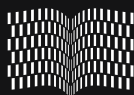


Cláudia de Souza Libânio
Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira
(organizadoras)

C VID-19

**REFLEXÕES SOBRE INCLUSÃO,
DIVERSIDADE E ACESSIBILIDADE
EM TEMPOS DE COVID-19**



Editora da
UFCSPA

REFLEXÕES SOBRE INCLUSÃO,
DIVERSIDADE E ACESSIBILIDADE
EM TEMPOS DE COVID-19

**Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre**

Reitora

Lucia Campos Pellanda

Vice-reitora

Jenifer Saffi

**Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e
Assuntos Estudantis (PROEXT)**

Mônica Maria Celestina de Oliveira

EDITORA DA UFCSPA

Diretora

Ana Carolina da Costa e Fonseca

Vice-diretora

Ana Rachel Salgado

Conselho Editorial

Alberto Antônio Rasia Filho
Ana Carolina da Costa e Fonseca
Ana Luíza Pires de Freitas
Ana Rachel Salgado
Caroline Tozzi Reppold
Cláudia de Souza Libânio
Iago Gonçalves Ferreira
Márcia Vignoli-Silva
Paulo Guilherme Markus Lopes
Rodrigo de Oliveira Lemos

Revisão

Yuli Souza Carvalho

Diagramação

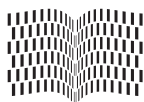
Eduardo Coimbra Farias (ASCOM/UFCSPA)

Capa (arte original)

Sara Rodrigues

Cláudia de Souza Libânio
Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira
(organizadoras)

REFLEXÕES SOBRE INCLUSÃO,
DIVERSIDADE E ACESSIBILIDADE
EM TEMPOS DE COVID-19



Editora da
UFCSPA

Porto Alegre
2021

É permitida a reprodução sem fins lucrativos apenas do texto escrito desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br/editora).

O presente livro foi avaliado e recomendado para publicação por pareceristas e aprovado pelo Conselho Editorial da Editora da UFCSPA para publicação.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R332 Reflexões sobre inclusão, diversidade e acessibilidade em tempos de Covid-19 [recurso eletrônico] / organizadoras: Cláudia de Souza Libânio e Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira. — Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2021.
Recurso on-line (237 p.)
(UFCSPA - Ciência, Humanidades e Covid-19)
Modo de acesso: <http://www.ufcspa.edu.br/index.php/editora/obras-publicadas>
ISBN 978-65-87950-48-8

1. Epidemiologia. 2. Pandemias. 3. Covid-19. 4. Inclusão social. 5. Diversidade.
6. Acessibilidade. 7. Violência contra a mulher. 8. Assistência à saúde mental. 9. Pessoas com deficiência. 10. Saúde das minorias étnicas. I. Libânio, Cláudia de Souza. II. Silveira, Luiza Maria de Oliveira Braga. III. Série.

CDD 614.4
CDU 616-36.22

AUTORAS E AUTORES

Alexandre do Nascimento Almeida
Ana Beatriz Gorini da Veiga
Anelise Fiori da Silva
Anna Júlia Zanella Machado Carrion
André Moura Kohmann
Antônio Nocchi Kalil
Augusto Schallenberger
Bianca Pelicoli Riboldi
Breno Graciano Lisboa
Caren Luciane Bernardi
Carla Isabel Borré
Carmen Lúcia Pinto Copetti
Cibele Cristina Boscolo
Clarissa De Antoni
Cláudia de Souza Libânio
Cristian Zehnder
Débora Fernandes Coelho
Emilene Zitzkus
Francisco Scornavacca
Gabriela Brito Pires
Geovani Carlos Gava
Helena Fuchs
João Vitor Pinotti Dallasen
Jorge Amilton Höher
Júlia Mattevi Popko
Leandro Miletto Tonetto
Luana Duarte Teles
Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira
Mara Rúbia André Alves de Lima
McArthur Alexander Barrow
Melisa Rossa
Nathan Hermenegildo Lisboa
Roberta da Silva Gomes
Roberto Luiz Targa Ferreira
Shanna Schwarz Krening
Valentina Marques da Rosa
Vanize Martins Flores

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Márcia Rosa da Costa

15

APRESENTAÇÃO

Cláudia de Souza Libânio e Luíza Maria de Oliveira Braga Silveira

19

CONTEXTO

23

PANORAMA GERAL DA COVID-19: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO, TRANSMISSÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O SARS-COV-2

Mara Rúbia André Alves de Lima, Carla Isabel Borré, Nathan

Hermenegildo Lisboa, Ana Beatriz Gorini da Veiga

25

PENSANDO A INCLUSÃO E A DIVERSIDADE NO ENSINO SUPERIOR

Gabriela Brito Pires, Luíza Maria de Oliveira Braga Silveira e Melisa Rossa

37

MODELO CONCEITUAL PARA A ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS RELAÇÕES ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO, INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE

Carmen Lúcia Pinto Copetti, Valentina Marques

da Rosa, Leandro Miletto Tonetto

49

INCLUSÃO

59

A COVID-19, AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E A NECESSIDADE DE RESPEITO À DIGNIDADE HUMANA

Caren Luciane Bernardi

61

DEFICIÊNCIA VISUAL E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Melisa Rossa

73

INCLUSÃO, DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Cibele Cristina Boscolo

83

SURDOS E O ISOLAMENTO SOCIAL: QUESTÕES SOBRE A PREVENÇÃO DA COVID-19

Augusto Schallenger

93

DIVERSIDADE

99

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA EM TEMPOS DE COVID-19

Luana Duarte Teles, Roberta da Silva Gomes

101

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A SITUAÇÃO DE PANDEMIA PELA COVID-19

Anna Júlia Zanella Machado Carrion, Helena Fuchs,

Gabriela Brito Pires, Clarissa De Antoni

113

**RELAÇÕES DE GÊNERO EM TEMPOS DE
PANDEMIA: UM BREVE ENSAIO**

Alexandre do Nascimento Almeida, Débora Fernandes Coelho

125

**CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE COVID-19**

Francisco Scornavacca, André Moura Kohmann

139

ACESSIBILIDADE

149

**ACESSIBILIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE NO BRASIL EM ÉPOCA DE COVID-19**

Cláudia de Souza Libânio, Emilene Zitkus

151

**ACESSIBILIDADE EM AMBIENTES DE ENSINO E
PESQUISA NAS UNIVERSIDADES DA SAÚDE**

Bianca Pelicoli Riboldi

161

**DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS
COMUNICACIONAIS PARA UMA UNIVERSIDADE
INCLUSIVA EM TEMPOS DE COVID-19**

Vanize Martins Flores, Shanna Schwarz Krening

167

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO

181

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E
O ENFRENTAMENTO À COVID-19**

Mara Rubia André Alves de Lima, Carla Isabel

Borré, Roberto Luiz Targa Ferreira

183

**RELATO DE AÇÕES RESULTANTES DA PARCERIA
ENTRE O NÚCLEO DE INCLUSÃO E DIVERSIDADE
(NID) E A LIGA DE PNEUMOLOGIA (LIPU)
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

*Breno Graciano Lisboa, Geovani Carlos Gava, Júlia Mattevi
Popko, Cristian Zehnder, João Vitor Pinotti Dallasen, Vanize
Martins Flores, Melisa Rossa, Gabriela Brito Pires, Luiza Maria
de Oliveira Braga Silveira, Mara Rubia André Alves de Lima*

197

**O LUTO E A AJUDA AOS ENLUTADOS NO
ENFRENTAMENTO À COVID-19**

Anelise Fiori da Silva, Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

209

**O ENFRENTAMENTO À COVID-19:
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO
HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

*Mara Rúbia André Alves de Lima, McArthur Alexander
Barrow, Carla Isabel Borré, Jorge Amilton Höber, Nathan
Hermenegildo Lisboa, Antônio Nocchi Kalil*

217

APRESENTAÇÃO DA COLEÇÃO UFCSPA - CIÊNCIA, HUMANIDADES E COVID-19

A UFCSPA, como única universidade federal especializada em saúde, vem assumindo protagonismo no combate à pandemia relacionada ao SARS-CoV-2 desde o seu início. Fomos a primeira universidade do Rio Grande do Sul a organizar atividades científicas para estudar a questão, já no início do ano letivo.

Uma grande parte da nossa comunidade universitária está envolvida no enfrentamento à pandemia, tanto na assistência em saúde nos locais de prática como em ações essenciais na própria Universidade. Direcionamos nossos recursos de forma intensiva para o enfrentamento dessa emergência de saúde pública.

São mais de 100 ações da comunidade da UFCSPA, incluindo: produção de álcool gel e de equipamentos de proteção; testagem de apoio ao LACEN e à Santa Casa; participação no Comitê Científico de enfrentamento à pandemia da Covid-19 (formado por pesquisadores das universidades gaúchas e autoridades científicas por solicitação do governo do Estado); participação em campanhas de vacinação para gripe; orientações telefônicas (Telessaúde); produção de material

informativo através de textos, *cards* e vídeos para redes sociais com informações para a prevenção do contágio pelo SARS-CoV-2; ações de promoção do bem-estar e da saúde; fabricação digital para reposição de peças e componentes utilizados em hospitais para combate ao SARS-CoV-2; ações educativas, entre muitas outras, incluindo várias ações junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde. Em parceria com a UNIFESP, docentes da UFCSPA organizaram um curso on-line para profissionais de saúde que já teve milhares de participantes.

Em poucas semanas, foram desenvolvidos, a partir de um esforço concentrado dos nossos pesquisadores, projetos para compreender melhor a doença e buscar formas de prevenção e tratamento.

Considerando nossa missão de contribuir para a sociedade e buscar soluções que impactam a todos, surgiu a ideia de uma coleção especial da Editora da UFCSPA que pudesse ampliar o alcance da intensa produção de conhecimento que vem acontecendo na Universidade e fora dela.

O nome da coleção, *Ciência, Humanidades e Covid-19*, reflete a amplitude e a diversidade de uma universidade da saúde. Consideramos que, tão importantes quanto os conhecimentos epidemiológicos, clínicos e básicos diretamente relacionados à Covid-19, as reflexões sobre educação, modos de vida, comportamentos e relações humanas, ética, artes e humanidades em geral contribuem de modo fundamental para entendermos o momento em que vivemos e como, a partir de agora, podemos construir uma sociedade que enfrente melhor situações críticas como uma pandemia.

Vivemos um grande desafio, para o qual ainda não temos todas as respostas. Mas sabemos que colaboração, empatia e mensagens claras para a população, sempre baseadas em conhecimento científico, trazem bons resultados.

Acreditamos que o investimento de longo prazo em Educação é um dos fatores mais importantes para que um país possa ter independência científica, leitura crítica da realidade e uma resposta altamente engajada em qualquer situação.

Que a coleção da Editora da UFCSPA possa contribuir para essa resposta!

Profa. Dra. Lucia Campos Pellanda
Reitora da UFCSPA

PREFÁCIO

Este livro, ao abordar os temas de inclusão, diversidade e acessibilidade no contexto pandêmico, nos confronta com a realidade inesperada e ainda vivenciada no combate ao vírus, trazendo para o campo da saúde e da educação a complexidade das situações sociais envolvidas.

Desde que a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, a UFCSPA iniciou uma série de ações voltadas ao seu combate. A abordagem de problemas e crises vivenciadas na sociedade e a contribuição na busca de soluções se constituem como papéis fundamentais da universidade. No Brasil, as universidades públicas federais atuam produzindo e difundindo conhecimentos, mas também desenvolvendo ações com responsabilidade e comprometimento social. Na UFCSPA, uma universidade voltada à área da saúde, não é diferente.

Assim, a iniciativa das colegas Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira e Cláudia de Souza Libânio, organizadoras desta obra, foi reunir textos de profissionais engajados e comprometidos na produção e na difusão de conhecimentos sobre o enfrentamento à Covid-19, com dados, informações e reflexões, relacionados diretamente aos direitos

de acesso à saúde e à educação, bem como às dificuldades existentes em uma sociedade que opera de forma excludente, sem ações suficientes e efetivas para diminuir as desigualdades.

A obra reúne profissionais de diversas áreas, com tempos, experiências e estilos de redação diferenciados. Na construção argumentativa de cada capítulo, destacam-se: a apresentação de dados recentes, a atuação contextualizada e a exemplificação de situações, de forma crítica e problematizadora, através de uma abordagem que chama a sociedade a assumir suas responsabilidades.

A leitura dos textos instiga a buscar compreender o momento que vivemos, as relações sociais existentes e as formas de cuidado e tratamento da saúde de todos os grupos que sofrem discriminações. Fui instigada a retomar o referencial de Norbert Elias, de 1980, quando esse sociólogo afirma que a compreensão do significado de sociedade somente é possível se rompermos a visão desta como formada por substâncias singulares isoláveis e passarmos a visualizá-la como uma rede de interdependências, configurada através de inúmeras cadeias invisíveis de relacionamentos, formando uma teia humana, onde o espaço de atuação de cada integrante está circunscrito.

Se antes da pandemia já era necessário pensarmos sobre nossa condição humana e nossas relações interdependentes com os outros, agora, mais do que nunca, fazem-se necessárias essas reflexões. É com esse comprometimento que as organizadoras, as autoras e os autores nos convidam a uma reflexão conjunta. Seja na contextualização da pandemia e dos processos de inclusão na Universidade, na descrição da realidade vivenciada pela pessoa com deficiência física ou visual, na problemática do isolamento do surdo, nas questões de gênero e etnia, discriminação e violência, na abordagem da saúde mental de crianças e adolescentes, encontramos aportes e referenciais sobre os elementos do cuidado, da prevenção e da promoção da saúde, assim como proposições que mostram as possibilidades de superação, de forma coletiva, dos

problemas enfrentados. São contribuições para analisar os processos educativos e de saúde com um olhar que reconheça que a pandemia exige outras formas de se relacionar, para que as desigualdades não se acentuem ainda mais.

Dar visibilidade aos fatores relacionados ao atendimento em saúde, ao luto, à acessibilidade ou à falta desta, às dificuldades enfrentadas com barreiras tecnológicas e físicas, na universidade ou no Sistema Único de Saúde, possibilita sair do plano da identificação dos problemas em direção ao enfrentamento e ao desenvolvimento de soluções viáveis.

Os capítulos se entrelaçam e conversam entre si pela forma como foram organizados, mas podem ser percorridos de acordo com o interesse do leitor. A pandemia já afetou a todas e todos. Nossa condição, na teia de interdependência da qual fazemos parte, já foi abalada. Por isso, como provocação, sugiro algumas questões que podem instigar e acompanhar o leitor ao se debruçar sobre o livro:

- O que nos toca e traz à tona a sensibilidade em relação à inclusão, à acessibilidade e à diversidade?
- O que e como fazemos para não perpetuar diferenças que provocam desigualdades?
- No contexto da pandemia, qual o papel que assumimos nessa rede onde dependemos, mas também afetamos uns aos outros?

A leitura é instigante pela contemporaneidade do tema e contribui para vislumbrarmos horizontes possíveis. É uma obra que aponta o quanto é viável unirmos esforços para a superação das crises e das desigualdades.

Por fim, destaco que o livro registra não só as ações dos profissionais que aceitaram o desafio de contribuir para a obra, mas também o empenho do Núcleo de Inclusão e Diversidade da UFCSPA,

tornando acessíveis informações e reflexões que nos sensibilizam em um momento que ficará marcado historicamente.

Márcia Rosa da Costa

Pró-reitora de Graduação da UFCSPA

Abril de 2021

APRESENTAÇÃO DAS ORGANIZADORAS

Os eixos desta obra – inclusão, acessibilidade e diversidade – não podem mais ficar à margem da nossa sociedade, fato esse que a vivência da pandemia nos evidenciou. Esta obra é fruto de um trabalho de **reflexões coletivas**. Ela nasce de um convite e de uma ideia (da primeira organizadora), mas que encontra eco (na segunda e no grupo de autores) devido aos questionamentos e aos desafios que todos e todas vivem. O convite chegou ao Núcleo de Inclusão e Diversidade da UFCSPA (NID – UFCSPA) após alguns meses do início da pandemia, com a ideia de documentarmos nossas discussões, reflexões e ações para estes propósitos: inclusão, acessibilidade e diversidade.

Esse grupo, grande e diverso, costuma se encontrar mensalmente e refletir sobre as situações e as ações dentro da nossa Universidade, a fim de propor movimentos e transformações nos processos de inclusão e exclusão com vistas à equidade. Não podemos pensá-las separadamente, mas sim de forma fusionada. Sem a diferença não há potência. Porém, mais do que ampliar esse entendimento, é preciso reconhecer os processos que as (des)naturalizam e que geram marcadores sociais (e, conseqüentemente, escolares, laborais, identitários etc.) promotores

de desigualdades, restrições de direitos, injustiças e violências. Entendemos que, para além do compromisso da Universidade com uma cultura inclusiva e com o enfrentamento à Covid-19, as reflexões objetivam olhar e pensar coisas que ainda não pensamos sobre as práticas e aquilo que as fundamenta.

A primeira seção trata de uma abordagem geral ao **Contexto**, tanto da pandemia como da inclusão no ensino superior, reportando avanços e desafios em ambos os cenários: educativo e da saúde. Inicialmente, apresentam-se informações a respeito do que, até então, conhece-se sobre características, diagnóstico, transmissão e medidas preventivas essenciais para o enfrentamento à Covid-19. Traz também uma perspectiva a respeito do bem-estar subjetivo e sua importância no contexto da inclusão e da acessibilidade. Já no panorama educativo, abordam-se o processo de inclusão no ensino superior brasileiro e seu(s) paradigma(s) conceitual(is), problematizando a inclusão, a exclusão e a diversidade.

A seção seguinte aborda o tema da **Inclusão** em tempos de pandemia, destacando-se o olhar sobre as deficiências e as pessoas com deficiência(s). Na tentativa de atender às especificidades das múltiplas formas e vivências das deficiências, colegas relatam seus estudos e suas experiências acerca da deficiência física, visual, auditiva e da surdez, evidenciando os infinitos desafios enfrentados e as inúmeras possibilidades de enfrentá-los.

A terceira seção envolve produções sobre a **Diversidade**. Dada sua complexidade, não seria possível abordarmos tudo que envolve a temática, porém destacamos importantes contribuições sobre a saúde da população negra, a violência contra a mulher, as relações de gênero e o cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes. Esses mostraram-se grupos em situações extremamente vulneráveis durante a pandemia de Covid-19 e no contexto do isolamento social, exigindo atenção e ações para tal(is).

Na sequência, apresenta-se a seção sobre **Acessibilidade**, elucidando e refletindo sobre a temática no contexto do Sistema Único de Saúde, nos ambientes de ensino e pesquisa nas Universidades e no desenvolvimento de estratégias comunicacionais. Destacam-se a análise dos contextos e seus desafios para efetivarem-se acessíveis, com vistas à inclusão e à equidade.

A seção final apresenta algumas **Ações de Enfrentamento** realizadas em parcerias de membros desse grupo de autores. São relatadas desde ações mais específicas, para enfrentamento de quadros de saúde respiratória, até de forma mais ampla, na abrangência de temas relativos à inclusão e ao uso de redes sociais. Mencionam-se também a transversal análise de propostas de ações no acompanhamento da atenção primária ao hospital de alta complexidade, o enfrentamento ao luto e a ajuda aos enlutados, cenário consecutivo e imbricado ao enfrentamento à Covid-19.

Por fim, entendemos que esta obra, ou este conjunto de “reflexões” que se materializa no livro, retrata o desejo de todos e todas de contribuir para o enfrentamento à Covid-19. Mas, para além disso, revela nosso propósito no enlace universidade e comunidade, nas tantas formas possíveis (desde que equânimes, justas e acolhedoras). Desejamos que, além de respostas, possam encontrar e construir perguntas. Uma ótima e instigadora leitura!

*Cláudia Libânio e
Luiza Maria Silveira*

CONTEXTO

PANORAMA GERAL DA COVID-19: CARACTERÍSTICAS, DIAGNÓSTICO, TRANSMISSÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA O SARS-COV-2

Mara Rúbia André Alves de Lima

Carla Isabel Borré

Nathan Hermenegildo Lisboa

Ana Beatriz Gorini da Veiga

No final de 2019, foram relatados diversos casos de uma doença causada por um novo coronavírus, a qual, em pouco tempo, tornou-se uma pandemia sem precedentes na população humana. Outros dois surtos epidêmicos com altas taxas de letalidade por SARS (acrônimo do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome*) tinham ocorrido em regiões da China (2002) e do Oriente Médio (2012), sendo causados por outros coronavírus muito patogênicos, o SARS-CoV e o MERS-CoV, respectivamente, e ficaram delimitados a regiões restritas de alguns países (ZHU *et al.*, 2020). Com os avanços em técnicas de Biologia Molecular

e ferramentas de Bioinformática, o novo coronavírus foi sequenciado em poucas semanas em 2020 e, devido a sua semelhança genética com outro coronavírus, o SARS-CoV, foi denominado “SARS-CoV-2”. A doença por ele causada foi chamada de “Covid-19” (acrônimo do inglês *Corona Virus Disease 2019*) e pode evoluir para SARS e óbito, a despeito do manejo terapêutico em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

CARACTERÍSTICAS DOS CORONAVÍRUS

Os coronavírus possuem genoma de RNA fita simples senso-positivo, pertencem à família Coronaviridae (ordem Nidovirales) e se dividem em quatro gêneros: alpha, beta, gamma e delta. As partículas virais são esféricas e envelopadas, com cerca de 125nm de diâmetro. Sob microscopia eletrônica, são observadas projeções na superfície do vírus semelhantes à coroa solar, daí o nome “coronavírus”. Essas projeções se devem à presença da proteína viral spike (S). Além da proteína S, o genoma viral, de aproximadamente 30 kilobases, codifica outras três proteínas estruturais: proteína da membrana (M), do envelope (E) e do nucleocapsídeo (N). Alguns betacoronavírus possuem uma quinta proteína estrutural, a hemaglutinina-esterase (HE). Envolto pelo envelope, encontra-se o nucleocapsídeo, ao qual está ligado o RNA viral (FEHR; PERLMAN, 2015). Além das proteínas estruturais S, M, E e N, os coronavírus possuem proteínas não estruturais, incluindo aquelas codificadas pelo gene da replicase, que ocupa cerca de 2/3 (20kb) do genoma. O restante do genoma (aproximadamente 10kb) contém as regiões que codificam as proteínas estruturais e as proteínas acessórias. Em relação a essas últimas, apesar de não serem essenciais para a replicação viral, apresentam papel importante na patogênese das doenças associadas aos coronavírus (BRIAN; BARIC, 2005; FEHR;

PERLMAN, 2015). A ligação do vírus à célula do hospedeiro ocorre pela interação da proteína S com receptores presentes na membrana celular. O genoma viral é liberado no citoplasma e ocorre a síntese da replicase, que é um complexo de proteínas não estruturais, incluindo a RNA polimerase dependente de RNA e a RNA helicase. Durante a replicação viral, ocorre síntese do RNA genômico e de outros RNAs, os quais servem de mRNA para síntese de outras proteínas virais (VEIGA *et al.*, 2020). O empacotamento viral ocorre à medida que as proteínas estruturais migram pelo retículo endoplasmático e pelo complexo de Golgi, juntamente ao RNA viral. As novas partículas virais são liberadas da célula por exocitose (BRIAN; BARIC, 2005; FEHR; PERLMAN, 2015).

Os coronavírus têm como hospedeiros alguns mamíferos e aves, e um dos principais fatores que determina a especificidade a um hospedeiro é a interação entre a proteína S e o receptor celular (YE *et al.*, 2020). Em humanos, os alphacoronavírus 229E e NL63 e os betacoronavírus OC43 e HKU1 estão associados a infecções respiratórias, causando sintomas geralmente leves. Entretanto, em alguns casos, a infecção pode levar a quadros mais severos e até mesmo ao óbito (VEIGA *et al.*, 2020). Apesar de as taxas de mutação dos coronavírus serem relativamente baixas (SANJUÁN *et al.*, 2010), o fato de apresentarem um genoma de RNA grande aumenta a probabilidade de ocorrerem modificações e recombinações genômicas; portanto, alterações genômicas relacionadas à adaptação do vírus a um novo hospedeiro podem levar à emergência de novos patógenos humanos (YE *et al.*, 2020). Nesse sentido, coronavírus altamente patogênicos têm sido causa de surtos epidêmicos importantes, como o SARS-CoV e o MERS-CoV, que causaram a morte de milhares de pessoas na Ásia e no Oriente Médio, respectivamente.

TESTES DE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA COVID-19

Há muitos tipos de testes sendo utilizados no diagnóstico da Covid-19 e outros novos em desenvolvimento. Idealmente, testes realizados na saliva, com resultados em horas, sobre a presença do vírus e disponíveis para a população, seriam ideais para guiar as medidas preventivas (WYLLIE, 2020). No Brasil, a Anvisa, que avalia se um teste é capaz de dar o resultado fidedigno para o qual foi desenvolvido, estabeleceu regras extraordinárias temporárias priorizando a análise de pedidos de registro de novos testes para detecção do SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020).

Testes para o diagnóstico da doença: o método RT-PCR (acrônimo inglês para “transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase”) detecta e quantifica fragmentos do material genético do vírus em amostras coletadas da nasofaringe. Quando o resultado é positivo, significa que a pessoa está infectada no momento do exame. Pode haver falsos negativos e, mais raramente, falsos positivos. Além disso, a RT-PCR não detecta contágios passados (GRIFFIN; RACANIELLO, 2020). A colheita com *swab* deve ser feita corretamente, entre o dia 3 e o dia 10 dos sintomas.

Testes para detectar anticorpos contra o SARS-CoV-2: feitos em amostras de sangue, soro ou plasma. Esses testes detectam anticorpos das classes IgA, IgM e IgG produzidos por linfócitos B, que são células do sistema imunológico que respondem à infecção pelo SARS-CoV-2. Resultados podem ser obtidos em minutos ou horas, dependendo do teste. Após o contágio, o sistema imunológico requer um tempo para a produção de anticorpos em quantidades suficientes para serem detectados pelos testes imunológicos. Por outro lado, diferentes testes apresentam capacidades diferentes para identificar os anticorpos, o que representa a janela imunológica do teste. Em média, a partir do 10º dia após o início dos sintomas, os anticorpos já podem ser detectados.

Testes de Ag do SARS-CoV-2 em nariz e garganta: apresentam resultado positivo em menor tempo após contágio em relação à análise de anticorpos. Eles podem ser feitos a partir do dia 3 da infecção para detectar o vírus em pessoas que estejam assintomáticas, mas tiveram contato com alguém com Covid-19.

TRANSMISSÃO DO SARS-COV-2

A transmissão do SARS-CoV-2, cujo entendimento é fundamental para as autoridades sanitárias recomendarem medidas preventivas, pode ocorrer de dois modos: por gotículas (transmissão direta ou indireta) e por aerossóis.

A transmissão direta através de gotículas maiores do que 5 micra, que são exaladas quando a pessoa infectada fala, canta, tosse ou espirra, parece predominar. As gotículas se deslocam no ar até dois metros e contaminam dentro dessa distância. As medidas preventivas correspondentes incluem manter o distanciamento social entre as pessoas, usar máscaras e outros protetores faciais como óculos e *face shields* e cobrir a boca com o braço dobrado ou com um lenço ao tossir.

As gotículas contaminantes maiores do que 5 micra podem ficar várias horas no ar e, após se deslocarem até dois metros de distância, cair por ação da gravidade e permanecer nas superfícies durante várias horas. Ao tocar uma superfície contaminada, a pessoa contamina a mão, que, ao ser levada ao rosto, contamina pelo contato as mucosas da boca, nariz e olhos. As medidas preventivas correspondentes incluem não tocar no nariz, nos olhos ou na boca com as mãos, lavar as mãos com água e sabão ou usar álcool em gel sempre que houver a suspeita de contaminação das mãos pelo SARS-CoV-2 e não cumprimentar com aperto de mãos.

Além disso, partículas menores do que 5 micra podem ser transmitidas pela inalação de aerossóis contaminantes exalados por uma pessoa infectada ao falar, cantar, tossir, espirrar ou simplesmente respirar. Alguns procedimentos médicos, tais como nebulizações, ventilação mecânica não invasiva, manobras de recuperação cardiorrespiratória e broncoscopias, entre outros, originam aerossóis; portanto, quando realizados, exigem cuidado rigoroso para evitar a disseminação da Covid-19. Nos locais de atendimento médico, os ambientes devem ser bem ventilados. Também pela possibilidade de transmissão por aerossóis, as aglomerações são proscritas, mesmo ao ar livre. A transmissão do SARS-CoV-2 por aerossóis não parece ser o predominante e merece melhor entendimento (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2020), o continente americano concentra o maior número de profissionais da saúde atingidos pela Covid-19, sendo que a maioria dos casos ocorreu no Brasil (270.000 casos), em pessoas entre 30 e 49 anos, sendo 75% mulheres. Além das maiores chances de transmissão para os profissionais da saúde, principalmente na linha de frente no enfrentamento à pandemia, também se observou aumento da propagação em trabalhadores de frigoríficos, em casas geriátricas e em presídios. Em casas pequenas, pouco arejadas e com muitos moradores vivendo com condições sanitárias básicas deficientes, inclusive sem acesso a água potável, quando for diagnosticado um caso de Covid-19, a propagação da doença será facilitada.

É possível que haja transmissão a partir de pessoas infectadas, mas assintomáticas ou pré-sintomáticas, durante um a três dias antes dos sintomas de Covid-19 aparecerem. Na fase inicial da doença, quando ainda não há anticorpos, a carga viral elevada pode ser transmissível de forma significativa. Quanto maior for a carga viral e o tempo de exposição a indivíduos que estão transmitindo o SARS-

CoV-2, mais a pessoa infectada transmite e maiores são as chances de os contatos dessa pessoa se infectarem também. Além disso, existem pessoas infectadas que são grandes disseminadoras do SARS-CoV-2 e infectam um número mais elevado de pessoas com as quais estiverem em contato do que seria esperado para o Índice de Reprodução ou R0 (R Zero), sendo que as razões para esse fenômeno precisam ser melhor entendidas.

Pouco se sabe sobre a taxa de infecção nas crianças ou o quanto transmitem o SARS-CoV-2 aos seus contatos (pais, familiares, professores, colegas de escola etc.). Apesar de se constatar que crianças raramente apresentam a doença grave e fatal, elas podem apresentar a Síndrome Pediátrica Inflamatória Multissistêmica Temporariamente Associada ao SARS-CoV-2 (PIMS-TS), que tem similaridades com a Doença de Kawasaki (AHMED *et al.*, 2020).

Muitos aspectos da transmissão ainda precisam ser mais bem conhecidos. O novo coronavírus já foi identificado nas fezes, nos esgotos e em amostras colhidas nas proximidades de hospitais. Os gatos transmitem o vírus entre si, mas ficam assintomáticos (HALFMANN *et al.*, 2020).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19

Embora a vacinação já tenha se iniciado em diversos países no mundo, as medidas de saúde pública somadas às medidas individuais continuam sendo fundamentais para enfrentar a pandemia. Do ponto de vista de saúde pública, as medidas de prevenção incluem a testagem da população, o rastreamento dos contatos de pessoas infectadas e o isolamento das pessoas que estão transmitindo a Covid-19. As medidas individuais incluem: 1) lavar as mãos várias vezes por dia com água e sabão, sempre que houver possibilidade de contato com superfície

contaminada; 2) se não puder lavar as mãos, usar álcool em gel a 70% nas mãos, mesmo sem sujeira visível; 3) usar máscara, lembrando que crianças pequenas e pessoas que não conseguem elas mesmas tirar as suas máscaras não devem usar pelo perigo de se sufocarem; 4) manter o distanciamento social de dois metros; e 5) não fazer aglomerações. Como existem ainda muitas perguntas sem respostas quanto ao comportamento do SARS-CoV-2, quem puder deve ficar em casa quando possível. É fundamental usar o bom senso diante de cada recomendação e ter em mente que nenhuma recomendação isolada acaba com a pandemia.

As características imunobiológicas da Covid-19 ainda precisam ser entendidas, por exemplo, quanto ao desenvolvimento de imunidade protetora nas pessoas infectadas assintomáticas ou quanto aos mecanismos envolvidos na possível reinfecção. As vacinas disponíveis parecem ser a melhor estratégia de enfrentamento, já que o vírus provoca uma doença aguda com uma janela de ação dos medicamentos antivirais limitada praticamente à primeira semana de sintomas. A partir da segunda semana, a carga viral decresce, mas a fase mais grave da Covid-19 ocorre a partir do sétimo dia de sintomas, pois, apesar da carga viral diminuir, em alguns casos, o sistema imunológico não controla a exacerbação do processo inflamatório decorrente da infecção viral.

Vários tipos de vacinas (com o vírus inativado, com vetores virais e com novas tecnologias moleculares) foram testadas e aprovadas para uso emergencial pelas agências reguladoras nacionais ou internacionais, tais como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Food and Drug Administration (FDA) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Campanhas de vacinação se iniciam em várias regiões do mundo. Além da eficácia, o sucesso da vacina é diretamente proporcional à sua disponibilidade para a população, à adesão da

população à vacinação e, ainda, à comprovação de que não se observam efeitos adversos sérios a médio e longo prazos (ANDRUS, 2020).

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Passado mais de um ano desde a declaração da pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), embora muito já se tenha estudado, permanecem inúmeras lacunas acerca do SARS-CoV-2 e da Covid-19. Ainda se aguardam medicamentos eficazes e seguros para diferentes fases e níveis de gravidade da doença, embora o tratamento de suporte em Unidades de Tratamento Intensivo venha evoluindo com a experiência. Ainda se aguarda a realização de testes diagnósticos mais acurados, com disponibilização rápida dos resultados e que estejam amplamente acessíveis à população. Globalmente, permanece o enfrentamento a novas perguntas sem respostas ou com respostas em constantes mudanças. O próprio SARS-CoV-2 muda, com variantes novas sendo identificadas e transmitidas em diferentes regiões do planeta. Paralelamente ao avanço científico, permanece sendo fundamental aprender a lidar melhor com tantas incertezas e entender que, mesmo com características locais peculiares, todos seres humanos fazemos parte de um mesmo cenário global. Nesse cenário, cada indivíduo é um elo da mesma corrente e, assim, tem o poder de impactar a evolução da pandemia a cada atitude, principalmente no que diz respeito à adesão às recomendações sanitárias para reduzir a transmissão da Covid-19.

REFERÊNCIAS

AHMED, M.; ADVANI, S.; MOREIRA, A. *et al.* Multisystem inflammatory syndrome in children: A systematic review.

EClinicalMedicine, v. 26, p. 100527, 2020.

ANDRUS, J. COVID-19 vaccine (831 update): How likely is an efficacious vaccine by the end of the year? Will people need to be re-vaccinated? **VuMedi**, [s. l.], 3 set. 2020. Disponível em: <https://www.vumedi.com/video/covid-19-vaccine-831-update-how-likely-is-an-efficacious-vaccine-by-the-end-of-the-year-will-people-/>.

Acesso em: 16 ago. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 348 de 17/03/2020.**

Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao/#/visualizar/415899>. Acesso em: 16 ago. 2020.

BRIAN, D. A.; BARIC, R. S. Coronavirus genome structure and replication. **Current Topics in Microbiology and Immunology**, v. 287, p. 1-30, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **How COVID-19 Spreads.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>. Acesso em: 12 out. 2020.

FEHR, A. R.; PERLMAN, S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. **Methods in Molecular Biology**, v. 1282, p. 1-23, 2015.

GRIFFIN, D.; RACANIELLO, V. Dr. Griffin on COVID-19 (9/3 Update): How Many Cases are Currently False Positive? What Do the New SARS-CoV-2 testing CDC Guidelines Recommend? **VuMedi**, [s. l.], 3 set. 2020. Disponível em: <https://www.vumedi.com/video/dr-griffin-on-covid-19-93-update-how-many-cases-are-currently-false-positive-what-do-the-new-sars-co/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

HALFMANN, P. J.; HATTA, M.; CHIBA, S. *et al.* Transmission of SARS-CoV-2 in Domestic Cats. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, p. 592-594, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Região das Américas notifica maioria das novas mortes por COVID-19 em todo o mundo**. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde: Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-9-2020-regiao-das-americas-notifica-maioria-das-novas-mortes-por-covid-19-em-todo-mundo>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SANJUÁN, R.; NEBOT, M. R.; CHIRICO, N. *et al.* Viral mutation rates. **Journal of Virology**, v. 84, n. 19, p. 9733-9748, 2010.

VEIGA, A. B. G.; MARTINS, L. G.; RIEDIGER, I. *et al.* More than just a common cold: Endemic coronaviruses OC43, HKU1, NL63, and 229E associated with severe acute respiratory infection and fatality cases among healthy adults. **Journal of Medical Virology**, 2020. No prelo.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it**.

Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em: 16 ago. 2020.

WYLLIE, A. COVID-19 Saliva Direct Test Receives EUA: Will This Test Change the Testing Landscape? *VuMedi*, [s. l.], 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.vumedi.com/video/covid19-salivadirect-test-receives-eua-will-this-test-change-the-testing-landscape/>. Acesso em: 15 set. 2020.

YE, Z.-W.; YUAN, S.; YUEN, K.-S. *et al.* Zoonotic origins of human coronaviruses. *International Journal of Biological Sciences*, v. 16, p. 1686-1697, 2020.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020.

PENSANDO A INCLUSÃO E A DIVERSIDADE NO ENSINO SUPERIOR

Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

Gabriela Brito Pires

Melisa Rossa

*“Por isso minha poesia, que sai aqui do meu peito
Diz aqui que a diferença nunca foi nenhum defeito.*

Eu reforço esse clamor:

Se não der pra ser amor, que seja ao menos respeito!”

(Bráulio Bessa)

No contexto brasileiro, o processo de inclusão na educação não é um fenômeno recente. Foi em 1961 que se promulgou a Lei nº 4.024 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). A essa política, seguiram-se outros movimentos nacionais, como: a criação das escolas especializadas; a garantia ao atendimento de alunos com necessidades educativas especiais, iniciado na década de 90; a obrigatória oferta de vaga/matricula a alunos com deficiência na rede regular de ensino já nos

anos 2000 (EGLER, 2011; BRADENBURG; LUCKMEIER, 2013). Então, em 2015, houve a promulgação da Lei nº 13.146, chamada “Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência”.

O termo e o sentido da palavra “inclusão” passaram a ser utilizados de forma ampla e, por vezes, superficial. Isso tende a gerar uma banalização da construção de suas dimensões social, política, humanista e educacional, uma vez que não estabelece a necessária diferenciação entre as várias categorias excluídas. Assim, toda a diversidade fica submetida aos mesmos processos inclusivos, sendo pouco abordadas as diferenças pessoais ou entre os grupos (SILVA, 2009).

A proposição e o ingresso de “todos” em um mesmo espaço físico não podem ser tratados como forma de inclusão. A inclusão pode ser entendida como um conjunto de práticas sociais, culturais, educacionais e de saúde que buscam sensibilizar e mobilizar os sujeitos a olharem a si e ao outro, compreendendo suas historicidades, suas condições de vida e de luta pelos direitos a serem contabilizados e contemplados nas políticas de Estado (VEIGA; LOPES, 2011).

Na perspectiva inclusiva, são de fundamental importância as práticas que contribuem para a diversidade e que visam ao respeito às características individuais. Diante desse contexto, a inclusão busca colocar em prática os direitos, colaborar e qualificar o processo de aprendizagem das pessoas com deficiência nas instituições educacionais (PEREIRA *et al.*, 2016).

Pode-se pensar, então, que a ideia da inclusão existe também a partir da exclusão. A articulação entre ambas determina sua existência e interdependência. Uma só opera na relação com a outra e por meio do sujeito e de sua subjetividade. Torna-se importante o compartilhamento de espaços e conhecimentos entre os indivíduos e suas capacidades, sua participação e promoção social, educacional e laboral. Entende-se, assim, que excluído é

aquele que é invisível, que não mobiliza e não altera a rotina do mundo (VEIGA; LOPES, 2011).

Diversos autores acentuam a forte conexão entre deficiência e discriminação (TURUSMANI, 2002; FONTES, 2009; PEREIRA; ALBUQUERQUE, 2017). A ideia de uma sociedade que desenvolve dinâmicas de opressão e de exclusão surge a partir de movimentos sociais ligados às pessoas com deficiência na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos da América, nas décadas de 1960 e 1970. Esses movimentos destacavam as insuficiências dos modelos sociais frente às necessidades específicas daqueles grupos. Suas principais reivindicações se relacionavam ao direito ao reconhecimento da diferença como não excludente e à participação social e econômica equitativa, bem como aos processos de autonomização, emancipação e inclusão das pessoas com deficiência.

O acesso e a participação das pessoas com deficiência em Instituições de Ensino Superior (IES) se deram de forma gradual no contexto de países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) (CABRAL, 2017). Em 1981, a ONU promulgou princípios relacionados ao “Ano Internacional da Pessoa com Deficiência”, bem como para a Década das Nações Unidas para a pessoa com deficiência, de 1983 a 1992. Esses marcos contribuíram para respaldar o reconhecimento do direito ao acesso dessa população a todos os níveis de ensino, o que contribuiu para o aumento das matrículas nas IES.

No Brasil, além dos movimentos e das normativas locais, regionais, nacionais e internacionais, a comunidade científica ainda indicava que havia incipiência de orientações que pudessem contribuir para a implementação e o aprimoramento de serviços específicos voltados à promoção do acesso e da participação dessa população em contextos universitários no Brasil (CABRAL, 2017). É a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que as IES ganham destaque em termos de política e leis.

Nos anos 2000, a necessidade da ampliação de vagas no ensino superior brasileiro, inclusive ao Público-Alvo da Educação Especial (PAEE), é trazida pelo Plano Nacional de Educação (PNE, 2001-2010), sendo essa uma perspectiva transversal aos subseqüentes Planos Plurianuais (PPAs) instaurados no Brasil. Em níveis institucionais, ao longo daqueles anos, algumas provisões ao PAEE se reforçaram e se voltaram ao acesso, ao apoio e ao acompanhamento dessa população, com a finalidade de possibilitar sua permanência e seu sucesso acadêmico (CABRAL, 2017).

Salienta-se que a educação especial foi a pioneira no contexto da educação inclusiva. No entanto, atualmente, pensar em inclusão remete a um âmbito que vai além das deficiências, visa-se ao respeito e à valorização à diversidade, buscando oportunizar equidade para todos (SÁNCHEZ, 2005; BRASIL, 2007).

Dentre as ações abrangentes mais recentes, no contexto do ensino superior no Brasil, desde 2013, a perspectiva inclusiva se materializa no “Programa Incluir” do Ministério da Educação (BRASIL, 2013). Esse programa tem como objetivos a criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas universidades federais (PEREIRA; ALBUQUERQUE, 2017).

Os conceitos de acessibilidade e inclusão que se relacionam com os objetivos do “Programa Incluir” se fundamentam nos princípios e nas diretrizes contidos na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência realizada pela Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2014) e em vários decretos datados desde 2004 a 2011. Esses movimentos políticos trouxeram ao cenário brasileiro a necessidade de repensar seus espaços sociais, relacionais, estruturais e as políticas de acesso e equidade para as pessoas com deficiência. Nesse contexto, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) aderiu ao Programa Incluir ainda em 2017. A partir de então, criou um Grupo de Trabalho (GT) para desenvolver seu próprio Núcleo

de Inclusão. O GT trabalhou por um ano até constituir o Núcleo de Inclusão e Diversidade (NID) (Portaria 88/2019 da Pró-Reitoria de Graduação) como uma estrutura de caráter permanente, de natureza interdisciplinar e institucional, ligada à Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD). O Núcleo tem como objetivo promover políticas e ações que efetivem a inclusão e a diversidade na comunidade da UFCSPA, construindo diretrizes conceituais relativas aos processos de acesso, de permanência, de participação e de ensino-aprendizagem em todos os níveis, ambientes, relações e cotidianos da Universidade, segundo seu Regulamento.

O NID da UFCSPA visa a proporcionar um espaço de acolhida para a diversidade humana. Busca-se, a partir de ações entre os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, oferecer apoio às demandas no que refere às necessidades apresentadas pelos participantes. Tratar da inclusão significa olhar para a diversidade das vivências, das experiências e das existências de cada sujeito e seu contexto. Assim, esperamos colaborar para a qualificação do ensino e da formação pessoal e profissional de toda comunidade acadêmica no contexto universitário e na sua inserção nos diferentes grupos a que pertencem.

Sabemos que ainda existem inúmeras barreiras para efetivar a inclusão em toda sua complexidade (físicas, arquitetônicas, pedagógicas, sociais, comunicacionais, atitudinais), além da falta de conscientização a esse respeito (PACHECO; COSTAS, 2006; SASSAKI, 2009; BORGES *et al.*, 2017). Conhecer e buscar estratégias e ações afirmativas para transpô-las deve ser foco dos objetivos inclusivos nas instituições.

Durante nossas vivências, identificamos a importância de aprofundar os estudos sobre os temas da inclusão e da diversidade nas Universidades do Brasil. Frente à nossa pesquisa, foi aprazível identificar que os programas de inclusão e diversidade nas

universidades do Brasil estão em constante evolução e têm tido importante papel na garantia dos direitos das pessoas com deficiência, bem como no contexto de marcadores raciais, étnicos, religiosos, de gênero, entre outros. Para além da existência de políticas para o ingresso, é necessário buscar estratégias para assegurar a permanência dessas pessoas na universidade (BRASIL, 2008).

Estudos evidenciam que, na realidade do ensino superior no Brasil, há uma pluralidade na formação e nos espaços institucionais para a viabilização da inclusão. Os resultados apontam: a necessidade de se construírem ações que possam ir além da reserva de vagas (TOMELIN *et al.*, 2018); a carência de recursos materiais e o despreparo dos professores para a interação com as necessidades e a diversidade dos alunos (ROCHA; MIRANDA, 2009); a insuficiência de oferta de disciplinas referentes às temáticas de inclusão e diversidade, acolhimento, orientação e autodeclaração das deficiências e necessidades dos discentes (DOMINGUES, *et al.*, 2008; NOZU *et al.*, 2016; TOMELIN *et al.*, 2018); e a necessidade de criação de políticas de inclusão e permanência para coletivos culturalmente diferenciados (HERBETTA, 2018).

Para tanto, as Universidades têm estendido suas ações e destacam a importância de aproximar e articular a pesquisa, a extensão e a pós-graduação aos propósitos inclusivos (NOZU *et al.*, 2016). A importância de se aprofundar em tais necessidades e fazê-las parte do cotidiano da Universidade aponta para sua urgência. Ao apagar e silenciar o que precisa ser incluído, apagam-se também as possibilidades de intervenção e crescimento (GARCIA *et al.*, 2018).

Nos debruçamos sobre os desafios e seguimos, coletivamente, construindo espaços que sejam efetivamente inclusivos. Em diálogo constante com a comunidade acadêmica,

refletindo de forma compartilhada com a participação de diferentes olhares e trajetórias institucionais, acreditamos que será possível transformar e “incluir” toda legitimidade almejada.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. L.; MARTINS, M. H.; VILLEGAS, E. L.; GONÇALVES, T. Desafios institucionais à inclusão de estudantes com Necessidades Educativas Especiais no Ensino Superior. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 30, n. 2, p. 7-31, 2017.

BRADENBURG, L; LUCKMEIER, C. A história da Inclusão x Exclusão Social na Perspectiva da Educação Inclusiva. *In*: CONGRESSO ESTADUAL DE TEOLOGIA, 1., 2013, São Leopoldo. **Anais [...]**. São Leopoldo: Faculdes EST, 2013. p. 175-186.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Documento Orientador Programa Incluir – Acessibilidade na Educação Superior**. Brasília, DF:

Ministério da Educação, 2013. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=12737-documento-orientador-programa-incluir-pdf&category_slug=marco-2013-pdf&Itemid=30192 . Acesso em: 10 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Ética e Cidadania:**

construindo valores na escola e na sociedade: relações étnico-raciais e de gênero. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015524.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF:

Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referenciais de Acessibilidades na Educação Superior e a avaliação in loco do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES): Parte I Avaliação dos**

Cursos de Graduação. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2016/04/proavi-referenciais-de-acessibilidade-parte-i.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à**

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF: Ministério Público do Trabalho, 2014. Disponível em: <http://www.pcdlegal.com.br/convencaoonu/wp-content/themes/>

convencaoonu/downloads/ONU_Cartilha.pdf. Acesso em: 09 jul. 2020.

CABRAL, L. S. A. Inclusão do público-alvo da Educação Especial no Ensino Superior brasileiro: histórico, políticas e práticas. **Revista de Educação**, v. 22, n. 3, p. 371-387, 2017.

DOMINGUES, R. M.; GONÇALVES, E.; LUFT, S.; MOHR, A. C.; MEURER, A. C.; POZOBON, L. L.; SANTOS, C. F.; SILVA, C. M. F. O Núcleo de Apoio ao estudante da Universidade Federal de Santa Maria como espaço de inclusão no Ensino Superior. **Ponto de Vista**, n. 10, p. 65-78, 2008.

EGLER, M. T. **A Educação Especial no Brasil: da Exclusão à Inclusão Escolar**. 2011. Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/mantoan.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

FONTES, F. Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: da caridade à cidadania social. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 86, p. 73-93, 2009.

GARCIA, R. A. B.; BACARIN, A. P. S.; LEONARDO, N. S. T. Acessibilidade e permanência na educação superior: percepção de estudantes com deficiência. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. esp., p. 33-40, 2018.

HERBETTA, A. F. Políticas de Inclusão e relações com a diferença: considerações sobre potencialidades, transformações e limites nas práticas de acesso e permanência da UFG. **Horizontes Antropológicos**, v. 24, n. 50, p. 305-333, 2018.

NOZU, W. C. S.; BRUNO, M. M. G.; CABRAL, L. S. A. Inclusão no Ensino Superior: políticas e práticas na Universidade Federal da Grande Dourados. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. esp., p. 105-113, 2018.

PACHECO, R. V.; COSTAS, F. A. T. O processo de inclusão de acadêmicos com necessidades educacionais especiais na Universidade Federal de Santa Maria. **Revista Educação Especial**, n. 27, p. 151-167, 2006.

PEREIRA, C. E. C.; ALBUQUERQUE, C. M. P. A inclusão das pessoas com deficiência: panorama inclusivo no ensino superior no Brasil e em Portugal. **Educar em Revista**, n. esp. 3, p. 27-41, 2017.

PEREIRA, R. R.; SILVA, S. S. C.; FACIOLA, R. A.; PONTES, F. A. R.; RAMOS, M. F. H. Inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: uma revisão sistemática. **Revista Educação Especial**, v. 29, n. 54, p. 147-160, 2016.

ROCHA, T. B.; MIRANDA, T. G. Acesso e permanência do aluno com deficiência na instituição de ensino superior. **Revista Educação Especial**, v. 22, n. 34, p. 197-212, 2009.

SÁNCHEZ, P. A. A educação inclusiva: um meio de construir escolas para todos no século XXI. **Inclusão - Revista da Educação Especial**, p. 8-18, out. 2005.

SASSAKI, R. K. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. **Revista Nacional de Reabilitação**, ano XII, p. 10-16, 2009.

SILVA, M. O. E. Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. **Revista Lusófona de Educação**, n. 13, p. 135-153, 2009.

TOMELIN, K. N. T.; DIAS, A. P. L.; SANCHEZ, C. N. M.; PERES, J.; CARVALHO, S. Educação inclusiva no ensino superior: desafios e experiências de um núcleo de apoio discente e docente. **Revista Psicopedagogia**, v. 35, n. 106, p. 94-103, 2018.

TURUSMANI, M. Work and adulthood: economic survival in the majority world. *In*: PRIESTLEY, M. (Org.). **Disability and the Life Course: Global Perspectives**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 192-205.

VEIGA, A. N.; LOPES M. C. Inclusão, exclusão, in/exclusão. **Revista Semestral Autogestionária do Nu-Sol**, n. 20, p. 121-135, 2011.

MODELO CONCEITUAL PARA A ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NAS RELAÇÕES ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO, INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE

Carmen Lúcia Pinto Copetti

Valentina Marques da Rosa

Leandro Miletto Tonetto

O bem-estar é composto por aspectos objetivos, como ter abrigo e nutrição, e subjetivos, como se sentir com autonomia (DIENER, 1984; ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004; GIACOMONI, 2004; VEENHOVEN, 2010; SELIGMAN, 2011; O'BRIEN, 2014). Em meio a contingências adversas, como a pandemia de Covid-19, diversos aspectos subjetivos do bem-estar podem ser afetados, impactando, também, na inclusão e na acessibilidade.

Para que se possa falar de inclusão social, é preciso discutir acessibilidade, já que se trata de um direito instrumental. Impactos

sentidos no acesso a serviços de saúde, transporte e educação na pandemia são alguns exemplos de prejuízos no bem-estar da população.

De forma brusca e inesperada, todos se viram desafiados a adaptar suas rotinas e aprender a lidar com novas limitações e barreiras, em relação tanto a aspectos físicos como emocionais, resultantes da necessidade de distanciamento social. Por outro lado, também se percebe o fortalecimento de uma corrente de solidariedade e preocupação geral com a vida e o bem-estar de todos, sejam amigos, parentes ou sociedade em geral. Nesse contexto, nada mais oportuno que o exercício da empatia, de se colocar no lugar do outro e de olhar para quem, independente da pandemia, lida com dificuldades em suas rotinas ao se deparar com a falta de estrutura e preparo para o atendimento de pessoas com deficiência. O relatório da ONU sobre Deficiência e Desenvolvimento, de 2018, evidencia lacunas de inclusão, que fazem com que grande parte dessas pessoas vivam desconectas e isoladas da sociedade, algo que todos estão vivenciando agora e sentindo as consequências. Porém, o isolamento decorrente da pandemia será temporário, “vai passar”, como muitos dizem, o que é uma perspectiva muito diferente daqueles que permanentemente enfrentam barreiras sociais, atitudinais, de comunicação, de infraestrutura, entre tantas outras.

As necessidades de acessibilidade vão muito além das questões de infraestrutura física e de mobilidade e devem garantir o direito à autonomia e o acesso à comunicação, à informação, à educação, à tecnologia e aos demais contextos que fazem parte do cotidiano das pessoas. A Lei da Acessibilidade brasileira, de dezembro de 2000, estabelece normas e critérios que possam oferecer condições de vida e de dignidade para as pessoas com deficiência, sejam de ordem física, motora, visual, auditiva ou intelectual (BRASIL, 2000). Além dos aspectos legais tratados na lei, é necessário ampliar o olhar para dimensões psicológicas e subjetivas do bem-estar, de forma a permitir a inclusão social dessas pessoas e oferecer a sua inserção em uma sociedade mais acessível. Cada indivíduo tem necessidades e comportamentos únicos. A partir

da empatia, é possível estabelecer uma conexão de confiança e respeito, contribuindo para a construção de um ambiente favorável para a vivência de experiências positivas, e oferecer soluções eficazes e humanizadas. Nessa direção, o presente capítulo se propõe a discutir os possíveis impactos da pandemia da Covid-19 sobre o bem-estar da população, destacando os efeitos percebidos em relação à inclusão e à acessibilidade.

BEM-ESTAR NOS TEMPOS DE PANDEMIA

Há diferentes formas de visualizar o impacto dos afetos positivos no bem-estar dos indivíduos. Como definido por Fredrickson (2001), tais estados emocionais têm papel essencial para o ser humano, exercendo um objetivo crítico e adaptativo ao ajudá-lo a se preparar para desafios futuros. De acordo com Lyubomirsky, King e Diener (2005), o que os afetos positivos têm em comum é o fato de eles incentivarem o envolvimento ativo com objetivos e com o meio ambiente. Os afetos positivos fazem com que o indivíduo se aproxime dos estímulos, buscando novas metas. Dessa forma, pessoas que estão geralmente felizes têm maior chance de buscar ativamente novos objetivos. Além disso, estudos mostram associações entre o afeto positivo e estados de saúde, como baixa incidência de morbidade e diminuição de relatos de sintomas e dor (PRESSMAN; COHEN, 2005; HOWELL; KERN; LYUBOMIRSKY, 2007).

Existem pelo menos dois conceitos de bem-estar inter-relacionados: psicológico e subjetivo. Embora relacionados em nível geral, eles são definidos de formas distintas (CHEN *et al.*, 2013), o que possibilita uma avaliação mais detalhada das contingências do ambiente, em meio à pandemia de Covid-19, que afetam o bem-estar.

O bem-estar psicológico (BEP) contém seis dimensões principais, e algumas delas podem ser impactadas durante a pandemia. São elas:

autoaceitação (perceber-se de forma positiva); relações positivas com os outros; autonomia; domínio do ambiente (escolher, mudar ou criar o contexto mais adequado para si mesmo; estar no controle dos eventos); propósito de vida; e crescimento pessoal (RYFF, 1989).

Não é difícil perceber os impactos negativos da pandemia em relação a essas dimensões do bem-estar, uma vez que decretos e regras passaram a limitar a autonomia dos indivíduos quanto a suas rotinas, relações pessoais, padrões de higienização, distanciamento físico, mobilidade e todas as restrições que impediram o exercício e o controle sobre eventos e da própria vida. Em relação às pessoas com deficiência, algumas restrições impactaram diretamente em suas vidas, pela necessidade de cuidado e contato físico com outras pessoas, de toque para quem tem problema visual, de leitura labial quando estão todos usando máscaras, sem falar da mobilidade e dos procedimentos de higiene que nem sempre são viáveis para essas pessoas. Se os pontos negativos são evidentes, é fundamental potencializar as dimensões que podem gerar experiências positivas e impactar no bem-estar, o que pode estar em pequenos gestos e ações que possam tornar as rotinas, as interações, os processos e os ambientes provedores de boas experiências.

O bem-estar subjetivo (BES) está relacionado à felicidade e a julgamentos subjetivos do indivíduo quanto a acontecimentos, os quais são avaliados positiva ou negativamente (DIENER *et al.*, 1999; GIACOMONI, 2004). Assim, por ser subjetivo, não se refere a aspectos objetivos da vida (como saúde, conforto e dinheiro) (CAMPBELL, 1976). Pode, também, ser afetado pelas limitações impostas pelas contingências da pandemia, já que, de acordo com Giacomoni (2004), é referente ao modo como as pessoas experimentam suas vidas de maneira positiva e os processos envolvidos nessa avaliação.

Conforme definido por Veenhoven (2010), o BES é baseado em duas fontes de informação: a avaliação emocional e a guiada cognitivamente. Os desafios impostos pela pandemia têm gerado

diferentes reações nas pessoas, o que tende a espelhar a forma como elas lidam com os fatos e as adversidades em geral. Esses comportamentos podem tanto potencializar a necessidade de busca pelo bem-estar quanto agravar uma percepção negativa sobre a vida. Percebe-se não só uma corrente positiva, em busca de entendimento, propósito e sentido para o que está acontecendo, mas também um viés que se alimenta de fatos negativos. Por outro lado, as referidas limitações têm servido de aprendizado para o exercício da resiliência e a necessidade de se encontrar outra forma para acolher a realidade. Mesmo com todas as iniciativas e as soluções de tecnologia para inserir as pessoas dentro de um ambiente que exige o isolamento social, as restrições e as dificuldades de acesso logo ficaram evidentes. O uso da tecnologia para viabilizar a educação, os serviços de saúde e o trabalho remoto é um exemplo de alternativas encontradas para minimizar efeitos econômicos e sociais, mas que também gera dificuldades e frustração para o uso efetivo desses recursos. Tratando-se de BES, mesmo que sejam soluções objetivas para suprir essas necessidades, os sentimentos gerados ao lidar com possíveis dificuldades de uso e acesso devem ser considerados. Olhar de forma sistêmica para as soluções e conseguir potencializar as experiências e os afetos positivos contribui para uma reação mais positiva frente a dificuldades e adversidades.

Nesse sentido, é relevante salientar o modelo tripartido de BES para Diener (1984). Para o autor, o BES é composto por três características fundamentais: um julgamento subjetivo, uma avaliação global dos aspectos da vida e a predominância de afetos positivos sobre os negativos (DIENER, 1984). Ou seja, um BES elevado não é definido pela ausência de afetos negativos, mas sim pela predominância de positivos (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). Assim, pode-se entender que o bem-estar, durante a pandemia, pode ser maximizado quando se observa uma proporção maior de afetos positivos do que negativos.

Considerando que a discussão aqui apresentada se trata de um modelo conceitual, é importante destacar que, na literatura científica, o BES é frequentemente confundido com a qualidade de vida. Enquanto o primeiro é relacionado apenas a aspectos subjetivos, o segundo os aborda em relação ao bem-estar em articulação com os objetivos, proporcionando uma visão menos dicotômica (HUPPERT; WHITTINGTON, 2003) e representando uma medida mais global sobre as experiências humanas. Ou seja, a qualidade de vida compreende a experiência como um todo, observando se todas as necessidades estão sendo atendidas e se pessoas e grupos estão satisfeitos com diversos aspectos de suas vidas (COSTANZA *et al.*, 2007).

A pandemia da Covid-19 se tornou um evento emblemático, mudando significativamente as necessidades dos indivíduos. Lidar com o incerto, com perdas e restrições colocou todos em um patamar de vulnerabilidade jamais cogitado. Pela primeira vez é o coletivo que, mesmo com dimensões bastante distintas, está se vendo frente a obstáculos e limitações, em isolamento social, que foram impostos pela realidade. A partir dessa experiência, espera-se que a sociedade consiga se conectar e se aproximar de outras situações-problema e que possam ser tratados com maior empatia. O bem-estar é um ativo que deve estar ao alcance de todos, uma vez que os aspectos objetivos e subjetivos que podem resultar no bem-estar das pessoas estão interligados. O espaço para a atuação dos indivíduos na promoção de afetos positivos frente às adversidades está aberto e disponível para todos. A pandemia tem sido uma oportunidade de aprendizado, que nos colocou mais próximos da vulnerabilidade e da necessidade de promoção do bem-estar.

Nessa direção, a busca de modelos conceituais para compreender a articulação entre os temas propostos no presente capítulo exige uma abordagem dos impactos da pandemia sobre as pessoas. Partindo do conceito de BES, Seligman (2011) desenvolveu o modelo PERMA, contendo cinco elementos entendidos como essenciais para o bem-estar: emoções

positivas (pensar de forma positiva, ter experiências positivas e ter regulação emocional); engajamento (estabelecer conexões profundas com atividades, organizações, causas; ter autorregulação; fazer escolhas); relacionamentos (ter sentimentos de integração com a sociedade; sentir-se amado por outros; ter conexões de qualidade com outros); significado (relacionado ao sentido, à direção da vida do indivíduo e a um propósito); e realizações (refere-se a ambição, metas, perseverança, motivação intrínseca e autodeterminação). O modelo foi posteriormente atualizado, passando a incluir o elemento de vitalidade (atividade física; equilíbrio e alinhamento do corpo; energia), passando a ser denominado de PERMA-V (O'BRIEN, 2014).

Percebe-se que o modelo adiciona alguns pontos à discussão anteriormente apresentada em relação aos conceitos de BEP e BES. Além do já discutido em relação ao impacto da pandemia sobre emoções, relacionamentos, significado e realizações, o modelo destaca engajamento e vitalidade. Em ambos os casos, percebe-se mais um importante impacto das atuais contingências do ambiente sobre a vida de muitos, que podem, mesmo que subjetivamente, perceber-se excluídos de suas próprias vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia evidencia problemas já existentes em relação à vulnerabilidade, à acessibilidade e à inclusão, só que, desta vez, afetando a vida de todos. Considerando o modelo PERMA-V, proposto por Seligman (2011) e O'Brien (2014), é possível potencializar o bem-estar através dos elementos essenciais citados pelos autores.

Projetos e ações solidários e de engajamento social têm se multiplicado nas redes sociais e contribuído para a promoção de emoções positivas, além de estabelecer a conexão e a integração das pessoas com a sociedade. Os cuidados com a saúde física e mental, uma boa alimentação e outros hábitos saudáveis passaram a ser fundamentais perante os riscos da doença.

O momento é de aprendizado e de muita reflexão em relação ao que é essencial e ao que realmente contribui para o bem-estar individual e da sociedade. Acredita-se que a experiência da pandemia deixará um grande legado, e o que se espera é que as pessoas, as organizações e a sociedade possam explorar e se apropriar das dimensões do BES para proporcionar experiências positivas a todos, de forma sistêmica e permanente, o que tende a deixar o ambiente social mais bem preparado para lidar com futuras situações de adversidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 153-164., ago. 2004.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2000. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-norma-pl.html>. Acesso em: 04 ago. 2020

CAMPBELL, A. Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, v. 31, n. 2, p. 117-124, fev. 1976.

CHEN, F. F.; JING, Y.; HAYES, A.; LEE, J. M. Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective

well-being. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 3, p. 1033-1068, jun. 2013.

COSTANZA, R.; FISCHER, B.; ALI, S. *et al.* Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. **Ecological economics**, v. 61, n. 2-3, p. 267-276, mar. 2007.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

DIENER, E. SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. L. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, n. 2, p. 276-302, 1999.

FREDRICKSON, B. L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. **American Psychologist**, v. 56, n. 3, p. 218-226, mar. 2001.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 43-50, jun. 2004.

HOWELL, R. T.; KERN, M. L.; LYUBOMIRSKY, S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. **Health Psychology Review**, v. 1, n. 1, p. 83-136, jul. 2007.

HUPPERT, F. A.; WHITTINGTON, J. E. Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. **British Journal of Health Psychology**, v. 8, n. 1, p. 107-122, feb. 2003.

LYUBOMIRSKY, S.; KING, L.; DIENER, E. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 6, p. 803-855, 2005.

O'BRIEN, E. PERMA-V: Training with rigor & vigor. **Positive Psychology News**, nov. 2014. Disponível em: <http://positivepsychologynews.com/news/elaine-obrien/2014111930383>. Acesso em: 3 ago. 2020.

PRESSMAN, S. D.; COHEN, S. Does positive affect influence health? **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 6, p. 925-971, 2005.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989.

SELIGMAN, M. E. **Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being**. New York: Atria, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Department of Economic and Social Affairs: Realization of the sustainable development goals by, for and with disabilities: um flagship report on disability and development**. Disponível em <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2018/12/UN-Flagship-Report-Disability.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2020.

VEENHOVEN, R. Greater happiness for a greater number: Is that possible and desirable? **Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-being**, v. 11, n. 5, p. 605-629, maio 2010.

INCLUSÃO

A COVID-19, AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E A NECESSIDADE DE RESPEITO À DIGNIDADE HUMANA

Caren Luciane Bernardi

De acordo com os últimos dados da Organização Mundial da Saúde (2012), um bilhão de pessoas vive com alguma deficiência, o equivalente a uma a cada sete pessoas no mundo. Pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009). A última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) sobre deficiência, realizada em 2010, estima que a porção de PcD na população brasileira corresponda a 23,9% da população total. Os maiores percentuais de PcD se concentram nas raças negra (homens 23,5% e mulheres 30,9%) e amarela (homens 24,3% e mulheres 29,4%). Em todos os grupos raciais, as mulheres foram as PcD em maior número. A maior parte das PcD

tem idade igual ou superior a 65 anos (67,73%), e o Nordeste é a região brasileira que concentra a maior quantidade de PcD (aproximadamente 26,63%). Essas pessoas apresentam taxas de alfabetização menores do que a população total em todas as regiões brasileiras. A equiparação de oportunidades para todos é um dos elementos da base de direitos humanos. Por isso, as diferenças, tanto entre as regiões como entre pessoas com e sem deficiência, são uma grande preocupação de todos os níveis de governo.

Neste capítulo, discorreremos, especificamente, sobre a situação das PcD física perante a pandemia da Covid-19. As PcD física são aquelas que detêm alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidades congênitas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1999). Essa parcela de PcD motora corresponde a 7% dos 45 milhões de brasileiros com deficiência, sendo que 2,3% das PcD motora apresenta grande dificuldade ou não consegue se movimentar de modo algum (IBGE, 2010). Apesar de representarem uma porcentagem importante da população brasileira, essas pessoas não vivem em uma sociedade que realmente as inclua. De acordo com a Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2018, grande parte dos municípios brasileiros não tem um organismo executivo de política para mulheres com deficiência (65,7%), por exemplo, ou possuem um Serviço especializado para PcD, idosos e suas famílias (46,6%). Além disso, apenas 6,6% das cidades brasileiras apresentam um Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência (IBGE, 2019).

Considerando o cenário atual, a epidemia da Covid-19 surgiu em Wuhan (China), no final de dezembro de 2019, e se espalhou por todo o mundo. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia da doença. O SARS-CoV-2 inicialmente ataca o sistema respiratório, sendo os grupos mais suscetíveis a infecção e morte aqueles compostos por pessoas idosas e com condições de saúde crônicas e comorbidades (OLULANA *et al.*, 2020). A pandemia do vírus Influenza, em 2009, mostrou que pessoas com incapacidades têm risco aumentado de infecção e menos acesso à vacinação e/ou à educação sobre suas necessidades médicas (CAMPBELL *et al.*, 2009).

A deficiência física por si só não oferece risco à infecção por SARS-CoV-2, porém, algumas pessoas podem ter seus sistemas imunológico e respiratório comprometidos, integrando, assim, o grupo mais suscetível para a Covid-19. Especificamente, as PcD são mais propensas a ter problema de saúde subjacente e têm maior probabilidade de viver em ambientes de assistência do que aqueles sem deficiência (TAYLOR, 2018). Tem sido demonstrado que ambos os fatores aumentam o risco da infecção por coronavírus (KIMBALL *et al.*, 2020). Ainda, a idade avançada é um fator de risco, e é estimado que mais de 46% da população mundial com idade acima de 60 anos tenha deficiência (UNITED NATIONS, 2020) e que 38,3% das pessoas idosas no Brasil apresentam deficiência física (IBGE, 2010).

Em tempos de pandemia, em que é preciso aumentar e intensificar o cuidado com a higiene, o grupo de PcD motora pode se tornar mais vulnerável devido à necessidade de cuidados extras com a higiene própria e dos dispositivos de que fazem uso diariamente (exemplo: andadores, muletas, cadeira de rodas, *joysticks*, órteses) e de maior contato com outras pessoas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, 2020).

Segundo o secretário-geral da ONU Antônio Guterres, mesmo em circunstâncias normais, é menos provável que as PcD tenham acesso

a oportunidades de educação, saúde e renda, ou participem ativamente de suas comunidades, o que já as coloca em desigualdade e ameaça em comparação com as pessoas sem deficiência. Por isso, a recuperação e a resposta à crise do coronavírus devem incluir as PcD (UNITED STATES, 2020). Essas pessoas são mais propensas a viver na pobreza, e tem sido identificado que o impacto da Covid-19 é frequentemente pior em pessoas de baixo nível socioeconômico (WORLD ECONOMIC FORUM, 2020). Mulheres e meninas com e sem deficiência são propensas a violência baseada no gênero – incluindo exploração e abuso sexual –, particularmente, a violência doméstica (REPUBLIC OF THE UNION OF MYANMAR, 2020). Durante a pandemia da Covid-19, casos de feminicídio cresceram 22% em estados brasileiros entre março e abril de 2020 quando comparados com o número de casos do ano anterior (BOND, 2020). Mulheres e meninas com deficiência enfrentam taxas mais altas de violência doméstica e violência sexual em comparação com outras mulheres e em relação aos homens (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 2020). Estimativas apontam que 40% a 68% das mulheres com deficiência sofrerão violência sexual antes dos 18 anos de idade. Em 2018, cerca de 10% das vítimas de estupro possuíam alguma deficiência e 12,2% do total de casos de estupros coletivos foram contra vítimas com deficiência (BERNARDES, 2020).

Outro impacto da pandemia sobre as PcD física é que as crianças podem precisar se adaptar ao fechamento das escolas, o que impacta na continuidade do aprendizado, leva à ausência de ambientes protetores e à redução da satisfação das suas necessidades básicas, como alimentação, apoio e assistência social e reabilitação. Isso pode levar a impactos negativos no bem-estar físico e psicológico dessas crianças, bem como aumentar os riscos à sua proteção, tornando-as mais suscetíveis a abuso, negligência, exploração e violência doméstica (UNITED NATIONS CHILDREN'S FOUNDATION, 2020). Para reduzir o impacto da interrupção na educação, os países estão adotando

práticas de aprendizado remoto. No entanto, os alunos com deficiência, em grande parte, estão em situação econômica desfavorável desde mesmo antes da pandemia. Muitos enfrentam agora barreiras para acompanhar as atividades escolares on-line devido à ausência de acesso à Internet, ao computador, a materiais acessíveis, a dispositivos de apoio/assistência (por exemplo, *joystick* ou apontadores de cabeça para serem utilizados por crianças com tetraparesia ou tetraplegia) e a apoio humano que permita acomodar suas necessidades de aprendizagem e a sua participação (CANADA, 2020). Como resultado, muitos alunos com deficiência estão ficando em desigualdade de condições em relação àqueles sem deficiência.

Em face ao risco aumentado, as PcD física também encontram obstáculos para o acesso à prevenção e a medidas de resposta à pandemia, como visto em experiências prévias (CAMPBELL *et al.*, 2009). Algumas PcD física que dependem de assistência para seus cuidados pessoais serão incapazes de manter o distanciamento físico, de usar a máscara de proteção ou de lavar as mãos (por exemplo, uma pessoa com tetraplegia ou tetraparesia).

Em relação ao acesso ao trabalho, as PcD que já enfrentavam exclusão do mercado de trabalho formal antes da crise agora têm maiores chances de perder o emprego e maior dificuldade de retornar ao trabalho. Para aquelas que se encontram em distanciamento social, o trabalho em casa pode ser tornar bastante difícil devido à ausência de equipamentos e suporte disponíveis, enfrentando risco crescente de perda de emprego e renda (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 2020). Além disso, o distanciamento pode afetar indiretamente as pessoas com deficiência, impedindo que os membros da família trabalhem, o que impacta negativamente a renda geral da família. Esse impacto tem um encargo maior para as PcD, que normalmente enfrentam custos e despesas extras relacionadas à deficiência (moradia

e equipamentos acessíveis, dispositivos de assistência, bens e serviços específicos etc.), levando-os mais rapidamente à pobreza.

Também estão mais suscetíveis a pegar Covid-19, ou a progredir para uma infecção mais grave pelo SARS-CoV-2, os indivíduos com deficiência física que moram em instituições residenciais de longa permanência, prisões ou abrigos, devido à proximidade de outras pessoas na vida comunitária, e os indivíduos com deficiência física que interagem com vários prestadores de cuidados/apoios (CANADA, 2020). As restrições de visitantes e pessoas de apoio em hospitais, instituições residenciais e residências individuais ajudam a reduzir a transmissão do vírus, mas podem colocar em risco as PcD física que precisam de assistência nos cuidados pessoais e nas atividades de vida diária.

Um aspecto importante é que as PcD física podem enfrentar barreiras de acesso aos serviços e aos programas públicos de comunicação e de resposta à Covid-19, particularmente onde há vulnerabilidades cruzadas, por exemplo, econômicas, sociais, educacionais, raça, idade e gênero (CANADA, 2020). Barreiras ambientais, ausência de sistema de transporte público acessível e capacidade limitada dos trabalhadores da área da Saúde para comunicar e trabalhar com PcD física também se tornam uma barreira para que elas acessem os serviços de Saúde. Preconceitos, estigmas e discriminação contra PcD podem surgir ou se exacerbar, incluindo conceitos errôneos de que as PcD não podem contribuir para a resposta ao surto ou tomar suas próprias decisões. Embora devam ter atendimento prioritário, conforme a legislação brasileira, é possível que, nas emergências de Saúde, PcD sejam menos priorizadas na alocação de recursos e na definição de prioridades.

Pesquisas emergentes sobre o impacto da pandemia do SARS-CoV-2 na saúde mental dos indivíduos têm mostrado que aumentou o sofrimento psicológico na população em geral e entre os grupos de maior risco. Estudos anteriores sobre o impacto psicológico de

traumas de massa (por exemplo, desastres naturais e surtos de gripe) sugerem que a pandemia pode prejudicar particularmente a saúde mental de populações marginalizadas, que têm menos acesso a recursos socioeconômicos e redes de apoio social (GOLDMANN; GALEA, 2014). Em epidemias de gripe anteriores, evidenciou-se que as PcD achavam mais difícil acessar suprimentos médicos, principalmente à medida que os recursos se tornam mais escassos (CAMPBELL *et al.*, 2009). Esses estudos também mostraram que políticas de racionamento de cuidados médicos podem intensificar atitudes discriminatórias em relação às PcD em tempos de crise. Esses fatores podem piorar a ansiedade sobre ficar doente e precisar procurar atendimento médico. O isolamento social, a perda de serviços, apoios importantes fornecidos por meio de atividades comunitárias, emprego, acesso a terapias e escola também podem afetar a saúde e o bem-estar físico, social, mental e emocional dessas pessoas.

Além de todos os fatores anteriormente citados, a limitada disponibilidade de dados sobre a real situação das PcD durante a pandemia do SARS-CoV-2 resulta na incapacidade dos sistemas de vigilância de determinar o impacto desta sobre as PcD e o desenvolvimento de políticas públicas para esta população.

Outro problema importante não resolvido durante esta pandemia em relação aos Direitos Humanos das PcD é a garantia de que elas continuem recebendo o suporte necessário para garantir seu bem-estar, sua independência e sua autodeterminação quando seus cuidadores ficam em isolamento, adoecem e/ou não são capazes de continuar fornecendo suporte. Na China, houve um caso de um adolescente com Paralisia Cerebral que morreu após ser deixado em casa por 6 dias sem cuidado enquanto seus parentes foram colocados em quarentena devido à Covid-19 (CHEN, 2020).

As estratégias de enfrentamento à Covid-19 devem incluir as PcD, para garantir que elas tenham respeitados sua dignidade e seus

direitos humanos. Isso inclui torná-las parte do planejamento e da preparação da resposta à pandemia, evitando o aumento da disparidade existente. A pandemia global deve ser vista pelo Poder Público como as epidemias urbanas do século XIX, nas quais as reformas urbanas sanitárias e de acessibilidade ajudaram a melhorar a saúde da população. No entanto, algumas respostas às epidemias do século XIX e do início do século XX aumentaram a discriminação e a segregação, enquanto outras desafiaram as práticas de saúde colonialistas, racistas e excludentes (DUFFY, 1990). A pandemia da Covid-19 oferece aos governos e à sociedade uma oportunidade de manter o *status quo* e perpetuar ainda mais a exclusão social das PcD, ou de (re)construir as cidades e a sociedade para serem mais inclusivas e saudáveis para todos, respeitando a dignidade das PcD. As dificuldades enfrentadas pelas PcD durante a pandemia do SARS-CoV-2 não devem ser vistas como um desafio individual, mas sim como um desafio coletivo.

REFERÊNCIAS

- BOND, L. Casos de feminicídio crescem 22% em 12 estados durante pandemia. **Agência Brasil**, São Paulo, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>. Acesso em: 14 jul. 2020.
- BERNARDES, V. Em meio à pandemia, quem protege as pessoas com deficiência? Segmento populacional segue sem orientações. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 29 jun. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1247-artigo-em-meio-a-pandemia-quem-protege-as-pessoas->

com-deficiencia-segmento-populacional-segue-sem-orientacoes-por-vitoria-bernardes. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto federal nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Casa Civil, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto federal nº 3.298/99**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 21 jul. 2020.

CANADA. Government of Canada. **COVID-19 and people with disabilities in Canada**. 2020. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/people-with-disabilities.html>. Acesso em: 14 jul. 2020.

CAMPBELL, V. A.; GILYARD, J. A.; SINCLAIR, L.; STERNBERG, T.; KAILES, J. I. Preparing for and responding to pandemic Influenza: implications for people with disabilities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 2, p. S294-S300, out. 2009.

CHEN, L. Left at home for six days: disabled Chinese boy dies after dad and brother are quarantined for coronavirus checks. **South China Morning Post**, Tai Po, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3048208/left-home-six-days-disabled-chinese-boy-dies-after-carer-dad-and>. Acesso em: 13 jul. 2020.

DUFFY, J. **The sanitarians: a history of American public health**, Urbana and Chicago. Champaign: University of Illinois Press, 1990.

GOLDMANN, E.; GALEA, S. Mental Health Consequences of Disasters. **Annual Review of Public Health**, v. 35, p. 169-183, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&ct=resultados>. Acesso em: 8 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Informações Básicas Municipais. **Perfil dos Municípios Brasileiros: 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

JOHNS HOPKINS CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. **Casos Globais de Coronavírus/ COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/opsoptions/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acesso em: 21 jul. 2020.

KIMBALL A. *et al.* Asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility - King country. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 13, p. 377-381, 2020.

OLULANA, O. *et al.* **Regional association of disability and SARS-CoV-2 infection in 369 countries of the United States.** medRxiv preprint, June, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência.** Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

REPUBLIC OF THE UNION OF MYANMAR. Myanmar gender-based violence sub-sector. **Guidance Note on GBV Service Provision during the time of COVID-19.** 2020. Disponível em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/gbv_sc-covid-19_guidance_note_-iraq-march_2020.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

TAYLOR, D. M. **Americans with Disabilities: 2014.** Washington, DC: U.S. United States Census Bureau, 2018.

UNITED NATIONS. **Department of economic and social affairs disability.** Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>. Acesso em: 21 jul. 2020.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. Office of The High Commissioner. **COVID-19 and the rights of persons with disabilities.** 2020. Disponível em: <https://www.ohchr.org/>

Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUNDATION (UNICEF). **COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures.** 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-and-violence-amidst>. Acesso em: 16 jul. 2020.

UNITED STATES. **Policy Brief: A Disability-Inclusive Response to COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Tecnologia assistiva e o enfrentamento à COVID-19: Orientações de higienização de dispositivos para pessoas com deficiência.** Vitória: ed. do Autor, 2020. Disponível em: <http://www.lafatec.ufes.br/conteudo/tecnologia-assistiva-e-o-enfrentamento-covid-19>. Acesso em: 16 jul. 2020.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Coronavirus: a pandemic in the age of inequality.** 2020. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/coronavirus-pandemic-inequality-among-workers/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

DEFICIÊNCIA VISUAL E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Melisa Rossa

Não foi só a pandemia da Covid-19 que trouxe à tona as inúmeras dificuldades e barreiras que enfrentam as pessoas com deficiência. Mas, certamente, pensar na prevenção e no enfrentamento a uma doença em uma emergência de saúde pública implica lançar mão de estratégias que sejam inclusivas e acessíveis a todos e todas. Com a deficiência visual não poderia ser diferente. Compreender a deficiência visual vai além da expressão “não enxergar”. Há diferentes condições dentro da deficiência visual, sendo que a cegueira não deve ser considerada a única delas, pois podemos identificar pessoas que apresentam perda total da visão e outras, baixa visão. Ambas as situações podem ser congênitas ou adquiridas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), a deficiência visual é classificada em duas categorias, que abrangem a perda visual branda (baixa visão ou visão subnormal) até a total ausência da visão (cegueira). Frente aos conceitos clínicos, a deficiência visual é identificada pela acuidade visual e pelo campo visual, baseando-se na

potencialidade visual após oferta de correção através de procedimentos clínicos, cirúrgicos ou com o uso de óculos comuns (INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT, 2016).

Saber em qual fase da vida ocorre a perda da visão é importante para o desenvolvimento do sujeito, pois, assim, é possível identificar se a deficiência é congênita ou adquirida. Na cegueira congênita, a pessoa nasce sem ou com visão subnormal (BRASIL, 2000). Dessa maneira, ela tem o impedimento total ou parcial de utilizar a memória visual para referendar as suas construções mentais (ORMELEZI, 2000). A deficiência visual adquirida ocorre depois do nascimento, podendo ser obtida em qualquer idade, e o período em que ela for adquirida faz diferença, pois, enquanto há a visão em desenvolvimento, existe informação de imagens visuais, as quais colaboram para maior compreensão de mundo (BRASIL, 2000).

É fundamental compreender a classificação clínica, no entanto, a funcionalidade visual vai além da acuidade e do campo visual. Precisamos estar atentos às potencialidades visuais da pessoa com deficiência visual em suas atividades diárias (ORMELEZI, 2006). As limitações funcionais da visão podem influenciar diversos fatores do cotidiano da pessoa com essa deficiência; desse modo, ações de inclusão e acessibilidade devem ser ampliadas em nossa sociedade (ALEGRE, 1995).

Pode-se destacar consideráveis variáveis no que engloba a deficiência visual, em pessoas com o mesmo grau de acuidade visual (ORMELEZI, 2006). Segundo Barraga (1985), o sujeito cego é aquele com perda total da visão ou que apresenta percepção de luz, porém sem projeção. A pessoa com visão subnormal consegue perceber luminosidade a ponto de identificar objetos e suas características. Iluminação apropriada – natural do ambiente ou artificial, posicionada conforme necessidade – condiciona qualidade para a percepção

visual. Outros recursos que podem colaborar é a postura da pessoa em direção à iluminação e auxílios ópticos e não ópticos.

Ao nascer, o sujeito responde aos estímulos vindos de seus receptores, os sentidos, e esses são captados pelo cérebro, que confere e ajusta com outros elementos sensoriais, após são reunidos e guardados. A partir das vivências, a pessoa cria sua percepção do mundo e a modifica de acordo com os sentidos usuais (GAYTON, 1987). No momento em que há ausência desses estímulos, neste caso a visão, é necessário estimular para que o desenvolvimento seja o mais próximo possível do processo natural de aquisição das informações culturais estabelecidas pela humanidade ao longo dos anos (CARLETTO, 2008).

Com a ausência do sentido visual, segundo Alegre (1995), há obstáculos e limitações da percepção e da cognição de três maneiras, sendo elas experiências, locomoção e interação, todas elas direcionadas à intensidade, à diversidade e à capacidade da pessoa com deficiência visual, pois acabam prejudicando a sua autopercepção.

Já as pessoas que possuem visão parcial a utilizam para as tarefas visuais e normalmente apresentam um campo visual reduzido e carecem de recursos ópticos e não ópticos. Esses são recursos, equipamentos, materiais, tecnologias, entre outras ferramentas, pensados e projetados para qualificar a funcionalidade da pessoa com deficiência visual, pois favorecem as atividades diárias e oportunizam melhor desempenho visual. Recursos ópticos ajudam a pessoa com baixa visão a apurar sua visão residual, como óculos específicos com lentes de grande aumento e lupas. Há uma grandeza de modelos e níveis de ampliação e sistemas telescópios. Esses recursos oferecem um ganho precioso em termos de qualidade, conforto e desempenho visual. É importante ressaltar que tais recursos devem ser indicados e ter orientação oftalmológica (SÁ *et al.*, 2007).

“Estimulação precoce e visual”, “reabilitação visual”, “atividades da vida diária”, “orientação e mobilidade”, “recursos ópticos e não ópticos”, “Tecnologia Assistiva” e “sistema braile” são termos relacionados às deficiências, alguns direcionados especialmente à deficiência visual devido às especificidades de cada área. Esse é um tema ainda polêmico, pois são recursos, muitas vezes, inacessíveis a grande parte das pessoas com deficiência visual. Sabe-se que as pessoas com deficiência visual se beneficiam com tais oportunidades, porém ainda existe aquelas que não as conhecem. É com esses recursos que a pessoa cega ou com baixa visão pode ter mais qualidade em seu desenvolvimento, independente da sua deficiência ser adquirida ou congênita.

DEFICIÊNCIA VISUAL E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Estamos vivenciando uma conjuntura que tem provocado inúmeras alterações e impactos em todo o mundo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), a Covid-19 é uma doença causada por um coronavírus, denominado SARS-CoV-2. Diante dessa pandemia, o isolamento social se mostra a melhor prevenção. Sabe-se que as complicações, decorrentes da pandemia, se tornaram inevitáveis em todas as instâncias, no entanto, destaca-se aqui as implicações da pessoa com deficiência visual. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos lançou uma cartilha com subsídios sobre a Covid-19, voltada para pessoas com deficiência (BRASIL, 2020a). Uma pessoa com deficiência poderá pertencer ao grupo de risco ao SARS-CoV-2 caso seja imunossuprimida (como pessoas em tratamento para o câncer) ou apresente restrições respiratórias, dificuldades nos cuidados pessoais, condições autoimunes, idade acima de 60 anos e doenças

associadas como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, pulmonares e/ou renais, doenças neurológicas.

Ao lembrarmos os contextos expostos no início do texto, as pessoas cegas e com baixa visão apresentam limitações e especificidades. A Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB) expõe as restrições cotidianas das pessoas com deficiência visual que as colocam em situações de risco frente ao contágio da Covid-19. Nesse sentido, pode-se citar o uso do tato com frequência, sendo esse um dos principais meios de contaminação tanto para as pessoas com deficiência visual quanto para as com deficiência física, pois utilizam as mãos para a exploração tátil na prática da mobilidade e no manejo com a tecnologia assistiva (como o uso de bengalas, muletas e cadeiras de rodas e o apoio em corrimãos, mesas, superfícies, bancadas e outros). Esse risco também se impõe na assistência de outras pessoas durante as atividades de vida diária, tais como no deslocamento com o auxílio de um guia-vidente, para idas e vindas a unidades de saúde e nos compromissos de seu cotidiano. Para a pessoa com baixa visão, citam-se a necessidade de aproximar os materiais do seu campo de visual – e, conseqüentemente, das vias respiratórias – e as limitações referentes aos cuidados pessoais e à higienização.

Atualmente, todos correm o risco de se contaminar, porém, são notáveis os motivos que levam as pessoas com deficiência a estarem mais frágeis de cuidados, no caso em destaque, aquelas com deficiência visual. Orientações estão sendo feitas através das entidades que prestam serviço às pessoas com deficiência. Com o apoio da Sociedade Brasileira de Visão Subnormal e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, a ONCB, por meio de sua Secretaria de Saúde, Reabilitação e Prevenção à Cegueira, colocou à disposição as seguintes orientações para o cuidado e a atenção da contaminação do vírus para as pessoas com deficiência visual: higienização diária da bengala, dos óculos e das lentes; ao receber ajuda de pessoas na rua, segurar no ombro em

vez de no cotovelo; evitar, sempre que possível, o contato com outras pessoas; pessoas com doenças oculares precisam evitar contágio, para não agravar a doença (ONCB, 2020).

A maior parte dos relatos das pessoas com deficiência visual abordam os mesmos temas quando o assunto é o enfrentamento à Covid-19. Ações de prevenção são fundamentais, porque servem de cautela para a exposição ao risco, ao mesmo tempo que evidenciam, mais uma vez, a vulnerabilidade e a atenção necessária às pessoas com deficiência. Para a prevenção e o cuidado, é preciso tentar, sempre que possível, não tocar, estar com o álcool em gel em locais de fácil acesso, como o bolso, e passá-lo seguidamente na mão e na bengala, no espaço de manuseio. Ao chegar em casa, higienizar a bengala, as roupas e os sapatos com água e sabão, além de ter seriedade, cuidado e respeito às normas e às orientações (G1 SANTOS, 2020).

Na área de ensino, também se torna fundamental essa atenção por parte das instituições e dos profissionais envolvidos. A comunicação deve chegar a todos, nas diferentes formas, assim como os materiais de estudo e as adaptações devem ser mantidos, por vezes outras serão necessárias. Além disso, há a atenção referente à saúde, uma vez que as alterações no cotidiano podem ocasionar implicações físicas e desestabilidade emocional e até mesmo desencadear patologias. Táticas de acessibilidade e acompanhamentos carecem de ser desenvolvidos para colaborar nas demandas peculiares do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes que se fazem valer dessas ações (LEITE *et al.*, 2020)

Alguns dos impedimentos encontrados pelas pessoas com deficiência visual, nesse momento de isolamento social, são os acessos aos meios de informação e ao lazer, pois muitas das atividades dispostas não estão acessíveis, por exemplo: as *lives* e as informações na televisão, devido à ausência da audiodescrição; e os materiais impressos (*folders* e cartazes) disponibilizados por órgãos ou instituições dificilmente são

impressos em braile. Dessa maneira, o conhecimento da situação e as informações necessárias podem chegar truncados, e o entretenimento se torna limitado, pois poucas são as ofertas com audiodescrição na televisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dessas colocações, é indispensável e possível promover maior acessibilidade no cotidiano das pessoas com deficiência, gerando respeito e acolhida à diversidade em suas diferentes formas. A equidade deve estar presente nas ações diárias da sociedade, pois, assim, a igualdade será vivida com excelência.

Espera-se que, no enfrentamento à Covid-19, a sociedade possa refletir em relação ao que é “normal”, que o normal para si pode não ser o normal do outro e ambos podem estar corretos e de acordo. É necessário compreender e aceitar que as diferenças se tornem nosso cotidiano e que, assim, possam influenciar o ‘olhar’ daqueles que se rotulam ‘normais’ diante da pessoa com deficiência.

O enfrentamento a uma situação de saúde tão complexa como a pandemia da Covid-19 não pode deixar ninguém ‘de fora’. Para ações eficazes, é necessário pensar em todos. Quiçá esse possa ser um dos momentos para reflexão e elucidação do imperativo de uma sociedade inclusiva. Ser uma pessoa com deficiência visual e ter a percepção ou saber diferenciar as cores é possível, assim como se deslocar por esse mundo cheio de curiosidades, abstratas e concretas, sem ter a ideia do que é ‘um raio de luz’, mas ter a astúcia de compreender o que é o horizonte, também o é.

REFERÊNCIAS

ALEGRE, M. J. *A deficiência visual*. 1995. Disponível em: <http://www.deficienciavisual.pt/txt-adeficienciavisual.htm>. Acesso em: 5 set. 2020.

BARRAGA, N. *Disminuidos Visuales y Aprendizaje: Enfoque Evolutivo*. Madrid: ONCE, 1985.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. *Deficiência visual*. Brasília, DF: Cadernos da TV Escola, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. *Pessoas com Deficiência e com Doenças Raras e o COVID-19*. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2020a. Disponível em: <https://sway.office.com/tDuFzFRhn1s8GGi?ref=Link>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BRASIL. *Sobre a doença*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CARLETTO, M. R. V. *A estimulação essencial da criança cega*. 2008. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/artigo_marcia_regina_vissoto_carletto.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

G1 SANTOS. DEFICIENTES visuais relatam medo do coronavírus: “muito mais risco”. **G1**, Santos, 31 mar. 2020.

Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2020/03/31/deficientes-visuais-relatam-medo-do-coronavirus-muito-mais-risco.ghtml>. Acesso em: 3 jul. 2020.

GAYTON, R. The Child/Youth and Body. *In*: QUINQUENNIAL CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL COUNCIL FOR EDUCATION OF THE VISUALLY HANDICAPPED, 8., 1987, Würzburg. **Proceedings** [...]. Würzburg: ICEVH, 1987.

INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT. **Definição de cegueira e baixa visão**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <http://www.ibr.gov.br/educacao/71-educacao-basica/ensino-fundamental/258-definicao-de-cegueira-e-baixa-visao>. Acesso em: 05 jul. 2020.

LEITE, L.; SILVA, M. C. R.; SIMÕES, T. M. S.; SILVA, A. C. S.; PEREIRA, M. Impactos da COVID-19 na graduação da pessoa com deficiência visual. **Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade**, v. 2, p. 1-14, jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde**. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE CEGOS DO BRASIL (ONCB). **Manifesto sobre a Covid-19 e implicações da pandemia no cotidiano e nos custos de vida das pessoas com deficiência**. São Paulo: ONCB, 2020a. Disponível em: <https://www.oncb.org.br/manifesto-sobre-a-covid-19-e-implicacoes-da-pandemia-no-cotidiano-e-nos-custos-de-vida-das-pessoas-com-deficiencia/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE CEGOS DO BRASIL (ONCB). **ONCB lança recomendações sobre a Covid-19 para pessoas com deficiência visual**. São Paulo: ONCB, 2020b. Disponível em: <https://www.oncb.org.br/oncb-lanca-recomendacoes-sobre-a-covid-19-para-pessoas-com-deficiencia-visual/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

ORMELEZI, E. M. **Inclusão educacional e escolar da criança cega congênita com problemas na constituição subjetiva e no desenvolvimento global: uma leitura psicanalítica em estudo de caso**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia e Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ORMELEZI, E. M. **Os caminhos da aquisição do conhecimento e a cegueira: do universo do corpo ao universo simbólico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SÁ, E. D.; CAMPOS, I. M. de; SILVA, M. B. C. **Atendimento educacional especializado: deficiência visual**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_e_dv.pdf. Acesso em: 08 jul. 2020.

INCLUSÃO, DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Cibele Cristina Boscolo

Diante da atual pandemia da Covid-19, o mundo está vivenciando uma experiência excepcional. Pessoas estão confinadas em suas casas com a finalidade de aumentar o distanciamento social, medida estabelecida pelas autoridades governamentais e de saúde; com isso, há necessidade de adaptação à nova realidade. Tal fato merece reflexão sobre como toda essa situação pode interferir na inclusão de pessoas com deficiência auditiva.

A deficiência auditiva acomete uma grande parcela da população brasileira. De acordo com o censo demográfico de 2010, há aproximadamente 9,8 milhões de deficientes auditivos, ou seja, 5,1% do total da população, sendo que 1,3% estariam na faixa etária de zero a 14 anos, 4,2% na de 15 a 65 anos, e 25,6% na faixa de 65 anos ou mais (BRASIL, 2010). A presença de perda auditiva pode acarretar sérias consequências para a compreensão, o desenvolvimento de fala e a aprendizagem.

A inclusão de pessoas com deficiência é abordada na lei nº 13.146 de julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que visa a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, para sua inclusão social e de cidadão. No estatuto, esclarece-se que não deve haver formas de discriminação por meio de distinção, restrição ou exclusão por ação ou omissão, que tenham como objetivo prejudicar, impedir ou anular a prática dos direitos da pessoa com deficiência, assim como não deve haver a recusa de adaptações e/ou fornecimento de tecnologias assistivas (BRASIL, 2015). Sendo assim, diante da pandemia da Covid-19 e das atuais mudanças com o distanciamento social, deve-se considerar possíveis adaptações para que a inclusão da pessoa com deficiência auditiva ocorra sem prejuízos.

O USO DE MÁSCARAS DE PROTEÇÃO E A COMUNICAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A comunicação com a pessoa com deficiência auditiva é um dos pontos fundamentais para a inclusão no âmbito social e educacional. Uma das medidas preventivas para transmissão da Covid-19 é o uso de máscaras pela população. O uso da máscara se tornou obrigatório, seguindo recomendações de órgãos ligados à saúde e de autoridades governamentais. Levando-se em consideração que a leitura orofacial é um meio facilitador para que a mensagem seja recebida e compreendida, além de ser realizada de forma inconsciente ao se comunicar, como ressaltam Demorest e Bernstein (1992), as pessoas com deficiência auditiva podem ter prejuízos durante sua comunicação com indivíduos

que estão utilizando máscaras de proteção, inclusive diante de situação hospitalar no contato médico-paciente.

Um estudo desenvolvido por Goldin, Weinstein e Shiman (2020) verificou a compreensão de fala de um ouvinte com a variedade de máscaras utilizadas para a proteção da Covid-19. Os dados demonstraram que a máscara age como um filtro, atenuando as altas frequências da fala (2000-7000 HZ), em cerca de 3dB a 12 dB, dependendo do modelo da máscara. Essa atenuação pode aumentar a dificuldade na compreensão de fala das pessoas com deficiência auditiva, visto que a perda auditiva já provoca esse tipo de problema. A máscara é um protetor essencial para todos, sejam profissionais da saúde e população em geral, e deve ser utilizada conforme as recomendações das autoridades governamentais e de saúde. Para minimizar as consequências do uso das máscaras na comunicação com pessoas com deficiência auditiva, esses autores sugerem algumas dicas para auxiliar durante essa situação:

- 1 – Falar alto e devagar, sem necessidade de gritar;
- 2 – Cuidar com o ambiente ruidoso e, se possível, reduzir os ruídos;
- 3 – Chamar atenção da pessoa com perda de audição antes de falar;
- 4 – Não falar andando, ou de costas, sempre de frente;
- 5 – Perguntar como a pessoa prefere se comunicar;
- 6 – Repetir a fala, rephrasear;
- 7 – Garantir que a pessoa com deficiência auditiva esteja com sua prótese auditiva ou implante coclear ligados, caso faça uso desses recursos.

Dentre os diversos modelos de máscaras, existe a máscara de proteção facial total (*face shield*), feita com acrílico ou acetato transparente, que evita o contato com gotículas, saliva e fluídos nasais que possam atingir o rosto, o nariz, a boca e os olhos. É considerado

um equipamento de proteção individual (EPI) que previne contágio contra vírus, bactérias e outras contaminações e que atualmente vem sendo utilizado na prevenção da Covid-19. Com esse tipo de máscara, a leitura orofacial pode ser realizada pela pessoa com deficiência auditiva, conseqüentemente, minimizando dificuldades na compreensão de fala (MOTTA *et al.*, 2020).

A ideia prodigiosa da estudante estadunidense Ashley Lawrence se difundiu pelo mundo na atual pandemia da Covid-19. A aluna idealizou a produção de máscaras com abertura transparente na região da boca para pessoas com deficiência auditiva, a fim de garantir a leitura orofacial (FERREIRA, 2020). Ultimamente, qualquer pessoa pode produzir sua máscara com abertura transparente. Para quem utiliza Libras, existe também uma máscara especial, que possui um símbolo desenhado de duas mãos simbolizando Libras, facilitando a identificação do tipo de comunicação utilizada pela pessoa (ANGEL, 2020).

É possível também utilizar a escrita como forma de comunicação com as pessoas com deficiência auditiva. Existe um aplicativo desenvolvido pelo Google denominado “LIVE Transcribe”, que transforma a fala em texto e está disponível gratuitamente para as plataformas de Android e similares para usuários de iOS (MOREIRA, 2019). Certamente pode ser uma ferramenta extremamente útil durante a comunicação com pessoas com deficiência auditiva. O simples fato de ter uma folha disponível, com lápis ou caneta, ou até mesmo o próprio celular, viabiliza o uso da escrita para a comunicação.

INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA E A EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

O distanciamento social, necessário para contenção da transmissão da Covid-19, chegou a escolas, universidades, cursos técnicos, entre outras instituições de educação, com a suspensão das atividades educacionais presenciais por tempo ainda indeterminado. Sendo assim, a educação precisou se adaptar ao novo cenário do distanciamento social, e a Educação à Distância (EAD) se tornou um meio importante para superar essa barreira. Em várias instituições de ensino no mundo, foi adotado o Ensino Remoto Emergencial, que, de acordo com Behar (2020), é uma modalidade de ensino em que professores e alunos estão distantes, a fim de garantir a continuidade das atividades escolares. Desse modo, o ensino físico presencial foi modificado para o ensino por meio digital. As atividades podem ser síncronas (em tempo real com todos participando) ou assíncronas (atividades não realizadas em tempo real). Para que ocorra uma inclusão educacional adequada, assim como na maneira presencial, as aulas por meios digitais devem abranger todos os alunos (CAMPOS; BARREIRA-NIELSEN, 2020). No caso dos alunos com deficiência auditiva, uma atenção especial necessita ser enfatizada durante as atividades remotas, pois esses alunos podem possuir dificuldades na compreensão de fala, interpretação de enunciados, textos, entre outras situações de aprendizagem.

Primeiramente, é necessário verificar o tipo de comunicação e de dispositivo (Aparelho de Amplificação Sonora Individual [AASI], Implante Coclear [IC], Sistema de Frequência Modulada [FM] e/ou microfone remoto) que os alunos com deficiência auditiva utilizam rotineiramente (CAMPOS; BARREIRA-NIELSEN, 2020). Ter a ciência de que estão em pleno funcionamento é fundamental. O

professor deve incentivar que utilizem a conexão direta do seu dispositivo com o computador.

O uso de legendas é recomendado para a pessoa com deficiência auditiva durante as aulas digitais. Algumas plataformas utilizadas para aulas e videoconferências possuem o recurso da legenda automática. Esse recurso deve ser utilizado sempre que disponível. Caso a pessoa utilize Libras, é importante a participação do intérprete de Libras em uma janela concomitante na tela, seja durante a aula síncrona ou assíncrona. Outra necessidade é oferecer atenção individualizada ao aluno com deficiência auditiva, verificando se houve compreensão do conteúdo, das atividades propostas e dúvidas pertinentes. Uma ferramenta que pode ser utilizada também é o *Chat*, disponível nas plataformas digitais utilizadas em atividades síncronas. Por meio dessa ferramenta, o aluno pode expressar suas dúvidas, solicitar alguma repetição, participar de discussões utilizando a comunicação escrita (CAMPOS; BARREIRA-NIELSEN, 2020).

Os professores deverão estar atentos para as atividades de meios digitais como videoaulas, pois deverão ocorrer em um ambiente iluminado, sem ruídos de fundo, com garantia de que o microfone esteja funcionando adequadamente e sempre com o uso de legendas. Deve ser ressaltado que, durante as aulas on-line em tempo real, poderá ocorrer atraso da mensagem de fala e paralisação de imagens, em decorrência de vários fatores como velocidade da internet, conexão, entre outros. Consequentemente, a leitura orofacial pode ser prejudicada; por isso, novamente deve haver o reforço no uso de legendas. As estratégias de comunicação como falar mais devagar, repetir, rephrasear, com articulação normal deverão ser utilizadas durante as aulas por meio digital. É importante também salientar o uso de expressões faciais e entonação rica e estar sempre com os lábios descobertos (BEVILACQUA; FORMIGONI, 1997). De acordo com Campos e Barreira-Nielsen (2020), em um ambiente silencioso,

um aluno com deficiência auditiva que tiver boa capacidade de leitura orofacial poderá ter melhora na compreensão de fala de até 15% a mais comparado ao uso somente de sua audição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 impôs um novo cenário mundial, com o distanciamento social, o uso de máscaras e o ensino à distância. Pessoas com deficiência auditiva merecem uma atenção especial; portanto, novas adaptações devem ser consideradas a fim de garantir a inclusão dessas pessoas no momento que o mundo está vivendo.

REFERÊNCIAS

ANGEL, N. “O isolamento é maior para nós”: surdos enfrentam dificuldades na comunicação com máscaras. **G1**, Distrito Federal, 6 mai. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/06/o-isolamento-e-maior-para-nos-surdos-enfrentam-dificuldades-na-comunicacao-com-mascaras.ghtml>. Acesso em: 14 jul. 2020.

BEHAR, P. A. O Ensino Remoto Emergencial e a Educação a Distância. **UFRGS**, Porto Alegre, 6 jul 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-o-ensino-remoto-emergencial-e-a-educacao-a-distancial>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G. M. P. **Audiologia educacional**: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.

BRASIL. **Decreto-lei nº13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Secretaria-Geral, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 2 jul. 2020.

CAMPOS, L. S.; BARREIRA-NIELSEN, C. **Aulas por Meios Digitais e a Comunicação com Alunos(as) com Deficiência Auditiva em Tempos de Pandemia: Guia Para Professores**. Vitória: ed. do Autor, 2020. Disponível em: http://www.ufes.br/sites/default/files/anexo/cartilha_professores.pdf. Acesso em: 9 jul. 2020.

DEMOREST, M. E.; BERNSTEIN, L. E. Sources of variability in speech reading sentences: a generalizability analysis. **Journal of Speech, Language, and Hearing Research**, v. 35, n. 4, p. 876-91, 1992.

FERREIRA, Y. Ela criou máscaras para surdos e vai distribuí-las de graça. **Hypeness**, [s. l.], 6 mar. 2020. Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2020/04/ela-criou-mascaras-para-surdos-e-vai-distribui-las-de-graca/>. Acesso em: 9 jul. 2020.

GOLDIN, A., WEINSTEIN, B.E, SHIMAN, N. How do medical masks degrade speech perception? **Hearing Review**, v. 27, n. 5, p. 8-9, 2020.

MOREIRA, C. Deficientes auditivos podem contar com a ajuda de aplicativo que transcreve voz em texto. **Organics News Brasil**, [s. l.], 28 fev. 2019. Disponível em: <https://organicsnewsbrasil.com.br/blogs/blog-aplique-sabedoria/deficientes-auditivos-podem-contar->

com-a-ajuda-de-aplicativo-que-transcreve-voz-em-texto/. Acesso em: 2 jul. 2020.

MOTTA, A.; *et al.* **Cartilha às famílias de crianças e adolescentes com deficiência auditiva: acolhimento e direcionamentos em tempos de pandemia.** Vitória: ed. do Autor, 2020. Disponível em: http://www.ufes.br/sites/default/files/anexo/cartilha_familias.pdf. Acesso em: 9 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=resultados>. Acesso em: 2 jul. 2020.

SURDOS E O ISOLAMENTO SOCIAL: QUESTÕES SOBRE A PREVENÇÃO DA COVID-19

Augusto Schallenger

Atualmente, a comunidade surda, desde surdocegos até pessoas surdas da terceira idade, consegue manter comunicação social pela Internet de forma natural. Claro, há algumas falhas na comunicação, mas a luta para que ela aconteça e pela acessibilidade nas universidades segue em diversos locais. Com os recursos de comunicação virtual, é possível ter momentos de conversas on-line, além de se informar sobre a Covid-19, buscar informações sobre seu início na China e entender sobre os riscos dessa doença e a necessidade do distanciamento social.

A Covid-19, assim como aconteceu com a AIDS e o H1N1, causa espanto e medo. Com o auxílio da Internet, as pessoas surdas tiveram a oportunidade de conhecer o trajeto que a doença fez em outros países até sua chegada ao Brasil. Iniciou no mês de março o distanciamento social no país, causando certa ansiedade e a necessidade de aprender mais sobre os cuidados em relação à proteção e à diminuição da contaminação pelo novo coronavírus. Usar máscara, álcool em

gel a 70%, manter o distanciamento social, evitar tossir em lugares fechados, utilizar técnicas para tampar o rosto na hora de tossir e evitar cumprimentos com a mão foram algumas medidas de prevenção tomadas mundialmente e que puderam acalmar a ansiedade.

Conforme aumenta o número de casos, crescem também, na comunidade surda, o medo, o estresse, preocupações com o trabalho, entre outros aspectos, e a necessidade de ficar em casa. Nesse sentido, as preocupações podem surgir em forma de receio com possíveis demissões no trabalho, o que afeta também a parte emocional e psicológica da pessoa surda. Além disso, o fato de ficar em casa pode estar agravando as dificuldades de relação com a família devido à falta de comunicação em Libras. Nesse sentido, a questão que se apresenta é: como construir uma comunicação viável para a manutenção das relações?

Já no mercado de trabalho, surgem as demissões ou a diminuição de carga horária, que afetam diretamente o salário das pessoas, trazendo muita ansiedade e, de certa forma, tristeza. Por mais que a Internet ofereça maiores possibilidades de comunicação, ainda assim as pessoas seguem abaladas neste momento.

PENSANDO O ATENDIMENTO HOSPITALAR

A maior parte da comunicação com pessoas surdas em ambiente hospitalar é feita por meio de mensagem de texto ou por escrito, e isso gera, muitas vezes, falhas de comunicação. Além disso, sabemos que, no atual contexto, não é recomendado partilhar dos mesmos objetos, por exemplo, no caso de ser necessária uma conversa por escrito utilizando caneta e papel. Para a comunicação entre pessoas ouvintes que possuem como primeira língua o português, a escrita funciona; porém, a pessoa surda que tem a Libras como primeira língua e o português escrito como segunda língua poderá sentir ainda dificuldade na compreensão.

Sobre a comunicação na área da saúde, muitas vezes pensam que a pessoa surda pode levar um familiar ao consultório para mediar a comunicação, porém deve haver certos cuidados com esse tipo de mediação. Além disso, a ida ao consultório médico pode gerar alguns medos e receios por conta dessa instabilidade na comunicação. Neste momento de pandemia, algumas pessoas sentem mais receio de ir ao hospital, ainda mais aquelas que já possuem doenças como asma, diabetes ou até mesmo alguma doença autoimune. Acrescido a esse medo da falta de mais informações sobre os cuidados necessários para evitar o contágio do coronavírus, há a falta de comunicação em Libras que garanta a compreensão da pessoa surda nos ambientes clínicos.

No currículo de alguns cursos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), já está prevista a disciplina de Libras, com o objetivo de trabalhar a acessibilidade na área da saúde. Isso é relevante, pois, além de haver o ensino de vocábulos da Libras, os conceitos de surdez, língua e a importância da comunicação, ela proporciona um embasamento para receber o paciente surdo no espaço clínico. Como dito antes, existe a comunicação por meio da língua portuguesa escrita, mas isso serve para aqueles que têm essa fluência, visto que o português é a segunda língua das pessoas surdas usuárias da Libras.

Mas como o profissional da saúde pode se comunicar com o paciente surdo que deseja atendimento? É necessário mudar a prática que temos e nos adaptarmos a utilizar a Libras no espaço hospitalar. Sendo assim, é preciso que os profissionais da área da saúde aprendam a língua brasileira de sinais para poder atender uma pessoa surda ou, ainda, que seja implementada uma central de intérpretes dentro do hospital para atender a comunidade surda. Na UFCSPA, é oferecida a disciplina de Libras para todos os cursos, estimulando os alunos a aprenderem a língua e trabalhando a cultura surda com esse público. O objetivo disso é levar conhecimento aos alunos, para que, quando

chegar o momento, eles possam atender a pessoa surda com maior qualidade e divulgar esse conhecimento a outras pessoas.

Muitas pessoas surdas não vão ao hospital por terem medo de não haver comunicação, como mencionado anteriormente. As pessoas surdas da terceira idade, durante a pandemia, estão mais receosas de irem ao hospital, tanto pela falta de comunicação quanto pelo medo de contaminação. Se houvesse uma central de intérprete de Libras nos hospitais, poderia facilitar o atendimento através do recurso da telemedicina às pessoas surdas. O profissional intérprete, nesse caso, ficaria responsável pela mediação entre o médico e o paciente, cada um respeitando seu espaço de trabalho e o distanciamento social. Isso seria de grande impacto na saúde da comunidade surda que está na terceira idade, visto que alguns estão tristes, agoniados, ansiosos e se sentindo abandonados neste momento de isolamento. Alguns desses idosos surdos não compreendem a necessidade de estarem em casa e sentem falta da família, dos filhos e dos netos. Por mais que assistam aos noticiários da televisão, a maioria desses não tem acessibilidade; assim, esses idosos surdos continuam sem saber ao certo o que está acontecendo. Muitas informações têm sido divulgadas sem legenda em português ou sem janela de Libras, o que leva a falta de esclarecimento para a comunidade surda.

Outra questão importante a ser pontuada é a necessidade dos profissionais da área da saúde, principalmente médicos e psicólogos, estudarem mais sobre a cultura e a identidade surda. Na UFCSPA, já são oferecidas possibilidades de estudo na disciplina de Libras, pois o profissional que irá atender o paciente surdo precisa entender qual é o perfil dessa comunidade. Tratando-se de acompanhamento psicológico, muitas pessoas surdas podem estar enfrentando problemas de relacionamento com a família, o cônjuge, o filho, problemas financeiros ou preocupações com o trabalho. Nesse caso, como realizar um atendimento com o psicólogo se, no momento, a indicação é ficar

em casa e fazer por vídeo chamada a consulta a fim de acalmar essa pessoa surda?

Em uma *live* recente, o palestrante trouxe algumas dessas questões e argumentou sobre as pessoas que estão angustiadas. Além disso, também trouxe o questionamento sobre a acessibilidade nos hospitais e sobre a presença de intérpretes de Libras nessas instituições. A disciplina de Libras da UFCSPA trata alguns desses assuntos, porém a área da saúde como um todo deveria ter mais informação sobre a surdez e desenvolver melhor a comunicação com a comunidade surda.

Pode-se relatar também o caso de um surdo que já tinha histórico clínico de doença pulmonar, mas estava se cuidando e mantendo as medidas de proteção contra a Covid-19. Entretanto, começou a se sentir muito mal, com dor ao respirar, e percebeu que havia se contaminado, apesar de estar seguindo as orientações de ficar em isolamento. Conversando com ele, ainda demonstrava não saber como houve a contaminação e se questionava se teria sido falha dele nos cuidados preventivos ou falta de informação mais detalhada.

Em suma, há ansiedades, preocupações em casa, e não há psicólogos com conhecimento em Libras em número suficiente para atender essas pessoas. Além disso, como a maioria da população, a comunidade surda da terceira idade também está assustada. Claro, não há como generalizar, pois cada família e cada sujeito são específicos e únicos, mas é necessário estar atento a essas questões de comunicação familiar, comunicação midiática e social. A família é a base da pessoa surda, e se não há diálogo entre ambos, a informação é perdida no caminho, ainda mais quando estamos tratando de uma pandemia por Covid-19, em que qualquer detalhe faz a diferença.

REFERÊNCIAS

COLOMBY, R. K.; SALVAGNI, J.; CHERON, C. **A Covid-19 em múltiplas perspectivas**. 1. ed. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215468/001119848.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MENDES, A. (Org.) **Diálogos sobre acessibilidade, inclusão e distanciamento social: Territórios existenciais na pandemia**. São Paulo: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/publicacoes/livros/Livro_Dialogos_sobre_Acessibilidade_Inclusao_e_Distanciamento_Social_1ed.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

DIVERSIDADE

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA EM TEMPOS DE COVID-19

Luana Duarte Teles

Roberta da Silva Gomes

Este capítulo tem o objetivo de contribuir para as reflexões a respeito da pandemia da Covid-19 e suas tessituras relacionadas às desigualdades raciais no Brasil. Sabe-se que as populações em situações mais precárias têm maiores índices de adoecimento e morte e que tal quadro se relaciona a questões históricas, políticas, econômicas e sociais, também impostas pelo racismo estrutural, que historicamente excluiu e continua privando a população negra de direitos, dentre eles, os serviços de saúde.

O Grupo de Trabalho (GT) Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) propõe a inclusão de temas relacionados ao racismo na área da saúde, fomenta o enfrentamento ao quadro discriminatório, congrega experiências entre os movimentos sociais negros e suas relações de saúde e levanta a pauta da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Através do acompanhamento em

relação ao momento pandêmico vivido, o quesito raça/cor não foi levantado nos primeiros boletins epidemiológicos e só foi inserido após posicionamentos do GT Racismo e Saúde, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade. Apesar da inclusão, a incompletude de informações nas fichas de notificação da Covid-19 demonstra a dificuldade na mensuração de casos e, conseqüentemente, em suas análises. O boletim referente à semana 21 da pandemia evidencia que 51,3% dos casos confirmados (60.382 do total de 117.598) apresenta raça/cor não informada (BRASIL, 2020a). Tais resultados apontam para uma invisibilidade que compromete o desenvolvimento de ações assertivas de saúde pública para a população negra.

Diante desse cenário, conjuntamente às práticas excludentes de profissionais que reforçam o racismo estrutural, homens e mulheres negros não têm atenção integral em saúde, nem tratamentos médicos assegurados para enfrentar, com dignidade, a Covid-19.

A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA EM TEMPOS DE COVID-19

Segundo nota técnica assinada em maio de 2020 por pesquisadores do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS, 2020), da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), dentre 29.933 casos de óbitos ou de recuperações analisados, 8.963 eram de pacientes negros internados, e destes, 54,8% morreram nos hospitais. Comparando com 9.988 pacientes brancos internados, que tiveram 37,9% de óbitos, constata-se uma diferença de 16,9%. Esse quadro pode ser associado não apenas às complicações da própria doença da Covid-19, mas relaciona-se diretamente a questões biológicas,

socioeconômicas e ambientais que afetam a vida e a saúde desses pacientes.

O cenário da pandemia evidenciou uma invisibilidade desses corpos negros que estão alocados em trabalhos ou funções nas quais não se permite o isolamento social, tais como domésticas, motoristas, porteiros, agentes de limpeza, coveiros e trabalhadores informais que precisam manter-se em atividade profissional, independentemente das condições que os cercam.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), 56,10% da população brasileira se autodeclara negra no Brasil. Dos habitantes mais pobres, 75% são negros e recebem salários menores do que os brancos, afetando diretamente a qualidade de vida desta população.

Dados analisados pela Agência Pública explicitam o seguinte quadro, divulgado até o dia 6 de maio de 2020:

Quadro 1 – Relação entre população negra e branca e os casos de internação por Covid-19

	População Negra	População branca
Pacientes internados	1 morte de negro a cada 3	1 morte de branco a cada 4,4
Diferenças de Escolaridade	Pretos e pardos sem escolaridade morrem 4 vezes mais - 80,35%	Branco com nível superior morrem 4 vezes menos - 19,65%
Mesma escolaridade	Os negros morrem, em média, 37% a mais do que os brancos	-

Fonte: Pina, Fonseca e Ruiz (2020).

Já no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de número 39, referente à semana 48, do período de 22/11 a 28/11, apresentavam-se 62.244.181 brasileiros infectados pela Covid-19 (BRASIL, 2020b).

Quadro 2 - Comparativo de conformidades entre a população negra e branca

Conformidade	População Negra	População Branca
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	199.056	188.066
Óbitos por SRAG devido a Covid-19	72.190	59.276

Fonte: Brasil (2020b).

A partir desses índices, cabe questionar o conceito de “saúde”, definido pela Organização Mundial de Saúde (2020, p. 6) como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, que apresenta uma definição utópica para a realidade brasileira e, ainda mais, para a situação da população negra. Para pensar saúde, tanto física quanto mental, é preciso considerar os múltiplos fatores que a atravessam. Dentre esses fatores, pode-se citar: acesso aos direitos básicos, como moradia digna, educação de qualidade e saúde; condições de sobrevivência, como um emprego que possibilite o sustento próprio e da família; violação dos direitos humanos e suas implicações; discriminações e opressões, como racismo, LGBTfobia, machismo; rápidas mudanças sociais e econômicas, bem como crises políticas; espaço que o sujeito ocupa na sociedade e a forma como interage com essa.

Para contemplar a integralidade do ser humano, é imprescindível ampliar a discussão e trazer o conceito de saúde mental relacionando-o às questões que afetam a população negra. Entende-se como “saúde mental” a capacidade que o indivíduo tem de tomar decisões, de exercer sua autonomia perante sua organização interna e externa, de se relacionar social e afetivamente com outras pessoas e de lidar com emoções positivas e negativas, encontrando estratégias para vivenciá-las. Portanto, pensar saúde sem considerar os aspectos sociais, econômicos e políticos aos quais os sujeitos estão submetidos

é fazer uma análise superficial de uma realidade socialmente imposta, sobretudo à população negra.

Assim, para que se compreenda a situação que aflige os negros perante a Covid-19, o presente capítulo levanta aspectos estruturais referentes à Escolaridade e ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ao Histórico de Doenças da População Negra e ao Atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando que a realidade atual não é uma situação isolada, mas sim uma consequência de um processo histórico discriminatório e excludente que se mantém até hoje.

ESCOLARIDADE E IDH DA POPULAÇÃO NEGRA

As taxas de abandono escolar entre jovens pretos ou pardos entre 18 e 24 anos representava 28,8%, enquanto para as pessoas brancas de mesma faixa etária, na mesma situação social, era de 17,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Esses índices afetam diretamente a qualidade de vida, visto que o acesso ao trabalho qualificado fica mais distante do público negro, restringindo suas liberdades individuais, fazendo com que seu entorno seja desgastante, deficiente e produtor de doenças.

Em 2018, a população negra era responsável por 54,9% da força de trabalho no país. Porém, 47,3% dessas pessoas pretas ou pardas ocupadas estavam trabalhando no mercado informal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Entre os brancos, o percentual de informalidade era de 34,6%. Tal situação aponta para uma remuneração mais baixa: a população negra ganhava em média R\$ 934,00, enquanto a população branca ganhava quase o dobro no mesmo período, R\$ 1.846,00. A pobreza extrema (quando o indivíduo recebe menos de US\$1,90 por dia) atingia cerca de 8,8% dos

negros brasileiros, em comparação a 3,6% dos brancos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Todo esse quadro justifica o fato de que, pela necessidade de se manter no mercado de trabalho, seja formal ou informal, a população negra persiste na busca pela renda mensal, sem poder acompanhar as recomendações públicas de isolamento. Trabalhando em posições que agora são consideradas essenciais (porteiros, faxineiras, coletores de lixo, entregadores de alimentos, seguranças, dentre outras), colocam-se em risco e, por isso, estão mais suscetíveis a contrair a Covid-19.

Outro ponto que eleva as estatísticas de infectados é que, em função das casas serem em periferias, por vezes, com muitos moradores, se uma pessoa for infectada, não há como se manter em isolamento. Aumentam, assim, as taxas de contaminação familiar.

HISTÓRICO DE DOENÇAS DA POPULAÇÃO NEGRA

Além das questões de escolaridade e acesso ao mercado de trabalho, também é relevante considerar o histórico de doenças da população negra. De acordo com o documento apresentado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2013, existem patologias e agravos de saúde prevalentes que precisam ser considerados durante qualquer tipo de atendimento médico, principalmente no acompanhamento aos casos de Covid-19 (BRASIL, 2013).

Enfermidades geneticamente determinadas (anemia falciforme, deficiência de glicose), as adquiridas por condições de vida desfavoráveis (desnutrição, anemia ferropriva, IST/HIV/Aids, doenças psíquicas, estresse, tuberculose) ou, ainda, doenças de evolução agravadas (hipertensão arterial, diabetes, coronopatias, insuficiência renal crônica)

são potencialmente agravantes e podem contribuir para o óbito em casos de Covid-19 na população negra.

ATENDIMENTO NO SUS

A Constituição Federal de 1988 assumiu caráter de Constituição Cidadã e, a partir disso, passou a direcionar esforços na abrangência de serviços e atendimentos para toda a população de forma mais equitativa. Porém, deixou de considerar as particularidades de cada grupo e inviabilizou um atendimento mais qualificado especialmente para a população negra.

Na busca por equidade de direitos à saúde dos negros, foi instituída, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Portaria n° 992 de 13 de maio de 2009, que “reconhece o racismo como determinante social das condições de saúde” (BRASIL, 2009, on-line). Com isso, foram incorporados ao SUS atendimentos a doenças características da população negra, tais como anemia falciforme e diabetes tipo 2.

Apesar desses esforços de atendimento qualificado, ainda há déficits que precisam ser reavaliados e ajustados no que tange ao atendimento das pessoas pretas e pardas. Inclusive, na PNSIPN, a saúde mental da população negra é contemplada apenas no capítulo terceiro, quando se define como “estratégias de gestão”:

Fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei; [...] Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; [...]. (BRASIL, 2013, p. 28).

Compreende-se, portanto, que a política aborda o âmbito específico da saúde mental de forma superficial, uma vez que não aprofunda as diretrizes de cuidado à saúde mental, desvalorizando que os determinantes sociais aos quais a população negra está exposta trazem consequências muito específicas ao sofrimento psíquico.

Outro déficit aparece nas pesquisas realizadas por Chehuen Neto *et al.* (2015), com 391 negros moradores de Juiz de Fora/MG, nas quais 90% dos entrevistados relataram não ter conhecimento de uma política pública de saúde para a população negra. 54,9% afirmaram que existe discriminação no atendimento de saúde pública, e ainda, 14,4% dos entrevistados com menor escolaridade apontaram ter sofrido discriminação durante atendimentos médicos.

Apesar de ser um universo pequeno, reflete a realidade a que os negros são submetidos cotidianamente ao buscarem atendimentos de saúde. Precisam lidar com o racismo estrutural que faz com que tenham suas dores e demandas questionadas e julgadas. Segundo o filósofo camaronês Mbembe (2016), vivemos um fenômeno de “necropolítica” (termo criado em 2003), no qual os governos decidem quem vive e quem morre, e, normalmente, pessoas pretas, pobres e periféricas são os autorizados a morrer.

O descaso com o sofrimento e a crença de que são mais fortes e, por isso, “aguentam mais” também ficam implícitos durante processos de analgesia, de uso de medicações ou no atendimento durante os partos. Por falta de acompanhamento adequado, muitos casos se complicam, levando ao aumento dos óbitos, o que também se mantém durante o período de contaminação por Covid-19.

CONCLUSÃO

Os casos de Covid-19, que hoje acometem todo o povo brasileiro, em sua maioria, a população negra, apresentam reflexos de uma política estrutural de exclusão, na qual essas pessoas não são observadas e consideradas nas suas particularidades, ou seja, são invisíveis quanto aos aspectos de desenvolvimento político, econômico, social e ambiental.

Por mais que a população do Brasil seja majoritariamente negra, as políticas públicas ainda caminham a passos lentos no que concerne a colocar em prática a ideia de que “somos iguais perante a lei” e que, por isso, merecemos todos tratamento igualitário em todos os aspectos, inclusive nos atendimentos de cuidado e manutenção da saúde.

Ter tantos negros mortos por Covid-19 acende a bandeira de que ainda há uma necessidade premente de mudar as estruturas nos atendimentos de saúde, que precisa ocorrer desde a formação das equipes médicas, para que compreendam que o corpo negro não é mais forte e menos sensível à dor, que esse corpo negro precisa de tanto cuidado e atendimento adequado quanto um corpo branco e que um olhar afetivo e uma escuta empática podem ajudar na cura e evitar o desenvolvimento de males psicológicos que piorem a situação dos doentes.

Não é só de máscaras e isolamento que a população negra precisa para se proteger contra a Covid-19. Ela precisa de uma mudança social, política, econômica e estrutural, que a enxergue como cidadãos dotados de direitos. Só a partir disso, pode-se lutar de forma igualitária contra essa e outras tantas outras doenças que vêm a acometer o povo negro.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 21**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020a. 59 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial 39**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020b. 64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Educação, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009**. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, 2009.
- BRASIL. Todos pela Educação. **Anuário Brasileiro da Educação Básica 2019**. São Paulo: Editora Moderna, 2019.

CHEHUEN NETO, J. A.; FONSECA, G. M.; BRUN, I. V. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores: 2018**. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua - PNDA Contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores: 2019**. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua - PNDA Contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Artes e Ensaios**, n. 32., p. 123-515, dez. 2016.

NÚCLEO DE OPERAÇÕES E INTELIGÊNCIA EM SAÚDE (NOIS). **NOTA TÉCNICA 11 – 27/05/2020**: Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. 12 p. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

PINA, R., FONSECA, B., MUNIZ, B. Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil. **Agência Pública**, [s. l.], 6 maio 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil>. Acesso em: 1º jul. 2020.

SANTOS, M. P. A.; NERY, J. S.; GOES, E. F. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents: forty-ninth edition** (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO, 2020.

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A SITUAÇÃO DE PANDEMIA PELA COVID-19

Anna Júlia Zanella Machado Carrion

Helena Fuchs

Gabriela Brito Pires

Clarissa De Antoni

A violência pode ser definida como o uso intencional da força ou do poder, efetivamente ou em forma de ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem probabilidade de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). É um fenômeno multidirecional, multicausal e complexo.

Quando analisado especificamente o fenômeno da violência contra a mulher, a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher a define como “qualquer ato de violência de gênero que causa, ou pode causar, dano físico, sexual ou mental ou sofrimento à mulher, incluindo a ameaça de tais atos, coerção ou

privação arbitrária da liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015, p. 1). Além disso, é fruto das desiguais manifestações de poder atribuídas a homens e mulheres, sendo uma das mais profundas expressões da desigualdade de gênero (UNITED NATIONS, 1993).

Em situações de crise, mundiais ou regionais, o índice de violência contra a mulher tende a aumentar (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015). Estudos indicam, também, que essa elevação pode se estender por vários meses até um ano após a catástrofe (CAMPBELL, 2020). Esse fenômeno já está sendo observado no contexto em que estamos vivendo (ROESCH *et al.*, 2020).

A pandemia obrigou a maioria dos países a adotarem o isolamento social como medida para reduzir os casos da doença e não haver superlotação nos hospitais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). Na província de Hubei, na China, onde a doença se originou, foi registrado o triplo de denúncias de violência por parceiros íntimos à polícia comparadas ao ano anterior, sendo 90% delas, de acordo com as estatísticas, relacionadas ao isolamento social (GRAHAM-HARRISON *et al.*, 2020). No Brasil, isso vem sendo notado também desde o início do período de distanciamento: consoante dados do Ligue 180, houve aumento de quase 9% no número de ligações para o canal que recebe denúncias de violência contra a mulher no mês de março de 2020 (BRASIL 2020b). O número de registros de Boletins de Ocorrência, que geralmente exigem a presença da vítima, apresentou queda, enquanto os números de feminicídio apresentaram crescimento (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020), o que indica aumento da violência conjugal (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Alguns fatores que podem estar associados a esse cenário são a paralisação de muitos serviços durante esse período, o contato constante com o

agressor (o que dificulta a possibilidade da denúncia efetiva) e o medo de comparecer a algum órgão público e acabar contraindo Covid-19 (OKABAYASHI *et al.*, 2020).

Em função das medidas de isolamento social, o ambiente doméstico pode se tornar, para muitas mulheres, um local de maior vulnerabilidade e risco. A necessidade de ficar em casa por maiores períodos implica maior convivência com o parceiro agressor, fato esse que reduz as possibilidades para a realização da denúncia com segurança – por medo de realizar devido à proximidade do parceiro. Somado a isso, questões como a incerteza sobre o futuro, instabilidade financeira e ameaça de desemprego – fruto da iminência da redução da renda devido aos impactos na economia –, sobrecarga feminina, desigual divisão de tarefas e o convívio prolongado em habitações precárias e/ou com pouco espaço intensificam situações de estresse e instabilidade emocional, favorecendo, então, o tensionamento nas relações (MARQUES *et al.*, 2020). Estressores psicológicos e financeiros, potencializados pelo cenário da atual pandemia, associados ao isolamento, corroboram mecanismos negativos de enfrentamento, como o abuso de substâncias, que favorecem a ocorrência de violência (USHER *et al.*, 2020).

Para adultos e crianças que vivenciam situações de violência familiar, a casa geralmente corresponde ao local onde ocorrem os abusos físicos, psicológicos e sexuais. As medidas de isolamento concedem maior liberdade a parceiros agressivos devido ao distanciamento de familiares e amigos e à concepção de que o que acontece dentro dos lares das pessoas ocorre a “portas fechadas” (BRADBURY-JONES; ISHAM, 2020).

Além da rede de apoio social e afetiva, a rede de serviços também é impactada com a atual pandemia, tendo em vista a redução do acesso a serviços de apoio às vítimas somada a uma menor procura em função do receio do contágio (VIEIRA; GARCIA; MACIEL,

2020). Os serviços de segurança (polícia) e de saúde, geralmente, são a porta de entrada das mulheres em situação de violência para a rede, de maneira que a sobrecarga do sistema de saúde, na atual situação de emergência, compromete a capacidade de detectar situações de violência (RUIZ PÉREZ; PASTOR-MORENO, 2020). Como os serviços de saúde, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, encontram-se reduzidos, as mulheres em situação de violência têm menos possibilidades de receber auxílio e referência desse setor (ROESCH *et al.*, 2020). Além disso, há redução das intervenções policiais e menor acesso ao sistema de justiça, fatores que dificultam a realização de denúncia e contribuem para a impunidade do agressor (TELLES *et al.*, 2020). Sendo assim, os impactos da pandemia e, conseqüentemente, das medidas de isolamento social geradas nas redes de serviços e nas redes de apoio social das mulheres podem intensificar a violência por parceiros íntimos.

Algumas das repercussões da violência contra a mulher consistem em maior probabilidade de suicídio, transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV, gravidez indesejada, distúrbios sexuais e reprodutivos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015), danos físicos e transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), fibromialgia, problemas gastrointestinais, infecções urinárias de repetição (BARUFALDI *et al.*, 2017 *apud* OKABAYASHI *et al.*, 2020). Outra questão observada é o aumento do feminicídio, que é uma preocupação durante o isolamento social, devido ao aumento da venda de armas de fogo e munição nos últimos meses nos Estados Unidos (CAMPBELL, 2020) e às políticas de armamento aprovadas no Brasil recentemente.

Por fim, os filhos do casal que vivenciam essas agressões de perto podem ser afetados de forma severa, o que pode se intensificar mais ainda no contexto da pandemia, pois, com escolas e creches

fechadas, as crianças tendem a ficar muito mais expostas a situações de violência (VAN GELDER *et al.*, 2020). Os efeitos desse ambiente hostil na infância podem se estender até a vida adulta e pautar relações sociais e familiares futuras (MAZZA *et al.*, 2020). Elas podem se tornar inseguras, agressivas e reclusas socialmente, vir a ter doenças físicas e/ou transtornos mentais, a fazer uso abusivo de substâncias e a perpetuar esse tipo de padrão comportamental com seus parceiros e seus amigos (ROSEBOOM, 2020).

Tendo em vista a complexidade do fenômeno da violência contra a mulher, seu provável agravamento frente ao isolamento social imposto e seus impactos futuros, torna-se necessário avaliar e refletir sobre as medidas que devem ser ou que já estão sendo tomadas para tentar mitigar os impactos dessa violência. A Organização Mundial da Saúde (2020) estabelece algumas recomendações, dentre elas, a necessidade de disponibilizar recursos essenciais para mulheres em situação de violência, tornando-os acessíveis em meio ao cenário de distanciamento social.

Segundo Roesch *et al.* (2020), governos devem incluir, em seus planos de resposta à Covid-19, tais serviços, fornecendo recursos para sua efetivação e eficácia. No Brasil, nesse sentido, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos viabilizou plataformas digitais de atendimento da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, visando a manter presente uma rede de apoio, mesmo com a redução dos serviços presenciais (OKABAYASHI *et al.*, 2020). O aplicativo Direitos Humanos BR, nova plataforma digital do Disque 100 e do Ligue 180, amplia o acesso a esses serviços, consistindo em mais um canal para o registro de denúncias, compondo, então, o rol de ações de enfrentamento à Covid-19 (BRASIL, 2020c). Além disso, foram elaborados projetos de lei, como o PL.1796/2020 e o PL 1.798/2020, que buscam proteger e possibilitar maior segurança para essas mulheres (BRASIL, 2020 *apud* OKABAYASHI *et al.*, 2020).

Alguns países adotaram medidas que visam a estabelecer uma rede de suporte para as mulheres em situação de violência. Os governos italiano e francês passaram a ceder quartos de hotéis para fornecer abrigo ao crescente número de pessoas que fugiam de situações de abuso (USHER *et al.*, 2020). O Secretário Geral das Nações Unidas António Guterres afirmou sobre a necessidade de os países adotarem sistemas de alerta de emergência para pessoas que vivenciam situações de violência doméstica e familiar e a prioridade de fornecer suporte para tais indivíduos (USHER *et al.*, 2020). Isso já pode ser observado na Espanha e na França, onde se estabeleceu um sistema de alerta acionado através de palavras-chave que indicam que a pessoa/mulher se encontra em perigo e necessita de ajuda (USHER *et al.*, 2020). Em Porto Alegre, por exemplo, as mulheres que procuram as farmácias e informam que querem “comprar máscara roxa”, código utilizado, são acolhidas pelos atendentes, que foram capacitados para coletar dados dessa mulher e acionar a Polícia Civil, se for o caso.

A conscientização de membros da comunidade a respeito do maior risco de violência contra a mulher, da importância de manter contato e de oferecer apoio e auxílio também se mostra necessária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020), para que vizinhos que suspeitem ou saibam de casos de violência possam realizar a denúncia e oferecer amparo. Outra ação que visa à conscientização sobre esse fenômeno é a desenvolvida pelo Projeto de Extensão Universitária da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) denominado “Farfalle: Espaços de Reflexão sobre as violências”. As extensionistas elaboram materiais instrucionais semanais que estão sendo publicados nas redes sociais em forma de *cards* e *stories* e podem ser conferidos no Facebook Projeto Farfalle-UFCSPA e no Instagram @farfalle.ufcspa.

Portanto, observa-se que diversas ações estão sendo implementadas para amenizar o impacto da pandemia nas rotinas

familiares. A violência contra a mulher também é foco dessas ações. A sociedade como um todo não permite mais esse tipo de violência, e é de responsabilidade não somente da mulher, mas de todos a denúncia dos casos.

REFERÊNCIAS

BRADBURY-JONES, C.; ISHAM, L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 13-14, p. 2047-2049, 2020.

BRASIL. **Coronavírus**: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. **App Direitos Humanos Brasil já está disponível para iOS**. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/app-direitos-humanos-brasil-ja-esta-disponivel-para-ios>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. **Sobre a doença**: COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 26 jun. 2020.

CAMPBELL, A. M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: strengthening community collaborations to save lives. **Forensic Science International**, v. 2, p. 100089, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Violência Doméstica e Familiar na COVID-19**. Manguinhos: Fiocruz, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência Doméstica durante a Pandemia de COVID-19**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

GRAHAM-HARRISON, E.; GIUFFRIDA, A.; SMITH, H.; FORD, L. Lockdowns around the world bring rise in domestic violence. **The Guardian**, Londres, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>. Acesso em: 23 jun. 2020.

MARQUES, E. S.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; DESLANDES, S. F.; REICHENHEIM, M. E. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020.

MAZZA, M.; MARANO, G.; LAI, C.; JARINI, L.; SANI, G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. **Psychiatry Research**, v. 289, p. 113046, 2020.

OKABAYASHI, N. Y. T.; TASSARA, I. G.; CASACA, M. C. G.; FALCÃO, A. A. DE; BELLINI, M. Z. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil: impacto do isolamento social pela COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 4511-4531, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **COVID-19 e a violência contra a mulher**: o que o setor/sistema de saúde pode fazer. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52016/OPASBRACOV1920042_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência contra a mulher**: estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher. Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 23 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa**: COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 26 jun. 2020.

ROESCH, E.; AMIN, A.; GUPTA, J.; GARCÍA-MORENO, C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *British Medical Journal*, v. 369, p. m1712, 2020.

ROSEBOOM, T. Violence against women in the covid-19 pandemic: we need upstream approaches to break the intergenerational cycle. **British Medical Journal**, v. 369, p. m2327, 2020.

RUIZ-PÉREZ, I.; PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de laviolencia de género durante la pandemia de COVID-19. **GacetaSanitaria**, v. 35, n. 4, p. 389-394, abr. 2020.

TELLES, L.; VALENÇA, A.; BARROS, A.; SILVA, A. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. **Brazilian Journal of Psychiatry**, jun. 2020.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. Nova York: United Nations, 1993. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104. Acesso em: 25 jun. 2020.

USHER, K.; BHULLAR, N.; DURKIN, J.; GYAMFI, N.; JACKSON, D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, n. 4, p. 549-552, 2020.

VAN GELDER, N.; PETERMAN, A.; POTTS, A.; O'DONELL, M.; THOMPSON, K.; SHAH, N.; OERTELT-PRIGIONE. COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. **The Lancet**, v. 21, p. 100348, 2020.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200033, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health: summary**. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 and violence against women: what the health sector/system can do**. Genebra: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331699>. Acesso em: 23 jun. 2020.

RELAÇÕES DE GÊNERO EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM BREVE ENSAIO

Alexandre do Nascimento Almeida

Débora Fernandes Coelho

A pandemia da Covid-19 trouxe muitas mudanças cotidianas em função da recomendação de isolamento social, no qual a necessidade de as pessoas ficarem em suas casas tem sido o tempo todo reforçada como uma das medidas para conter a propagação do vírus. Esse isolamento, contudo, não acontece em um vácuo social. Nem todas as pessoas vivenciam a possibilidade de exercer seu trabalho de maneira remota, levando em consideração o tipo de serviço que prestam e o acesso a tecnologias digitais que permitam o exercício do trabalho em casa, entre outros aspectos. Podemos dizer que vários fatores corroboram a desigualdade de acesso à tecnologia e de condições de trabalho, desde a escolarização necessária para o exercício de algumas profissões até a divisão de tarefas consideradas “adequadas” para mulheres e homens, tanto no âmbito privado quanto no público.

Neste capítulo, propomos uma breve reflexão em torno das relações de gênero no contexto desta pandemia. Para tanto, partimos

da compreensão de gênero como uma construção social e cultural, na qual a diferença percebida sobre os ditos corpos biológicos gera uma visão (muitas vezes estereotipada) sobre o que é adequado a mulheres e homens, numa ótica binária em que a oposição entre essas duas possibilidades de existência parece ser a única lógica possível de vivermos. Scott (1995), em seu texto clássico sobre a importância de entendermos gênero como uma categoria útil de análise, nos convidou a pensar sobre como essas diferenças são produzidas no interior de uma cultura, num processo histórico que agrega a categorias naturalmente vazias uma série de crenças que moldam a maneira como percebemos os corpos biológicos. Nesse sentido, os comportamentos considerados socialmente adequados para mulheres – como o “natural” desejo de serem mães e exercerem o cuidado com filhas e filhos, por exemplo – tornam visível o processo de generificação dos corpos, criando uma falsa crença de que a natureza seria responsável pela construção da diferença entre feminino e masculino. A autora pontua, ainda, que todas as relações de gênero são permeadas pelo exercício do poder.

O impacto do texto de Scott (1995) no campo dos estudos de gênero foi gerado por algumas características que devem ser levadas em conta ainda hoje, tanto no ativismo social como na produção acadêmica. Destacaremos aqui dois aspectos. Primeiro, é importante pensarmos as relações de gênero nas quais mulheres e homens se inserem em uma cultura. Assim, ser mulher não assume significado único (bem como ser homem) para todas as pessoas que se reconhecem nessa vivência de gênero. Ainda que possamos considerar como semelhantes as formas de opressão que as mulheres sofrem no âmbito de uma sociedade sexista, é preciso reconhecer que as experiências dessas mulheres são marcadas por outros construtos sociais, tais como raça e classe social. Para Scott (1995), gênero não está isolado dessas construções. Isso nos permite entender que a luta pela entrada no mercado de trabalho pode ter sido

uma pauta feminista nem sempre prioritária para mulheres negras, as quais já exerciam atividades profissionais não raramente associadas a baixa remuneração e ao cuidado de crianças de famílias não negras, por exemplo. Para essas mulheres, a luta era por condições de trabalho mais dignas, que não reforçassem ainda mais desigualdades sociais sofridas em várias instâncias de seu cotidiano. Então, “ser mulher” (assim como “ser homem”) não possui significado intrínseco único ou natural, mas sim está marcado pela interação de vivências distintas de gênero, raça e classe social (entre outros fatores, como idade e escolarização). Daí se desdobra a segunda contribuição do texto de Scott (1995) que gostaríamos de pontuar aqui: a oposição binária entre feminino e masculino, como se mulheres e homens pudessem ser considerados como grupos coesos internamente ao mesmo passo que diferentes entre si.

É importante, então, pensarmos nas possibilidades de vivências de gênero plurais, ainda no escopo dessa suposta binaridade. Passamos a perceber que diferentes feminilidades e masculinidades podem ser exercidas no interior de uma cultura e que, embora desafiadora, a mudança necessária em direção à igualdade de gênero é ainda uma pauta de luta constante. Modificar o pensamento de meninos e homens em relação à visão sexista de que os corpos femininos estão sujeitos ao assédio e a outras formas de violência deveria ser um compromisso assumido em diferentes instâncias sociais. Fazer com que homens percebam que vivenciam uma masculinidade tóxica para si mesmos e para as mulheres com quem convivem pode ser um dos primeiros passos para romper o ciclo de violência instaurado na ordem de gênero. Connell (2016), em uma de suas produções mais recentes, nos convida a pensar em ações concretas para desconstruir a lógica patriarcal, na qual uma masculinidade hegemônica (muitas vezes global, com associação a características como força, heterossexualidade e poder econômico) exerce uma dominação sobre as feminilidades, bem como sobre outras masculinidades subalternas (como a homossexual, por exemplo).

Aqui podemos trazer à discussão o que pode ter sido potencializado no contexto da pandemia que vivemos. Para algumas famílias, a necessidade de isolamento social apenas exacerbou as desigualdades entre mulheres e homens em relação ao trabalho, tanto no âmbito público como no privado (o qual envolve, além das tarefas de cuidado com a casa, o cuidado com filhas e filhos). Sobre o primeiro aspecto, alguns estudos registram a desigualdade que a pandemia gerou no mercado de trabalho em termos de gênero. Podemos citar, à guisa de exemplo, o boletim do Observatório Mercado de Trabalho do Nordeste e Covid-19 (BRITO, 2020), segundo o qual a taxa de desemprego entre as mulheres cresceu o dobro em relação à entre os homens no período de maio a setembro de 2020 na região. Isso pode ser explicado pela natureza da ocupação à qual as mulheres comumente se dedicam e pelo fato de assumirem as tarefas relacionadas ao trabalho doméstico e ao cuidado de crianças, tarefa agravada pelo fechamento de escolas e creches. Em termos de análise do panorama econômico do país na pandemia, pesquisas têm demonstrado que a pandemia “tem gênero”, isto é, afeta de maneira mais difícil as mulheres, pois essas estão empregadas em serviços mais expostos a riscos econômicos – tais como atividades exercidas em comércio, alojamento e alimentação – e de saúde, em especial em serviços públicos nas áreas da educação e da saúde (FERRAZ, 2020).

A pandemia afetou também a já delicada relação entre o público (“a rua”) e o privado (“a casa”). Embora mulheres e homens possam compartilhar o espaço privado para o exercício do trabalho, para exercer aquilo que se tornou conhecido como “*home office*”, alguns estudos apontam que “não resta dúvida” a quem cabe a obrigação de serviços tidos como domésticos, tais como lavar louça, limpar a casa e cuidar de filhos e filhas (LOYOLA, 2020). Em outras palavras, tem-se reforçado o cenário de que cabe às mulheres essa dimensão, uma vez que a socialização masculina, numa ótica cis-heteronormativa,

reforça uma abjeção de homens a práticas de cuidado de outras pessoas bem como de si mesmos (MEDRADO *et al.*, 2021). A desigualdade em relação ao cuidado se reflete também na guarda compartilhada, a qual – longe de ser um modelo equânime em relação a parentalidade e gênero – se insere em uma ordem patriarcal de dominação masculina centrada em estruturas opressoras às mulheres, cenário que piorou durante a pandemia (MARTINS; OSTERNE, 2021). Nesse sentido, um modelo de parentalidade concebido para promover a equidade no cuidado não pode ser entendido fora do contexto cultural, social e histórico no qual se situa: há, ainda, um processo de generificação que associa às mulheres funções afetivas e aos homens o papel de provedor.

A reflexão sobre o impacto da pandemia sobre mulheres e homens em relação a aspectos como emprego, saúde e convivência familiar, os quais agravam a desigualdade de gênero, tem sido pauta de discussão no âmbito judiciário, entre outros contextos.¹ Diferentes observatórios têm registrado o aumento da violência exercida sobre as mulheres por seus parceiros, o que é preocupante em um país como o Brasil, em que o feminicídio faz, infelizmente, cada vez mais vítimas. Mesmo no cenário internacional, esse fenômeno tem sido discutido: mulheres e crianças inseridas em contextos de relacionamento abusivo se encontram em situação de maior vulnerabilidade, uma vez que, junto à redução do acesso a necessidades básicas, há a redução de acesso às redes sociais de proteção, o que leva ao aumento do estresse no lar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Em estudo realizado na cidade de São Paulo, por meio de entrevistas com profissionais que atuam na linha de frente no combate à violência contra a mulher, foi registrado o aumento da vulnerabilidade social de mulheres vítimas de violência durante a pandemia, o que levou à necessidade de mudança do serviço

¹ Conforme <https://www.anamatra.org.br/imprensa/noticias/30071-pandemia-agrava-desigualdade-de-genero-aponta-presidente-da-anamatra>. Acesso em: 10 ago. 2020.

em relação aos protocolos de atendimento de forma a não interromper a assistência prestada (CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020). Entre as mudanças necessárias, as autoras destacam a necessidade de continuar o acolhimento presencial às mulheres, mantendo o distanciamento físico, e da testagem de atendimento remoto, o qual teria certa limitação devido ao acesso às tecnologias necessárias. Mais do que programas que garantam renda básica a pessoas afetadas pela pandemia em termos de trabalho e renda, faz-se necessária a adoção de ações programáticas que busquem diminuir a violência gerada pela desigualdade de gênero, muitas vezes reforçada por discursos sexistas de governantes que naturalizam o cenário de violência ao qual as mulheres são submetidas cotidianamente.

Muitas iniciativas, durante a pandemia, procuram conter a escalada da violência contra a mulher. Dentre elas, o Comitê Gaúcho Impulsor do Movimento HeForShe, iniciativa da ONU Mulheres que fomenta diversas ações de incorporação dos homens no combate à violência patriarcal, lançou a Campanha Máscara Roxa. A campanha foi motivada por dados alarmantes: segundo a Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul, somente em abril de 2020, o aumento do feminicídio foi de 66,7% em relação ao mês anterior.² A ação proposta pelo comitê permite que mulheres vítimas de violência possam fazer uma denúncia em farmácias que aderiram ao movimento ao solicitarem a atendentes uma máscara roxa, solicitação que é entendida como um pedido de ajuda. A Farmácia Amiga das Mulheres, como é chamado o estabelecimento que se juntou à campanha, assume o compromisso de encaminhar a denúncia à Polícia Civil a partir das informações coletadas durante o atendimento. Além dessa iniciativa criada como resposta ao aumento da violência durante a pandemia, o

² Conforme <https://www.trt4.jus.br/portais/trt4/modulos/noticias/319266>. Acesso em: 10 ago. 2020.

comitê promove frequentemente debates sobre masculinidades para despertar nos homens a importância da desconstrução da ótica sexista (presente em uma sociedade heteronormativa) que agrava o quadro de desigualdade vivido por muitas mulheres.

Como romper com este ciclo de violência patriarcal? Seria possível educar meninas e meninos de maneira a evitar o reforço de uma existência sexista? Como fazer com que as próprias mulheres percebam a importância de não reforçarem, no cuidado a crianças, supostas diferenças naturais entre os gêneros que levam à desigualdade? O feminismo, dessa forma, se apresenta como uma pauta para “todo mundo”, na qual o protagonismo das mulheres é essencial para a construção de uma sociedade mais justa, em que não sejam oprimidas pelos homens nem reforçada uma visão estereotipada de si mesmas. Romper com a violência patriarcal, portanto, é fundamental: para hooks (2018), voz importante do feminismo negro contemporâneo, os homens devem ser conquistados como aliados na luta contra a violência, ao mesmo tempo em que as próprias mulheres precisam perceber como romper o ciclo de violência na criação de filhas e filhos, de forma a não reforçar os estereótipos que as colocam em situação de vulnerabilidade.

Gostaríamos de propor uma reflexão final sobre a necessidade de pensarmos em possibilidades de existência que transcendam à oposição binária entre mulheres e homens. Nas palavras de Scott (1995), essas são categorias ao mesmo tempo vazias (não há significado intrínseco natural) e abundantes (os significados transbordam no interior de uma cultura). É preciso entender o texto seminal da autora na época em que foi produzido, em que havia uma preocupação feminista de luta pela igualdade entre os gêneros. Contudo, feminino e masculino não são construções associadas apenas a um corpo biológico generificado como tal. Isso nos permite entender as vivências de pessoas que constroem identidades de gênero diferentes daquelas que lhes foram atribuídas no nascimento. Connell (2016) defende a importância do reconhecimento

das mulheres trans como parte do movimento feminista, postura nem sempre compactuada pelas diferentes vertentes do que precisa ser entendido como um movimento plural, cujas pautas são marcadas pelas singularidades vivenciadas pelas pessoas. Para o entendimento da violência direcionada a corpos trans, precisamos entender a tentativa recorrente de se manter uma suposta congruência entre corpo biológico, gênero e orientação sexual, reforçando a heterossexualidade como a norma desejável, a partir da qual outras vivências de gênero e sexualidade são entendidas como desviantes e, não raramente, patologizadas no campo biomédico. Associada a essa patologização da transexualidade, é preciso trazer à tona o quadro cada vez mais alarmante da transfobia no Brasil.

Segundo a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), a pandemia acentuou a vulnerabilidade de pessoas trans, em especial daquelas com pouco acesso a empregos formais e com atividades associadas a profissões estigmatizadas como a prostituição. Aliada à falta de representatividade dessa população na mídia, em espaços institucionalizados como escolas ou na política, a estigmatização dos corpos trans aumenta a violência transfóbica de forma a consolidar o Brasil como o país que mais mata pessoas trans no mundo. Quando a presença de um homem trans em uma propaganda de uma empresa de cosméticos direcionada ao dia dos pais gera uma campanha em redes sociais liderada por setores neoconservadores (os quais procuram se legitimar com um discurso de que a natureza – ou uma entidade espiritual superior – nos fez apenas mulheres ou homens), podemos perceber como a cis-heteronormatividade se materializa no cotidiano. Isso reforça a importância de nos aliarmos a pessoas cujas experiências de vida são diferentes das nossas: mais do que entendermos, é preciso nos unirmos no enfrentamento a toda forma de violência que nos reduz a pensar que podemos viver somente em um dos polos da oposição binária mulher/homem.

Em estudo que buscou identificar as vulnerabilidades que afetam a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, *queer*, intersexo, assexuais e outras identidades) durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, chegou-se ao entendimento de que a vulnerabilidade e a invisibilidade às quais essa população é submetida se assemelham ao que acontece em outros países (MIRANDA, GRANGEÃO; MONTENEGRO, 2020). Ao analisarem os dados produzidos por três coletivos nacionais e internacionais (como a ANTRA), os autores apontam que a pandemia desvelou a triste realidade na qual há vidas que merecem ser preservadas e outras que parecem ser descartáveis. Nesse sentido, pessoas cujas identidades de gênero e sexualidades não se conformam à matriz cis-heteronormativa sofrem piora na saúde mental, afastamento da rede de apoio e falta de fonte de renda. Essa situação é especialmente agravada em governos neoconservadores (como é o caso do Brasil), em que a agenda de redução das vulnerabilidades geradas por questões de gênero e sexualidade não tem sido prioridade. A resposta a esse quadro agravante, segundo os autores, tem partido do próprio movimento social, o qual se organiza para oferecer atendimento psicológico gratuito via videoconferência, arrecadação de alimentos, concessão de bolsas de estudo e identificação de lares de acolhimento (dentre outras ações), de forma a minimizar o impacto do descaso estatal em resolver as desigualdades sociais da população LGBTQIA+. Em meio à pandemia, faz-se necessário buscar respostas em relação ao que é possível fazer diante de um governo hostil aos movimentos sociais e aos direitos humanos perpassados por questões de gênero e sexualidade, no enfrentamento àquilo que se pode chamar de institucionalização da desigualdade (BARRETO, 2020; SANTOS; OLIVEIRA; OLIVEIRA-CARDOSO, 2020).

A diferença faz parte da diversidade de ser quem somos. Quando essas diferenças provocam desigualdades, precisamos nos

preocupar em reduzir as situações que geram vulnerabilidades que violam direitos humanos, como o direito à vida, à saúde, à moradia ou à educação. O que nos torna diferentes não pode ser motivo para nos tornarmos vítimas da violência patriarcal, de homofobia ou transfobia. É preciso, pois, entender a interseccionalidade de gênero (AKOTIRENE, 2018) com outros construtos sociais como raça e classe social, o que pode aumentar a possibilidade de que algumas pessoas, embora compartilhando algumas similaridades com seus “pares”, estejam mais suscetíveis ao sofrimento, à falta de emprego, à dificuldade de escolarização, à abjeção de seus corpos ou, ainda, à associação de seus corpos (na verdade, de sua existência) a uma suposta anormalidade. Os marcadores sociais de gênero, raça e classe estão entre os fatores que geram maior vulnerabilidade durante a pandemia (ESTRELA *et al.*, 2020), o que revela a necessidade de políticas efetivas que visem à redução das desigualdades não somente durante esse período. Isso significa atender a necessidades geradas pela intersecção gênero, raça e classe no que diz respeito a saúde, educação, trabalho e moradia. Pesquisas que abordam essa interseccionalidade são, contudo, ainda escassas, apesar das evidências de que esses marcadores sociais, entrecruzados, aumentam o risco de doenças, morte e outros danos associados (GARCIA, 2020).

A pandemia da Covid-19 provocou grande mudança no comportamento das pessoas ao redor do mundo. Porém, é preciso olhar localmente para pensar globalmente. Em um país em que o Estado foge da laicidade constitucional ao reforçar, em políticas governamentais, a crença de que “meninas vestem rosa” e “meninos vestem azul” e o combate a uma suposta ideologia de gênero, precisamos nos unir no mais concreto “ninguém solta a mão de ninguém”. Por mais que pareça pouco o que podemos fazer, um simples gesto solidário, ao publicizar uma campanha que discute a violência contra a mulher, ou ao defender a visibilidade de corpos não binários como possibilidade de existência,

pode fazer a diferença na vida das pessoas para quem o coronavírus apenas agregou mais dificuldades àquelas que sempre enfrentaram. É preciso resistir. É preciso existir.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BARRETO, B. S. Subcidadania LGBTQe e proteção social na pandemia de COVID-19. **Revista do NESEF**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 32-50, 2020.

BRITO, D. J. M. A pandemia da Covid-19 amplia as desigualdades de gênero já existentes no mercado de trabalho brasileiro? **Boletim GeTrab**, Salvador, n. 3, p. 1-6, 2020.

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-COV-2/COVID-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 32, e020015, 2020.

CONNELL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016.

ESTRELA, F. M.; SOARES, C. F. S.; CRUZ, M. A. *et al.* Pandemia da COVID 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

FERRAZ, T. COVID-19 e perspectivas sobre desigualdade de gênero. **Informações Fipe**, São Paulo, n. 479, p. 52-55, 2020.

GARCIA, L. P. Dimensões de sexo, gênero e raça na pesquisa sobre COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 1-2, 2020.

hooks, b. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

LOYOLA, M. A. COVID-19: uma agenda de pesquisa em torno das questões de gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-7, 2020.

MARTINS, L. H. C.; OSTERNE, M. S. F. COVID-19, parentalidade equânime e igualdade de gênero: um debate em termos. **Conhecer: Debate entre o Público e o Privado**, Fortaleza, v. 11, n. 26, p. 93-112, 2021.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; NASCIMENTO, M. *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 179-183, 2021.

MIRANDA, M. H. G.; GRANGEÃO, F. N.; MONTENEGRO, F. F. P. A. A pandemia do COVID-19 e o descortinamento das vulnerabilidades da população LGBTQI+ brasileira. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 102-119, 2020.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, W. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, É. A. Inconfidências de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 32, e020018, 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender and COVID-19**: advocacy brief. Genebra: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332080>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE COVID-19

*Francisco Scornavacca
André Moura Kohmann*

A Covid-19 foi identificada em dezembro de 2019 na província de Wuhan na China. Ela rapidamente se espalhou pelo mundo, tendo tido o primeiro caso identificado no Brasil em fevereiro de 2020 (BAGHCHECHI *et al.*, 2020; BRASIL, 2020). Repentinamente, implantaram-se as medidas de isolamento social, uso de máscaras, luvas etc. (BAGHCHECHI *et al.*, 2020).

A Covid-19 tem impactado a sociedade de maneira profunda. Os campos sociais, econômicos e da saúde mental foram severamente afetados. Em um estudo conduzido no início da pandemia na China, com 1.210 entrevistados de 194 cidades, 53,8% deles consideraram o impacto psicológico do surto de Covid-19 como moderado ou grave; 16,5% apresentavam sintomas depressivos moderados a graves; 28,8% apresentaram sintomas de ansiedade moderados a graves; e 8,1% apresentavam níveis de estresse moderados a graves (BROOKS *et al.*,

2020). Esse estudo nos dá um panorama do impacto da pandemia. O impacto dessa nova realidade parece ser maior em pessoas jovens e com menor grau instrução (IMRAN; ZESHAN; PERVAIZ, 2020). Os adolescentes e as crianças, nesse contexto, são considerados população de risco para esses sintomas (BAGHCHECHI *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020). Semelhantemente a adultos, as crianças e os adolescentes não estão alheios aos efeitos psicológicos da presente pandemia, pois experienciam medos, incertezas, mudanças drásticas de rotina na vida de suas famílias e isolamento físico e social em conjunto ao estresse pelo qual seus pais ou cuidadores igualmente passam (IMRAN; ZESHAN; PERVAIZ, 2020). A redução nas oportunidades de minimizar o estresse também é fonte de preocupação (FEGERT *et al.*, 2020). É importante ressaltar que até mesmo a atividade dos serviços de proteção à criança, exercida pelas agências de assistência à juventude, pode ter sido parcial ou inteiramente interrompida neste momento (FEGERT; BERTHOLD; KÖLCH, 2020).

As famílias foram obrigadas a se reorganizar, seja pela diminuição de seu rendimento médio, seja pela instituição do “*home office*”, ou pelo “*home schooling*”, seja pelas medidas de isolamento para evitar a rápida propagação do vírus (FEGERT *et al.*, 2020). As crianças e os adolescentes estão aprendendo a lidar com uma nova realidade e, mesmo que a probabilidade de complicações mais graves da Covid-19 para essa faixa etária seja menor, o fato de que uma gama de doenças psiquiátricas tem início na infância e na adolescência torna premente a necessidade de valorizar cuidados à saúde mental de crianças e adolescentes (GOLBERSTEIN; WEN; MILLER, 2020).

As pandemias se comportam em três fases distintas, cada uma com seu aspecto psicológico diferenciado (FEGERT *et al.*, 2020). A primeira fase consiste na rápida propagação dos casos; a segunda, também chamada “fase de pico”, consiste nas maiores taxas de contaminação, seguida de uma fase de platô e de estabilização

dos casos; e a terceira fase consiste na recuperação da pandemia (FEGERT *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Principalmente nas duas primeiras fases de acometimento da pandemia, notamos diminuição dos espaços físicos de convívio social, como escolas e parques, devido à restrição de movimento e ao isolamento, necessários para minimizar o pico de evolução da doença (FLAXMAN *et al.*, 2020). A nova rotina das famílias, o medo da morte de parentes, o isolamento do convívio, o medo de transmissão da doença, a diminuição de renda causada pela pandemia. Enfim, esse novo contexto também é apontado como fator importante associado a danos à saúde mental de crianças e adolescentes (BROOKS *et al.*, 2020).

Essa situação é geradora de ansiedade e estresse para crianças e adolescentes, em casos mais graves, podendo levar ao aparecimento de sintomas de ideação suicida (FEGERT *et al.*, 2020; FLAXMAN *et al.*, 2020). Também devemos estar alertas ao risco de abuso e de violência doméstica, visto que, em momentos de recessão econômica, esses índices aumentam (FEGERT *et al.*, 2020). Uma revisão sistemática rápida englobando 83 estudos de diversas épocas, realizados majoritariamente nos Estados Unidos, na China, na Europa e na Austrália, reforça a associação entre o isolamento social e, especialmente, o sentimento de solidão com sintomas de ansiedade e depressão em crianças, adolescentes e jovens adultos. A associação mais forte se mostrou entre sentimento de solidão e depressão. A duração da solidão parece ser um importante preditor de problemas mentais, havendo evidência de associação entre solidão e doenças mentais num espaço de até nove anos no futuro.

Um estudo relacionando isolamento ou quarentena de crianças em situação de pandemias reportou que essas foram mais propensas a desenvolver sintomas de transtorno de estresse agudo, transtorno de ajustamento e pesar (SPRANG; SILMAN, 2013). Nesse estudo, 30%

das crianças apresentaram critérios diagnósticos para transtorno de estresse pós-traumático. Sabe-se, também, que separações traumáticas dos cuidadores, especialmente nos primeiros anos de vida, podem perturbar o andamento dos processos de apego da criança, o que está associado a piores desfechos de saúde mental (HUMPHREYS, 2019). Esses fatos têm especial relevância no contexto da Covid-19, conforme determinadas escolhas políticas centradas no fechamento de escolas e no distanciamento social por longos períodos impactem a saúde mental de crianças e adolescentes (LOADES *et al.*, 2020).

Segundo a nota técnica publicada por The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (2020), algumas estratégias são propostas para minimizar o risco de prejuízos à saúde mental de crianças e adolescentes. Alguns exemplos são: dar as notícias da pandemia conforme a capacidade emocional e de entendimento das crianças; promover a discussão e principalmente a escuta das preocupações das crianças e dos adolescentes; e atentar para a promoção de políticas de inclusão das suas individualidades como de gênero, etnia e sexualidade. Essas medidas ajudariam a diminuir o risco de exposição à violência e ao abuso (THE ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION, 2020). A comunicação que respeita o nível de entendimento da criança, feita de maneira sensível e honesta, a respeito de situações que oferecem perigo à vida, pode trazer benefícios para o bem-estar da criança e da família. Quando a comunicação está ausente, a criança tentará fazer sentido do que ocorre por conta própria. A situação atual exige que cuidadores atentos não permitam que as crianças se culpem pela doença, ou sintam essa como uma espécie de punição por algum mal comportamento (DALTON; RAPA; STEIN, 2020).

Outra medida sugerida para diminuir o impacto sobre a saúde mental de crianças e adolescentes seria a promoção de novas rotinas em casa e da socialização em ambiente virtual com familiares

e amigos (THE ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION, 2020). Breves períodos de exercício ao ar livre, como caminhadas, podem ajudar a reduzir o estresse e devem ser incentivados, desde que as regras de distanciamento social sejam respeitadas (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020).

Em estudo após um *lockdown* em uma universidade estadunidense devido a um incidente com um atirador, observou-se que pessoas expostas a informações conflitantes e pessoas que são muito conectadas a redes sociais tiveram índices de estresse superiores (FLAXMAN *et al.*, 2020). Isso demonstra que maior cuidado ao uso das redes sociais pode ajudar a diminuir o estresse relacionado à Covid-19.

Na terceira fase da pandemia, chamada também de “fase de recuperação”, não se espera que os prejuízos cessem imediatamente. A fase de recuperação é longa, e traumas ficarão. Deve-se manter a vigilância dos sintomas relacionados à saúde mental após o fim da pandemia. Certamente, enfrentaremos alta demanda de atendimentos nesse momento de pandemia devido ao represamento dos atendimentos. Devemos, portanto, ter intervenções durante a primeira e a segunda fase, para amenizar o impacto em relação ao serviço de saúde (FEGERT *et al.*, 2020). Recomenda-se, em especial para crianças e adolescentes com estado de saúde mental vulnerável anterior, que se mantenha o apoio e o acompanhamento com o profissional de saúde até no mínimo seis meses após a liberação do isolamento social (TORALES *et al.*, 2020). Considere-se igualmente o fato de que o simples aumento da frequência de contato social não necessariamente diminuirá a sensação subjetiva de solidão e isolamento de todo e qualquer indivíduo, o que por si é fator de risco para sintomas depressivos (MATTHEWS *et al.*, 2016).

Em especial, precisamos cuidar de crianças e adolescentes que estão em situação de risco, como: crianças e adolescentes de famílias com baixo poder aquisitivo ou que perderam sua renda; portadores de doenças crônicas; com algum déficit intelectual que dificulte a compreensão da situação; ou com diagnóstico de afecção de saúde mental anterior. As diretrizes do Center for Disease Control and Prevention (2020) também sugerem vigiar os sinais de estresse nos jovens, que podem se apresentar como tristeza excessiva, agitação ou comportamento disruptivo.

Um ponto de especial interesse, neste momento de pandemia, é o papel de intervenções terapêuticas centradas em telemedicina, programas de computador e aplicativos de celular. Embora haja falta de evidência de eficácia nos resultados pretendidos para a saúde mental em crianças e adolescentes, visto que poucos aplicativos de saúde móvel foram exaustivamente testados, parece haver consenso de que esses podem propiciar efeito positivo moderado quando comparados aos grupos controle, embora mostrem-se menos eficazes do que as terapias presenciais. É importante ressaltar que as revisões tendem a concluir que os efeitos são melhores se houver alguma contribuição do terapeuta e se os pais estiverem envolvidos, especialmente com crianças menores (GRIST *et al.*, 2019).

Segundo o professor Steven Taylor, da Universidade de British Columbia, a “pandemia de Covid-19 poderia deixar cicatrizes psicológicas em pessoas de todo o mundo” (RAHMAN *et al.*, 2020, p. 9). Esse trauma será uma forma de transtorno de estresse pós-traumático.

Evidentemente, a maior compreensão desses dados será realizada após a pandemia, o que abre grande espaço para pesquisas a curto e longo prazo (FEGERT *et al.*, 2020). Essa conjuntura servirá como momento de aprendizagem, pois, se tivermos, no futuro, alguma

situação semelhante, estaremos mais bem preparados para proteger as nossas crianças e os adolescentes.

REFERÊNCIAS

- BAGHCHECHI, M.; DUNN, J.; JAIPAUL, N.; JACOB, S. E. Art of prevention: Life in the time of coronavirus. **International Journal of Women's Dermatology**, v. 6, n. 3, p. 137-141, jun. 2020.
- BRASIL. **Brasil confirma primeiro caso da doença**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 29 jun. 2020.
- BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, mar. 2020.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>. Acesso em: 1 jun. 2021.
- DALTON, L.; RAPA, E.; STEIN, A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 5, p. 346-347, maio 2020.

FEGERT, J. M.; BERTHOLD, O.; KÖLCH, M. COVID-19-Pandemie: Kinderschutz ist systemrelevant. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 117, n. 14, p. A703-B596, 2020.

FEGERT, J. M.; VITIELLO, B.; PLENER, P. L.; CLEMENS, V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 20, dez. 2020.

FLAXMAN, S.; MISHRA, S.; GANDY, A. *et al.* Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. **Nature**, v. 584, n. 7820, p. 257-261, 13 ago. 2020.

GOLBERSTEIN, E.; WEN, H.; MILLER, B. F. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. **JAMA Pediatrics**, v. 174, n. 9, p. 819, 1 set. 2020.

GRIST, R.; CROKER, A.; DENNE, M.; STALLARD, P. Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. **Clinical Child and Family Psychology Review**, v. 22, n. 2, p. 147-171, jun. 2019.

HUMPHREYS, K. L. Future Directions in the Study and Treatment of Parent-Child Separation. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 48, n. 1, p. 166-178, jan. 2019.

IMRAN, N.; ZESHAN, M.; PERVAIZ, Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic.

Pakistan Journal of Medical Sciences, v. 36, n. COVID19-S4, 4 maio 2020.

LOADES, M. E.; CHATBURN, E.; HIGSON-SWEENEY, N. *et al.* Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 59, n. 11, p. 1218- 1239.e3, nov. 2020.

MATTHEWS, T.; DANESE, A. WERTZ, J. *et al.* Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 3, p. 339-348, mar. 2016.

RAHMAN, J. *et al.* Neurological and Psychological Effects of Coronavirus (COVID-19): An Overview of the Current Era Pandemic. **Cureus**, v. 12, n. 6, p. e8460, jun. 2020.

SPRANG, G.; SILMAN, M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 7, n. 1, p. 105-110, fev. 2013.

THE ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION. **Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic. [S. l.]: The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020.** Disponível em: <https://alliancecpha.org/en/COVID19>. Acesso em: 22 jul. 2021.

TORALES, J.; O'HIGGINS, M.; CASTALDELLI-MAIA, J. M.; VENTRIGLIO, A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317-320, jun. 2020.

WANG, C.; PAN, R.; WAN, X. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 6 mar. 2020.

ACESSIBILIDADE

ACESSIBILIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL EM ÉPOCA DE COVID-19

Emilene Zitkus

Cláudia de Souza Libânio

Antes da pandemia da Covid-19 iniciar no Brasil, muito já se discutia sobre a dificuldade no acesso a serviços de saúde em determinadas regiões do país. Apesar de ser um direito de todos e um dever do Estado, a prática mostra uma realidade diferente. Esse direito trata dos “princípios da universalidade do acesso, da integralidade das práticas e dos processos e da equidade na distribuição dos diferentes recursos, segundo as especificidades e diferenças dos indivíduos, dos grupos e das regiões em suas necessidades” (BARBIANI *et al.*, 2014, p. 856). Travassos e Viacava (2007) afirmam que o acesso denota o aumento ou a diminuição dos obstáculos do sistema de saúde brasileiro para obtenção de serviços por parte dos usuários. Os autores ainda acrescentam a dificuldade de acesso em áreas mais afastadas e evidenciam que “a população de idosos rurais no Brasil também se encontrava em situação de marcada desvantagem no acesso e na

utilização de serviços de saúde em comparação à população de idosos urbanos” (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007, p. 2498). Ademais, as dificuldades de acesso refletem o problema da distribuição dos serviços de saúde no Brasil. Rocha *et al.* (2017) salientam que, em termos geográficos, a distribuição atual não atende às necessidades da população brasileira, evidenciando o esgotamento do sistema de saúde.

O perfil sociodemográfico é outro fator a ser considerado nessa análise. Quando se fala em faixa etária de risco, pensamos na população de idosos brasileira. Travassos e Viacava (2007) analisam que essa população tende a precisar mais dos serviços de saúde, pois apresenta maior prevalência de doenças e incapacidades. Ainda, há outras características a serem consideradas que denotam desigualdades, discriminação social e consequente falta de acesso, tais como gênero, raça, escolaridade, classe social e renda, que também são abordadas nesta obra.

Há diversos aspectos que colaboram para a dificuldade de acesso pelos usuários do sistema de saúde. Questões relacionadas à acessibilidade e à inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência (CASTRO *et al.*, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2017), seja física (AMARAL *et al.*, 2012), visual (LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017), auditiva (PEREIRA; FORTES, 2010), intelectual (TOMAZ *et al.*, 2016) ou mental (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012), denotam entraves para sua efetiva inclusão social.

Entre os desafios, está a necessidade de preparar o sistema de saúde para uma sociedade com população idosa. O mesmo desafio é encontrado em países onde o sistema público de saúde atende uma população crescente de idosos. O crescente número de idosos afeta e aumenta os custos do sistema. Em geral, pessoas com idade acima de 60 anos são as mais afetadas por problemas de saúde quando em comparação com outras faixas etárias. Consequentemente, um sistema de saúde acessível aos idosos significa considerar que o envelhecimento potencialmente reduz diversas capacidades, sejam elas físicas (como

locomoção, força, destreza), sensoriais (como visão e audição) ou cognitivas (como memória a curto prazo, atenção, velocidade de aprendizado e de resposta). Dessa maneira, a acessibilidade do ambiente construído e a disponibilização e a transmissão informações aos pacientes podem se tornar inacessíveis aos idosos (ZITKUS; LIBÂNIO, 2019).

ACESSIBILIDADE DIGITAL DURANTE A COVID-19

A pandemia antecipou algo que ainda levaria algum tempo para acontecer: a digitalização do serviço público de saúde no atendimento ao usuário. Em março de 2020, o Conselho Federal de Medicina (2020) liberou a realização de consultas on-line abrangendo teleorientação, teleinterconsulta e telemonitoramento. Dessa forma, a acessibilidade digital se tornou uma necessidade pontual, principalmente considerando o acesso que o maior grupo de risco dessa pandemia – os idosos – tem a tal serviço.

De acordo com Sarti *et al.* (2020), a teleconsulta pode ser usada para diferentes fins, como “prestação de abordagem pré-clínica, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico em todo o sistema de saúde brasileiro” (p. 3). Os autores ressaltam o papel essencial da consulta remota para desafogar unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e utilizar profissionais de saúde que, mesmo isolados – a fim de evitar transmissão do vírus –, poderiam participar de atendimentos remotos. Dessa maneira, a teleconsulta se torna um instrumento de potencialização dos serviços do SUS e dos serviços privados de saúde, atendendo à necessidade do cidadão sem o expor ao risco do contágio.

No entanto, apesar de termos nos acostumado com as vantagens da conexão digital em meio à pandemia, não significa que todos estão usufruindo das mesmas possibilidades on-line (ALLMANN, 2020).

Muitas pessoas ainda não são usuárias da Internet, e a situação no Brasil precisa ser explorada e entendida.

De acordo com pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), cerca de 83% dos domicílios do país possuem conexão à Internet, com uma disparidade ainda maior entre zonas urbanas (86,7%) e rurais (55,6%). Além disso, ainda existe grande variação entre disponibilidade do serviço de Internet em diversas regiões do país. Apesar de o número de usuários da Internet vir crescendo ao longo dos últimos anos entre os idosos, em 2018, apenas 38,7% das pessoas com 60 anos de idade ou mais usaram a Internet nos três meses anteriores ao levantamento de dados. A proporção de idosos utilizando a Internet também varia conforme a região, sendo a mais baixa do país 27,8% no Norte, e a mais alta 46,9% no Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Portanto, considerando que o maior grupo de risco nessa pandemia são os idosos, que seriam os mais beneficiados da teleconsulta, evitando a exposição ao Covid-19 ao sair de casa, esses também são os que mais sofrem com a exclusão digital.

Esse problema não está restrito a países em desenvolvimento como o Brasil. Por exemplo, em menor escala, o Reino Unido também sofre com a exclusão digital, principalmente entre idosos. De acordo com o Office for National Statistics (2019), cerca de 9% das casas com apenas um morador com idade entre 16 a 64 anos não tem conexão à Internet. Esse número mais que quadruplica (aumentando para 41%) quando a idade do morador vivendo sozinho passa a ser acima de 65 anos. Ainda assim, contornando o problema, muitas pessoas, incluindo os idosos, usam Wi-Fi público, e cerca de 20% da população utiliza por meio das bibliotecas públicas, as quais possuem espaços dedicados ao uso da Internet. Com a pandemia e o fechamento de tais espaços públicos, essas pessoas foram deixadas sem acesso à Internet e, conseqüentemente, sem comunicação on-line (ALLMANN, 2020).

O Reino Unido também vem adotando a estratégia de teleconsulta; dessa maneira, o National Health System também exclui, em seu atendimento digital, os idosos, grande porção de risco à Covid-19.

Se digitalizar o acesso ao sistema de saúde significa modernização e progresso, a inclusão precisa ser considerada desde as primeiras etapas desse processo, incluindo as necessidades do idoso e das pessoas com deficiência.

ACESSIBILIDADE DIGITAL PÓS-COVID-19

Apesar da liberação da telemedicina ter caráter excepcional, com duração ligada à pandemia, ela abre oportunidades e demonstra possibilidades do uso da tecnologia para alcançar maior número de usuários do sistema de saúde. Sarti *et al.* (2020) enfatizam a importância da adoção de ferramentas de telemedicina não apenas durante a pandemia, mas sim integrada e estendida para uso rotineiro no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Se implementada corretamente, a tele saúde pode “levar a resultados positivos em termos de acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados, comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento de doenças crônicas já acompanhados nas unidades de saúde” (SARTI *et al.*, 2020, p. 3).

Por um lado, com o atendimento médico on-line, o paciente pode ser atendido sem necessariamente depender do deslocamento físico, o que poderia conter exclusões geográficas (áreas remotas ou áreas onde a oferta de determinadas especialidades médicas é baixa). Por outro lado, o atendimento on-line pode perpetuar ou aprofundar a exclusão de pessoas, incluindo os idosos ou as pessoas com deficiências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Portanto, a fim de maximizar a adoção de tecnologia no atendimento à saúde para

a inclusão da população, diversos fatores ligados às atuais exclusões e às potencialidades de exclusão de um sistema digital precisam ser investigados.

Dentre os fatores que contribuem para exclusão digital, estão o analfabetismo digital, baixo nível de escolaridade e a falta de interesse. Por exemplo, dentre a população que não acessa a Internet, 41% são analfabetos digitais. Dentre os idosos, o número de analfabetos digitais aumenta para 57,5%, enquanto 35,4% alegam não ter interesse em acessá-la. Também existe o fator de baixa escolaridade: apenas 12% das pessoas sem escolaridade usam a Internet, assim como 55,5% com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto) a utilizam algumas vezes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Tais fatores são apenas dois diante de outros relacionados que precisam ser identificados.

Identificar e entender os problemas em torno da exclusão digital no Brasil e planejar estratégias de contenção e erradicação da exclusão são ações de extrema importância. Isso se torna evidente diante da atual pandemia e da possibilidade de teleconsulta como acesso aos serviços de saúde.

Algumas oportunidades futuras de pesquisas são fundamentais, pertinentes e oportunas, tais como: acessibilidade digital e desigualdade social no Brasil; digitalização da população idosa no Brasil; barreiras para adoção de tecnologias digitais entre pessoas idosas no Brasil; relações entre analfabetismo e analfabetismo digital; e impacto da exclusão digital da população idosa. Tais pesquisas ajudariam a viabilizar o uso de tecnologia sem excluir um dos principais grupos dependentes do SUS.

REFERÊNCIAS

ALLMANN, K. Covid-19 is increasing digital inequality: We need human connectivity to close the digital divide. **The Oxfordshire Digital Inclusion Project**, Oxford, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://www.law.ox.ac.uk/research-and-subject-groups/oxfordshire-digital-inclusion-project/blog/2020/04/covid-19-increasing>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ALMEIDA, M. H. M. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 5, e20160225, 2017.

AMARAL, F.; PACHECO, S.; KREBS, S. *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012.

AZEVEDO, E. B.; FERREIRA FILHA, M. O. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, jul./dez, 2012.

BARBIANI, R.; JUNGES, J. R.; NORA, C. R. D., ASQUIDAMINI, F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-868, set. 2014.

CABRAL, A.; GIATTI, L.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á.; CHERCHIGLIA, M. L. Inequality in breast cancer care in

a Brazilian capital city: a comparative analysis of narratives.

International Journal for Equity in Health, Londres, v. 18, n. 88, 2019.

CASTRO, S. S.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; CESAR, C. L. G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf Acesso em: 14 jul. 2020.

COSTA, L. S. Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. e00151915, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Divulgação anual. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf. Acesso em: 17 jun. 2021.

LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. V. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-627, jul./set. 2017.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. **Exploring the UK's Digital Divide**. Londres: UK Statistics Authority, 2019. Disponível

em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/householdcharacteristics/homeinternetandsocialmediausage/articles/exploringtheuksdigitaldivide/2019-03-04>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PEREIRA, P. C. A.; FORTES, P. A. C. Communication and Information Barriers to Health Assistance for Deaf Patients. *American Annals of the Deaf*, Washington, v. 155, n. 1, p. 31-37, 2010.

ROCHA, T.; SILVA, N. C.; AMARAL, P. V. *et al.* Addressing geographic access barriers to emergency care services: a national ecologic study of hospitals in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, Londres, v. 16, n. 149, 2017.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020.

TOMAZ, R.; ROSA, T. L.; VAN, D. B.; MELO, D. G. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 155-172, 2016.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic.** 2020. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic>. Acesso em: 13 jul. 2020.

ZITKUS, E.; LIBÂNIO, C. User Experience of Brazilian Public Healthcare System. A case study on the accessibility of the information provided. **The Design Journal**, Chicago, v. 22, n. 1, p. 707-721, 2019.

ACESSIBILIDADE EM AMBIENTES DE ENSINO E PESQUISA NAS UNIVERSIDADES DA SAÚDE

Bianca Pelicioli Riboldi

Na área de acessibilidade a espaços físicos, o documento mais completo e importante a ser consultado é a Norma Brasileira 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020). Juntamente ao Decreto Federal 5296/2004 (BRASIL, 2004), são a legislação básica na área. A NBR define acessibilidade como:

possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020, p. 2).

Nesse âmbito, trata-se de eliminar as barreiras físicas e de atitude impostas às pessoas com deficiência. No caso de ambientes de ensino e pesquisa, assim como todos os ambientes públicos e comuns da universidade, essa definição deve ser respeitada.

Os pilares da acessibilidade, nos quais estão baseadas as leis que a regulam, são:

- **Autonomia:** a pessoa deve ter liberdade de escolha e condição de fazer sozinha o que tem necessidade – acessar um ambiente, usar o sanitário, entrar por uma porta, entre outras ações.
- **Conforto:** a pessoa deve executar a sua necessidade com o mínimo de esforço físico – nesse caso, devem ser observadas as alturas de balcões de informações, bancadas de trabalho, equipamentos dos sanitários etc.
- **Segurança:** o ambiente deve ser seguro a fim de se evitarem acidentes.

As barreiras físicas nesses locais, de acordo com as normas de acessibilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000; 2004; 2016; 2020), são vencidas com um projeto arquitetônico que contemple os itens de acessibilidade para uso do maior número possível de pessoas: pessoas com deficiências físicas, visuais, auditivas e mentais, pessoas com mobilidade reduzida, idosos, obesos, gestantes e/ou pessoas em cadeiras de rodas. Para uma edificação ser considerada acessível, portanto, ela deve atender aos três pilares da acessibilidade em todos os seus ambientes públicos e comuns. De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2020), as áreas públicas são espaços externos e áreas de acesso às edificações e aos espaços fechados – corredores, *halls* de elevadores, teatros e salões. Nesses locais, os elementos mais utilizados para torná-los acessíveis são: rampas, pisos táteis, corrimãos, mapas táteis, indicações em braille

e indicações sonoras nos elevadores. No acesso às edificações, é muito importante que o balcão de informações seja acessível, principalmente nos locais de atendimento ao público externo, como é o caso dos espaços de atuação dos estudantes e dos professores da área da saúde.

Ainda segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2020), as áreas de uso comum são os interiores dos espaços, como salas de aula, laboratórios, salas de atendimento, salas administrativas. Nesses locais, a atenção deve ser voltada aos *layouts* e aos mobiliários dos ambientes, garantindo-se áreas de acesso e de circulação para cadeiras de rodas. Deve ser prevista a adaptação dos instrumentos específicos de cada laboratório, possibilitando o acesso de todas as pessoas aos equipamentos e aos materiais ali utilizados.

Outro ponto importante a ser levado em consideração ao se elaborar um projeto acessível é a questão da segurança, o terceiro pilar da acessibilidade. Nesse item, devem ser consideradas as questões de segurança nas áreas de laboratórios, tais como rotas de saída, identificação dos locais perigosos e acesso aos equipamentos de segurança – lava-olhos, extintores e mangueiras de incêndio. Muito importante também é a adaptação dos mapas de risco – presentes nos ambientes laboratoriais – para a leitura e a utilização de toda a população usuária do espaço. Ainda relacionado ao pilar da segurança, deve ser contemplada a acessibilidade no Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio (PPCI). Nesse caso, a NBR 9077 prevê a identificação das rotas de fuga e a previsão de local para espera do cadeirante em local indicado perto da rota de fuga vertical – escada de incêndio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2001). Tal espaço também deve ser utilizado por pessoas com mobilidade reduzida, que têm dificuldades para uso das escadas.

Em tempos de pandemia, devemos ficar atentos à acessibilidade nos protocolos de segurança a serem implantados. Nas salas de aula e nos laboratórios, deve ser previsto o afastamento entre os alunos.

As sinalizações em braile, assim como os corrimãos, devem ser constantemente higienizadas. Os suportes de álcool em gel devem ser instalados de forma a permitir a aproximação e o alcance de pessoa em cadeira de rodas. Em especial, deve-se evitar os totens com acionamento pelos pés, substituindo-os pelos com acionamento por sensor de presença.

Pensando nas ações de enfrentamento à Covid-19 e suas implicações para o ambiente universitário, algumas ações surgiram como demanda. Durante o período de isolamento social, percebeu-se a necessidade de realizar uma visita a alguns laboratórios da UFCSPA para verificar quais adaptações seriam importantes para torná-los acessíveis. Participaram dessa visita a autora deste capítulo, docentes da Universidade envolvidos com o ensino nos laboratórios e com sua gestão, bem como uma bolsista de apoio técnico do Núcleo de Inclusão e Diversidade. Foram realizadas diversas discussões sobre aspectos que deveriam ser considerados para fazer a reforma ou, ainda, a construção de novos espaços. Dentre as mudanças previstas, estão: bancadas adaptadas; identificação de instrumentos em braile; aquisição de instrumentos com funções sonoras; e adaptação de mapas de risco com o uso de texturas. Foi possível perceber que o trabalho ajustado em equipe, em que todos estão acompanhando os processos de adaptação, torna-se indispensável para a construção de um ambiente acessível que considere as necessidades de todos os alunos.

Ultrapassando-se a questão das barreiras físicas, ficam as barreiras de atitude, que independem da adequação dos espaços físicos onde as pessoas transitam. Talvez esse seja o ponto mais difícil para o atendimento ao nível ideal de acessibilidade pensado pelas normas citadas. Importante para a eliminação de barreiras de comportamento é o constante treinamento de funcionários, prestadores de serviço – que são o primeiro contato do público com a Universidade – e da comunidade acadêmica (docentes, discentes e técnicos).

Portanto, para se ter uma edificação totalmente acessível, devem ser eliminadas todas as barreiras físicas e de comportamento. Essa deve ser uma política de aperfeiçoamento constante, tanto para adaptação de espaços novos, com o atendimento às normas vigentes, quanto para treinamento e sensibilização da comunidade acadêmica para esse assunto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Federal nº 5.296/2004**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 13994/2000**. Elevadores de passageiros – elevadores para transporte de pessoa portadora de deficiência. Rio de Janeiro: ABNT, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 16537/2016**. Acessibilidade — Sinalização tátil no piso — Diretrizes para elaboração de projetos e instalação. Rio de Janeiro: ABNT, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9077/2001**. Saída de emergência em edificações. Rio de Janeiro: ABNT, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050/2020**. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS PARA UMA UNIVERSIDADE INCLUSIVA EM TEMPOS DE COVID-19

Vanize Martins Flores

Shanna Schwarz Krening

A figura do Tradutor e Intérprete de Libras (TILS) tem ganhado cada vez mais visibilidade no cenário educacional. A profissão surgiu a partir da necessidade comunicacional da comunidade surda com a sociedade. Porém, não era nomeada dessa forma, e não havia formação específica para se atuar como intérprete. Com o passar dos anos e com os estudos acadêmicos, foi criada e sancionada a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002 e o Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2002; 2005), que regularizaram a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como meio legal de comunicação e expressão utilizado pela comunidade surda. Assim, o movimento político-pedagógico direcionado à pessoa surda passou a ganhar mais espaço, bem como a atuação do TILS.

Certamente, a Lei nº 10.436/02 é uma conquista política que a comunidade surda alcançou nestes últimos anos, pois ela dispõe sobre a Libras ser o meio de expressão e comunicação da comunidade surda e a reconhece como língua (BRASIL, 2002). Pouco tempo depois da publicação dessa lei, foi sancionado o Decreto-Lei nº 5626/05, que regulamenta a lei de 2002 e que trata do uso e da difusão da Libras nos espaços sociais e escolares, apresentando-nos um novo cenário acadêmico a partir da sua publicação (BRASIL, 2005). Além de nortear o trabalho do TILS, o decreto trata sobre a oferta da disciplina de Libras nos cursos de graduação em licenciatura e fonoaudiologia como crédito obrigatório e nos demais cursos como crédito eletivo. A partir da vigência do decreto, as Instituições de Ensino Superior obtiveram um prazo de 10 anos para contemplar, em seus currículos, a disciplina de Libras conforme a exigência para cada curso.

A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) foi uma das pioneiras a acrescentar, no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da Fonoaudiologia, a disciplina de Libras como obrigatória. Junto à deliberação do decreto sobre o ensino da Libras nas instituições de ensino, era aconselhado que a regência da disciplina fosse atribuída preferencialmente à comunidade surda. Logo, a UFCSPA passou a ter em seu quadro de servidores um professor surdo, não apenas lecionando a disciplina de Libras, mas atuando nos diferentes espaços acadêmicos. A partir de então, o papel do TILS passou a ser requisitado e necessário na instituição.

Apesar de algumas idas e vindas de intérpretes contratados para atuar em ocasiões específicas na Universidade, em 2014, a UFCSPA passou a ter também uma TILS efetiva em seu quadro de servidores. Primeiramente, a função principal da TILS na instituição era acompanhar o professor surdo nos espaços em que ele circulava, mediando a comunicação. A partir disso, observou-se a necessidade de ampliar o serviço de tradução e interpretação para a instituição,

oferecendo, assim, acessibilidade comunicacional para a comunidade interna e externa da UFCSPA. No momento, a universidade conta com uma TILS efetiva e uma TILS com contrato temporário, o que possibilita melhor atendimento à comunidade acadêmica.

De modo sucinto, as aulas, as reuniões, os eventos, as formaturas, os congressos e os seminários, as visitas à Universidade, o museu de anatomia, o UFCSPA Acolhe, entre outras programações, foram incluídos nas atividades atendidas pelas TILS. Além disso, os vídeos institucionais, englobando as novas e as antigas produções, passaram a ter a janela de Libras como meio de acessibilidade digital. Porém, com a pandemia causada pela Covid-19, o mundo mudou, e a prática de isolamento social foi instaurada, a fim de conter a contaminação pelo novo coronavírus. Com isso, as atividades acadêmicas, como tantas outras atividades, passaram a ser repensadas e adaptadas para a forma remota, o que nos leva a pensar sobre a atuação das TILS nessa situação. Logo, o objetivo deste capítulo é apresentar algumas reflexões sobre o trabalho das TILS durante a pandemia, os desafios e as adaptações necessárias para a prática de interpretação.

NOVAS TECNOLOGIAS

A pandemia de Covid-19 trouxe uma série de consequências econômicas e sociais para a população. Ela tem sido responsável por intervenções governamentais no dia a dia de todos, como no funcionamento de empresas, comércio, no comportamento social, com o objetivo de, por meio do distanciamento social, garantir que o número de pessoas contaminadas esteja sob controle e, assim, evitar o colapso do sistema de atendimento hospitalar, dando condições de atendimento adequado àqueles que precisam.

Um dos fatores que tem permitido que muitas atividades econômicas, sociais e de entretenimento continuem acontecendo, mesmo com o distanciamento social, é o fato desta pandemia estar ocorrendo em uma era tecnológica sem precedentes. A utilização de novas tecnologias para estudo, trabalho e consumo de informação já estava mundialmente em expansão, porém ganhou posição central quando mostrou ser uma opção eficaz para reconectar, perpetuar as relações e adaptar novas formas de viver das pessoas, agora afetadas pela pandemia.

De acordo com Kirchof (2016), a tecnologia digital é o resultado da fusão das tecnologias de mídia e de cálculo, que, convergindo, passaram a tornar possível que informações de texto, imagem e som pudessem ser representadas por informações numéricas e disponibilizadas em aparelhos de computação. É essa tecnologia, aliada ao advento da Internet (rede mundial interligada de computadores), que tem permitido que serviços sejam prestados mesmo à distância, por meio da migração de atividades, antes presenciais, para o meio digital. Essa migração, no entanto, tem exigido novas formas de trabalho, de criação e de adequações para que a demanda seja entregue com qualidade ao usuário final.

A comunidade surda já explora o ambiente digital e algumas dessas tecnologias há certo tempo, pois, quando elas surgiram, possibilitaram que informações circulassem também em formato de imagens (KIRCHOF, 2016). Para os surdos, a oportunidade de utilizar imagens para a comunicação, em vez de apenas som e texto, é marcante. Eles priorizam a visualidade nesses contextos de interação, pois a principal maneira que compreendem e se relacionam com o mundo é a partir da experiência visual (STROBEL, 2008), o que justifica também a base visual-motora na qual sua língua é construída.

No entanto, como a maioria da população, a comunidade surda também vem utilizando o meio virtual e as tecnologias digitais mais

do que em qualquer outro momento da história e precisa, da mesma maneira que os ouvintes, realizar adaptações para a continuação de suas atividades.

DESAFIOS NA PRÁTICA

Na UFCSPA, as reuniões, as aulas, os seminários e outros eventos, que antes eram alvo da acessibilidade com sua constante interpretação *in loco* para Libras, com a pandemia, passaram a ocorrer pela Internet, trazendo alguns desafios na continuidade das traduções e interpretações. Muitas são as situações que poderíamos tratar aqui, mas abordaremos três tópicos que foram os mais urgentes a serem examinados e trabalhados para proporcionar a devida acessibilidade nas demandas on-line da Universidade. São eles: desafios da interpretação simultânea em ambiente virtual; obstáculos na prática de revezamento e apoio; e considerações sobre o uso da janela de Libras.

INTERPRETAÇÃO SIMULTÂNEA EM AMBIENTE VIRTUAL

A interpretação simultânea é um método tradutório entre duas línguas distintas, que Magalhães (2007, p. 19) define da seguinte maneira:

Vista de longe a interpretação simultânea parece mágica. Vista de perto parece loucura. O intérprete tem que ouvir e falar ao mesmo tempo, repetindo em outra língua palavras e ideias que não são suas, sem perder de vista o conteúdo, a intenção, o sentido, o ritmo e o tom da mensagem transmitida por seu intermédio.

As interpretações simultâneas de reuniões, palestras, formaturas etc., que antes eram realizadas dentro da UFCSPA, precisaram ser adaptadas ao ambiente virtual. Os desafios que tradutores/intérpretes enfrentam na realização das atividades nesse novo formato compreende o equipamento, o ambiente e o conhecimento dos demais profissionais sobre certas condutas necessárias durante o uso das plataformas de videoconferência.

Em relação aos equipamentos, é necessário que os profissionais tradutores/intérpretes tenham disponível em casa computador, *tablet* ou celular com boa câmera e com sistema operacional capaz de rodar as plataformas sem maiores problemas, uma boa Internet – evitando, assim, quedas ou travamentos na conexão – e o conhecimento para operar tudo isso. Sobre o ambiente, é possível identificar algumas situações difíceis, como a iluminação, que nem sempre pode ser a natural, em função dos horários em que são agendados os eventos. Para isso, faz-se necessário investir em equipamentos ou adaptar da melhor forma possível materiais que já possuímos, na tentativa de atender à necessidade de uma luz adequada para as transmissões. Há dificuldade também em relação à questão do som ambiente. Para quem reside em local mais silencioso, talvez isso não seja problema, mas para aqueles que moram em regiões mais movimentadas, sons altos, como o de trânsito, acabam interferindo nos momentos em que o microfone está aberto, na interpretação de Libras para voz, por exemplo, ou quando é preciso ouvir o que é dito em português pelos participantes para interpretar para Libras. Todas essas questões são, sim, adaptáveis e podem funcionar bem, porém demandam tempo, conhecimento e custo financeiro para que sejam feitas de maneira adequada.

A apresentação de algumas diretrizes sobre conduta em eventos com participante surdo também tem sido importante. Por exemplo, as plataformas de videoconferência possuem a tela principal, na qual aparecem os vídeos de todas as pessoas presentes na reunião, o áudio,

que é interpretado para o surdo pelas intérpretes de Libras, e um espaço de *chat* para mensagens por escrito. Algumas vezes, as pessoas, durante a reunião, utilizam esse *chat* para conversas paralelas ao assunto ou até mesmo para fazer considerações sobre o próprio tema que está sendo abordado e não percebem que o surdo, por ter experiência e compreensão em sua maior parte baseada na visualidade, não pode acompanhar o que é dito verbalmente – olhando para as TILS – ao mesmo tempo que lê mensagens colocadas no *chat*. Acaba sendo uma demanda grande para processar apenas pelo canal visual. O que ocorre perante situações como essa é que nós, além do próprio serviço de tradução/interpretação que prestamos, temos atuado como agentes realizadoras, junto aos próprios surdos, de uma espécie de movimento educativo cultural imperativo nesses novos ambientes virtuais de trabalho.

O TRABALHO EM DUPLA E AS PRÁTICAS DE APOIO NA UFCSPA

O trabalho em dupla de tradutores/intérpretes de Libras é feito com base na prática de revezamento dos profissionais em períodos, previamente combinados, que variam entre 15, 20 ou 30 minutos. Esse revezamento é importante, pois permite que os intérpretes tenham foco e direcionamento da atenção de forma mais eficiente durante a atividade, proporcionando mais qualidade no momento de sua atuação (MAGALHÃES, 2007). A forma de trabalhar, nesse modelo, ocorre da seguinte maneira: enquanto um dos intérpretes permanece em evidência desempenhando a atividade, o outro, que está em período de repouso físico, continua atento ao conteúdo apresentado em língua oral para auxiliar o colega que está sinalizando, caso esse não entenda uma palavra ou um contexto, mostrando ou falando para ele/ela a palavra que foi perdida, realizando, assim, o apoio.

Para essa atividade, nas interpretações da língua oral para a língua de sinais, frequentemente a posição dos intérpretes se dá com um deles de frente para os surdos, ouvindo e sinalizando simultaneamente o conteúdo para Libras, e o outro intérprete fica de frente para o que está sinalizando, para facilitar o contato visual dos profissionais e a dinâmica do apoio. Já nas interpretações da língua de sinais para a língua oral, os dois intérpretes ficam de frente para o surdo, olhando o que ele está sinalizando, e permanecem lado a lado, para que um deles faça a voz do surdo e o outro realize avisos ao colega em língua oral caso haja necessidade.

Nas videoconferências, a dificuldade que surgiu é justamente a falta desse contato mais direto e visual entre os profissionais intérpretes, que às vezes ficam perdidos em uma janela da sala sem aparecer direito, ou precisam cancelar sua transmissão de vídeo para dar espaço às outras pessoas que estão participando ativamente no momento. O meio encontrado para resolver essa demanda tem sido abrir, simultaneamente, outra plataforma de conferência além da que o surdo está participando, ou realizar chamada de vídeo em outro equipamento (como celular, por exemplo) apenas para os intérpretes, para que eles tenham um ambiente que garanta o contato visual e auditivo necessário para a prática do apoio caso seja necessário, sem atrapalhar o andamento do evento principal.

Outro desafio, além do contato individualizado entre os intérpretes, tem sido o *delay* que existe nas videoconferências de maneira geral, ou seja, o espaço de tempo longo que pode ocorrer entre a emissão de um enunciado e a chegada dele para os participantes do evento. Esse tempo varia dependendo da conexão da Internet das pessoas envolvidas. Quando a transmissão ocorre mais rapidamente para um do que para o outro, pode haver

interferência na capacidade de dar e receber o apoio em meio a uma interpretação simultânea.

JANELA DE LIBRAS

A expressão “janela de Libras” é utilizada para denominar um espaço reservado para tradução/interpretação de materiais audiovisuais para a língua de sinais. Apesar de não ser algo tão recente, o uso e a difusão da janela de Libras acontecem legalmente a partir de 2015 com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI). A LBI 13.146 (BRASIL, 2015) intensificou a política inclusiva para pessoas com deficiência iniciada nos anos 1990 e foi um ganho para toda a sociedade brasileira. Integrante do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a lei apresenta algumas determinações sobre a acessibilidade, inclusive no que tange aos materiais audiovisuais. Exemplo disso é o artigo 67º, que diz que “os serviços de radiodifusão de sons e imagens devem permitir o uso dos seguintes recursos, entre outros: I – subtítuloção por meio de legenda oculta; II – janela com intérprete da Libras; III – audiodescrição” (BRASIL, 2015, on-line).

Para padronizar o tamanho da janela de Libras, utiliza-se como base as diretrizes presentes na NBR 15.290, que trata sobre a acessibilidade em comunicação na televisão (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2010). Apesar de podermos questionar vários aspectos dessa norma, ela ainda serve como um aporte legal para a criação e a manutenção da janela de Libras nas produções audiovisuais. Conforme a norma:

- a) a altura da janela deve ser no mínimo metade da altura da tela do televisor;
- b) a largura da janela deve ocupar no mínimo a quarta parte da largura da tela do televisor;
- c) sempre que possível, o recorte deve estar localizado de modo a não ser encoberto pela tarja preta da legenda oculta;
- d) quando houver

necessidade de deslocamento do recorte na tela do televisor, deve haver continuidade na imagem da janela. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2005, p. 9).

Na UFCSPA, com o intuito de auxiliar a comunidade acadêmica na produção de vídeos, pensando desde o momento da gravação sobre a posição da janela de Libras, a Assessoria de Comunicação Especial (ASCOM) desenvolveu um *card* informativo. Nesse *card*, além das informações sobre a qualidade do vídeo e suas dimensões, é ilustrado como a janela deve ser posicionada em cada formato de vídeo, seja na vertical ou na horizontal. Algo que tem facilitado as interpretações simultâneas, durante os vídeos transmitidos de forma on-line, são as plataformas que organizam os participantes em janelas distribuídas pela tela principal. No caso de traduções dos vídeos já gravados e disponibilizados em plataformas de compartilhamento, é necessário gravar a tradução de forma separada ao vídeo e, posteriormente, realizar a edição e o enquadramento da janela de Libras sobre as imagens presentes no vídeo.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e conforme dito antes, além das dimensões da janela de Libras, é necessário cuidar questões como iluminação do ambiente, interferências visuais que possam aparecer no vídeo, parede lisa e uniforme como fundo (de preferência com cor neutra e contrastante com a pele e a roupa do intérprete), material de filmagem com qualidade e vestimenta adequada. Essas e outras orientações sugerem que a janela de Libras atenda a demanda de boa parte da comunidade surda usuária da Libras, inclusive os que tenham baixa visão. Porém, vale ressaltar que, durante o isolamento causado pela pandemia, a responsabilidade por tomar essas decisões e a competência de ter o material adequado recai sobre o TILS.

Contudo, é importante refletir sobre como cuidar de todos esses aspectos se, por vezes, não há espaço adequado para gravar em sua casa, a iluminação pode estar precária e, ainda, os ruídos causados por moradores da mesma casa ou animais de estimação podem interferir na concentração para a interpretação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível perceber que as mudanças ocasionadas pela pandemia da Covid-19 modificaram a forma de ver e interpretar a rotina que tínhamos, adaptando-nos ao novo e vivenciando novas práticas sociais. Isso influenciou de forma direta as atividades acadêmicas e, por consequência, a UFCSPA e suas tarefas educacionais e administrativas. Com a interpretação não foi diferente, visto que, além das adaptações sociais necessárias para o momento, há os ajustes tecnológicos para atender o crescente número de demandas por interpretações simultâneas ou traduções de materiais já gravados e salvos. Com isso, fica o desafio de manter a acessibilidade comunicacional na instituição, desenvolvendo trabalhos junto a outros setores, com o objetivo de aprimorar o atendimento e construir novas estratégias que facilitem e ajudem o desenvolvimento desse trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.
NBR 15.290. *Acessibilidade em comunicação na televisão*.
Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas,

2010. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=365121>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Decreto nº 5626, de 22 de dezembro de 2005.

Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10436.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 24 jul. 2020.

KIRCHOF, E. R. Como ler os textos literários na era digital? *Estudos de literatura brasileira contemporânea*, n. 47, p. 203-228, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/elbc/n47/2316-4018-elbc-47-00203.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

MAGALHÃES, E. *Sua majestade o intérprete: O fascinante mundo da tradução simultânea*. São Paulo: Parábola Editorial, 2007.

STROBEL, K. *As imagens do outro sobre a cultura surda.*

Florianópolis: Editora da UFSC, 2008.

AÇÕES DE ENFRENTAMENTO

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS E O ENFRENTAMENTO À COVID-19

Mara Rubia André Alves de Lima

Carla Isabel Borré

Roberto Luiz Targa Ferreira

Apesar de evoluir para uma doença sistêmica, podendo ter manifestações graves em diversos órgãos, o acometimento pneumológico se destaca como um dos mais relacionados a desfechos desfavoráveis para pessoas com Covid-19. O objetivo deste capítulo é ressaltar a necessidade de cuidados redobrados com as pessoas que já apresentavam doenças broncopulmonares antes da pandemia, porque essas podem ser fatores de risco para a Covid-19 e fortemente impactadas pela pandemia. Serão apresentadas inter-relações da Covid-19 com doenças não neoplásicas prévias, tais como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tabagismo, fibrose cística, bronquiectasias e tuberculose (TB). A asma, a DPOC, o tabagismo e a tuberculose (TB) merecerão destaque por dois motivos: I) porque preenchem o critério de doenças com elevadas

cargas globais; II) porque alguns pacientes já acometidos por uma ou mais dessas pneumopatias, ao sofrerem também com a Covid-19, enfrentarão somadas cargas de doenças (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020; FÓRUM DAS SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS INTERNACIONAIS, 2020). Neste capítulo, também incluiremos a fibrose cística e as bronquiectasias com comprometimento pulmonar extenso devido à possibilidade de se associarem à Covid-19 grave (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2020a).

COVID-19, DPOC E ASMA

A prevalência mundial de asma varia de 1% a 18%, com mais de 330 milhões de pessoas afetadas (FÓRUM DAS SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS INTERNACIONAIS, 2020; GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA, 2020). A DPOC, com menos casos em relação à asma, é estimada como a terceira causa de mortalidade mundial em 2020. A asma é uma doença milenar (GURROLA SILVA; HUERTA LÓPEZ, 2013), enquanto a DPOC é reconhecida por suas manifestações de bronquite crônica e enfisema, principalmente após a Revolução Industrial. A recente pandemia da Covid-19 impacta a vida dos pacientes que apresentam tanto uma quanto a outra. Pacientes com Covid-19 e com DPOC ou asma tiveram 3,4 vezes mais hospitalizações e 6,5 vezes mais indicações de transferência para UTI (PIRES; CARVALHO; XAVIER, 2020).

A DPOC é uma pneumopatia crônica prevenível, tratável, com limitação progressiva e parcialmente reversível do fluxo aéreo. Associa-se a uma resposta inflamatória pulmonar anormal a partículas nocivas ou gases, principalmente ao cigarro; além de afetar os pulmões, leva a consequências sistêmicas (VIEGI *et al.*, 2007; GLOBAL

INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2018). A tosse e a dispneia são sintomas da DPOC que também ocorrem na Covid-19. Por isso, o paciente pode demorar para perceber diferenças nos sintomas com os quais já convivía. Como a dispneia é um indicador tardio da gravidade tanto da DPOC quanto da Covid-19, o monitoramento da saturação de oxigênio com oximetria de pulso é muito útil, se estiver disponível. O acometimento respiratório das pessoas portadoras e/ou com sequelas da Covid-19 pode ser avaliado pelo Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M), um teste muito utilizado na DPOC, que averigua a distância percorrida em seis minutos e as alterações na oxigenação durante o percurso. O uso de máscara cirúrgica não modificou a distância no TC6M, mas houve variação significativa da dispneia (PERSON *et al.*, 2018).

A asma é uma doença heterogênea com hiper-responsividade e inflamação crônica das vias aéreas inferiores, episódios recorrentes de sibilância, dispneia, aperto no peito e tosse, que variam de intensidade ao longo do tempo. Alguns sinais característicos de asma, como a sibilância, não têm sido descritos nos estudos sobre Covid-19. Estudos preliminares não encontraram associação definitiva entre a asma e o risco de infecção por SARS-CoV-2 ou de evolução para Covid-19 grave. Em adultos, ainda é necessário esclarecer se os pacientes com Covid-19 e asma apresentam asma isolada ou com outras comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes mellitus (BOUSQUET *et al.*, 2020). A suscetibilidade à Covid-19 grave nos doentes com asma poderá depender de idade, gravidade, grau de controle e fenótipo da asma (CARVALHO *et al.*, 2020). A infecção por SARS-CoV-2 não parece exacerbar a asma, embora influenza e coronavírus sazonais exacerbem tanto a asma quanto a DPOC. Ainda é necessário averiguar se as exacerbações de asma e DPOC foram reduzidas durante a pandemia devido a uma possível diminuição nos casos de gripe pelas medidas de higiene e pelo distanciamento físico

(CHAN *et al.*, 2020). Alguns desinfetantes usados em superfícies, prevenindo a Covid-19, podem exacerbar a asma e não devem ser aplicados por pessoas asmáticas.

A transmissão do SARS-CoV-2 pode aumentar durante a nebulização, que está contraindicada em pacientes com Covid-19 (sintomáticos, assintomáticos ou em fase pré-sintomática). Se for imprescindível, recomenda-se fazer a nebulização em local ventilado, isolado e aumentar a higiene de superfícies e mãos. Pelo mesmo motivo, durante a pandemia, exames de função pulmonar eletivos devem ser desencorajados. Não há evidências de que seja necessário alterar o tratamento dos pacientes com DPOC devido à pandemia. Mas se, durante a pandemia da Covid-19, corticoides sistêmicos forem indicados para tratar exacerbação de DPOC ou de asma, deve-se considerar o risco e o benefício para cada paciente individualmente, já que diminuem a imunidade e poderiam aumentar o risco de infecção pelo SARS-CoV-2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2020b).

COVID-19 E TABAGISMO

O tabagismo mata mais de oito milhões de pessoas por ano. Mais de seis milhões dessas mortes resultam do uso direto do tabaco, e cerca de um milhão se relacionam ao fumo passivo. Embora esse número tenha diminuído, 9% da população brasileira ainda é fumante. O tabagismo afeta as células do sistema imune das mucosas respiratórias, associando-se a doenças pulmonares, cardiovasculares, autoimunes, alérgicas, ao câncer e à rejeição de transplantes. Assim, fumantes podem ter capacidade pulmonar reduzida e comorbidades, tornando-os mais vulneráveis à Covid-19 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2020c). A transmissão do

SARS-CoV-2 pode aumentar com o fumo de cigarros convencionais, com o uso de narguilé e com cigarros eletrônicos compartilhados, a partir do contato das mãos contaminadas pelo novo coronavírus com a mucosa da boca. Segundo a análise de milhares de pacientes com Covid-19, na cidade de Wuhan (China), o tabagismo aumentou em até 14 vezes a gravidade da doença, levando a mais casos de síndrome respiratória aguda grave (LIU *et al.*, 2020).

Com o estresse decorrente da pandemia, as pessoas podem fumar mais. Com mais pessoas ficando mais tempo dentro de casa, aumentariam os riscos também para os fumantes passivos. Por outro lado, uma pesquisa com 10.251 entrevistados mostrou que um milhão de pessoas no Reino Unido pararam de fumar desde o começo da pandemia de Covid-19, número maior do que em 2019 (ACTION ON SMOKING AND HEALTH, 2020), estimulando os profissionais da saúde a manter suas ações de apoio à cessação do tabagismo.

COVID-19, FIBROSE CÍSTICA E BRONQUIECTASIAS

Com métodos diagnósticos sensíveis e mais acessíveis, a fibrose cística (FC) e as bronquiectasias são cada vez mais detectadas. Com avanços terapêuticos, a FC deixa de ser uma doença apenas pediátrica. A FC apresenta prevalência estimada de 1:3.500 a 1:10.000 nascidos vivos no Brasil, mas estima-se que 5% da população carregue o gene dessa doença de forma assintomática (MACHADO; GOMES; ALVES, 2020). No Rio Grande do Sul, os primeiros casos de FC foram acompanhados em pacientes da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SILVA, 1981; KAUER, 1995).

A FC é uma doença genética crônica, multissistêmica e progressiva causada por mutações no gene da proteína CTFR (acrônimo do inglês *Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*).

A doença afeta as glândulas secretoras de muco, suor e enzimas pancreáticas, que ficam mais espessos. Ela também compromete pulmões, pâncreas e sistema digestório, entre outros. Pacientes com FC são predispostos a infecções pulmonares recorrentes por *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, mais frequentes na fase inicial da doença, e *Pseudomonas aeruginosa*, mais frequente em fase mais grave da doença (SILVA *et al.*, 2019). Bronquiectasias são dilatações brônquicas anormais, geralmente irreversíveis, diagnosticadas na tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax. Manifestam-se por tosse produtiva crônica e infecções respiratórias recorrentes, podendo agravar-se com dispneia, hipertensão arterial pulmonar e cor pulmonale crônico. Por serem frequentes nas pessoas com FC, classificam-se em bronquiectasias secundárias à fibrose cística e bronquiectasias não fibrocísticas (PEREIRA *et al.*, 2019). Poucos casos de Covid-19 foram relatados até o momento em portadores de FC. Entretanto, os sintomas de exacerbação infecciosa, tanto da FC quanto das bronquiectasias, podem ser confundidos com os sintomas de Covid-19, que deve ser investigada. O tratamento prévio à pandemia deve ser mantido nesses pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2020a).

COVID-19 E TUBERCULOSE

Com elevada carga global, a tuberculose (TB), uma doença infecciosa transmissível, é a principal causa de morte por único agente infeccioso e está entre as 10 principais causas de morte no mundo. Das quatro milhões de mortes por infecções do trato respiratório em 2018, 1,5 milhão foram em decorrência de tuberculose. A TB é responsável pela maioria das mortes entre as pessoas que vivem com HIV. Cerca de 25% da população global apresenta TB latente. São cada

vez mais comuns as formas de TB resistentes a medicamentos, para as quais o tratamento é longo, tóxico e oneroso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, sendo que 8,4% dos novos casos foram positivos para HIV. A região Sul apresentou os maiores percentuais de testagem para o HIV e as maiores proporções de coinfeção TB-HIV (BRASIL, 2020).

A TB já era uma doença negligenciada (MACIEL; GONÇALVES JÚNIOR; DALCOLMO, 2020). Com a Covid-19 chamando para si os recursos e a atenção global, teme-se que haja redução na atenção à TB. As perspectivas futuras são de menor detecção e aderência ao tratamento, particularmente em países de baixa e média renda (*Low and Middle Income Countries*, LMICs). É possível que se observe aumento do número anual de casos e de mortes por TB nos próximos anos (STOP TB PARTNERSHIP, 2020).

Ainda há muito por ser entendido sobre a concomitância de Covid-19 e TB, que pode ser muito grave, principalmente nas pessoas que vivem com HIV. A tosse e a febre são sintomas comuns da TB e da Covid-19, gerando confusão diagnóstica. O escarro induzido, um procedimento usado para diagnóstico e/ou acompanhamento de pneumopatias infecciosas ou não, aumenta a disseminação do SARS-CoV-2, devendo ser evitado ou realizado de forma muito segura. Considerando o perfil sociodemográfico dos pacientes com TB – vivendo em áreas densamente povoadas –, a proximidade entre as pessoas aumenta o risco de transmissão da Covid-19.

Foi sugerido que a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) poderia aumentar a suscetibilidade à Covid-19 e ocasionar sua progressão mais rápida ou grave (CHEN *et al.*, 2020). Pessoas com danos pulmonares por TB também seriam propensas à Covid-19 grave. Foi estudado se a vacina BCG reduziria o impacto do SARS-

CoV-2, uma vez que diminui a gravidade de outras viroses (CURTIS *et al.*, 2020).

No enfrentamento à Covid-19, a experiência dos programas de controle da TB poderia ser modelo (TOGUN *et al.*, 2020), otimizando-se itens como: medidas de prevenção e controle básicos de infecção; disponibilização de testes diagnósticos para as duas doenças; busca ativa de casos; rastreamento de contatos; preferência aos cuidados comunitários ao invés dos hospitalares; fornecimento de tratamento para TB suficiente para concluir o tratamento em casa; uso de tecnologias digitais; combate ao estigma; e uso de equipamento de proteção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

As neoplasias, apesar de não estarem no escopo deste capítulo, merecem destaque. O câncer de pulmão, uma das doenças com maior carga global em relação à mortalidade (INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2020), pode ter essa carga aumentada se os pacientes deixarem de procurar cuidados médicos devido à pandemia (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020). A broncoscopia, um procedimento para o diagnóstico do câncer de pulmão, oferece risco de contaminação para os profissionais que a realizam, mas segue indicada na presença de hemoptise e na suspeita de neoplasias. O teste da presença do SARS-CoV-2, antes da broncoscopia, é altamente desejável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2020d). No cenário global de incertezas da pandemia da Covid-19, é imprescindível ter cautela, humildade e compreensão de que as análises apresentadas se baseiam nas evidências disponíveis até o momento. Assim, são

passíveis de atualizações futuras, quando o tempo e o entendimento do comportamento do SARS-CoV-2 tenham avançado.

REFERÊNCIAS

ACTION ON SMOKING AND HEALTH (ASH). **About ASH**. 2020. Disponível em: www.ash.org.uk/about-ash. Acesso em: 23 jul. 2020.

BOUSQUET, J.; JUTEL, M.; AKDIS, C. A. et al. ARIA-EAACI statement on Asthma and COVID-19 (June 2, 2020). **Allergy**, v. 76, n. 3, p. 689-697, mar. 2021.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose (março 2020)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CARVALHO, J. C.; COUTINHO, I. A.; NUNES, I. et al. Asma e COVID-19: Atualização. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 28, n. 2, p. 97-109, 2020.

CHAN, K. H.; LEE, P.-K.; CHAN, C. Y. et al. Monitoring respiratory infections in covid-19 epidemics. **BMJ**, v. 369, p. m1628, 2020.

CHEN, Y.; WANG, Y.; FLEMING, J. et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity. **medRxiv**, mar. 2020. No prelo. Disponível em: <https://>

www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.10.20033795v1. Acesso em: 23 jul. 2020.

CURTIS, N.; SPARROW, A.; GHEBREYESUS, T. A.; NETEA, M. G. Considering BCG vaccination to reduce the impact of COVID-19. *The Lancet*, v. 395, n. 10236, p. 1545-1546, 2020.

FÓRUM DAS SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS INTERNACIONAIS. **O Impacto Global da Doença Respiratória** – Segunda edição. 2020. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. **The Global Strategy for Asthma Management and Prevention**. 2020. Disponível em: <https://ginasthma.org/gina-reports/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. **Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic obstructive pulmonary disease (2018 report)**. 2018. Disponível em: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf. Acesso em: 14 ago. de 2020.

GURROLA SILVA, A.; HUERTA LÓPEZ, J. G. Historia del asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, v. 22, n. 2, p. 77-86, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Foresight | Viz Hub**. 2020. Disponível em:

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

KAUER, C. L. **Tomografia computadorizada de alta resolução no estudo das alterações torácicas na fibrose cística**. 1995. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Pneumologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LIU, W. et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. **Chinese Medical Journal**, v. 133, n. 9, p. 1032-1038, 2020.

MACHADO, L. N.; GOMES, M. G.; ALVES, A. B. Relato de caso: fibrose cística e a importância do diagnóstico precoce. **Revista Corpus Hippocraticum**, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2020.

MACIEL, E. L. N.; GONÇALVES JÚNIOR, E.; DALCOLMO, M. M. P. Tuberculose e coronavírus: o que sabemos? **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020128, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Considerations for the Reorganization of Cancer Services during the COVID-19 Pandemic**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52263>. Acesso em: 7 jul. 2020.

PEREIRA, M. C. et al. Brazilian consensus on non-cystic fibrosis bronchiectasis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 45, n. 4, p. e20190122, 2019.

PERSON, E. et al. Effet du port d'un masque de soins lors d'un test de marche de six minutes chez des sujets sains. **Revue des Maladies Respiratoires**, v. 35, n. 3, p. 264-268, 2018.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **Ondas Brasil**, Brasília, DF, 9 abr. 2020. Disponível em: <https://ondasbrasil.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-e-desigualdade-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-dos-fatores-de-risco-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SILVA, L. C. C. **Compêndio de Pneumologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencxm, 1981.

SILVA, E. S.; SILVA, L. G. Q.; ANDRADE, M. B. R. et al. A influência da *Pseudomonas aeruginosa* em pacientes com fibrose cística. *In*: SEMANA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES, 21., 2019, Aracaju. **Resumos [...]**. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Nota de posicionamento sobre o manejo da fibrose cística diante da COVID-19**. Em conjunto com o Grupo Brasileiro de Estudos da Fibrose Cística. 2020a. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/fibrose-cistica-covid-sbpt/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Recomendações da SBPT para realização de testes de função pulmonar em época de COVID-19**. 2020b. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/espironometria-funcao-pulmonar-covid-19/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Debate virtual tratará sobre o impacto da Covid-19 em tabagistas.** 2020c. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/opas-inca-dia-mundial-sem-tabaco-2020/>. Acesso em: 23 jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Recomendações relacionadas à realização de broncoscopias em vigência da pandemia COVID-19.** 2020d. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/broncoscopias-covid-19-sbpt/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

STOP TB PARTNERSHIP. **The Potential Impact of the Covid-19 Response on Tuberculosis in High-burden Countries: A Modelling Analysis.** 2020. Disponível em: http://www.stoptb.org/assets/documents/news/Modeling%20Report_1%20May%202020_FINAL.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

TOGUN, T.; KAMPMANN, B.; STOKER, N. G.; LIPMAN, M. Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 19, p. 21, 2020.

VIEGI, G.; PISTELLI, F.; SHERRILL, D. L. et al. Definition, epidemiology and natural history of COPD. **European Respiratory Journal**, v. 30, p. 993-1013, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019.** 2019. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em: 23 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information Note Tuberculosis and COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/infonote-tb-covid-19.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

RELATO DE AÇÕES RESULTANTES DA PARCERIA ENTRE O NÚCLEO DE INCLUSÃO E DIVERSIDADE (NID) E A LIGA DE PNEUMOLOGIA (LIPU) DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Breno Graciano Lisboa

Geovani Carlos Gava

Júlia Mattevi Popko

Cristian Zehnder

João Vitor Pinotti Dallasen

Vanize Martins Flores

Melisa Rossa

Gabriela Brito Pires

Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

Mara Rubia André Alves de Lima

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mudou o *status* da Covid-19 de surto para pandemia. Como os demais setores da sociedade, as universidades foram diretamente atingidas pela pandemia, e a Universidade Federal de Ciências da

Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), em 13 de março de 2020, teve que suspender as atividades presenciais. O primeiro evento da Liga de Pneumologia (LiPU), que já estava agendado para 8 de abril 2020, precisou ser cancelado em decorrência da Covid-19. Mas a LiPU procurou alternativas para continuar alcançando seus objetivos de compartilhamento e difusão do conhecimento científico para a comunidade externa da universidade (NOGUEIRA, 2000). Da mesma forma, o Núcleo de Inclusão e Diversidade (NID) da UFCSPA, sendo um espaço que busca contribuir e promover o acolhimento de todas as diversidades, buscou novos caminhos para estar presente, no momento da pandemia, e auxiliar não apenas os alunos com algum tipo de deficiência ou que estão lidando com alguma forma de preconceito, mas também a comunidade externa.

Com a pandemia, a busca na Internet por informações sobre o novo coronavírus, o SARS-CoV-2, causador da Covid-19, subiu tanto que esse assunto atingiu o nível máximo de busca no Google Trend, a ferramenta que quantifica os temas mais buscados na web (SOUSA JÚNIOR *et al.*, 2020). As redes sociais tiveram forte impacto na disseminação de informações, permitindo a “viralização” de algumas *hashtags* com propósitos positivos, como #laveasmãos, #fiqueemcasa e #usemáscara. Porém, nem todas as informações compartilhadas nesses meios são fidedignas e cientificamente comprovadas. Também se multiplicaram as *fake news*, com consequências desastrosas para o enfrentamento à pandemia (SHIMIZU, 2020).

NASCIMENTO E OBJETIVOS DA PARCERIA ENTRE O NID E A LIPU

Nesse cenário em que a informação de qualidade era – e continua a ser, visto que a pandemia continua sua trajetória enquanto

este capítulo é escrito – tão necessária, aumentou a responsabilidade social da Universidade como instrumento de elucidação das muitas dúvidas que a população tem a respeito da nova doença. Em abril, menos de um mês após a suspensão das atividades presenciais na UFCSPA, a LiPU já procurara dar continuidade a seu compromisso com a comunidade, mesmo que de forma remota. Respondendo à solicitação de traduzir para o português as recomendações para prevenir a transmissão do novo coronavírus, iniciara-se um processo de ensino/aprendizagem sobre a pandemia. Nessa mesma época, em reunião do NID, surgiu a ideia de se realizarem *lives* na plataforma do Instagram sobre a Covid-19. A LiPU se engajou nesse projeto, aproveitando a oportunidade de colaborar nas *lives*, com o objetivo de não apenas compartilhar com o público geral informações fidedignas e baseadas em evidências científicas, mas também de criar parcerias, interagir e estar junto a outros núcleos da Universidade. Relatamos, a seguir, justificativa e relevância, o *making-of* das *lives*, breve descrição das *lives*, observações após as *lives* e reflexões finais oriundas da parceria entre o NID e a LiPU.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PARCERIA

As medidas preventivas contra a transmissão do SARS-CoV-2, principalmente a proibição de aglomerações, o distanciamento social e a permanência em casa quando possível alavancaram o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação como instrumentos de ensino/aprendizagem. A realização de *lives*, isto é, discussões e entrevistas transmitidas publicamente em tempo real, por meio do Instagram, representou uma ponte entre o conhecimento acadêmico e a comunidade externa. Além disso, paralelamente, a conexão entre o núcleo de inclusão e diversidade e a liga acadêmica também se

constituiu como uma ferramenta para o fortalecimento de vínculos entre os universitários e a comunidade interna e externa da UFCSPA (SILVA; FLORES, 2015).

O MAKING-OF DAS LIVES

Precedendo as *lives*, foram realizadas reuniões tanto do NID quanto da LiPU com as suas coordenações, para planejamento, aprovação institucional do projeto, criação, produção de material, divulgação, elaboração de roteiros e realização. Em tempos de pandemia, as reuniões foram virtuais, e os participantes estavam não só em casa, mas também em cidades diferentes, conectados por esse projeto. Foram realizadas três *lives* semanais, ao longo de abril e maio de 2020, transmitidas publicamente on-line na plataforma do Instagram, no perfil do NID. Alinhando-se aos objetivos do NID, no começo de cada *live*, houve uma audiodescrição dos participantes e do seu ambiente. Além disso, as entrevistas gravadas foram encaminhadas para tradução em Libras antes de serem disponibilizadas no canal de YouTube da UFCSPA. As *lives* abordaram os seguintes temas: “Qual sua dúvida sobre a Covid-19?”; “O que muda na abordagem da asma, da DPOC e do tabagismo com a pandemia da Covid-19?”; e “Inclusão e vivência na linha de frente contra o coronavírus”. É importante ressaltar que, durante o processo de construção das *lives*, foi necessário que todos fossem aprendendo a utilizar as ferramentas disponíveis na rede social Instagram, sendo que alguns dos integrantes nunca haviam participado de *lives*. A cada semana, algum novo recurso foi aprendido. Por isso, a *live* “Inclusão e vivência na linha de frente contra o coronavírus” foi a primeira a ser disponibilizada no IGTV do Instagram do NID (GAVA, 2020).

BREVE DESCRIÇÃO DAS LIVES

LIVE 1: Com o título “Qual sua dúvida sobre a Covid-19?”, a primeira *live* ocorreu no dia 30 de abril de 2020 e contou com a presença das professoras Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira, psicóloga e coordenadora do NID, e Mara Rúbia André Alves de Lima, pneumologista, coordenadora da LiPU e membro do NID. A proposta dessa atividade foi o esclarecimento de dúvidas frequentes sobre a Covid-19 por profissionais da saúde da UFCSPA em um ambiente virtual e público. Entre outras, as seguintes perguntas foram discutidas com o público: 1) “Você sabe a diferença entre Covid-19, gripe, resfriado e rinite alérgica?”; 2) “A vacina da gripe protege da Covid-19?”; 3) “Todos devem fazer vacina da gripe?”; 4) “Como diferenciar a tosse alérgica da tosse da Covid-19?”; 5) “Quais os sintomas de alerta da Covid-19, e quando se deve procurar cuidados médicos?”.

LIVE 2: Com o título “O que muda na abordagem da asma, da DPOC e do tabagismo com a pandemia da Covid-19?”, a segunda *live* aconteceu no dia 7 de maio de 2020. A apresentação foi feita pela psicopedagoga Melisa Rossa, que atua como bolsista de apoio técnico no NID e que entrevistou a professora de pneumologia da UFCSPA Mara Rubia. Estudos sugerem que pacientes com doenças respiratórias crônicas têm maior probabilidade de desfechos mais graves da Covid-19 (ALQAHTANI *et al.*, 2020). Foram esclarecidas dúvidas sobre as doenças pneumológicas mais prevalentes e o impacto que a pandemia está causando nos pacientes que as apresentam (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA TISIOLOGIA, 2020; GONÇALVES-MACEDO *et al.*, 2019). Entre outras, as seguintes perguntas foram discutidas: 1) “A asma aumenta o risco de Covid-19?”; 2) “Quem usa corticoide tem mais risco de contrair Covid-19?”; 3) “O que fazer com meu tratamento da asma durante a pandemia do SARS-

CoV-2?”; 4) “Nebulização faz bem pra quem está com Covid-19?”; 5) “Fumantes e ex-fumantes também fazem parte do grupo de risco?”; 6) “Pacientes com DPOC (bronquite crônica e enfisema) têm maior risco de contrair a doença?”; 7) “A doença deixa sequelas permanentes no pulmão?”.

LIVE 3: Com o título “**Inclusão e Vivência na linha de frente contra o Coronavírus**”, no dia 21 de maio de 2020, na terceira *live*, foi entrevistado o vice-presidente da Liga de Pneumologia Geovani Carlos Gava. Além de estudante de Medicina da UFCSPA, ele é graduado em Enfermagem. Como enfermeiro, está trabalhando na linha de frente do enfrentamento à Covid-19, em um serviço municipal da Grande Porto Alegre, no setor de triagem e na Sala Vermelha da Covid-19. A entrevistadora foi novamente a psicopedagoga Melisa Rossa. Foi abordado o desafio de prestar assistência hospitalar humanizada às pessoas com deficiências, principalmente às que necessitam de formas específicas de comunicação – lembrando que disciplinas integrativas, como Libras e braile, surgiram recentemente e não são sempre obrigatórias nas grades curriculares das universidades brasileiras.

Também foram comentadas as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde voltadas à capacitação e ao cadastramento de profissionais da saúde para o enfrentamento à Covid-19 e as medidas nos âmbitos estaduais, municipais e institucionais, visando a diminuir os impactos da doença na sociedade e no SUS (BRASIL, 2020). Salientou-se a importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e da observação das normas de biossegurança, haja vista o crescente número de adoecimentos e óbitos de profissionais da saúde que estão cuidando dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2. Salientou-se também a necessidade de mais atenção, neste momento, à síndrome de *burnout* e à depressão, que já acometiam sobremaneira os profissionais da saúde.

OBSERVAÇÕES APÓS AS LIVES

As três *lives* descritas neste capítulo tiveram mais de duzentos acessos da comunidade em geral, conforme a contabilização da plataforma Instagram utilizada pelo NID. Esses acessos foram realizados por membros discentes, docentes, técnicos da Universidade e público externo.

Foi interessante observar que, mesmo durante uma pandemia com suspensão temporária do semestre acadêmico, após a conclusão da atividade apresentada neste capítulo, houve crescimento significativo do alcance do perfil da LiPU no Instagram. Com a postagem do anúncio da primeira *live* com a parceria do NID com a LiPU, houve crescimento imediato de número de seguidores, comentários, compartilhamentos, curtidas e de envolvimento³ e visitas ao perfil da Liga de Pneumologia. Constatou-se que o público que acessa a página da LiPU cresceu cerca de 11,4% nesse período, alcançando a marca de 1.000 seguidores. Esse aumento no número de seguidores continuou acontecendo; em julho de 2020, subiu para 1.141 seguidores.

Outros fatos observados foram que, em continuidade à união dos membros da LiPU durante a realização das *lives*, foi realizado, também remotamente, o processo de seleção para novos membros da Liga, que atualmente conta com 23 participantes de vários cursos da UFCSPA e de outras universidades. Além disso, a LiPU transferiu as suas atividades de rotina para o formato virtual, com reuniões de estudos, participação em eventos científicos da área pneumológica e a participação autoral de membros da LiPU neste capítulo.

Após as três *lives* de arrancada, que contaram com a participação da LiPU, outras *lives* se sucederam sob a coordenação do NID. Os

³ Envolvimento é uma forma de avaliar as interações que as postagens no Instagram ou no Facebook geraram.

títulos das *lives* que continuaram ocorrendo semanalmente no perfil do Instagram do NID foram as seguintes: “Pessoas com deficiência e a Covid-19”; “Pessoas surdas ou com deficiência auditiva: existe acessibilidade na pandemia?”; “Saúde da população negra e a Covid-19”; “Saúde Mental da população negra e a Covid-19”; “Dança como ferramenta terapêutica para pessoas com paralisia cerebral”; “Saúde da População LGBTI+ e a Covid-19”. A última delas aconteceu no dia 9 de julho de 2020, e outras ainda poderão ser programadas. Essa continuidade do projeto é muito recompensadora, se considerarmos que representa uma multiplicação da parceria da LiPU e do NID e um indicador de sua sustentabilidade.

REFLEXÕES FINAIS

Ligas acadêmicas surgem como entidades criadas e mantidas por discentes e docentes, que vão além da organização estruturada das disciplinas curriculares. A LiPU, em parceria com o NID, no Instagram representadas por @ligadepneumologiaufcspa e @nidufcspa, proporcionaram ao público um ambiente de discussão de diversos aspectos acerca da Covid-19 e de sua repercussão no cenário mundial por meio de *lives*. Dessa forma, contribuíram para o acesso à informação confiável por parte da população em geral. Assim fizeram, adequando as ações de extensão da Liga, usualmente presenciais, às circunstâncias que exigiram distanciamento físico e atividades remotas.

Além dos objetivos atingidos com relação à divulgação de informação e ao papel da Liga e do Núcleo, foi possível identificar o benefício do envolvimento na construção dessa ação para todos que participaram. Ainda que todos estivessem se experimentando e trouxessem relatos de preocupação em estar ao vivo em uma rede

social, em que poderiam acontecer problemas técnicos, em um período de muitas incertezas como é o da pandemia, todos os participantes relataram sensação de bem-estar em poder contribuir para esse projeto. Mostraram-se gratos e comprometidos em buscar formas de incluir mais pessoas nesse processo.

Ademais, o engajamento estudantil, em uma época de tantas incertezas, possibilitou mais do que a continuidade das atividades de extensão para o público: também estabeleceu um ambiente de união e de motivação para o seguimento da vida acadêmica. Tida como regra tanto no NID quanto na LiPU, portanto, a inclusão protagonizou esse processo de aprendizagem atípico e contribuiu para o enfrentamento, da melhor forma possível, dos desafios que essa pandemia trouxe consigo.

REFERÊNCIAS

ALQAHTANI, J. S.; *et al.* Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**, v. 15, n. 5, p. e0233147, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 64, Seção 1, p. 76, 2 abr. 2020.

GAVA, G. C. **Inclusão e Vivência na linha de frente contra o Corona Vírus** [maio, 2020]. Entrevistador: Melissa Rossa. Porto

Alegre: Núcleo de Inclusão e Diversidade da UFCSPA, 2020.
Disponível em: <https://www.instagram.com/tv/CAzdataHpNn/>.
Acesso em: 16 jul. 2020.

GONÇALVES-MACEDO, L.; LACERDA, E. M.;
MARKMAN-FILHO, B. *et al.* Tendências da morbidade e
mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016. **Jornal Brasileiro
de Pneumologia**, v. 45, n. 6, p. e20180402, 2019.

NOGUEIRA, M. D. P. **Extensão Universitária**: diretrizes
conceituais e políticas. Documentos básicos do Fórum Nacional de
Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras
1987 – 2000. Belo Horizonte: PROEX/Universidade Federal de
Minas Gerais, 2000.

SHIMIZU, K. 2019-nCoV, fake news, and racism. **The Lancet**, v.
395, p. 685-686, 2020.

SILVA, S. A.; FLORES, O. Ligas Acadêmicas no Processo de
Formação dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**,
v. 39, n. 3, p. 410-417, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA
TISIOLOGIA. **Asma**. 2020. Disponível em: [https://sbpt.org.br/
portal/espaco-saude-respiratoria-asma/](https://sbpt.org.br/portal/espaco-saude-respiratoria-asma/). Acesso em: 16 jul. 2020.

SOUSA JÚNIOR, J. H.; RAASCH, M.; SOARES, J. C.;
RIBEIRO, L. V. H. A. S. Da Desinformação ao Caos: uma análise
das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no
Brasil. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 331, 2020.

Sugestões para Informações Adicionais

BARBOSA, D. S. Saberes e Práticas da Extensão Universitária na Resposta ao Enfrentamento da COVID-19 no Brasil. **Revista Práticas em Educação**, v. 4, n. 1, p. 50-51, 2020.

BIDMON, C.; MEATH, C.; BOHNSACK, R. Organizing a virtual conference changed the way we think about academic exchange. **Nature**, [s. l.], 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01896-3>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CALIPO, D. B. **Projetos de extensão universitária crítica: uma ação educativa transformadora**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

CHAVES, A. S. C.; OLIVEIRA, G. M.; JESUS, L. M. S. *et al.* Uso de aplicativos para dispositivos móveis no processo de educação em saúde – Reflexos da contemporaneidade. **Humanidades & Inovação**, v. 5, n. 6, p. 34-42, 2018.

HUBACKOVA, S. Pedagogical Foundation of Elearning. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 131, p. 24-28, 2014.

LIMA, T. B. Retomada da Extensão Universitária no Contexto Pós-Pandemia. **Revista Práticas em Extensão**, v. 4, n. 1, p. 44-46, 2020.

MARQUES, G. E. C. A Extensão Universitária no Cenário Atual da Pandemia do COVID-19. **Revista Práticas em Educação**, v. 4, n. 1, p. 42-43, 2020.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; MARIANI, A. W. O ensino médico além da graduação: ligas acadêmicas. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 16, n. 2, p. 50-51, 2011.

O LUTO E A AJUDA AOS ENLUTADOS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Anelise Fiori da Silva

Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

*“Enlutar não é esquecer... É um desfazer-se.
Cada laço, por menor que seja, tem de ser desamarrado
e algo permanentemente valioso é
recuperado e assimilado deste laço.*

*O fim é um ganho, claro. Abençoados são aqueles
que se enlutam, pois se tornarão, de fato, fortes.*

*Mas o processo é, como todos os
outros nascimentos humanos,
doloroso, longo e perigoso.”*

(Margery Allingham)

O luto é um processo normativo e necessário de ser vivido após a morte de um familiar ou uma pessoa querida, o rompimento de um vínculo ou a perda de algo. É uma experiência subjetiva, assim como tem as suas particularidades em culturas e religiões diferentes,

sofrendo mudanças nesses contextos e ao longo dos séculos. Mesmo que doloroso, ele faz parte de um processo de ressignificação, de um novo mundo a partir daquela perda.

A pandemia provocada pela Covid-19 teve seu maior impacto no Brasil a partir de março de 2020. Desde então, vivemos em constantes readaptações nas mais diferentes esferas da vida. O convívio social, os momentos de lazer, os encontros para as aulas, as palestras e os trabalhos, que antes podiam ser recursos saudáveis na vida e eram vividos de forma presencial, tornaram-se atmosferas de constante ameaça e insegurança, implicando que a segurança seja promovida por meio do isolamento social.

No mês de março de 2021, o Brasil já ultrapassava a marca de trezentas mil mortes em decorrência da doença (BRASIL, 2021). Estima-se que, para cada morte, existam cerca de dez enlutados pela perda (PARKES, 2009). Portanto, nessa data, o Brasil já somava milhares de enlutados. Há de se considerar, infelizmente, que esses números deverão ser maiores até a publicação desta edição.

Vive-se um momento em que o luto está presente, de alguma forma, na vida de todos os brasileiros. Inicialmente, um luto provocado pelas próprias mudanças e perdas implicadas pela pandemia, como planos, projetos, distanciamento social; posteriormente, atravessado pelas mortes constantes anunciadas diariamente, as quais fazem emergir um processo de luto coletivo social (PENNA, 2015; CRISPIM *et al.*, 2020).

Para pensarmos a complexidade do luto vivido atualmente, precisamos nos atentar a todas as implicações geradas pela Covid-19 entre a prevenção (o isolamento social), o adoecer (também perpassado pelo isolamento físico) e o processo de morte e despedida nesse contexto. Considerando um paciente contaminado, a medida para o cuidado dos que estão à sua volta é se manter isolado, mesmo que em domicílio (BRASIL, 2020). Com o agravamento dos sintomas e a consequente internação, ressalvadas algumas exceções, o paciente

infectado permanecerá no hospital sem visitas, ou com restrições, aliado ao fato de que as notícias médicas são dadas por telefone. É possível, nesses casos, pensar em meios tecnológicos que possam aproximar o paciente de sua família, como ligações de vídeo, desde que com o consentimento do paciente. Deve-se construir uma busca constante por recursos que diminuam o agravo psíquico provocado pela vivência traumática de internação (NEVES, 2018).

Diante disso, os rituais fúnebres possuem extrema relevância para a elaboração do luto, pois exercem um papel de nomeação, permitindo visualizar a realidade da perda e iniciar o processo de luto (SOUZA; SOUZA, 2019). Nas mortes em decorrência de Covid-19, por medidas sanitárias, o velório deve ocorrer com o caixão fechado, inviabilizando um número maior de despedidas, além de ficar restrito a um curto espaço tempo (BRASIL, 2020). Considera-se, então, que o ritual da despedida, que engloba o tempo para o corpo ser velado, tocado e visto pela família, passa a ser ressignificado e redimensionado.

É imprescindível, portanto, pontuar os agravos provocados pela ausência de contato aos processos de luto. O fato de não haver visualização do paciente, tanto nos cuidados ofertados em vida quanto na despedida ao velar o corpo, pode potencializar angústias, podendo ser causador de fantasias quanto à proximidade e à realidade da morte. Diante da necessidade de isolamento, os rituais de despedida já não podem mais acontecer como antes. O ritual fúnebre simboliza uma homenagem, com a dedicação de afeto, evidenciando respeito para com a vida que se encerra (SOUZA; SOUZA, 2019). Mais uma vez, há de se pensar, neste momento, sobre novas formas de viver o ritual. Mesmo que não propiciem a mesma vivência, recursos tecnológicos são passíveis de serem utilizados neste momento.

Como estratégias de apoio emocional, a cartilha da Fundação Oswaldo Cruz (2020) intitulada *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19*, em uma seção destinada a orientar sobre o

luto, sugere algumas estratégias para o suporte aos enlutados, como: espaços virtuais para a despedida e o apoio social; desenvolvimento de um memorial domiciliar; espaço on-line para registro de homenagens; capacitação de equipes hospitalares para a comunicação com as famílias; agilização de processos burocráticos; rituais fúnebres alternativos, por exemplo, missas virtuais; orientação aos profissionais que preparam os cadáveres; e fortalecimento da rede de apoio socioafetiva.

A pandemia exigiu que resignificássemos as despedidas, tão simbólicas diante do processo de elaboração do luto. A não realização de rituais acaba por gerar fatores complicadores na elaboração do luto, podendo ser vetor de um processo de luto complicado, quando o processo sofre mais agravos e perdura por mais tempo do que o esperado. Para Franco (2010), o luto complicado se caracteriza por prolongado estado de desorganização e expressões muito intensas, tanto de sentimentos quanto de mudanças radicais na vida, que perduram por muito tempo após a perda, além de episódios depressivos e isolamento constante. As repercussões emocionais do luto podem reverberar em todos os âmbitos da vida do sujeito, seja no aspecto emocional, social, físico ou cognitivo, pois há a necessidade de resignificações no que, até então, era concebido como mundo presumido (BRAZ; FRANCO, 2017).

É importante considerarmos, ainda, que as internações em hospitais por outras causas, bem como a ocorrência de mortes por motivos outros, acabaram sendo afetadas em conjunto, muito em razão das restrições de visitas recomendadas pelas autoridades sanitárias aos hospitais, visando a reduzir a circulação de pessoas. Além disso, mesmo quando a causa da morte não for a Covid-19, o tempo para velório é reduzido, buscando-se evitar a aglomeração de pessoas.

Outro agravante do luto por Covid-19 pode ser a constante culpa e incerteza que nos assola diariamente. Um familiar contaminado tende a abrir os seguintes questionamentos: de quem

ele contraiu? Quando ele contraiu? Alguém da família pode ter lhe contaminado? Mesmo que essas perguntas não possam ser respondidas com certeza, tendem a gerar uma fantasia de constante culpa e angústias de origens diversas.

Diante da vivência do luto, Parkes (2009) destaca os recursos internos e externos com os quais cada um de nós conta para enfrentar uma perda; dependendo desses, o processo de luto poderá transcorrer de forma normativa ou complicada. Os recursos internos são as ferramentas que foram construídas ao longo da vida pelo sujeito, enquanto os externos podem ser considerados o meio familiar e social disponível para prestar apoio.

Além da vivência da dor do luto individual, atualmente, somos perpassados pelo luto coletivo, haja vista que temos uma sociedade enlutada das mais diversas formas. O indivíduo que foi afetado diretamente pela morte de alguém tende a reviver, a cada noticiário, os sentimentos inerentes à sua perda (PENNA, 2015). Diferentemente dos cenários de catástrofe ou um desastre – nos quais, mesmo com muitas mortes, pode-se esperar um número conclusivo de vítimas –, no cenário pandêmico, não há como esperar, de forma conclusiva, o número de mortes dentro de um determinado espaço de tempo, considerando o incerto aumento do contágio e o imponderável tempo de duração da pandemia.

Acima de tudo, o luto deve ser vivido. Não há como deixá-lo de lado, ou superá-lo sem passar pelo processo que lhe constitui. Por isso, ele é tido como uma experiência individual, mas necessária de ser atravessada. Pode-se fazer uma metáfora com a função desempenhada por uma ponte. Ao transcorrermos um percurso, entramos em contato com uma nova realidade – um outro lado – e, somente atravessando este caminho, passo a passo, daremos novos significados, novos olhares, em que recursos que não sabíamos existir serão conhecidos.

Diante de um número tão expressivo de mortes em escala diária, cabe à sociedade o reconhecimento de cada vida perdida como uma história única, com seus atravessamentos e enlutados por aquela perda. Jamais devemos nos deixar ser levados pela banalização, de que se trata, tão somente, de mais uma vida entre tantas. Reconhecer a perda, validando o sentimento individual e compreendendo que há inúmeros fatores que induzem ao processo de luto complicado, implica acolher o enlutado, auxiliando-o para que, gradualmente, viva o luto ao mesmo tempo que busca a retomada de sua vida, resultando na reinserção em seu meio.

Considerando a reinserção social do enlutado, é crucial que sejam promovidos espaços para viabilizar sua fala, no sentido de elaborar o acontecimento da morte, auxiliando na readaptação ao novo mundo que se apresenta sem o ser amado (PARKES, 2009). Entende-se que o luto não é um processo linear, mas sim dual, pois o sujeito oscila entre viver a dor da perda e retomar a sua vida (MAZZORRA, 2009).

É fundamental que se mantenha um olhar atento ao enlutado, principalmente em casos indicativos de luto patológico e adoecimento psíquico. Faz-se necessária a busca por serviços especializados na área, com profissionais capacitados a intervir nas situações de luto, com a ideia de um espaço que possa permitir à pessoa receber auxílio na elaboração e na readaptação de sua nova concepção de mundo.

Por fim, encerramos com um trecho de Colin Parkes, autor que é referência mundial em luto e que reforça a existência do luto apenas quando houver amor. O que morre é a presença física; há de ser possível que o legado e a história de cada morte sejam perpetuados. “Portanto, amor e perda são duas faces da mesma moeda. Não podemos ter um sem nos arriscar ao outro” (PARKES, 2009, p. 11).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus - COVID-19.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/profissionais>. Acesso em: 4 jun. 2021.
- BRASIL. **Coronavírus.** Painel Geral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2021.
- BRASIL. **Portaria nº 356, de 11 de março de 2020.** Medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
- BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 90-105, jan. 2017.
- CRISPIM, D.; SILVA, M. J. P.; CEDOTTI, W. *et al.* **Notícias de óbitos durante a pandemia da COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/%C3%93bito-COVID-19.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2021.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Processo de luto no contexto da COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na->

pandemia-covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-covid-19.pdf.
Acesso em: 4 jun. 2021.

FRANCO, M. H. P. Por que estudar o luto na atualidade? *In: Formação e rompimento de vínculos*. São Paulo, SP: Summus, 2010. p. 17-42.

MAZZORRA, L. *A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto*. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

NEVES, L.; GONDIM, A. A.; SOARES, S. C. M. R. *et al.* O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. e20170304, 2018.

PARKES, C. M. *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. Tradução de Maria Helena Pereira Franco. São Paulo: Summus, 2009.

PENNA, C. Investigações psicanalíticas sobre o luto coletivo. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 33, p. 9-30, dez. 2015.

SOUZA, C. P.; SOUZA, A. M. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 35, p. e35412, 2019.

O ENFRENTAMENTO À COVID-19: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Mara Rúbia André Alves de Lima

McArthur Alexander Barrow

Carla Isabel Borré

Jorge Amilton Höber

Nathan Hermenegildo Lisboa

Antônio Nocchi Kalil

Apesar das pandemias precedentes, era difícil prever, no começo de 2020, que a Covid-19 evoluiria para uma pandemia tão impactante e demorada e que o SARS-CoV-2 se revelaria capaz de catalisar uma disrupção global na saúde, na economia, na educação, na comunicação, na mobilidade, no relacionamento entre as pessoas e no meio ambiente, para citar algumas.

As recomendações sanitárias extremas em Wuhan, no começo da pandemia, remeteram ao cenário fictício assustador que foi magistralmente narrado em *A Peste* por Albert Camus (2007). Neste livro publicado em 1947, uma cidade tem suas portas de acesso vigiadas

e cerradas para entradas e saídas, a fim de evitar a disseminação de uma doença contagiosa, que se alastrava e interferia nas vidas das pessoas e que matou muitas delas durante longos dez meses. A realidade da pandemia da Covid-19 já ultrapassou em tempo à da ficção. Apesar das aprendizagens, dos avanços na ciência e nos cuidados dos doentes e da disponibilização de vacinas, novas variantes do SARS-CoV-2 continuam sendo identificadas e a ameaça da perda de mais vidas é real.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA COVID-19

Considera-se que 80% dos casos de Covid-19 são leves ou moderados, recebendo tratamento ambulatorial; 20% necessitam de hospitalização, sendo 75% de hospitalizações em enfermarias, com 25% das pessoas precisando de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Dentre os pacientes da UTI, metade necessitará de intubação orotraqueal para ventilação mecânica, sendo que aproximadamente 50% deles têm risco de morte.

Sem seguir os protocolos de prevenção da Covid-19 (uso de máscaras, higienização das mãos e distanciamento social), qualquer pessoa pode se contaminar com o SARS-CoV-2. Todos os pacientes com Covid-19 podem apresentar complicações e evoluir desfavoravelmente. Principalmente no começo da pandemia, os seguintes fatores se associam a pior prognóstico e a maiores chances de necessidade de UTI: idade ≥ 65 ; sexo masculino; afrodescendência; gravidez; e presença de doenças prévias, principalmente as crônicas (hipertensão arterial sistêmica ou outras doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma grave, tabagismo, obesidade, diabetes, insuficiência renal, câncer e outras condições ou uso de medicamentos que diminuam a imunidade).

CASOS LEVES E MODERADOS DE COVID-19

Na primeira fase da doença (primeira semana), os pacientes relatam síndrome gripal com febre, tosse, sintomas de vias aéreas superiores, dor de garganta, cefaleia, dor no corpo, artralguas e cansaço. Muitos pacientes referem anosmia (ou hiposmia), que é a perda do olfato, e disgeusia, que é a alteração do paladar. O diagnóstico diferencial da síndrome gripal da Covid-19 é feito com resfriado comum, gripe, rinite e dengue, pela situação epidemiológica dessa arbovirose no Brasil. A coinfeção por Covid-19 e dengue é possível. Também é indicado investigar tuberculose (TB), principalmente se a pessoa vive com HIV. Um mesmo paciente pode ser uma pessoa que vive com HIV, apresenta TB e Covid-19. A maioria dos pacientes apresentará ecocardiograma normal, exames laboratoriais normais ou com linfopenia leve, radiograma de tórax normal, tomografia computadorizada normal ou com vidro fosco. Pode haver diarreia e vômito, com ou sem sintomas respiratórios, principalmente nas crianças; nos idosos, pode evoluir para desidratação. Na primeira fase da Covid-19, não costuma ocorrer dificuldade para respirar.

Na segunda fase (a partir da segunda semana), o paciente pode apresentar progressiva melhora ou piora com pneumonia e acometimento de outros sistemas além do respiratório. Como a dispneia pode ser de difícil percepção, o paciente pode monitorar seu nível de oxigenação com um oxímetro de pulso, se esse dispositivo estiver disponível (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2020).

CASOS GRAVES: A MEDICINA INTENSIVA NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Os pacientes que evoluem desfavoravelmente, habitualmente do 7º ao 9º dia a partir do início dos sintomas, pioram muito com dispnéia, tosse, leucopenia, plaquetopenia e oxigenação reduzida com menos de 93% de saturação de oxigênio (CARMONA; NIELFA; ALVARADO, 2020). A doença avança para o pulmão e infecta as células endoteliais dos alvéolos pulmonares. Surge infiltrado multilobar, geralmente em áreas periféricas, no exame de imagem do tórax, com áreas de vidro fosco e consolidações pneumônicas (HU *et al.*, 2020). Microscopicamente, as alterações do pulmão correspondem à membrana hialina. Os alvéolos pulmonares se tornam desarejados, colapsados ou inundados. Pode haver coinfeção por outros agentes infecciosos além do SARS-CoV-2. Além disso, ocorrem distúrbios da coagulação com microtromboses, hepatoesplenomegalia e linfadenomegalia. Os D-dímeros séricos estão muito elevados, sendo indicada a profilaxia da trombose e a anticoagulação plena nos casos de embolia pulmonar. O cérebro pode ser afetado pelo SARS-CoV-2 por efeitos diretos ou por efeitos secundários a inflamação, êmbolos sanguíneos, baixa oxigenação, uso de sedação, ventilação mecânica, dor e UTI. Além de cefaleia, hiposmia e disgeusia por acometimento neuropático pelo vírus, também ocorrem acidente vascular cerebral (AVC), visão borrada, crises convulsivas, delírio e alterações cognitivas. Durante a evolução, também podem ocorrer insuficiência renal e necessidade de hemodiálise (KAUFMAN *et al.*, 2020).

O processo da insuficiência respiratória aguda pode se associar a disfunção cardíaca com congestão pulmonar. Segue-se a ativação do sistema imune e a chamada “tempestade de citocinas”, com inflamação mediada principalmente pela interleucina 6 (IL-6) (BRIGHAM HEALTH, 2020).

A insuficiência respiratória pode ser manejada em casos selecionados com ventilação não invasiva (VNI), que tem o potencial de aerossolização de secreções contaminadas, aumentando a transmissão do SARS-CoV-2, mas melhora a hipoxemia e previne ou retarda a intubação traqueal e a ventilação invasiva (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2020) preconiza ventilação protetora com baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso), baixas pressões platô (< 30 cmH₂O), baixa *driving pressure* (≤ 15 cmH₂O), alto PEEP. Os níveis de PEEP de 15 cmH₂O \pm 3 mostram os melhores desfechos. Outra estratégia para corrigir a hipoxemia é a posição prona. Quando todas essas medidas não forem satisfatórias, pode-se ainda instalar a oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), um recurso anteriormente oferecido a pacientes aguardando transplante pulmonar (BIASI, 2020).

Resumidamente, os pacientes com Covid-19 têm indicação de internação em UTI de acordo com a análise criteriosa dos seguintes parâmetros: 1) necessidade de O₂ suplementar por cateter nasal > 3 L/min para manter saturação de hemoglobina 94% e/ou frequência respiratória < 24 rpm; 2) necessidade de suporte ventilatório não invasivo, EPAP > 10 cmH₂O ou cateter de alto fluxo de oxigênio para manter saturação de hemoglobina > 94% e FR < 24 rpm; 3) necessidade de intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva; 4) presença de instabilidade hemodinâmica, sinais de má perfusão tecidual, oligúria, lactato ≥ 36 mg/dL com ou sem vasopressor, sepse, hipotensão e choque séptico.

No Brasil, dados da Fiocruz constataam número maior de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em 2020 do que a média dos últimos dez anos. Em 2016, mesmo com um surto de gripe por H1N1, esse número subiu menos. Assim, supõe-se que a Covid-19 esteja

alavancando o número de casos de SRAG em 2020. Contudo, outras causas de SRAG, como o H1N1, e a possibilidade de concomitância de vírus (respiratório sincicial, H1N1, citomegalovírus etc.) devem ser também consideradas no diagnóstico diferencial (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Independente da disponibilidade de medicamentos ou vacina contra o SARS-CoV-2, o acesso a tratamento de suporte de qualidade na UTI tem papel primordial para evitar o óbito dos pacientes com Covid-19 (UTI HCOR RESEARCH INSTITUTE, 2020).

A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

Sendo muitas vezes a linha de frente na saúde pública, os profissionais de Saúde da Família lidam com os cuidados diários da Atenção Primária à Saúde (APS). Em tempos de pandemia, algumas rotinas se tornaram mais importantes pelo impacto no bem-estar dos pacientes e nos desfechos de pacientes com Covid-19.

Desde o início da pandemia, a atuação dos profissionais da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e de outros profissionais da APS precisou de novos paradigmas para seu trabalho (WILLIAMS; TSILIGIANNI, 2020). Um dos pilares da APS, o acesso universal à saúde, tem como estratégia incentivar que o primeiro acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorra através das interações entre a população e os profissionais da APS. Porém, com o isolamento social para prevenir a transmissão do SARS-CoV-2, essa estratégia se tornou limitada. Com a limitação dessa estratégia e a redução da utilização de serviços de saúde presenciais, eram previsíveis atrasos no diagnóstico, no manejo e no controle de doenças crônicas não transmissíveis e de neoplasias (JONES *et al.*, 2020), lembrando que essas doenças podem representar

fatores de risco para complicações e morte por Covid-19 (DOMEYER; KATSARI; MARIOLIS, 2020).

Assim, surgiu a necessidade de novas ferramentas para a MFC dar conta das novas demandas trazidas pela Covid-19, além de manter o acompanhamento médico efetivo à população, prevenindo e promovendo saúde. O telemonitoramento e a teleconsultoria, inicialmente utilizados para auxiliar no tratamento de doenças cardiovasculares, são ferramentas promissoras na abordagem de pacientes pela MFC durante a pandemia (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2020). Embora haja dúvidas sobre a efetividade dessas ferramentas nas populações mais vulneráveis, a telemedicina reduz os riscos de contágio da consulta presencial e pode ser usada no acompanhamento de pacientes com Covid-19 leve. Cabe à equipe de Saúde de Família mapear as principais patologias presentes na população, principalmente as que representam riscos para desfechos negativos da Covid-19 e podem ser monitoradas remotamente em relação a vulnerabilidades sociais que aumentam o risco de infecção, informadas sobre riscos, sinais de alerta e sintomas da doença e orientadas sobre distanciamento social e uso de máscara, além de acompanhadas devido a doenças crônicas preexistentes (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020).

A SANTA CASA DE PORTO ALEGRE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SCMPA) é uma instituição filantrópica de 217 anos, que atende majoritariamente pacientes do SUS e que tem seus pilares na assistência, no ensino e na pesquisa. Foi na Santa Casa que foi criada a primeira faculdade de Medicina do estado, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(UFRGS), e a terceira, na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), da qual é o hospital de ensino. Além de alunos de graduação, mais de 400 residentes nas áreas médica e multiprofissional são formados a cada ano com o aval da UFCSPA/SCMPA. Através de seus sete hospitais especializados em Porto Alegre, o hospital tem importante papel nacional em procedimentos de complexidade como transplantes, neurocirurgia e cardiovasculares, além de se destacar no diagnóstico e no tratamento do câncer. Várias outras áreas são reconhecidas no hospital, com avanços em Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia, Biomedicina, Farmácia, entre outros. Além disso, profissionais da saúde de inúmeras faculdades do estado, do país e do exterior procuram a Santa Casa para completar a sua formação com estágios de aperfeiçoamento.

No entanto, em meados de março de 2020, o hospital se viu frente a uma nova realidade: enfrentar a chegada da pandemia causada pela Covid-19. No início, foi solicitado pelo gestor municipal para continuar atendendo as principais demandas de outros problemas de saúde da população, o que foi feito. Mas, por entender que, em algum momento, haveria a solicitação para atender também os doentes afetados pela pandemia, destinou-se o hospital especializado em pulmão e referência na América Latina, o Pavilhão Pereira Filho, como a unidade preferencial para casos de Covid-19. As unidades de internação, as emergências e as UTIs da Santa Casa já atenderam milhares de pessoas, e os laboratórios realizaram mais de 12 mil exames para o novo coronavírus (PCR e testes rápidos) ao longo da pandemia. A Santa Casa também participou de várias pesquisas, com enfoque no tratamento, nos aspectos epidemiológicos e de inovação relacionadas ao tema: são mais de 20 estudos, incluindo projetos multicêntricos e acadêmicos. Também nasceu rapidamente a telemedicina, com participação fundamental da UFCSPA, com professores e residentes voluntários realizando milhares de atendimentos com orientações sobre

a Covid-19. Áreas como a telefisioterapia também foram muito bem aceitas, assim como telepsicologia e telepneumologia, que são bastante procuradas na plataforma digital de telemedicina.

Além disso, a Santa Casa iniciou uma campanha para construir mais 80 leitos exclusivos para Covid-19 e conseguiu, em tempo recorde, chegar a 90 leitos na capital e mais 10 leitos no hospital de Gravataí que pertence à instituição. Apesar dessas rápidas medidas, assim como em outros países, o número de casos cresceu de forma alarmante, sobrecarregou o hospital, mas não diminuiu seu vigor no enfrentamento à pandemia. O número de leitos de UTI para pessoas com Covid-19 subiu para aproximadamente 150 no total. Tudo isso graças à união de pessoas físicas, empresas, associações, imprensa, prefeitura de Porto Alegre, Governo Federal e nossos clubes de futebol, que se uniram para dar o nome de “O GRENAL mais importante da história” a uma campanha de solidariedade. A disponibilização de mais leitos, as ações de marketing enfatizando a necessidade do distanciamento social, além da qualidade profissional e da dedicação de todos envolvidos, são fundamentais para o hospital enfrentar a Covid-19, manter a busca de bons resultados e construir mais um alicerce para consolidar a história da Santa Casa de Porto Alegre como uma instituição de saúde bicentenária, que sempre está ao lado e honra não apenas os gaúchos, mas todos os que chegam em busca de seus cuidados.

COMENTÁRIOS FINAIS

Ninguém desejaria ter que acompanhar diariamente os elevados números de casos diagnosticados e de histórias de vidas interrompidas devido à Covid-19 – ora numa ascensão ameaçadora, ora num declínio tão desejado, mas sempre numa gangorra em que as regiões mais atingidas vão se alternando. Felizmente, também elevado é o número de pessoas que têm sobrevivido, embora os períodos de recuperação

possam ser longos e acompanhados de consequências da infecção. Alto é o número de profissionais que se arriscam para enfrentar a Covid-19, de cientistas concentrados em pesquisas com o objetivo de combatê-la e de voluntários na ajuda aos mais vulneráveis.

Neste cenário global desafiador, cada um de nós precisa fazer o seu melhor, mantendo esforços pessoais e coletivos de enfrentamento à pandemia, reconhecendo-se em um mesmo time, a favor da vida. Em seu livro, Camus (2007, p. 160) escreveu: “sabiam agora que, se há qualquer coisa que se pode desejar sempre e obter algumas vezes, essa qualquer coisa é a ternura humana”. Nos dias de hoje, a ternura humana não só é desejada, como, mais do que nunca, é necessária, e a cultura da inclusão e da diversidade pode ser uma das suas melhores expressões.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.** Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.
- BIASI, A. **Tratamento de hipóxia refratária: quais são as alternativas?** São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2020. Disponível em: <https://covid19webmeeting.com/palestra/WY7WE/tratamento-de-hipoxemia-refrataria-quais-so-as-alternativas>. Acesso em: 16 ago. 2020.
- BRIGHAM HEALTH. **Clinical Course and Epidemiology.** 2020. Disponível em: <https://covidprotocols.org/protocols/clinical-course-and-epidemiology/#clinical-course>. Acesso em: 12 out. 2020.

CAMUS, A. **A Peste**. São Paulo: Editora Record, 2007.

CARMONA, L. E. O.; NIELFA, M. C. C.; ALVARADO, A. L. D. The Covid-19 pandemic seen from the frontline. **International Brazilian Journal of Urology**, v. 46, n. 1, p. 181-194, 2020.

DOMEYER, P.; KATSARI, V.; MARIOLIS, A. Chronic non-communicable diseases: a sacrifice on the altar of COVID-19? **British Journal of General Practice**, v. 70, n. 695, p. 281, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **InfoGripe destaca aceleração de internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave**. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/infogripe-destaca-aceleracao-de-internacoes-por-sindrome-respiratoria-aguda-grave>. Acesso em: 16 ago. 2020.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, v. 368, p. m1182, 2020.

HU, Q.; GUAN, H.; SUN, Z. *et al.* Early CT features and temporal lung changes in COVID-19 pneumonia in Wuhan, China. **European Journal of Radiology**, v. 128, p. 109017, 2020.

JONES, D.; NEAL, R. D.; DUFFY, S. R. G. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. **Lancet Oncology**, v. 21, p. 748-750, 2020.

KAUFMAN, A. E.; NAIDU, S.; RAMACHANDRAN, S. *et al.* Review of radiographic findings in COVID-19. **World Journal of Radiology**, v. 12, n. 8, p. 142-155, 2020.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines**. 2020.

Disponível em: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.

Acesso em: 12 out. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.

TelessaúdeRS. **Telecondutas Coronavírus (COVID-19):** informações para profissionais da APS - versão 8. Porto Alegre: Faculdade de

Medicina, 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_coronavirus.pdf)

documentos/telecondutas/tc_coronavirus.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

UTI HCOR RESEARCH INSTITUTE. **Atendimento ao paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19**.

2020. Disponível em: [https://www.hcor.com.br/wp-content/](https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2020/06/protocolo_atendimento_coronavirus_v12.pdf)

uploads/2020/06/protocolo_atendimento_coronavirus_v12.pdf.

Acesso em: 12 out. 2020.

WILLIAMS, S.; TSILIGIANNI, I. COVID-19 poses novel challenges for global primary care. **Primary Care Respiratory Medicine**, v. 30, p. 30, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Severe Acute**

Respiratory Infections Treatment Centre. 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331603>. Acesso em:

15 ago. 2020.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 727-733, 2020.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Alexandre do Nascimento Almeida

Licenciado em Letras pela Universidade La Salle. Especialista em Gênero e Sexualidade pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Aquisição da Linguagem e Doutor em Linguística Aplicada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Associado da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Ana Beatriz Gorini da Veiga

Licenciada e Bacharela em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestra em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo National Institutes of Health. Professora Associada da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Anelise Fiori da Silva

Psicóloga pelo Centro Universitário da Serra Gaúcha. Psicóloga Clínica no Hospital Dom João Becker da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Mestranda em Ensino na Saúde na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Anna Júlia Zanella Machado Carrion

Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

André Moura Kohmann

Médico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Psiquiatra pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Antônio Nocchi Kalil

Médico pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Possui diploma Universitário de Cirurgia Hepato-Biliar e Transplante Hepático pela Université de Paris XI. Professor Associado da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Chefe do Serviço de Cirurgia Oncológica e Geral da Santa Casa.

Augusto Schallenberger

Pedagogo de Educação Infantil pela Universidade Luterana do Brasil. Especialista em Educação Inclusiva pela Universidade Castelo Branco.

Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor de Língua Brasileira de Sinais na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Bianca Pelicioli Riboldi

Arquiteta e Urbanista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Arquitetura e Patrimônio pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Arquiteta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Breno Graciano Lisboa

Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Presidente da Liga de Pneumologia da UFCSPA (LiPU).

Caren Luciane Bernardi

Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutora em Neurociências. Realizou pós-doutorado em Ciências Médicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Carla Isabel Borré

Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Diretora Científica da Liga do Câncer da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Carmen Lúcia Pinto Copetti

Bacharela em Publicidade e Propaganda, Pós-Graduada em Gestão Estratégica em Serviços, Mestra em Administração e Especialista em Administração de Marketing e Bacharela em Comunicação Social -

Publicidade e Propaganda pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
Doutoranda em Design na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Cibele Cristina Boscolo

Fonoaudióloga pela Universidade de São Paulo. Mestra em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos. Professora Adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Chefe do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Clarissa De Antoni

Psicóloga e Especialista em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Associada III da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre. Coordenadora do Projeto de Extensão Farfalle: espaços de acolhimento para mulheres em situação de violência.

Cláudia de Souza Libânio

Administradora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Arquiteta e Urbanista e Especialista em Design - Produto, Gráfico e Informação pelo Centro Universitário Ritter dos Reis. Especialista em Safety Quality Informatics pela Harvard Medical School. Mestra e Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Realizou pós-doutorado em Design na Universidade do Vale do Rio dos Sinos e em Engenharia de Produção na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta II da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Cristian Zehnder

Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Secretário da Liga de Pneumologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Débora Fernandes Coelho

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Gênero e Sexualidade pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Emilene Zitkus

Bacharela em Desenho Industrial - Projeto do Produto pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Especialista em Ergonomia Aplicada a Habitação pela Universidade de São Paulo. Mestra em Human Factors for Inclusive Design pela Loughborough University. Doutora em Engineering Design pela University of Cambridge. Professora visitante do Hong Kong Polytechnic University e da Universidade Estadual Paulista. Fellow da Higher Education Academy. Professora da Loughborough University.

Francisco Scornavacca

Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pediatra pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Neuropediatra pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vice-chefe do setor de Neuropediatria da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Chefe do Departamento de Pediatria da Universidade

Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Professor Adjunto da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Gabriela Brito Pires

Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestranda em Ensino na Saúde na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Geovani Carlos Gava

Enfermeiro pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Pós-Graduado em Enfermagem do Trabalho. Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Vice-Presidente da Liga de Pneumologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Helena Fuchs

Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal das Ciências da Saúde de Porto Alegre.

João Vitor Pinotti Dallasen

Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Diretor Científico da Liga de Pneumologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Jorge Amilton Höher

Médico pela Universidade Federal de Santa Maria. Especialista em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Terapia Intensiva e em Nutrição Parenteral e Enteral pela Associação Médica Brasileira. Doutor em Pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Médico-chefe da

UTI Central da Santa Casa de Porto Alegre. Professor Associado da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Júlia Mattevi Popko

Graduanda do Curso de Medicina na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Diretora de Extensão da Liga de Pneumologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Leandro Miletto Tonetto

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Graduado em Pediatrics Leadership na Harvard Medical School. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e pela University of Leeds. Realizou pós-doutorado em Design na Saúde no Georgia Institute of Technology. Professor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Luana Duarte Teles

Bacharela em Gastronomia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestra em Nutrição e Alimentos pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Coordenadora e professora do Curso Superior de Tecnologia em Gastronomia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Luiza Maria de Oliveira Braga Silveira

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professora Associada da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Coordenadora do Núcleo de Inclusão e Diversidade (NID) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Mara Rúbia André Alves de Lima

Médica pela Universidade de Rio Grande. Pneumologista pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Especialista em Mídias na Educação e Mestre em Pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Pneumologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela University of Toronto. Professora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Coordenadora da Liga de Pneumologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Fulbright Visiting Scholar no Institute of Global Health, RWJ-Medical School, na Rutgers University.

McArthur Alexander Barrow

Médico pela Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Melisa Rossa

Pedagoga com Habilitação Deficiência Mental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista de Apoio Técnico do Núcleo de Inclusão e Diversidade da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Nathan Hermenegildo Lisboa

Médico pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Residente em Medicina de Emergência do Hospital Moinhos de Vento.

Valentina Marques da Rosa

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestra em Design pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Mestra em Artes pela Ryerson University. Doutoranda em Engenharia de Produção na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Vanize Martins Flores

Teóloga pela Escola Superior de Teologia. Mestra em Educação em Estudos Culturais pela Universidade Luterana do Brasil. Tradutora e Intérprete de Língua Brasileira de Sinais da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Roberta da Silva Gomes

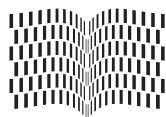
Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Conselheira no Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.

Roberto Luiz Targa Ferreira

Médico pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Especialista em Pneumologia Sanitária pela Fundação Oswaldo Cruz. Pneumologista do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Shanna Schwarz Krening

Pedagoga pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Mestra em Educação em Estudos Culturais pela Universidade Luterana do Brasil. Especialista em Língua de Sinais pela Faculdade Educacional da Lapa. Tradutora e Intérprete de Língua Brasileira de Sinais.



Editora da
UFCSPA