

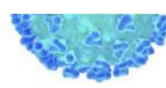
REDE
CoVida
Ciência, Informação
e Solidariedade



Saúde do trabalhador na pandemia de Covid-19:
riscos e vulnerabilidades

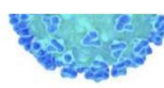
Maio de 2020





Resumo

A COVID-19 tem-se configurado como uma crise humanitária, uma vez que tanto a doença, quanto as medidas de contenção desta, geram efeitos socioeconômicos graves e persistentes. Nesse contexto, a categoria trabalho assume um papel relevante, seja pela viabilidade de manutenção do distanciamento social e das condições de vida permitidas pelo vínculo regular de trabalho, seja pela impossibilidade de adoção das estratégias de proteção devido à precarização do trabalho. Mesmo assim, pouco se sabe sobre o perfil de trabalhadoras(es) mais expostos, bem como os em situação de maior vulnerabilidade. As evidências indicam que profissionais de saúde são mais acometidos, muito embora deva-se considerar que estes são os que mais têm acesso ao diagnóstico. Assim, persistem lacunas sobre os demais grupos ocupacionais, bem como sobre os determinantes sociais que implicam em uma maior vulnerabilidade relacionada ao trabalho. A pandemia coincide no Brasil com uma conjuntura na qual trabalhadoras(es) acumulam perdas relevantes de direitos trabalhistas e previdenciários, somadas às desigualdades sociais preexistentes, ao exemplo de precariedade de moradia, implicando em maior exposição e maior risco, seja pelo perfil de sua ocupação o colocar na linha de frente, ou por sua desproteção social inviabilizar a adoção do distanciamento social. Nesse contexto, e diante da morosidade da implementação das ações governamentais, grupos sociais, incluindo sociedade civil organizada e instituições engajadas na proteção à saúde, se organizaram em defesa da garantia da proteção às populações mais vulneráveis, incluindo trabalhadores. Embora a evolução da pandemia ainda esteja em curso, prevê-se que as desigualdades sociais se intensifiquem e trabalhadores devem ser alvo prioritário da atenção no controle e disseminação da doença, além de eixo articulador das políticas públicas de proteção social e à saúde.

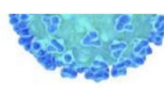


Cenário: um breve histórico da Pandemia

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem-se configurado uma nova crise humanitária, com mais de 5 milhões casos confirmados e levando a óbito cerca de 340.000 no mundo (OMS, 2020). Com alta transmissibilidade, pode evoluir para uma síndrome respiratória aguda grave e destaca-se das outras viroses respiratórias por sua severidade e letalidade, com evidentes efeitos sociais e econômicos. Embora tenha-se avançado muito no conhecimento acerca da doença, ainda existem muitas lacunas em relação ao perfil epidemiológico dos casos e óbitos, bem como ao contexto de desigualdades sociais que perpassam nível de exposição ao vírus, capacidade de tratamento e mitigação dos efeitos de saúde e sociais provocados pela pandemia.

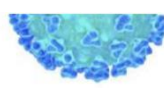
As estratégias de mitigação da evolução da epidemia, ainda vigente no contexto brasileiro, apesar de obrigatórias para maioria das atividades econômicas e sociais, com exceção de serviços essenciais, se apresentam restritas a grupos em situação mais estável, como servidores públicos ou trabalhadoras(es) formais, que possuem algum tipo de proteção previdenciária ou trabalhista. Nesse contexto, a categoria trabalho assume um papel relevante na efetividade de tais estratégias, seja pela viabilidade de manutenção do distanciamento social e das condições de vida permitidas pelo vínculo regular de trabalho, seja pela impossibilidade de adoção das estratégias de proteção devido à precarização do trabalho, aos tipos de serviços a serem prestados e aos desafios para a sobrevivência do trabalhador.

A discussão aqui desenvolvida privilegia os elementos da vulnerabilidade social, reconhecida como a que “se relaciona à possibilidade de o trabalhador perder o emprego ou sofrer forte redução de renda” durante a pandemia (ARANTES, 2020) e a vulnerabilidade programática nas insuficiências da resposta do Estado e empregadores em responder às necessidades dessas populações, seja no âmbito das políticas sociais, seguridade social, assistência à saúde ou da proteção ao e no trabalho (OLIVEIRA, 2018; SÁNCHEZ e BERTOLOZZI, 2007).



A chegada da pandemia coincide no Brasil com uma conjuntura na qual trabalhadoras(es) acumulam perdas relevantes de direitos trabalhistas e previdenciários. Neste sentido, a pandemia e suas repercussões sanitárias, econômicas e sociais aprofundam um contexto de intensa fragilidade e desregulamentação do trabalho. Este cenário tem como um dos marcos prioritários a reforma trabalhista, que se materializa na Lei 13.467, de Julho de 2017 (KREIN et al., 2019; FILGUEIRAS et al., 2019). A precarização do trabalho e seu impacto no direito à saúde de trabalhadoras(es) já vinham se expressando no aumento do adoecimento, físico e psíquico, decorrente da fragilidade do controle social exercido para adequação das condições de trabalho e prevenção de doenças e acidentes de trabalho. Sem os dispositivos coletivos de organização de trabalhadoras(es), com sindicatos cada vez mais fragilizados, as condições favoráveis à sobrecarga de trabalho se ampliaram (DRUCK et al., 2019; GALVÃO et al., 2019; KREIN et al., 2019). A reforma trabalhista de 2017 no Brasil, então, legitima as formas mais frágeis de contratualização do trabalho e os prejuízos ao emprego, com a criação de subcategorias de empregados mais vulneráveis em termos de direitos, destacando-se o contrato de emprego intermitente e a terceirização de atividade-fim, tornando-a ilimitada. Constituem-se, por dentro da lei, as subcategorias de trabalhadoras(es) formais, com menos direitos (DRUCK et al., 2019).

Para a área da Saúde do Trabalhador, a reforma trabalhista estabelece o cenário favorável à emergência de mais doenças e acidentes, haja vista a quase impossibilidade do trabalhador ser reconhecido como um sujeito de direitos, com poder de recusar o trabalho em condições precárias, com risco grave à sua saúde. A submissão ao empregador é a tônica, tendo em vista que a possibilidade de negociação individual por melhores condições de trabalho ou adequação de jornadas não existe nesta relação que é desigual e assimétrica, entre empregador e trabalhador. O trabalho intermitente, verdadeira ameaça à saúde de trabalhadoras(es), implica em contratos sem jornada ou remuneração definida, deixando o trabalhador à disposição de ser convocado pelo empregador quando isso for favorável ao seu negócio, sem remuneração do tempo mantido à disposição da

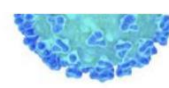


empresa, o que poderá resultar em precária renda auferida, comprometendo a subsistência do trabalhador. A reforma trabalhista instituiu também o teletrabalho, sem controle de jornada de trabalho e consequente pagamento de horas extraordinárias e demais direitos atinentes aos limites de jornada. Sem falar das demais perdas que a reforma trabalhista traz às(aos) trabalhadoras(es), o argumento de que a flexibilização do trabalho resultaria na ampliação do emprego não se concretizou, conforme já previam os estudiosos do trabalho (DRUCK et al., 2019, KREIN et al., 2019, FILGUEIRAS et al., 2019).

É nesta conjuntura que chega a pandemia da COVID-19. As estratégias para contenção da pandemia e da velocidade de transmissão da doença baseiam-se no distanciamento social, implicando paralisação temporária das atividades econômicas, a fim de manter a população em casa. E aí entram as profundas expressões do desamparo vivido por grandes parcelas de trabalhadoras(es) brasileiros, os formais com menos acesso aos direitos trabalhistas, os informais, os desempregados e os desalentados. Em meio à maior crise sanitária dos últimos cem anos, uma parcela de trabalhadoras(es) está em condições aviltantes de moradia, entre outras adversidades do seu cotidiano, que implicam flagrante obstáculo às estratégias de contenção de COVID-19 e particularmente à opção do distanciamento social e da recomendação do “Fique em Casa”. Assim, falar do mundo do trabalho na pandemia é falar de pandemia e vulnerabilidade.

Estimativas Internacionais da pandemia no contexto de vulnerabilidade e trabalho

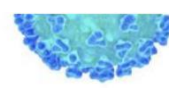
Com base na literatura, o que se sabe até o momento é que entre os casos confirmados de Covid-19, a maioria tinha entre 18 e 64 anos, com diferença discreta para sexo masculino (CDC, 2020a) e letalidade variando de 8,0 a 12,5% entre indivíduos com idade superior a 70 anos (LIVINGSTON; BUCHER, 2020). Para a



população com idade inferior a 70 anos, a letalidade varia de 0,3 a 3,6% (ONDER et al., 2020).

Nos Estados Unidos, embora cerca de 52% dos casos seja registrado entre pessoas brancas, as hospitalizações, que demonstram a evolução mais grave da doença, aconteceram entre pessoas não brancas em 55% das notificações. Dados da cidade de Nova York demonstram taxas de mortalidade entre negros/afro-americanos (92,3 mortes por 100.000 habitantes) e hispânicos/latinos (74,3/100.000) substancialmente mais altas do que as de pessoas brancas (45,2) ou asiáticas (34,5). O relatório do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) atribui a maior vulnerabilidade de pessoas não brancas às desigualdades das condições de moradia, trabalho e acesso a serviços de saúde (CDC, 2020b).

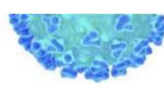
Os achados indicam o maior risco entre trabalhadoras(es) de saúde (health care workers), notadamente médicas(os), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem, muito embora estes tenham maior acesso ao diagnóstico, com testagem obrigatória e periódica. A incidência da doença em Wuhan, cidade chinesa onde a pandemia começou, foi estimada em 41,5 casos por milhão de habitantes na população geral, e 130,5 casos/milhão de hab. entre trabalhadoras(es) de saúde, ou seja, um risco de três vezes entre esses comparados à população geral (AN PAN et al., 2020). Outro estudo, que avaliou casos confirmados de Covid-19 de seis países asiáticos (Hong Kong, Japão, Cingapura, Taiwan, Tailândia e Vietnã), identificou que 14,9% dos casos possivelmente estavam relacionados ao trabalho. Os cinco grupos de ocupação com mais casos foram trabalhadoras(es) da área da saúde (22%), motoristas e trabalhadoras(es) de transporte (18%), trabalhadoras(es) de serviços e vendedores (18%), pessoal de limpeza e empregados domésticos (9%) e trabalhadoras(es) de segurança pública (7%) (Lan et al., 2020). Investigação com dados de 44.672 casos confirmados em Wuhan, observou que 22,0% desses aconteceram entre agricultores, 7,7% em industriários e 3,8% entre trabalhadoras(es) da saúde. A mortalidade foi de 0,01 pessoa-dia (PD) entre agricultores, 0,04 PD em industriários e 0,002 PD entre trabalhadoras(es) de saúde, além disso, a letalidade entre agricultores, industriários



e trabalhadoras(es) de saúde foram 1,4%, 0,7% e 0,3%, respectivamente (CHINESE CDC, 2020). Segundo essas evidências, embora o risco de adoecer (incidência) seja superior entre trabalhadoras(es) de saúde, o risco de morrer pode ser superior em outras ocupações, quando comparadas ao trabalho na saúde. Isso aponta que a mortalidade provavelmente está relacionada a outros determinantes e não apenas a maior probabilidade de exposição ao vírus (CDC, 2020b).

Além disso, como a maioria dos relatórios epidemiológicos dos países reconhece o maior risco entre trabalhadoras(es) de saúde, também foi possível estimar que a contribuição relativa desses, quando considerada a totalidade de casos, varia entre 3,8% na China (CHINESE CDC, 2020), 10% na Itália, 3% nos Estados Unidos da América, podendo alcançar 11% nos estados americanos com relatórios mais completos, 20% na Espanha (ECDC, 2020) e até 63% em Wuhan, na China (WU e MCGOOGAN, 2020). Considerando que cerca de 60 a 70% dos casos seja notificada entre indivíduos de 18 a 60 anos (CHINESE CDC; CDC, 2020; LIVINGSTON; BUCHER, 2020), ou seja, pessoas em idade produtiva ou economicamente ativa, é provável que a maioria desses não seja relacionada apenas a trabalhadoras(es) de saúde, porém, os mesmos relatórios não apresentam as ocupações dos demais indivíduos. E, aqui, ressalta-se que trabalhadoras(es) da saúde são todos envolvidos na garantia da atenção à saúde, o que implica o cuidado a pessoas com a Covid-19 ou a realização de tarefas nos ambientes de trabalho de unidades de assistência à saúde (recepção, higienização, transporte de usuários, laboratório e afins), resultando na exposição ocupacional para além da categoria dos profissionais de saúde. Ou seja, muitas ocupações relacionadas à saúde ainda podem estar sendo invisibilizadas, sendo excluídas das estimativas mundiais.

Também é preciso considerar outras ocupações que frequentemente estão sob o risco de infecções e doenças por exposição a material biológico, incluindo trabalhos que implicam atendimento ao público e que têm menos acesso à testagem. Neste caso, pode-se mencionar os serviços de proteção (policiais, agentes penitenciários, bombeiros), ocupações de escritório e apoio administrativo (bancários, correios e



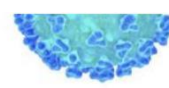
mensageiros, representantes de atendimento ao usuário dos serviços de saúde), ocupações de serviços comunitários e sociais (assistentes sociais, conselheiros) e até ocupações de construção e extração (encanadores, instaladores de fossas sépticas, reparo de elevadores) (BAKER et al., 2020). Estes locais de trabalho também devem ser contemplados pelas intervenções em saúde pública, já que podem ser fontes potenciais de exposição ao vírus (FILHO et al., 2020).

Para além do risco de contaminação pelo vírus, é preciso destacar os efeitos imediatos de ansiedade e de estresse entre trabalhadoras(es). Um estudo que avaliou profissionais de saúde identificou que 39% apresentavam algum sofrimento psíquico, especialmente aqueles que trabalhavam em Wuhan, na China, com sobrecarga de trabalho (DAI et al., 2020). Estes profissionais também podem sentir medo do contágio e da transmissão para suas famílias, amigos ou colegas (XIANG et al., 2020), além de apresentarem sinais de esgotamento, como distúrbios do sono (QI et al., 2020).

Apesar das ocupações ditas como linha de frente apresentarem alto risco para algum comprometimento na saúde mental, os impactos psicológicos das medidas de distanciamento e quarentena sociais também trazem repercussões importantes para outras(es) trabalhadoras(es). Pessoas fisicamente ativas, mas que deixaram de trabalhar em decorrência da necessidade do distanciamento social, apresentaram piores condições de saúde física e mental, além de angústia (ZANG et al., 2020). Essas informações enfatizam a importância de apoiar as(os) trabalhadoras(es) por meio de intervenções de proteção à saúde integral em momentos de crise generalizada (XIANG et al., 2020).

Estimativas Nacionais do contexto de vulnerabilidade e trabalho na Pandemia COVID-19

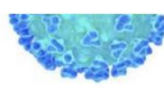
Segundo dados do Ministério da Saúde, até o dia 25 de maio de 2020, o Brasil registrou 347.398 casos confirmados e 22.013 óbitos, o que representa uma



letalidade de aproximadamente 6,5%. As regiões com maior número de notificações são a região Sudeste com 37,9% e a Nordeste com 34,6% (BRASIL, 2020). Como o país apresenta uma população relativamente jovem e com importantes diferenças regionais, o comportamento da doença no Brasil pode apresentar variações nas idades médias de eventos de morbidade, internação e mortalidade em comparação com outros territórios e regiões do mundo (GANEM et al., 2020).

Considerando a notificação de casos entre grupos de trabalhadoras(es), os dados disponíveis no Brasil ainda são incipientes e apresentam subnotificação expressiva. Os dados do SINVEP-Gripe, entre os meses de janeiro à primeira quinzena de abril de 2020, revelaram que entre os 53.733 hospitalizados notificados para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), apenas (926) 1,7% apresentavam registro de ocupação. Desses casos notificados para SRAG, 19.317 casos tiveram classificação final como SRAG não-Covid-19, 7.485 casos foram confirmados por critérios laboratoriais, havendo 26.931 casos com classificação final ignorada no sistema. Dos casos positivos, o registro de ocupação foi feito em apenas 168 fichas, que correspondem a 2,2%. A tendência de subnotificação da variável ocupação foi mantida nos registros de óbitos com 1,2% para as SRAG (34/2792) e 2,2% (36/1633) dos óbitos por COVID-19 com ocupações definidas (www.plataforma.saude.gov.br/dados-abertos/).

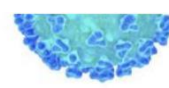
A subnotificação da variável ocupação limita a Vigilância em Saúde do Trabalhador e inviabiliza a análise de risco entre as categorias profissionais. Essa condição de ausência de registro tem sido frequentemente debatida no campo da saúde. Entretanto, em condições de pandemia, em que a tomada de decisão deve considerar a proteção de trabalhadoras(es) para a manutenção de serviços essenciais e o distanciamento social de grupos vulneráveis, para redução da progressão da doença, a subnotificação e sub-registro das ocupações podem comprometer estratégias de enfrentamento e demarcar iniquidades em saúde.



Inicialmente, a ficha de notificação da Covid-19 (E-SUSVEp) especificava apenas os profissionais de saúde, em uma variável dicotômica, sim ou não para caso notificado, não documentando a ocupação do caso. Após discussões entre pesquisadores, entidades e atores do campo da Saúde do Trabalhador, a ficha passou por atualização recente, que permite o registro da variável ocupação do caso, através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Mesmo com essa atualização, permanece o subregistro da variável na notificação da Covid-19, com as repercussões já conhecidas.

Apesar do limite dos dados com registro de ocupação, a análise do SINVEP-Gripe permitiu uma descrição preliminar dos casos entre trabalhadoras(es). Das(os) 926 trabalhadoras(es) investigados para SRAG, 32,5% eram profissionais de saúde. Destaque para técnicos e auxiliares de enfermagem com 114 casos, 37,9% de frequência de evento, seguidos por médicos (75) 24,9% e enfermeiros (72) 23,9%. Destaca-se que entre casos registrados, não estão incluídos trabalhadoras(es) da saúde em geral, que incorporam pessoal de higienização, recepção e outras ocupações centrais nas unidades de saúde. Ao considerar a confirmação diagnóstica por critérios laboratoriais, 47,6% de trabalhadoras(es) confirmados com Covid-19 eram da saúde. E a proporção de profissionais de saúde notificados para SRAG que em seguida foram confirmados para Covid-19 apresentou a seguinte distribuição: médicos (27/75) 36,0%, técnicos e auxiliares de enfermagem (24/114) 21,1% e enfermeiros (14/72) 19,4%.

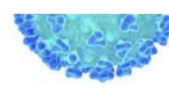
Os demais casos com ocupação registrada apresentaram dados distribuídos entre 37 subgrupos pela Classificação Brasileira de Ocupações. Mesmo assim, foi possível identificar alguns subgrupos. Para as notificações por SRAG, trabalhadoras(es) da agropecuária (87) 9,4%, seguidos por trabalhadoras(es) do comércio varejista e atacadista (68) 7,3%, trabalhadoras(es) do transporte (63) 6,8% e trabalhadoras(es) domésticos (39) 4,2% concentraram maior frequência de eventos. Em relação à confirmação por Covid-19, perfil semelhante foi encontrado: trabalhadoras(es) do comércio varejista e atacadista (11) 6,5% e trabalhadoras(es) do transporte (8) 4,8%



apresentaram mais registros da doença. Reitera-se que, em função do relevante sub-registro da variável ocupação, os dados aqui apresentados devem ser verificados com grande parcimônia. Ademais, registros hospitalares revelam apenas os casos de maior gravidade da doença e limitam a avaliação de risco da doença entre trabalhadoras(es).

Estudo conduzido pela Rede de Pesquisa Solidária avança na observação que durante a pandemia no Brasil, “o padrão de vulnerabilidade acompanha as desigualdades estruturais da sociedade brasileira. Os negros - homens e mulheres - detêm os vínculos mais frágeis e compõem a maior parte da informalidade e, quando empregados, não têm sua atividade coberta por contrato de trabalho e seguridade social, com demissão facilmente processada por não impor custos trabalhistas. Mulheres, particularmente as negras, também são muito vulneráveis por integrar setores econômicos considerados não essenciais - como a prestação de serviços domésticos, por exemplo, atividade que, em larga medida, foi paralisada sem remuneração” (ARANTES, 2020).

A relação gênero e pandemia também é outro aspecto que precisa ser investigado. Embora se reconheça que homens apresentam maior severidade e mortalidade pela COVID-19 (SHARMA et al., 2020), pouco se sabe sobre como a Pandemia tem afetado diferentemente homens e mulheres (WENHAM et al., 2020). Prevê-se que o distanciamento social pode ter um efeito relevante para as mulheres, uma vez que essas são as mais engajadas no cuidado informal nas famílias, o que pode limitar a capacidade de trabalho remunerado, implicando na diminuição de renda e autonomia dessas (WENHAM et al., 2020), aumento de sobrecarga física e mental, e até no aumento do risco de violências (UN WOMEN, 2020). Além disso, mulheres representam 70% das trabalhadoras de saúde na linha de frente na atenção à pandemia, enfrentando múltiplos riscos à sua saúde, bem-estar e segurança (UN WOMEN, 2020). A resposta efetiva à pandemia implica no reconhecimento das diferenças na vulnerabilidade de gênero relacionadas à exposição ao vírus, acesso à



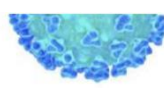
proteção e tratamento, adoecimento e morte, bem como políticas de proteção social e segurança.

Políticas de enfrentamento e mitigação da Pandemia no mundo do trabalho, trabalhadoras(es) formais e trabalhadoras(es) informais

As desigualdades sociais perpassam dimensões fundamentais para análise da evolução e mitigação da Covid-19 no contexto brasileiro. Populações de baixa renda, distribuídas de forma heterogênea pelas regiões do país, apresentam maior exposição ao novo coronavírus devido aos aglomerados urbanos, restrição ao saneamento básico, dependência de transporte público, e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos testes diagnósticos. A literatura descreve que a desigualdade social é um fator determinante para transmissibilidade e gravidade das epidemias de infecções respiratórias já enfrentadas em diferentes continentes (BUCCHIANERI, 2010).

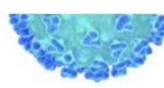
Nesse cenário, a desigualdade social extrema e a elevada pobreza e miséria existentes no Brasil constituem um sinal de alerta maior quando comparados com outros países. A China, por exemplo, apresenta peculiaridades sociais, políticas e culturais que a colocam em situação menos desfavorável, além de dispor de recursos financeiros superiores aos nossos (ABRASCO, 2020). As iniquidades existentes no país certamente se intensificarão em decorrência da redução da atividade econômica. A informalidade, que representa aproximadamente 41,1% do mercado de trabalho brasileiro (IBGE, 2019), durante esse período de crise sanitária e econômica, figurará como um dos principais problemas relacionados à perda de renda com ausência de dispositivos de proteção social e garantia de direitos trabalhistas e de seguridade social.

As políticas do governo federal adotadas em meio à pandemia, que deveriam ampliar a proteção social de trabalhadoras(es), não têm sido concebidas nesta perspectiva, segundo estudiosos do trabalho e do direito do trabalho. Essas medidas adotadas



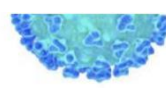
pelo governo federal explicitam a escolha de proteção do mercado e dos negócios em detrimento da proteção de trabalhadoras(es). Neste sentido, a Medida Provisória 927, publicada em 22 de março de 2020, chegou a prever a suspensão de contratos de trabalho e de remuneração pelo período de quatro meses, que deixaria trabalhadoras(es) “à própria sorte, agravando o caos social e econômico e institucionalizando um autêntico crime humanitário” (SOUTO MAIOR, 2020). A extensa reação da sociedade, em meio à pandemia, obrigou a revogação do artigo 18 desta Medida Provisória (MP), pelo seu proponente, o presidente da República do Brasil. Outros prejuízos do texto da MP estão mantidos e em vigor e o governo federal publicou em 1º de abril de 2020, a MP 936 que viria corrigir a omissão da MP 927 quanto ao papel do Estado na preservação de empregos e renda na crise do coronavírus.

A MP 936, então, institui, para trabalhadoras (es) formais, o denominado Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda que dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública (Medida Provisória Nº 936, de 1º de Abril de Abril). A medida autoriza os empregadores a suspenderem o contrato de trabalho temporariamente, a reduzirem salários e jornadas (por até 90 dias) ou suspenderem contratos de trabalho por até 60 dias. Destaca-se que caso haja suspensão do contrato ou redução da jornada de trabalho, com corte salarial, a proposta é que este seja complementado através de liberação de seguro desemprego, na mesma proporção da redução salarial. Entretanto, nem todas(os) trabalhadoras(es) formais farão jus a esta complementação, haja vista ser condição obrigatória preencher, previamente, os requisitos à concessão do referido seguro. Ainda nesta Medida Provisória, confere-se ao empregado intermitente, subcategoria criada na reforma trabalhista já mencionada, um benefício emergencial mensal no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) pelo período de três meses. Constata-se aqui a precarização implantada pela reforma trabalhista, haja vista a estimativa de renda para um trabalhador intermitente bem abaixo do salário mínimo, conforme o valor do benefício



concedido. Cerca de 106,0 milhões de pessoas tentaram o cadastro, sendo 59,0 milhões elegíveis para receberem o auxílio, porém, até a terceira semana de maio, quase um mês depois da divulgação do auxílio, muitas famílias ainda não tinham recebido o recurso o que, provavelmente, as obrigou a se exporem a condições inseguras de trabalho para garantir sua subsistência em meio à pandemia (G1 Globo, 2020).

No cenário da pandemia, a força de trabalho em saúde ocupa lugar de destaque, tendo em vista sua centralidade, especialmente reconhecida, na manutenção da rede de assistência. Em meio à crise sanitária que esta pandemia representa, a visibilidade alcançada pelo Sistema Único de Saúde e pelas(os) trabalhadoras(es) da saúde expressa neste momento sua importância estrutural não reconhecida e, ao contrário, fortemente negada pelas políticas de governo nos últimos anos. Por um lado, este destaque vincula-se à sua imprescindibilidade no enfrentamento da pandemia, ou seja, manter a força de trabalho, evitando perdas de quadros, pelo adoecimento ou morte. Por outro lado, esta imprescindibilidade confere visibilidade do trabalho em saúde, desvelando em parte os desafios cotidianamente presentes no mundo do trabalho, em geral, e no trabalho em saúde, em particular. Por isso, diversas notas técnicas consideraram essa especificidade (ANVISA, 2020; SESAB, 2020a; SESAB, 2020b; FRENTE AMPLA, 2020). Nessas notas, trabalhadoras(es) dos serviços de saúde são reconhecidos como grupo vulnerável prioritário na pandemia da Covid-19. Além disso, entre os documentos disponíveis, aqueles oriundos de Serviços em Saúde do Trabalhador, ou de organizações da sociedade civil que agregam acadêmicos e profissionais dedicados a esta área, demarcam os direitos de trabalhadoras(es), garantidos na legislação brasileira, como afastamento imediato do trabalho em casos suspeitos, notificação dos casos suspeitos e confirmados às autoridades sanitárias do município e estado e caracterização como “doença relacionada ao trabalho” de acordo com a (Lei 8.080/90 e Portaria 1.339/99, Ministério da Saúde, incorporada à Portaria de Consolidação 5/2017).



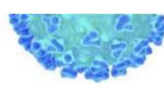
A fim de contribuir no sentido de reafirmar os direitos de trabalhadoras(es) da saúde com relação à Covid-19, a Frente Ampla em Defesa da Saúde das(os) Trabalhadoras(es) instituiu em 2/4/2020, Grupo Técnico que elaborou uma Nota Técnica, publicada em 07/04/2020, que visa esclarecer trabalhadoras(es), suas representações sindicais e Conselhos Profissionais, acerca da relação entre Covid-19 e trabalho e afirma: “A definição do diagnóstico clínico-ocupacional de uma doença ou agravo requer a investigação da relação entre a doença e o trabalho (nexo-causal entre doença e trabalho), que é definido a partir da evidência de exposição ocupacional. A natureza do trabalho em saúde, que neste momento implica o cuidado a pessoas com a doença Covid-19 ou a realização de tarefas nos ambientes de trabalho de unidades de assistência à saúde (recepção, higienização, laboratório e afins), resulta na exposição ocupacional de trabalhadoras(es) deste Setor (...) - cuja presença e consequente exposição ocupacional são determinadas pela ocupação exercida. Portanto, o estabelecimento da relação com o trabalho, ou onexo-causal entre Covid-19 e trabalho, para todas(os) trabalhadoras(es) em efetiva atividade ocupacional nas tarefas de cuidado a pessoas ou nas demais tarefas dentro dos locais de trabalho nos quais o cuidado é prestado, fica definido” (<https://abrastt.wixsite.com/abrasttofcial/acontece>).

Dentre as notas técnicas que orientam vigilância destaca-se o documento elaborado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia que adaptou a classificação da *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), para os quatro níveis de exposição ao risco de Covid-19: muito alto, alto, médio e baixo risco (BAHIA, 2020).

Na categoria de ***muito alto risco*** figuram:

“...Profissionais de saúde que tem contato direto com o paciente (intensivistas, dentistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) que realizam procedimentos “invasivos” e/ou que produzem geração de aerossóis (por exemplo, intubação, coleta invasiva de amostras) ou ainda que realizam coleta de amostras para cultura ou autópsias.”

A categoria de ***alto risco*** é constituída por:



“...Profissionais de saúde que não realizam procedimentos invasivos e que não geram aerossóis, e trabalhadores(as) que têm contato próximos com casos confirmados ou suspeitos, tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros trabalhadores da equipe de apoio (técnicos de enfermagem, radiologia, laboratórios, lavanderia hospitalar, maqueiros etc) que precisam entrar nos quartos; cuidadores; trabalhadores de transporte de saúde (por exemplo, operadores de veículos de ambulância, maqueiros); trabalhadores de necrotérios, funerárias e cemitérios envolvidos na preparação de corpos para enterro ou cremação.”

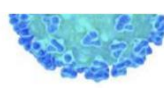
Os trabalhadores *em médio risco* são representados por:

“..Trabalhadores(as) que estão em contato próximo com pessoas potencialmente contaminadas e com o público em geral: agentes de saúde (ACS, ACE), vigilância em saúde, sanitaristas; cuidadores; seguranças e recepcionistas de serviços de atendimento ao público; bancários; trabalhadores(as) de portos e aeroportos, rodoviárias e rodovias; trabalhadores(as) de escolas, segurança pública, de telemarketing, do comércio (farmácias, mercados, padarias, feiras, vendedores), de aplicativos (transporte de pessoas e entrega de produtos); empregados domésticos; porteiros; motoristas de transportes coletivos; ambulantes; manicures; cabeleireiras; trabalhadores de serviço de alimentação, da limpeza urbana; trabalhadores da construção civil; trabalhadores na agricultura; motoboy; mototaxista etc.”

Em *baixo risco* de contágio estão:

“...Trabalhadores(as) que não entram em contato com pessoas contaminadas ou suspeitas ou não tem contato com o público em geral e mesmo com outros colegas de trabalho. Exemplo: trabalhadores(as) em atividades de trabalho remoto (Home office), tradutores, professores, youtubers; serviços de teleatendimento e consultoria; vigilante noturno.”

Para os profissionais de saúde da linha de frente do combate à pandemia predomina o alto e muito alto risco de exposição durante os cuidados ao paciente com COVID-19 em suas formas mais graves, com produção de aerossóis. Esta exposição será modificada pelos diferentes tipos de processos de trabalho, notadamente, em unidades de saúde fixas (Unidades de Terapia Intensiva, enfermarias, unidade de pronto atendimento) e unidades móveis de Atendimento Pré-Hospitalar (pública e privada). A proteção à saúde desses trabalhadores requer a adequada especificação de EPI, atentando-se às condições do processo de trabalho, ao treinamento desses trabalhadores, incluindo a paramentação (colocação dos EPI), a logística da

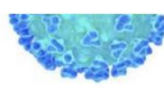


descontaminação dos equipamentos e materiais utilizados durante os procedimentos e a desparamentação (retirada do EPI contaminado)¹. Notas Técnicas elaboradas com a parceria entre serviço e universidade, detalham esses aspectos e orientações nestes contextos de trabalho.

É importante lembrar que apesar de útil, essa classificação deve ser interpretada em diferentes contextos, em que se pese a forma de vínculo e as condições nas quais o trabalho é desempenhado. A OSHA estima no documento de orientação, que a maioria das(os) trabalhadoras(es) americanas(os) provavelmente estarão na categoria de menor risco de exposição ou nível médio de exposição. Tal situação certamente diverge daquela em países pobres, ou em desenvolvimento. Um relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que de um total de 292 milhões de pessoas empregadas na América Latina e no Caribe, 158 milhões trabalham em condições de informalidade, o equivalente a uma taxa média regional de 54%.O documento também afirma que as mulheres estão mais expostas à informalidade em regiões de baixa renda e geralmente estão mais expostas a situações vulneráveis do que seus parceiros (ILO,2020).

Em todo mundo, a pandemia se apresenta em diferentes fases e, em algumas regiões, a flexibilização das medidas de contingenciamento passa a ser cogitada como forma de garantir a retomada econômica. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) manifesta preocupação com método de transição e afirma que são necessários controles específicos e medidas amplas de prevenção e vigilância, para redução de risco de uma segunda onda de contágio no local de trabalho. A organização reafirma o contexto de trabalho como foco estratégico de prevenção e controle da doença, pela natureza relacional do trabalho em lócus, no contexto familiar ou no ambiente comunitário (ILO,2020)

¹ http://www.fameb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/tcc/nota_tecnica_assistencia_pre-hospitalar_aph_movel_alto_risco_e_muito_alto_risco.pdf
http://www.fameb.ufba.br/sites/fmb.ufba.br/files/tcc/nota_tecnica_conjunta_dviscerestufba_n_132020_unidade_d_e_terapia_intensiva_uti_alto_risco_e_muito_alto_risco.pdf



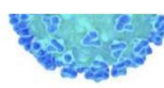
Para além de trabalhadoras(es) da saúde, em linha de frente no combate à pandemia e de trabalhadoras(es) de serviços essenciais (entre essas(es) as(os) do setor de comércio de alimentos e serviço de limpeza), a OIT destaca a importância de ações voltadas para aquelas(es) vulneráveis, principalmente as(aos) que estão na economia informal, migrantes e domésticas, e sugere medidas de prevenção como treinamento e educação sobre práticas de trabalho seguras e saudáveis, fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, acesso a serviços de saúde e fornecimento de meios de subsistência alternativos.

A OIT recomenda uma série de medidas que vão desde o mapeamento de atividade de risco à capacitação de trabalhadores com atividades educativas para garantia do trabalho seguro e possível retorno ao trabalho após distanciamento social. É válido ressaltar que a maioria das medidas diz respeito ao trabalhador formal.

À guisa de conclusões:

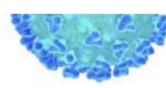
O conjunto de evidências reunidas neste texto acerca da COVID-19 no mundo do trabalho, que inclui a literatura científica disponível, dados secundários e documentos técnicos especializados, avança na identificação de lacunas, desafios e possibilidades para atuação dos serviços de saúde, da sociedade civil organizada e das Universidades no contexto atual, contribuindo para a construção da agenda sobre Pandemia e Trabalho. Assinalamos que trabalhadoras(es) que se mantêm em atividade de trabalho durante a pandemia - sem garantia do direito à saúde, pois que este direito inclui a possibilidade de adoção do distanciamento social, que não se viabiliza em circunstâncias de iniquidades sociais e de saúde - devem ser prioritariamente alvo de atenção para controlar a disseminação da doença e proteger a vida, além de eixo articulador das políticas públicas e das demais iniciativas.

Concordando com a existência desta lacuna, editorial do principal veículo de publicação científica em Saúde Ocupacional no Brasil, a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, assinala que embora informações em saúde no país habitualmente



subsidiem a adoção de medidas de prevenção, o planejamento e alocação dos recursos em saúde, “essas informações não desagregadas até o nível da ocupação não permitem avaliar se, onde e em que circunstâncias os indivíduos testados positivos ou diagnosticados com a doença [COVID-19] estavam trabalhando. Tampouco possibilitam identificar focos de disseminação relacionados com atividades de trabalho” (FILHO et al., 2020). Para além da atenção a trabalhadoras(es) da saúde, ampliar as políticas e medidas de proteção é uma necessidade urgente para outras atividades com risco de exposição, como é o caso de “trabalhadoras(es) de farmácia, entregadores (*delivery*), carteiros, de transporte de cargas e de passageiros e pessoal de apoio, frentistas de postos de combustíveis, serviços de abastecimento e vendas de alimentos e de produtos; serviços residenciais, porteiros e zeladores, pessoal de limpeza, empregados(as) domésticos(as); vigilantes, policiais, bombeiros; cuidadores de idosos e de pessoas dependentes; trabalhadoras(es) de manutenção de serviços públicos e privados de telefonia, eletricidade, água, gás, internet, segurança pública, serviços funerários e coleta de lixo”, para mencionar aquelas citadas pelo Editorial da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (Filho et al., 2020).

Importante ressaltar que conhecer a distribuição e frequência da COVID-19 no mundo do trabalho tem como finalidade precípua promover o diagnóstico situacional da doença, identificando as categorias ocupacionais mais atingidas, com vistas às políticas de proteção de trabalhadoras(es), fortalecendo as medidas de prevenção (BURDORF et al., 2020). A existência de dados de ocupação poderia favorecer o diagnóstico da situação durante a pandemia e ao mesmo tempo viabilizar o acompanhamento das repercussões da pandemia nas categorias mais atingidas, permitindo relacionar esses dados com outros impactos econômicos e sociais no mundo do trabalho.



Elaboração

Kionna Oliveira Bernardes Santos, Milena Maria Cordeiro de Almeida, Mônica Angelim Gomes, Rita de Cássia Pereira Fernandes, Samilly Silva Miranda, Yukari Mise.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2)*. 2020. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28> [Accessed 30th april 2020].

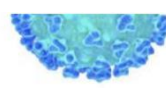
Arantes JT. *Estudo avalia a vulnerabilidade de trabalhadores na crise causada pela pandemia de COVID-19*. Available from: <http://agencia.fapesp.br/estudo-avalia-a-vulnerabilidade-de-trabalhadores-na-crise-causada-pela-pandemia-de-covid-19/33065/#.Xqrrb62ovts.whatsapp> [Accessed 2nd may 2020].

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Pandemia da Covid-19 e um Brasil de desigualdades: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade*. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhecimentoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdades-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/> [Accessed 30th april 2020].

Ayres, JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D, Freitas CM. (Orgs.). *Promocão da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.116-39.

Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of COVID-19 infection. *PLOS ONE* [preprint] 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.02.20030288> [Accessed 30th april 2020].

Brasil. Ministério da Saúde. *Painel Coronavírus*. Available from: <https://covid.saude.gov.br> [Accessed 23th may 2020].



Bucchianeri, G. Is SARS a Poor Man's Disease? Socioeconomic Status and Risk Factors for SARS Transmission. *Forum for Health Economics & Policy*. 2010. 13 (2). Available from: <http://dx.doi.org/10.2202/1558-9544.1209>.

Burdorf A, Porru F, Rugulies R. The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for

occupational health. *Scand J Work Environ Health*. 2020. Online-first -article. Available from:

doi:10.5271/sjweh.3893.

Center for Disease Control and Prevention. *Cases of Coronavirus Disease (COVID-19) in the U.S. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases*. 2020a. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html> [Accessed 27th april 2020a].

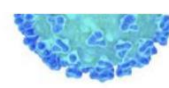
Center for Disease Control and Prevention. *COVID-19 in Racial and Ethnic Minority Groups. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases*. 2020b. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html> [Accessed 27th april 2020b].

Chinese Center for Disease Control and Prevention. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) – China, 2020. *China CDC Weekly*. 2020. 2(8): 113-122. Available from: doi: 10.46234/ccdcw2020.032.

Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *MedRxiv [preprint]* 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.

Druck G, Dutra R, Silva SC. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. *Caderno CRH*. 2019. 32 (86), 289-306. Available from: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518>.

European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK - ninth update, 23 April 2020*. Stockholm: ECDC. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf> [Accessed 28th april 2020].



Filgueiras VA, Lima UM, de Souza IF. Os impactos jurídicos, econômicos e sociais das reformas trabalhistas. *Caderno CRH*. 2019. 32 (86), 231-251. Available from: <http://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30731>.

Filho JMJ, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CAi, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2020. 45: e14. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>.

Frente ampla em defesa da saúde dos trabalhadores. *Nota técnica conjunta (1): "Orientação sobre direitos de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde, enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia da COVID-19"*. p. 6. 2020. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudedotrabalhador/wp-content/uploads/sites/22/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica-da-FRENTE-AMPLA-DIREITOS-TRABALHADORES-07-04-20.pdf> [Accessed 29th april 2020].

Galvão A, Castro B, Krein JD, Teixeira MO. Reforma trabalhista: precarização do trabalho e os desafios para o sindicalismo. *Caderno CRH*. 2019. 32 (86), 253-269.

Ganem F, Mendes FM, Oliveira SB, Porto VBG, Araújo WN, Nakaya HI, Diaz-Quijano FA, Croda J. The impact of early social distancing at COVID-19 Outbreak in the largest Metropolitan Area of Brazil. *MedRxiv* [preprint] 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.04.06.20055103>.

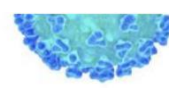
Sharma G, Volgman AS, Michos ED. Sex Differences in Mortality from COVID-19 Pandemic: Are Men Vulnerable and Women Protected?, *JACC: Case Reports*, 2020. Available from: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2020.04.027>.

G1 Globo. Auxílio Emergencial: 9,7 milhões aguardam análise, diz Caixa. Available from: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/24/auxilio-emergencial-97-milhoes-aguardam-analise.ghtml> [Accessed 24th may 2020].

Ibge. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD (2019)*. Available from: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/c20571930a2d0d185644a49c09648371.pdf [Accessed 24th may 2020].

International Labour Organization. COVID-19 crisis and the informal economy : Immediate responses and policy challenges. 2020. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/briefingnote/wcms_743623.pdf [Accessed 7th may 2020].

Krein JD, de Oliveira RV, Filgueiras VA. As reformas trabalhistas: promessas e impactos na vida de quem trabalha. *Caderno CRH*. 32 (86), 225-229, 2019. Available from: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.33188>.



Livingston E, Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. Published online March 17 2020. Available from: doi:10.1001/jama.2020.4344.

Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.1, p.37-50, 2018.

Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. Published online March 23, 2020. Available from: doi:10.1001/jama.2020.4683.

Organização Mundial da Saúde. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 98*. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200427-sitrep-98-covid-19.pdf?sfvrsn=90323472_4 [Accessed 23th may 2020].

Pan An, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. Published online April 10, 2020. Available from: doi:10.1001/jama.2020.6130.

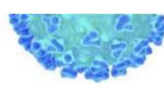
Qi J, Xu J, Li B, Huang J, Yang Y, Zhang Z et al. The Evaluation of Sleep Disturbances for Chinese Frontline Medical Workers under the Outbreak of COVID-19. *MedRxiv* [preprint] 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.06.20031278>.

Sánchez AIM, Bertolozzi MRi. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):319-324, 2007.

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Nota técnica COE - Saúde nº 35 de 28 de março de 2020a Procedimentos para trabalhadores de saúde da SESAB com suspeita de COVID-19 e contactantes da área de saúde*. p. 6, 2020. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/NT-n%C2%BA-35-28.03-AFASTAMENTO-PROFISSIONAIS-DE-SAUDE-E-CONTACTANTES.pdf> [Accessed 27th april 2020].

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. *Nota técnica COE - Saúde nº 53 de 06 de abril de 2020 Orientações Gerais para Gestores, Empregadores e Trabalhadores e Trabalhadoras no enfrentamento da pandemia da COVID-19 (infecção por SARS-Cov-2) no Estado da Bahia*. p. 15, 2020b. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/NT-n%C2%BA-53-de-06.04.2020-Orientacoes-Gerais-Trabalhadores-no-enfrentamento-a-pandemia-ATUALIZADA-EM-27-DE-ABRIL-DE-2020.pdf> [Accessed 29th april 2020].

Souto Maior JL. *MP 936: do pandemônio à razão*. Available from: <https://www.jorgesoutomaior.com/blog/mp-936-do-pandemonio-a-razao> [Accessed 2nd may 2020].



UN Women (2020). COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls, New York. Available from: [https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/](https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006)

[sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006](https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006) [Accessed 25th may 2020].

Wenham C, Smith J, Morgan, R. COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak, *The Lancet*, Volume 395, Issue 10227, p.846-848, 2020.

Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020. 323 (13): 1239-1242. Available from: doi:10.1001/jama.2020.2648.

Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*. 2020. 7 (3) pp. 228-229. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).

Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* [preprint] 2020. Available from: doi:10.1016/j.psychres.2020.112958.