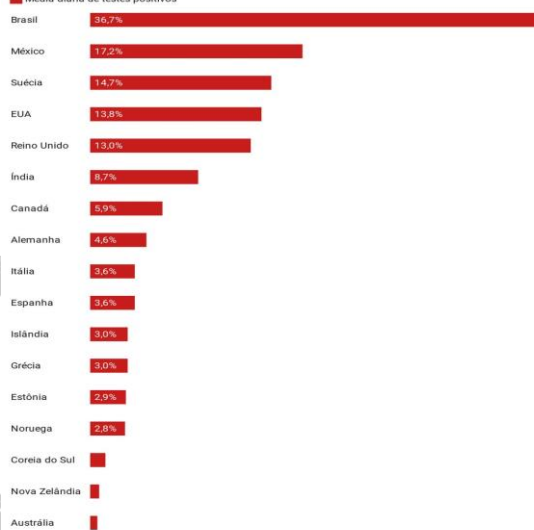
decisões epidemiológicas e de saúde pública no Brasil. Nem todos os laboratórios da rede pública e privada estão cadastrados neste sistema deixando de lado os laboratórios de grande porte.

Gráfico No. 2

Média diária de testes positivos para Covid-19, até 7 de junho de 2020

OMS recomenda índice abaixo de 5%. Número maior pode indicar que país testa apenas casos mais graves.

■ Média diária de testes positivos



Fonte: Our World in Data
Criado com Datawrapper

A baixa testagem entre outros fatores leva a uma grande subnotificação que pode estar na ordem de 10 vezes menos casos e Covid-19 do que o oficialmente divulgado pelo governo. Estudos mostram que em Manaus, por exemplo, há de 6 a 7 vezes mais óbitos do que o relatado: na última semana de abril 200 pessoas foram sepultadas sem causa determinada e 395 por Síndromes Respiratórias ou suspeita de coronavírus.[19] [20] Trata-se de um fenômeno mundial. Nos EUA também há uma subnotificação de 10 vezes menos de casos. Entretanto, a condução aqui no Brasil é mortificadora/ “necropolítica”⁶.

Aumento da Taxa de crescimento da doença e da letalidade

A taxa de crescimento de disseminação da Covid-19 coloca o Brasil entre os **10 piores países do mundo**, em estudo divulgado em maio pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS)⁷. A pesquisa comparou a evolução de 40 países no período entre os dias número 33 e 53 da pandemia que no Brasil correspondem aos dias entre 14 de abril a 4 de maio. Os dados são alarmantes porque no período se esperava uma suavização das curvas de crescimento de novos casos e, conseqüentemente, a diminuição da taxa de

⁶ <https://brasil.elpais.com/economia/2020-05-08/pandemia-expoe-necropolitica-a-brasileira-e-uma-certa-elite-que-nao-ve-alem-do-umbigo.html>;
<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>

⁷ Ranking que tem mudado rapidamente, conosco ocupando lugares no topo dos “descuidos” em relação à gestão da epidemia.

crescimento de disseminação. Nos outros países, no dia 33 de início da pandemia, a **média de crescimento era de 4,3%** ao dia e caiu para **1,6%** no dia 53. Já no Brasil no dia 33 (14/04) a **taxa de crescimento era de 7,8%** caindo para **6,7%** no dia 53 (04/05).

Segundo os pesquisadores não se trata de uma redução significativa como nos outros países. Ainda entre os dias 44 e 49 o Brasil teve a maior taxa de crescimento entre todos os países. **O aumento da letalidade** do vírus, ou seja, dos óbitos, coloca o Brasil como **o pior país da América Latina** - o crescimento diário de número de mortes é um dos piores de todos os países analisados, sendo um dos países onde a epidemia cresce mais rápido[21].

Riscos na Atenção Hospitalar

A pandemia avança no país e o Estado brasileiro continua ineficiente ao ausentar-se da responsabilidade de cuidar da população. A falta de EPI's persiste, não há transparência no uso dos recursos públicos e há pouco investimento na ampliação da oferta de leitos de UTI. A pressão empresarial e os interesses eleitorais de governadores e prefeitos dão o 'tom' nos comitês criados para enfrentamento do Covid. A atual crise sanitária exacerba os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde, fruto da luta de inúmeros atores no período de redemocratização do país. Embora atenda grande parcela da população por ser universal, o Sistema convive com "subfinanciamento" desde a sua criação. O aumento dos planos privados de saúde e a privatização de serviços são as respostas do Estado contrariando o movimento sanitário e os principais pesquisadores do país que sinalizam a valorização do SUS e seus trabalhadores.

É necessário apostar na atenção primária de saúde que hoje tem em média 63% de cobertura, mas poderia ser 100% se houvesse um incentivo financeiro adequado, bem como demais investimentos do Estado. Os recursos foram bloqueados com a Emenda Constitucional 95 que congelou o teto de gastos com saúde e educação. No contexto da pandemia está-se discutindo e lutando judicialmente para que essa emenda seja revogada, o Supremo Tribunal Federal ainda não declarou a sua inconstitucionalidade. Não tem como pensar em uma saída da crise sem levar em consideração onde estão os entraves do sistema de saúde: o principal entrave é o financiamento que se viu progressivamente reduzido com os ajustes fiscais que o processo de crise impôs aos países dependentes, drenando importantes parcelas de recurso público para o pagamento da dívida externa. Estados e municípios estão atuando nesse contexto sem novos recursos, não havendo um crescimento significativo de repasse por parte do Governo Federal para esses entes que são os que gerem e executam os serviços de saúde.

O Governo Federal continua restringindo o repasse de recurso: foram anunciados pela União R\$ 34,5 bilhões para a saúde, mas, o que efetivamente transferiu-se para os estados e municípios até o dia 22 de maio foi empenhado nas cifras de R\$ 10,4 bilhões, dos quais apenas R\$ 8,1 bilhões foram pagos, ou seja, 23% do total que tem sido liberados a contagotas pelo governo Federal.[22]

A proposta de um plano de contingenciamento tem que passar pela mitigação desses riscos, dados no plano apresentados pelo COE interventor não são confiáveis por não apontarem para nenhum critério ou parâmetro para avaliar em que momento da pandemia nos encontramos na Região e fora dela – considerando a diversidade regional, felizmente, de nossos estudantes. A altíssima taxa de crescimento de contágio pelo vírus corona tem aumentado significativamente a demanda por unidade de tratamento intensivo que, além dos equipamentos para respiração mecânica, demandam de insumos como EPIs, kits de testes e medicamentos. Na capital do estado de MS atualmente já está faltando o sedativo para intubação dos pacientes (procedimento para o tratamento com respirador mecânico, fundamental nos casos de agravamento da doença)[23].

Um problema sério com o pessoal de saúde é a falta de EPI's, estão adoecendo médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos nos hospitais. Até o dia de hoje se contam com óbitos de mais 150 enfermeiros, número muito maior que de outros países - o Reino Unido não chegou 100 óbitos. O SUS permanece com dificuldades face ao subfinanciamento e falta de EPI's cuja produção deveria estar sendo impulsionada através do complexo produtivo da saúde que está subutilizado.

Riscos na Atenção primária

A atenção primária da saúde e a vigilância sanitária poderiam estar sendo mais intensas através dos médicos de família, enfermeiros e agentes comunitários de saúde em parceria com as comunidades, pois não é possível pensar uma saída da pandemia e de isolamento, se não contarmos com esses quase 300 mil agentes de saúde do país, que atualmente é uma força imensa que está subutilizada.

Uma estratégia de aumento dos agentes comunitários e médicos de família foi proposta pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus do Consorcio Nordeste, um esforço unificado dos 9 governadores da região para impulsionar o desenvolvimento dos estados. Em finais de abril, sob assessoria dessa Comissão Científica o Consórcio do Nordeste, foi criada por decreto a Brigada Especial em Saúde para reforçar as equipes de saúde atuando nos hospitais[24]

Seriam contratados temporariamente estudantes, médicos formados no exterior e voluntários para atuarem na prevenção e assistência à população. A Brigada vai agir em municípios, bairros, residências tratando das pessoas e reforçando o isolamento em caso de contágio de Covid-19 fazendo intervenções de atenção primária no território onde é primordial o combate ao vírus. A proposta é que a população seja monitorada a partir de um aplicativo, o Monitora Covid-19, desenvolvido pela Fiocruz, onde poderá registrar os sintomas. Segundo o médico e neurocientista Miguel Nicolelis, coordenador da Comissão Científica, essas informações servirão de complemento à detecção de casos que ficam subnotificados pela falta de testes. Ele salienta o exame clínico como ferramenta para o diagnóstico e como saída para a falta de testes de Covid-19. O sistema de monitoramento permitirá reagir em tempo real para alocar a Brigada Especial em Saúde nos focos críticos da doença: o vírus será contido nos territórios sem esperar lotar os hospitais que não podem ser a primeira linha de defesa para o enfrentamento da crise[25]. Atualmente há 15 mil médicos formados no exterior que estão parados esperando o processo de revalidação do diploma para poder ser incorporados nas Brigadas Especiais. Quatro universidades públicas estaduais da Bahia aprovaram e criaram processos de revalidação emergencial dos diplomas e estão desempenhando um papel importante no combate ao vírus de forma unificada na resposta às atuais necessidades do SUS[26].

É importante salientar que alguns países começaram a apostar na atenção primária no contexto da pandemia, por exemplo, a Inglaterra que está contratando agentes comunitários de saúde e os EUA que estão apostando nessa estratégia para fazer a vigilância nos domicílios e busca ativa de casos.

Risco comportamental

Existem condições comportamentais e de ambiência que aumentam a possibilidade de contágio da COVID-19[27] [28]:

- Maior tempo de contato;
- Maior número de pessoas com distância radial menor que 2 metros
- Ambiente fechado, sem ventilação

- Ambiente com ar condicionado
- Ambiente com pessoas emitindo secreções aerossóis assim como quando estão espirrando, falando, cantando

Essas condições são típicas de uma sala de aula normal ou mesmo de aglomeração de alunos em espaços com acesso a wifi para terem possibilidade de participar de aulas remotas, por exemplo. Assim, enquanto não tivermos uma considerável parcela da população protegida por uma vacina ou pela possibilidade de um tratamento eficaz, não teremos condições de aulas presenciais. Enquanto todos, alunos e docentes, não tiverem infraestrutura adequada, em um controle da pandemia, não teremos, da mesma forma, condições para as aulas remotas, mesmo que temporárias.

Os riscos envolvem também os locais de maior trânsito de pessoas. De acordo com o infectologista e professor do Departamento Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, Matheus Westin, para a classificação desses riscos são levados em conta o nível de aglomeração no ambiente, o grau de interação direta e indireta entre as pessoas e a chance de haver pessoas com a infecção pelo novo coronavírus no local. [29] Segundo divulgado pela Faculdade de Medicina da UFMG, esse é o ranking de lugares de maior risco de infecção:



Fonte: <https://www.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/7/2020/05/Infogr%C3%A1fico-Onde-o-risco-%C3%A9-maior-2.png>

Riscos de Comunidades Indígenas na Região da Grande Dourados

Dourados tem aproximadamente 18 mil indígenas, sendo que cerca de 15 mil vivem na Reserva Indígena de Dourados – RID, criada pelo antigo Serviço de Proteção ao Índio em 1917. Outras comunidades reúnem os demais sujeitos, tais como a Terra Indígena Panambizinho e as áreas de retomada, localizadas no município e no cone sul do Mato Grosso do Sul. A proximidade das comunidades indígenas com a área urbana de Dourados intensifica a circulação de sujeitos e o contato cada vez mais crescente com o externo às comunidades. O contato se dá pela necessidade de fazerem compras, trocar o que produzem (mandioca, milho, etc.), trabalhar na construção civil e, sobretudo, em empresas como a transnacional JBS S.A, foco inicial de contaminações dos primeiros indígenas pelo COVID-19.

O efeito do novo Coronavírus em Dourados está sendo devastador. A cidade é líder, em números absolutos, de casos confirmados de COVID-19 no MS. Nas comunidades indígenas hoje existem mais de 130 casos confirmados de pessoas infectadas pelo COVID-

19, além de mais de 100 casos que aguardam o resultado da análise enviada a laboratórios do estado de São Paulo. Dessas pessoas, 1 pessoa veio a óbito e 3 estão hospitalizadas. Ainda, o Ministério Público Federal cogita que deve haver casos subnotificados em todas as comunidades, devido a falta de kits de testes rápidos, e isso dificulta o contingenciamento da doença.

O crescente número de casos de pessoas infectadas com a COVID-19 nas comunidades indígenas nos leva a defender a intensificação das medidas de isolamento. O início do surto ocorreu por atividades externas, ou seja, contato de pessoas indígenas com a área urbana. Mas, o foco de infecção principal o encontramos no frigorífico JBS onde aconteceram os primeiros casos de indígenas contaminados com Covid-19. E, foi a partir daí que o vírus se espalhou para aldeia. Até o momento a unidade não foi fechada mesmo quando seus funcionários, junto com o outro frigorífico da cidade a Brasil Foods, representaram 65% dos casos confirmados em Dourados, tornando-se uma fonte de contaminação recorrente para a cidade[30]. É sabido que a estrutura para testagem, atendimento, tratamento e internações nos hospitais que atendem a comunidade é precária e necessita de melhorias, tais como verbas e equipamentos úteis para a segurança dos profissionais de saúde e para o transporte e atendimento dos pacientes.

A responsabilidade pelo atendimento aos povos indígenas é da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), que coordena a atenção primária em 34 distritos sanitários no Brasil, os chamados DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas). Este órgão melhorou e ampliou o acesso dos indígenas à saúde levando em conta suas especificidades culturais e territoriais.

No entanto, da mesma forma que o SUS, a Sesai já enfrentava uma série de problemas e limitações antes do começo da pandemia: falta de recursos financeiros e materiais, escassez de pessoal e profissionais da saúde, salários atrasados etc. Mesmo havendo esta estrutura específica para atender as necessidades dos povos tradicionais, têm sido constantes os surtos epidêmicos de doenças que em outras condições seriam controláveis, como malária, tuberculose, desnutrição. Isto se deve ao caráter de extrema vulnerabilidade social que os acomete desde a colonização e potencializa os impactos da nova pandemia[31].

A população indígena conta com atendimento de saúde na rede municipal, através do SUS. No entanto, no território indígena, o único hospital da comunidade de Dourados, pertencente à Missão Evangélica Caiuá, não tem infraestrutura suficiente, conta apenas com 16 leitos sem respiradores mecânicos para o atendimento dos indígenas. A Missão Evangélica Caiuá, entidade que mantém o hospital referência na saúde indígena, precisou acionar a Justiça para que a Prefeitura de Dourados libere verbas federais destinadas ao combate do Covid-19. A Secretaria Municipal de Saúde respondeu ao questionamento explicando que faltam documentos para formalização dos repasses [32]. A falta dessa verba tem prejudicado sobremaneira o tratamento de pacientes internados. Também, casas de apoio foram preparadas, mas tampouco contam com equipamentos ou estrutura adequados.

Além dessas questões específicas relacionadas ao COVID-19, ainda estão sendo judicializadas pelo MPF questões como o acesso a água tratada em áreas de acampamentos e ocupações e a regularização da entrega de cestas básicas pelo ministério da cidadania. O acordo com a Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB venceu em abril de 2020 e não foi renovado até o presente momento. O MPF recomendou a renovação desse acordo.

As comunidades estão se organizando para realizar e manter nas áreas indígenas barreiras sanitárias em diversos territórios, restringindo a entrada de carros, de pessoas não indígenas e de vendedores ambulantes. Também estabelecem parcerias para a disponibilização de kits de higienização fornecidos por toda uma rede solidária de aliados dos movimentos sociais, sindicatos e uma extensa rede de apoiadores que tem sido importante para fazer frente à emergência alimentar que já existia e se agudiza com a crise econômica e pandêmica.

Nesse contexto, urge a necessidade de ampliar as estratégias de isolamento da comunidade bem como das barreiras sanitárias nos territórios indígenas para que a circulação do vírus nas comunidades diminua. A precarização do atendimento à saúde indígena ficou ainda mais evidente nesse contexto pandêmico. Se já não dava conta de ter uma cobertura apropriada, hoje com o descaso e o desmonte do atual governo, tende a colapsar e cumprir os objetivos da política genocida do Governo Federal.

Ainda tem a problemática dos indígenas que fazem parte da nossa comunidade acadêmica, caso as aulas remotas sejam implementadas, muitos desses discentes não contam com internet dentro das aldeias, fato que os obrigaria a ter que sair de suas casas e se expor ao coronavírus em tempos de altíssima disseminação em Dourados e região. Eis as políticas de morte para além das “entrelinhas”.

Riscos para a comunidade acadêmica

O quadro de excepcionalidade que a pandemia coloca, segundo o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior –ANDES-SN, tem reconfigurado a vida cotidiana de toda a classe trabalhadora, relegando aos docentes e discentes que compõem essa classe os cuidados das crianças e idosos que estão em casa[33]. Em nota produzida sobre o trabalho docente em tempos de pandemia, esse sindicato argumenta que:

Ao defender aulas on-line, o governo desconsidera a sobrecarga já existente e intensificada pela qual passam o(a)s docentes e o(a)s discentes no processo de reestruturação da vida cotidiana que a quarentena está exigindo. Desconsidera o fato de que aulas on-line exigem internet e equipamentos de qualidade, o que não é realidade para milhares de estudantes de origem popular, que hoje cursam as instituições públicas de educação, desconsidera o caráter pedagógico das aulas presenciais e as especificidades de cada disciplina e curso, entre outros. Ao defender aulas on-line, o governo acaba incentivando mais uma vez uma forma de ensino que não deve ser a principal, mas apenas suporte para o(a) docentes.

A nota questiona ainda os motivos da gestão da maioria das universidades não defender a suspensão de todas as atividades acadêmicas, incluindo os prazos de qualificação e defesa das teses e dissertações. Defende que após o fim da pandemia os conselhos superiores das Universidades, Institutos e CEFET voltem a discutir o calendário acadêmico e a reposição de aulas. Para a diretoria do ANDES SN, o governo avança em sua agenda de mercantilização da educação para atender aos interesses das grandes corporações do ensino privado, colocando o mercado em primeiro lugar e a saúde da população em último, atacando a autonomia das Universidades, Institutos e CEFETs, estrangulando os recursos, incentivando o ódio ao conhecimento e à ciência, e aprofundando o sucateamento do SUS, sobretudo, após a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (EC nº 95/2016).

Perspectivas e Desafios

O Brasil vive uma crise humanitária de grandes proporções. Mortes que poderiam ser evitadas estão acontecendo e sendo naturalizadas pelo discurso do Governo Federal. Esse discurso se materializa na falta de coordenação, omissão, tumultos, negacionismo da ciência e da doença Covid-19, atrasos no repasse de recursos públicos, repasses trilionários aos grandes bancos e contratações duvidosas de empresas de telefonia celular e aplicativos de internet, práticas que indicam que uma política genocida está em curso e que não há horizonte

possível de saída sem que os trabalhadores e trabalhadoras brasileiras através de suas organizações assumam algumas tarefas na busca do controle da situação. Na data de elaboração deste documento se contabilizam a nível nacional, mais 1 milhão de infectados, mais de 52.000 mortes e o registro de 1.300 mortes em 24 horas.

Caso não haja uma coordenação nacional para controlar o vírus, o Brasil passará por vários processos de ondas pandêmicas com datas diferentes em várias regiões. Uma série de ondas assíncronas ameaça ir e vir, correndo-se um risco grande de conviver com a Covid-19 por muito tempo, diferentemente de alguns países na Europa e na Ásia onde está conseguindo ser controlada. O distanciamento ou isolamento social foram tentados no início da pandemia no país, mas não se viabilizou por diversas razões, levando a infecção para diferentes comunidades.

Outros componentes são colocados quase que na mesma importância na linha de combate pandêmico, destacando-se os testes para identificação e controle de casos positivos. Se não testar, não identificar os casos e, portanto não isolar, estaremos reproduzindo experiências desastrosas já observadas em outros lugares do mundo onde a pandemia se instalou mais cedo. A nível municipal, os gestores se renderam por completo aos interesses de comerciantes e relaxaram quase que totalmente as medidas de distanciamento social. Retiram de si a responsabilidade⁸, em intervir nas atividades-foco pandêmicas, como frigoríficos, por exemplo. Essa atividade de alto risco de contágio tem sido apontada como importante vetor na transmissão da infecção em aldeias indígenas.

Mesmo com um planejamento centralizado e escalonado de saída do *lockdown* e com uma taxa de contágio inferior a 1, vários países estão enfrentando brotes novos, como foi o caso recente de frigorífico da Alemanha que na segunda semana de junho registrou mais de mil casos de Covid-19 voltando a colocar em risco toda a população da região. Por último, demonstrada a política genocida do governo Federal, a comunidade acadêmica da UFGD não pode aceitar o plano de contingenciamento da intervenção por que esta se baseia no plano do ministério de saúde que é extremamente deficiente, porque não traz uma análise epidemiológica baseada em dados científicos como os elencados em este documento, porque não foi consultado com a comunidade acadêmica através das suas instâncias colegiadas que não são convocadas há 6 meses e porque qualquer decisão administrativa tomada às pressas sem ter como fundamento a ciência pode incorrer em mortes dos membros da nossa comunidade, especialmente o corpo estudantil pertencente às aldeias indígenas.

(Sindicato das (as) professoras (as) da UFGD)
Parece-nos que a UFGD, sob a intervenção (nunca naturalizemos) de Bolsonaro, pauta-se num duplo vetor:

1. Que a proposta de ensino emergencial é estratégia desse governo fascista negacionista que deseja abrir “as porteiças para passar a boiada” da financeirização da educação. É a mesma lógica do mote governista "Brasil não pode parar", conosco só trocando Brasil por Universidade⁹.
2. O plano é de morte e de exclusão. Quem não morrer ao se expor na busca por sinal e condições de acesso, vai ser excluído por impossibilidade de acesso.

⁸ Tal como se está a observar pelo staff interventor da e na UFGD (incluindo as portarias da COE) com plano de contingenciamento e manual de Biossegurança, reiteradores de mortificações pela maior exposição ao vírus e pela exclusão com a retomada de qualquer atividade do calendário acadêmico.

⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=XEzbNaRr0oE&feature=youtu.be&app=desktop>. A lógica empresarial na educação à serviço do retrocesso.

Para a saída da crise haveria que combinar uma série de estratégias concomitantes para ter um combate efetivo da transmissão viral. Qual é o papel da universidade pública neste momento de crise nacional?

- 1) Levantamento da situação de socioeconômica e de saúde da nossa comunidade acadêmica coordenada pelo Comitê Científico de Emergência em conjunto com as Unidades Acadêmicas.
- 2) Campanha massiva e intensa de comunicação e educação com as comunidades para conscientizar as pessoas de que a medida mais importante é o isolamento social. Se isto fosse bem feito, conseguiríamos reduzir em 2 - 3 semanas drasticamente a taxa de transmissão. Essa campanha poderia ser feita a partir de uma coordenação da Universidade Pública com a rede escolar pública da região da Grande Dourados, para fortalecer o trabalho dos agentes de saúde comunitária[34].
- 3) Estabelecer parcerias com as entidades que representam outras categorias de profissionais da educação e, sobretudo, da saúde para uma ação unificada quanto à pressão de órgãos públicos pelo repasse de recursos para o SUS, pela transparência nos dados epidemiológicos e pelo decreto de *lockdown* de forma coordenada baseada em dados científicos na região da Grande Dourados[35].
- 4) Apoiar as iniciativas de movimentos sociais no combate à pandemia em duas frentes: fortalecimento de frentes de campanha alimentar e de brigadas de saúde. Importante salientar que os Movimentos dos Trabalhadores Rurais sem Terra e outros movimentos do campo e da cidade estão começando a constituir esforços para enviar Brigadas Populares de Saúde Local para articular no Mato Grosso do Sul uma força tarefa que faça levantamento de pessoas infectadas para oferecer apoio às comunidades e desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde.
- 5) Pressionar pela revogação da Emenda Constitucional 95 que congela os recursos para saúde e educação;
- 6) Pressionar pelo fortalecimento da atenção primária na saúde e pela re-instauração do programa mais médicos de importância estratégica para as comunidades indígenas;
- 7) Criar uma campanha que enfatize a importância da ciência nas diferentes áreas: humanas, exatas e da natureza e que aproveite os pesquisadores e a pesquisa de excelência realizada pela universidade brasileira (como protocolos de diagnóstico em tempo record; protocolo de tratamento inédito da heparina, etc.)[36]

[1] WALLACE, R. (et. al). COVID-19 and Circuits of Capital. Monthly Review. Vol. 72, Issue 01, may 2020. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2020/05/01/covid-19-and-circuits-of-capital/>.

[2] <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/05/05/brasil-tem-pior-taxa-de-crescimento-da-letalidade-por-covid-19-da-america-do-sul-diz-estudo.ghtml>, acessado em 22/06/2020.

[3] *BMJ* 2020;369:m1607, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1607> (Published 24 April 2020) <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1607/rr-1>

[4]FREITAS, H. Funcionários de frigoríficos são 65% dos casos de coronavirus em Dourados. Campo Grande News. 16/06/2020. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/funcionarios-de-frigorificos-sao-65-dos-casos-de-coronavirus-em-dourados> Segundo a notícia dos 1.197 casos positivos registrados até segunda-feira 15 de junho, 783 ocorreram nos dois frigoríficos Brasil Foods e na Seara/JBS.

[5]Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavirus Covid-19. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. para comparação com outros planos de enfrentamento à pandemia vimos os planos de Nova Zelanda, Cuba e Portugal, países com alto índice de sucesso no enfrentamento da pandemia. Por falta de espaço não colocamos uma análise comparativa detalhada. Basta dizer que o Plano Brasileiro conta com apenas 24 páginas e o título do documento confunde o nome da doença com o novo coronavirus.

[6]Portaria número 334, Fundação da Grande Dourados. Boletim Oficial de Atos administrativos. 02/06/2020. Disponível em: <http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/CORONAVIRUS/Portarias%20e%20Instru%C3%A7%C3%B5es%20Normativas/PORT%20334%20-%20Aprova%20Plano%20contingenciamento%20pr%C3%B3-reitorias.pdf>.

[7]BRASIL DE FATO. Governo extingue 22,4mil cargos de Saúde; destes, 10,6mil são agentes comunitários. São Paulo, dezembro, 2019. Disponível em:

[8]JUNQUEIRA, D. Ministério de Saúde contrata grupo empresarial investigado por fake news para monitorar Covid-19. Repórter Brasil, 24/04/2020 Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2020/04/ministerio-da-saude-contrata-empresa-investigada-por-fake-news-para-monitorar-covid-19/>

[9]LIMA B.; CARDIM, M.E. Servidores do Ministério da Saúde estão sob a Lei de Segurança Nacional. **Correio Brasiliense**. 18 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/06/18/interna-brasil,864712/servidores-do-ministerio-da-saude-estao-sob-a-lei-de-seguranca-nacional.shtml?fbclid=IwAR0bm8TkcZQSG20sUC6Cm9pLTJYLbNCorZQvHZ2a5dne4EdHN65qwN6K9nk>

[10] VAN ELSLAND. S.; JOHNS, S. Coronavirus 'not yet under control' in Brazil, scientists warn. Imperial College London. 11 may, 2020. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/news/197474/coronavirus-under-control-brazil-scientists-warn/>

[11]OMS. **Actualización frente la estrategia frente a la Covid-19**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10

[12]DE MORAES, F. R. Medidas Legais de Incentivo ao Distanciamento Social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. Boletim de Análise Político e Institucional. IPEA. No. 22. abril 2020. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/BAPI_N22_COVID%2019_Artigo%208.pdf

[13] O Índice de Distanciamento Social prevê 6 variáveis: 1) suspensão de eventos e atividades de estabelecimentos culturais, esportivos ou religiosos (museus, teatros, cinemas, academias de ginástica, templos etc.); 2) suspensão das atividades de bares, restaurantes e similares (lanchonetes, cafés etc.); 3) suspensão das atividades de estabelecimentos comerciais e de serviços não incluídos nas variáveis I e II, exceto os essenciais (lojas de vestuário, brinquedos, eletrodomésticos etc.); 4) suspensão das atividades de estabelecimentos industriais, exceto os essenciais; 5) suspensão de aulas em estabelecimentos de ensino (escolas e universidades); 6) restrições ao transporte terrestre, fluvial ou marítimo de passageiros e três tipos de valores para indicar o grau de aglomeração de pessoas: totalmente suspensos, alguns podem ser mantidos e nenhuma restrição.

[14] NERIS, G. Índice de isolamento social fecha semana abaixo de 40% em MS. CampoGrande News, 23/05/2020. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/indice-de-isolamento-social-fecha-semana-abaixo-dos-40-em-ms>

[15] JORNAL NACIONAL. Mato Grosso o Sul registra aumento de 670% no número de infectados pela Covid em um mês. G1. 24/06/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/06/24/mato-grosso-do-sul-registra-aumento-de-670percent-no-numero-de-infectados-pela-covid-em-um-mes.ghtml>

[16] MOTA, A. A. Mapa da covid-19 em 05 de junho. 2020. Projeto de extensão mapeamento da Covid-19. Disponível em: <https://projetoextmapeamentocovid-19ufgd.netlify.app/#sobre>

[17] Os testes podem ser classificados em duas categorias: o RT PCR de coleta nasal ou oral que detecta a presença direta do vírus no organismo e os testes sorológicos ou de detecção de anticorpos.

[18] TENENTE, L. Números mostram que o Brasil ainda faz 'brutalmente' menos testes para coronavírus do que deveria; 'estamos no escuro', diz 'especialista'. G1. 12/06/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/12/numeros-mostram-que-brasil-ainda-faz-brutalmente-menos-testes-para-coronavirus-do-que-deveria-estamos-no-escuro-diz-especialista.ghtml>

[19] DINIZ, C. Com subnotificação de casos, número de mortes por Covid-19 em Manaus pode ser até 7 vezes maior. Amazonas, G1, 30/04/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/30/com-subnotificacao-de-casos-em-manaus-numero-de-mortes-por-covid-19-pode-ser-ate-sete-vezes-maior.ghtml>

[20] G1 Subnotificação: 6 indicadores de que há mais casos de Covid-19 no Brasil do que o governo divulga. 29/04/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/29/subnotificacao-4-indicadores-de-que-ha-mais-casos-de-covid-19-no-brasil-do-que-o-governo-divulga.ghtml>.

[21] BATISTA, A. (et al.). Evolução da epidemia de COVID-19 no Brasil até 04 e maio de 2020. Nota técnica 10. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) - 05/05/2020. Disponível em: <https://sites.google.com/view/nois-pucrio/publica%C3%A7%C3%B5es>.

[22] SOBRINHO, W. P. Governo Bolsonaro libera 23% do dinheiro para combater coronavírus. UOL, São Paulo, 27/05/2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/27/governo-bolsonaro-libera-apanas-23-do-dinheiro-para-combater-a-pandemia.htm>

[23] <https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/referencia-da-covid-hr-ja-esta-sem-principal-sedativo-para-entubar-pacientes>

[24] GIMENES. E. Consórcio Nordeste cria Brigada de Saúde para combater a covid-19. Rede Brasil Atual. 30/04/2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2020/04/consorcio-nordeste-brigada-saude-covid-19/>.

[25] Live de Miguel Nicolelis, Coordenador da Comissão Científica do Consorcio do Nordeste, falando sobre as estratégias do Consórcio do Nordeste dados sobre a doença, Governo e saídas! 30/04/2020 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TLHp5fhQtXs>

[26] PROJETO MANDACARU. Universidades baianas criam protocolo para revalidar diplomas de medicina e acelerar resposta de combate à Covid-19. Somente no Nordeste há 15 mil médicos à espera de atuar na linha de frente contra a doença. Press Release. sem data. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/13xgWOyIKfdJO9PbryDbeb2afH7S40b-J/view>

[27] Radiografia de três surtos de coronavírus: como se infectaram e como podemos evitar | Ciência | EL PAÍS Brasil @MIUI | https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-16/radiografia-de-tres-surtos-de-coronavirus-como-se-infectaram-e-como-podemos-evitar.html?prm=enviar_email

[28] Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks | Nature Medicine @MIUI | <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2>

[29] “Saiba onde o risco de contágio do coronavírus é maior”. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/saiba-onde-o-risco-de-contagio-do-coronavirus-e-maior/>

[30] Entrevista com Cássio Knapp Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/599532-casos-de-covid-19-em-frigorifico-da-jbs-ameacam-reserva-indigena-de-dourados-entrevista-especial-com-cassio-knapp>

[31] Entrevista com María Gabriela Guillén para o Correio Cidadania. 04 de junho de 2020. Disponível em: <https://correiocidadania.com.br/34-artigos/manchete/14214-e-evidente-a-relacao-entre-o-avanco-do-virus-nas-aldeias-guarani-e-as-grandes-empresas>

[32] BENTO, A. Missão acusa município de reter repasse federal contra a Covid-19. Dourados News, 18 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.douradosnews.com.br/dourados/referencia-em-saude-indigena-acusa-municipio-de-reter-repasse-federal/1130548/>.

[33] ANDES-SN. Nota da diretoria do andes-sn de repúdio à proposta do mec de ead em substituição ao ensino presencial. 18 de março de 2020. Disponível

em:https://www.andes.org.br/conteudos/nota/nOTA-dA-dIRETORIA-dO-aNDES-sN-dE-rEPUDIO-a-pROPOSTA-dO-mEC-dE-eAD-eM-sUBSTITUICAO-aO-eNSINO-pRESENCI

[34] Informação e educação são coisas distintas, a informação cumpre um papel importante mas ações educativas precisam ser intensificadas através das escolas usando os recursos tecnológicos para se comunicar com a população. Não existem estratégias educativas por parte dos poderes públicos, para que as pessoas compreendam efetivamente os mecanismos da doença e entendam o risco que não vê.

[35] É vital ter sistemas de informação e bancos de dados no SUS, criar mecanismos de transparência nos Estados, como a ocupação de leitos públicos e privados, além de saber a quantidade de casos subnotificados. A população precisa saber a taxa de ocupação de leitos de UTI para poder ficar alerta e se proteger, assim como para poder fazer pesquisa e dar subsídio e orientar o país. Em epidemia é imperativo tratar a informação com muito cuidado porque é a base da ação clínica e epidemiológica, isto é a primeira coisa que se aprende em vigilância sanitária, no entanto tem havido uma prática recorrente de ocultação de casos de covid-19.

[36] Observamos ataques sistemáticos ao sistema científico do país, esgotando fontes de financiamento já bem precarizados, excluindo grupos de pessoas do acesso à formação científica, interferindo diretamente e atacando a autonomia das universidades mas distribuindo fartamente recursos públicos para o interesse privado. Foram liberados, numa “canetada” 1 trilhão e 200 milhões para socorrer o sistema financeiro e as grandes empresas.

Referências (exemplificativas) úteis para serem consultadas:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/editorial-do-the-lancet-cita-a-abrasco-covid-19-no-brasil-e-dai/47907/>

<http://portal.sbpcnet.org.br/noticias/pacto-pela-vida-e-pelo-brasil/>

<https://blog.scielo.org/blog/2020/05/12/pandemia-exacerba-desigualdades-na-saude-a-ser-publicado-na-cienc-saude-coletiva/#.XsKCbGhKjIV>

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1140-carta-aberta-do-conselho-nacional-de-saude-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus>