

O avanço do coronavírus e os desafios para o cuidado da saúde nas comunidades vulneráveis no Estado de Pernambuco, Brasil

The coronavirus advancement and the challenges for health care in vulnerable communities in the interior of Pernambuco State, Brazil

Avance del coronavirus y desafíos del cuidado de la salud en comunidades vulnerables en el Estado del Pernambuco, Brasil

Recebido: 07/07/2020 | Revisado: 14/07/2020 | Aceito: 17/07/2020 | Publicado: 31/07/2020

Isabele Bandeira de Moraes D'Angelo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9592-6049>

Universidade de Pernambuco-MultiCampi Garanhuns, Brasil

E-mail: isabele.dangelo@upe.br

Carolina de Albuquerque de Lima Duarte

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9086-3739>

Universidade de Pernambuco-MultiCampi Garanhuns, Brasil

E-mail: carolina.albuquerque@upe.br

Pedro Henrique Sette-de-Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9119-8435>

Universidade de Pernambuco-MultiCampi Garanhuns, Brasil

E-mail: pedro.souza@upe.br

Luiza Rayanna Amorim de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8990-5636>

Universidade de Pernambuco-MultiCampi Garanhuns, Brasil

E-mail: luiza.amorim@upe.br

Daniela de Araújo Viana Marques

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2380-7910>

Universidade de Pernambuco-MultiCampi Garanhuns, Brasil

E-mail: daniela.viana@upe.br

Resumo

A oferta de um sistema de saúde eficiente na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de infecções em emergências públicas, como a pandemia da COVID-19, em regiões do Brasil com recursos limitados é uma tarefa desafiadora, principalmente nas comunidades

vulneráveis. O objetivo do presente estudo foi sistematizar aspectos sobre a transmissão e contágio do coronavírus, e suas implicações na saúde física e no tratamento de grupos considerado de risco, como os idosos e os doentes crônicos, pessoas mais pobres e comunidades tradicionais, de Pernambuco. Por fim, foram adicionalmente abordados os impactos na saúde mental e no trabalho, no contexto desta fragilidade durante a pandemia. As populações vulneráveis são especialmente mais susceptíveis ao novo coronavírus devido à imunodeficiência, modos de vida tradicionais mais coletivos, com pouco acesso a serviços de saúde e hospitais. Ausência de políticas públicas efetivas, falta de recursos do SUS, medo do contágio, o isolamento social, a falta de informação e de tratamento, o luto e a perda de pessoas são os principais problemas confrontados por essa parcela da população.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; COVID-19; Transmissão; Tratamento; Trabalho; Saúde física e mental.

Abstract

The provision of an efficient health system in the prevention, diagnosis and treatment of infections in public emergencies, such as the COVID-19 pandemic, in regions of Brazil with limited resources is a challenging task, especially in vulnerable communities. The objective of the present study was to systematize aspects about the transmission and contagion of the coronavirus, and its implications for physical health and the treatment of groups considered at risk, such as the elderly and the chronically ill, the poorest people and traditional communities, within Pernambuco. Finally, impacts on mental health and work were addressed in the context of this fragility during the pandemic. Vulnerable populations are especially more susceptible to new coronavirus due to immunodeficiency, more collective traditional ways of life, with little access to health services and hospitals. Absence of effective public policies, lack of SUS resources, fear of contagion, social isolation, lack of information and treatment, mourning and loss of people are the main problems faced by this portion of the population.

Keywords: Vulnerability; COVID-19; Transmission; Treatment; Work; Physical and mental health.

Resumen

Proporcionar un sistema de salud eficiente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones en emergencias públicas, como la pandemia de COVID-19, en regiones de Brasil con recursos limitados es una tarea difícil, especialmente en comunidades vulnerables. El

objetivo del presente estudio fue sistematizar aspectos sobre la transmisión y el contagio del coronavirus, y sus implicaciones para la salud física y el tratamiento de grupos considerados en riesgo, como los ancianos y los enfermos crónicos, las personas más pobres y las comunidades tradicionales en Pernambuco. Finalmente, los impactos sobre la salud mental y el trabajo se abordaron adicionalmente en el contexto de esta fragilidad durante la pandemia. Las poblaciones vulnerables son especialmente más susceptibles al nuevo coronavirus debido a la inmunodeficiencia, formas de vida tradicionales y más colectivas, con poco acceso a servicios de salud y hospitales. La ausencia de políticas públicas efectivas, la falta de recursos del SUS, el miedo al contagio, el aislamiento social, la falta de información y tratamiento, el duelo y la pérdida de personas son los principales problemas que enfrenta esta porción de la población.

Palabras clave: Vulnerabilidad; COVID-19; Transmisión; Tratamiento; Trabajo; Salud física y mental.

1. Introdução

Em dezembro de 2019, um vírus da família Coronaviridae (subfamília Orthocoronavirinae) e com sequência genética próxima ao vírus da SARS (Síndrome respiratória aguda grave) disseminou rapidamente na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China (Lu et al., 2020). A partir de então, o vírus se espalhou rapidamente por toda a China e Europa, e em seguida pela costa leste dos Estados Unidos. Em 11 de março, a OMS declarou a COVID-19 como uma pandemia global, contaminando mais de dois milhões de pessoas e causando a morte de 193.710 (OPAS e WHO, 2020a). No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro e, de acordo com o boletim liberado pelo Ministério da Saúde no dia 4 de julho o país ultrapassou a marca de 1.500.000 de casos oficiais com 64.265 óbitos (Brasil, 2020a).

A experiência de lidar com a COVID-19 no Brasil pode apresentar uma nova perspectiva, já que o país está lidando com muitos problemas simultaneamente, principalmente no contexto político e social. Essa situação se estende para as cidades e localidades menores do país onde a maioria da população mais vulneráveis habita e onde há uma grande iniquidade social e econômica, corroborando vários problemas relacionados à pandemia, como disponibilidade de testes de diagnóstico, acesso a unidades de saúde e número de leitos de unidade de terapia intensiva disponíveis no Sistema Único de Saúde, acesso e compreensão de informações sobre a doença e as decisões de controle da pandemia.

A Fiocruz e a Fundação Getúlio Vargas publicaram um relatório sobre o risco de disseminação da COVID-19 entre populações indígenas a partir da vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. O relatório identificou que 34,1% dos indígenas residem em municípios com alto risco (>50% de risco) para a epidemia da COVID-19 (Caldas et al., 2020). Segundo a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, as comunidades quilombolas não têm recebido a atenção devida por parte das autoridades públicas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Nessa avaliação, o novo coronavírus exacerba a exclusão que tem desterrado sistematicamente os quilombolas da sociedade (CONAQ, 2020).

As comunidades indígenas, bem como outras discutidas ao longo do texto, experimentam um acesso precário aos cuidados de saúde, taxas significativamente mais altas de doenças transmissíveis e não transmissíveis, falta de acesso a serviços essenciais, saneamento e outras medidas preventivas importantes, como água potável, sabão, desinfetante e medicamentos. Da mesma forma, na maioria dessas comunidades não existem unidades de saúde próximas, e quando existem, geralmente estão mal equipadas e com equipe de saúde reduzida. Um outro agravante é a alta prevalência de doenças crônicas nessas populações que estão mais expostas aos riscos para desenvolvê-las. Todos estes fatores tornam estes povos mais desamparados em relação à pandemia da COVID-19 (Nations, 2020).

Diante do exposto, o conceito para vulnerável seria um grupo mais suscetível a ser infectado, uma vez que possuem desvantagens sociais, sem oportunidades de alcançar níveis mais elevados de qualidade de vida em função de sua cidadania fragilizada (Do Carmo & Guizardi, 2018). Determinantes sociais em saúde e fatores socioeconômicos influenciam na ocorrência de problemas de saúde e nos fatores de risco na população (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

O presente estudo representa a reunião interdisciplinar de esforços de professores pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental - PPGSDS, da Universidade de Pernambuco/MultiCampi Garanhuns, com o objetivo de iniciar investigações, em busca de compreender os fatores relacionados à transmissão, ao contágio, ao acesso ao tratamento da COVID-19, bem como as consequências desta epidemia no trabalho e na saúde mental de uma parcela da população que vive no interior de Pernambuco em situação de vulnerabilidade, em especial, as comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas), doentes crônicos e população de baixa renda.

A falta de investimentos adequados e políticas públicas efetivas, associada à pouca visibilidade das questões sociais enfrentadas sobretudo pelas pessoas que habitam as áreas dos

interiores de Pernambuco é um desafio que precisa ser transposto. Deste modo, a Universidade de Pernambuco - UPE, uma universidade que dispõe de uma estrutura multicampi e que, por esta razão, se faz presente em todas as cinco mesorregiões do Estado, assume este protagonismo a partir da atuação de seus professores e alunos em ações nas áreas do ensino, da pesquisa e da extensão, como forma de promover a melhoria das condições de vida e saúde locais assim como de promover o desenvolvimento socioambiental para a região.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo iniciar investigações em busca de compreender os fatores relacionados à transmissão, ao contágio, ao acesso ao tratamento da COVID-19, bem como as consequências desta epidemia no trabalho e na saúde mental de uma parcela da população que vive em de Pernambuco em situação de vulnerabilidade, em especial, as comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas), doentes crônicos e população de baixa renda.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo secundário, no qual foi realizada uma revisão descritiva e qualitativa da literatura, através de livros e busca eletrônica de artigos científicos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar, Pubmed, Science Direct e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Após pesquisa em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram identificadas as palavras-chave correspondentes. Foram pesquisados 100 estudos entre 2002 e 2020, dos quais 64 foram utilizados para a realização do trabalho. Os critérios de inclusão adotados foram o idioma dos artigos (inglês e português) e a abordagem do tema pesquisado.

A pesquisa ocorreu no ambiente natural com coleta direta de dados e o pesquisador assumiu um papel importante de interpretação dos dados. Assim sendo, o método hipotético-dedutivo foi utilizado para apresentação da proposta teórica (Pereira et al., 2018). Nesse sentido, os dados e informações ora apresentados são majoritariamente qualitativos e descritivos advindos de fonte secundárias e coletados por um processo indutivo.

Por fim, as reflexões pessoais dos autores foram incorporadas às informações previamente descritas na literatura, para consolidação da proposta apresentada, alcançando o objetivo. Dessa maneira, este artigo é pautado em um processo interdisciplinar com entrelaces das ciências humanas, sociais e da saúde que contribuiu para que os autores pudessem construir a grande linha de raciocínio, ligando os diferentes saberes ao ambiente pandêmico vivenciado pelas populações em situação de vulnerabilidade.

3. Fatores Relacionados ao Avanço da COVID-19 nas Comunidades Vulneráveis em Pernambuco

3.1 A transmissão e o contágio e suas relações com a vulnerabilidade

O coronavírus é da espécie SARS-CoV-2, que causa a doença COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) e a transmissão ocorre pela inalação ou ingestão de gotículas e aerossóis de pacientes infectados e/ou através do contato com superfícies contaminadas com subsequente toque com a boca, nariz e olhos (Adhikari et al., 2020). O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5,2 dias, com intervalo que pode chegar até 12,5 dias (Read et al., 2014). É um vírus de RNA de fita simples e positiva e possui uma proteína S capaz de se ligar a receptores do tipo ECA-2 presentes em células pulmonares (Hoffmann et al., 2020). Uma vez infectados, os dois lobos dos pulmões podem ser atingidos, apresentando um quadro de pneumonia (Zhou et al., 2020). Adicionalmente, há evidências científicas que o vírus pode ainda afetar o sistema nervoso e causar danos no fígado (Li, Bai, & Hashikawa, 2020). O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. A maioria dos sintomas clínicos importantes relatados inicialmente são: febre (88,7%), tosse (67,8%) e dificuldade para respirar (18,7%) (Guan et al., 2020); algumas pessoas, principalmente crianças, podem apresentar sintoma adicional de diarreia (Lu et al., 2020). Casos de morte súbita também foram relatados e podem ser devidos ao aumento de trombos que diminuem o fluxo sanguíneo e consequentemente aumentam a incidência de acidente vascular cerebral e parada cardíaca (Zhang et al., 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia, como não há ainda nenhum tipo de imunidade para o novo coronavírus, todos somos suscetíveis e a taxa de transmissibilidade (RO) é de 2,74, ou seja, uma pessoa doente com a COVID-19 transmite o vírus, em média, a outras 2,74 pessoas. Essa taxa foi maior comparada à pandemia de influenza H1N1 em 2009, cuja RO era de 1,5. Além disso, já havia tratamento para a influenza, diferente da COVID-19 que não há medicamento comprovadamente eficaz (SBI, 2020).

É importante ressaltar as dificuldades inerentes ao tratamento de saúde dos povos e comunidades tradicionais, em virtude de suas peculiaridades socioculturais, e a existência, no Estado de Pernambuco, aproximadamente de 195 territórios quilombolas e 12 comunidades indígenas (Fundação Cultural Palmares, 2020; ISA, 2020a) encontrando-se a maioria delas

em áreas distantes das unidades de saúde, algumas inclusive com acesso terrestre apenas através de trilhas.

Em 4 de julho de 2020, segundo o observatório da COVID-19 nos Quilombos no Brasil, havia 7 óbitos em Pernambuco. Pelo Ministério da Saúde, a situação indígena era de 93 casos confirmados e 7 óbitos em Pernambuco, pelo novo coronavírus. Estes dados demonstram uma alta taxa de letalidade da COVID-19 entre os quilombolas e indígenas e uma grande subnotificação de casos. As entidades apontam que a desigualdade do enfrentamento a COVID-19 nestas comunidades terá um impacto devastador (ISA, 2020b; Brasil, 2020b).

A infecção respiratória consequente do coronavírus tem velocidade de disseminação extremamente alta e é muito difícil de conter entre essas comunidades. O isolamento dessas populações com a restrição da entrada nas terras indígenas, à exceção das necessárias à continuidade da prestação de serviços essenciais, é imprescindível de modo a prevenir a expansão da epidemia. Restringir e controlar a movimentação entre cidades e aldeias e o contato com pessoas de fora é extremamente importante, assim como a identificação precoce de casos suspeitos (FUNAI, 2020).

Nos países em desenvolvimento, onde falta infraestrutura de saúde e os recursos são limitados, a disponibilidade de um sistema de saúde eficiente tanto na prevenção quanto no diagnóstico e tratamento de doenças e infecções em emergências públicas como a pandemia da COVID-19 é uma tarefa desafiadora para todos, principalmente nas comunidades vulneráveis (De Soto & Hakim, 2020), diante disso, o distanciamento social está sendo uma medida eficaz e fundamental para evitar o colapso do sistema de saúde e salvar vidas.

3.2 Aspectos sobre a vulnerabilidade em Pernambuco

Estudos consolidados sobre populações vulneráveis já indicavam terem as situações de isolamento social em geral um caráter discriminatório, uma vez que é mais difícil para uns grupos sociais do que para outros, e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível esse distanciamento ao conjunto da população (Santos, 2020)

O sociólogo Boaventura Sousa Santos, indica nominalmente alguns grupos de vulneráveis, contudo, esta lista esteja longe de ser exaustiva: mulheres; trabalhadores precários e informais; trabalhadores de rua; idosos; deficientes; internados em campos para refugiados; imigrantes indocumentados ou populações deslocadas internamente; moradores nas periferias pobres das cidades; pessoas sem-abrigo ou populações de rua (Santos, 2020).

No Brasil, estudos têm apontado que a taxa de mortalidade pela COVID-19 é três vezes maior nos bairros mais pobres, o que expõe mazelas sociais de nosso país.

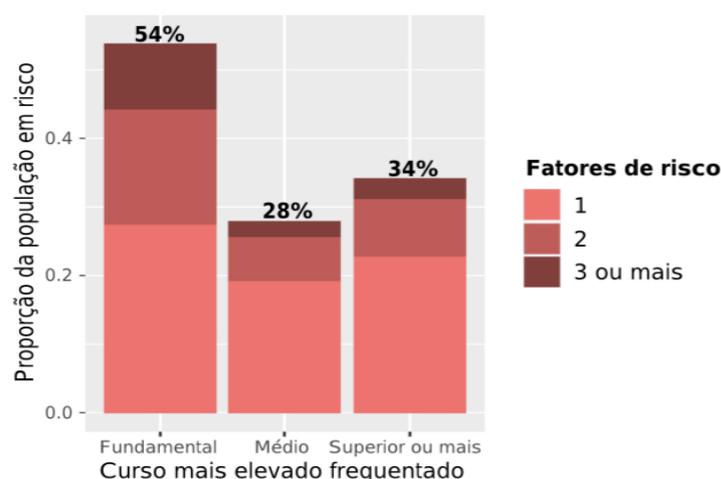
Um estudo realizado a partir de dados constantes da Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE realizada no ano de 2013, foi capaz de indicar uma estimativa do percentual de brasileiros que se enquadra no grupo considerado de risco para o COVID-19. Dentre os achados está, que:

a proporção de pessoas com um ou mais fatores de risco é de 54% para os que declararam ter frequentado apenas o ensino fundamental, ante 28% para os que frequentaram o ensino médio e 34% para os que chegaram a cursar o ensino superior ou pós-graduação. Esta diferença é ainda maior quando se considera quem tem mais de um fator de risco, sendo a presença de dois ou mais fatores de risco três vezes maior entre aqueles que frequentaram apenas o ensino fundamental em relação aqueles que frequentaram o ensino médio (Carvalho, Xavier & Pires, 2020, p. 3).

De fato, os números apontados pela pesquisa evidenciam que é considerável o número de pessoas com mais de um fator de risco e sua relação com o baixo grau de escolaridade. Assim, realça as preocupações objeto da presente pesquisa.

Os dados apontados acima podem ser melhor visualizados a partir da Figura 1 seguinte:

Figura 1: proporção da população em risco.



Fonte: (Carvalho, Xavier & Pires, 2020).

A Figura acima traz em imagem os dados objeto da pesquisa do IBGE. Ao observá-lo, percebesse que a evidência de 1, 2, 3 ou mais fatores de risco é maior na parcela da população que possui menor índice de escolaridade.

De acordo com a nota técnica nº 2, produzida pela Rede de Políticas Públicas & Sociedade, no cenário nacional em virtude da COVID 19:

- Um quarto dos trabalhadores brasileiros (23,8 milhões de pessoas) concentra vulnerabilidades tanto em função de seus vínculos e posições frágeis, como em decorrência de choques e impactos setoriais.
- 81% da força de trabalho (75,5 milhões de pessoas) experimentam algum tipo de vulnerabilidade em virtude dos efeitos da pandemia do COVID-19.
- A distribuição dos grupos vulneráveis nas Unidades da Federação é razoavelmente homogênea, o que significa que todas terão seus mercados de trabalhos afetados de forma semelhante (Rede de Políticas Públicas & Sociedade, 2020, pp. 1-2).

Particularmente no Estado de Pernambuco, as principais medidas de prevenção recomendadas para conter a pandemia do novo coronavírus, a exemplo de: lavar as mãos e o rosto com frequência, fazer uso de álcool gel e praticar o distanciamento social, não estão ao alcance de muitos. No interior do Estado, por exemplo, em expressiva parte das residências, o abastecimento de água é intermitente. Faltam condições para adquirir o álcool em gel para garantir a desinfecção das mãos e ficar em casa, em moradias de poucos cômodos, em que residem várias pessoas, dificulta as coisas (Pernambuco, 2016).

Poucos moradores, além disso, podem aderir ao isolamento. De acordo com os indicadores socioeconômicos do Estado de Pernambuco, publicado em 2016, a maior parte percentual de pessoas ativas no sertão e agreste pernambucano desempenham atividades de emprego sem carteira assinada e nas atividades por conta própria (mais de 70%), o que os deixa em condições de vulnerabilidade acentuada, já que certamente não possuirão reservas para adquirir insumos de proteção contra a pandemia e fazer o devido isolamento (Pernambuco, 2016).

Dessa maneira, percebe-se que pessoas de menor renda e trabalhadores informais são os mais afetados pelos efeitos econômicos da pandemia. Este fator pode estar relacionado à

formação educacional, conforme hipotetizado por Carvalho, Xavier & Pires, (2020) e discutido por Santos (2020).

3.3 Grupos de risco da COVID 19: a dupla vulnerabilidade

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil apresenta muitos grupos de risco como, por exemplo, pessoas maiores de 60 anos e com comorbidades prognósticas as quais podem predispor o paciente a apresentar a sintomatologia da forma severa da COVID-19 necessitando de cuidados em unidades de terapias intensivas (Marson & Ortega, 2020).

Vários estudos publicados recentemente sobre as características epidemiológicas da COVID-19 reportam que pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como obesidade, diabetes melito, doenças respiratórias, doenças hepáticas, doenças renais, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, enfermidades hematológicas, câncer e doenças autoimunes são mais propensos a forma severa da COVID-19 e a taxa de mortalidade destes pacientes é bem superior quando comparada a de pacientes sem DCNTs associadas (Chen et al., 2020a; Chen et al., 2020b; Zhang et al., 2020; Zhou et al., 2020).

Nesses estudos, a taxa de mortalidade em pacientes acima de 60 anos foi de 83%, enquanto em pacientes com idade entre 40 e 60 anos a mortalidade foi de 17%. Alterações no sistema imunológicos naturais da idade podem estar relacionadas a maior propensão dos idosos manifestarem as formas mais graves da COVID-19. A hipertensão arterial foi identificada como uma das comorbidades mais associadas às complicações fatais da COVID-19, no qual 48% dos falecidos apresentavam hipertensão arterial e 14% possuíam outra doença cardiovascular, enquanto as taxas para os pacientes que se recuperaram foram de 24% e 4% para tais comorbidades, respectivamente. Outra comorbidade que apresentou uma incidência expressiva (21%) entre os pacientes que vieram a óbito foi a diabetes (Chen et al., 2020b). Tal estudo demonstrou que portadores de doenças crônicas e indivíduos acima de 60 anos foram os mais propensos a complicações e morrer de COVID-19.

A mortalidade média da COVID-19 para a população brasileira em geral é de cerca de 30,6 e a letalidade de 4,1%, variando entre os estados da federação, no estado de Pernambuco a mortalidade (53,5), 74% maior que a média nacional. Nos portadores de doenças crônicas em geral, a letalidade salta para mais de 10% (Brasil, 2020b).

O último boletim epidemiológico divulgado no dia 4 de julho de 2020 pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco indicou 48 novas mortes no estado pela COVID-19, o estado já registra 63.457 casos confirmados e 5.116 óbitos. Cerca de 71% dos óbitos

aconteceram em pacientes com doenças crônicas pré-existentes. As comorbidades mais prevalentes foram as doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. O boletim ainda aponta que 79% dos óbitos ocorreram em pessoas acima de 60 anos (SES-PE, 2020). Somado a isso, estudos apontam que as DCNTs afetam mais as populações vulneráveis, por estarem mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (WHO, 2016).

Nesse grupo, a pandemia de coronavírus (COVID-19) representa uma grave ameaça à saúde dos povos indígenas em todo o mundo. Além de questões socioculturais desses povos, que implicam em viver aglomerados, e acesso limitado aos serviços de saúde, o aumento na incidência das DCNTs nestas comunidades coloca os indígenas como grupos extremamente vulneráveis para a COVID-19 (Marson & Ortega, 2020).

As DCNTs, como obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, estão cada vez mais frequentes nas populações indígenas do Brasil (Ferreira, Matsuo & de Souza, 2011). Este novo perfil de saúde vem sofrendo influências das alterações na economia familiar e social, incorporação de novos hábitos alimentares e costumes que predispõem ao aumento na incidência de DCNTs. Um grupo de pesquisadores da Unifesp analisaram 179 indígenas da tribo Khisêdjê, na aldeia principal Ngojwere – Posto indígena Wawi – no Parque Indígena do Xingu e identificaram que 10,3% dos indígenas, tanto do sexo masculino quanto do feminino, apresentam sintomas de hipertensão arterial. A intolerância à glicose foi observada em 30,5% das mulheres – quase 7% com diabetes mellitus – e em 17% dos homens (Dos Santos et al., 2012).

O surgimento desse grupo de doenças como elementos importantes no perfil de morbidade e mortalidade destes povos está estreitamente associado a modificações na subsistência, no estilo de vida, urbanização dentre outros fatores, decorrentes de mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade nacional, que por seu potencial nocivo deterioraram o estado de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessas populações (Ferreira, Matsuo & de Souza, 2011).

Segundo este mesmo relatório, as desigualdades em suas condições de vida e saúde pré-existentes, as elevadas prevalências de carências nutricionais e as doenças infecto-parasitárias concomitantemente à emergência das DCNTs, tornam essa população vulnerável mais suscetível a complicações decorrentes da COVID-19. Epidemias anteriores mostram que doenças infecciosas tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte dessas populações, com manifestações graves em crianças e idosos.

No tocante às comunidades Quilombolas, estudos apontam uma transição epidemiológica que evidencia maior prevalência das DCNTs, as quais estão intimamente ligadas às condições socioambientais. Essas comunidades vivem em áreas rurais com atividades econômicas onde predomina a agricultura de subsistência, em condições de extrema pobreza, possuem baixos níveis de escolaridade e com condições sanitárias precárias. Somados a estes fatores existe o difícil acesso dessas comunidades aos serviços de saúde. Configuram-se assim como uma população com alta vulnerabilidade social o que reflete nos indicadores de saúde (Cardoso, Melo & Freitas, 2018; Melo & Silva, 2015).

O crescimento exponencial de casos confirmados de COVID-19 na população pernambucana e a presença de muitos grupos sociais com alta vulnerabilidade social, cria um alerta para os impactos dessa pandemia nestes grupos. Principalmente pelo fato de ainda não existir uma vacina e tratamento efetivo e comprovado para a COVID-19. Alguns medicamentos vêm sendo utilizados para aliviar os sintomas de pacientes em estado grave (OPAS, 2020c).

3.4 Tratamento e isolamento e os desafios de sua administração aos vulneráveis

Atualmente, não existem evidências robustas que indiquem uma terapêutica específica para a COVID-19 (Singhal, 2020). Segundo as Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19 do Ministério da Saúde, pacientes com diagnóstico suspeito e confirmado devem ser encaminhados a hospitais de referência que possuam condições efetivas de isolamento e proteção. Além disso, é necessário realizar uma estratificação de risco dos usuários, conforme sua situação clínica, a qual baseia-se na avaliação dos sintomas respiratórios e fatores de risco para a doença, tais como, idade superior ou igual a 65 anos, presença de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença pulmonar prévia, doença cardiovascular, doença cerebrovascular, imunossupressão, câncer) e uso de corticoides ou imunossupressores. Isto permitirá direcioná-los adequadamente, otimizando a utilização de leitos, evitando a superlotação e o aumento da disseminação do vírus (Brasil, 2020c).

Os sintomas da infecção devem ser tratados através da utilização de antipiréticos, analgésicos, antitussígenos/expectorantes, antieméticos, anticolinérgicos e anticoagulante para evitar o agravamento da doença e reduzir o desconforto. Os princípios são manter a hidratação e nutrição do paciente, bem como controlar a febre e tosse. O uso rotineiro de antivirais não é recomendado para os casos confirmados. Deve ser fornecida oxigenoterapia para pacientes

hipóxicos e a terapia de reposição renal pode ser necessária em alguns casos. Antibióticos e antifúngicos são requeridos apenas em casos de coinfeção (Brasil, 2020c; Singhal, 2020).

A pandemia por COVID-19 fez emergir o destaque aos idosos, uma vez que a maior taxa de mortalidade pela doença está entre as pessoas com 60 anos ou mais. Portanto, diante da complexidade do processo de envelhecimento humano, ações e estratégias de distanciamento social, manejo, tratamento e reabilitação para esta população devem ser desenvolvidas, com especial atenção para as suas peculiaridades e necessidades (Hammerschmidt & Santana, 2020). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia recomenda que os idosos, idade acima de 60 anos, especialmente portadores de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial, doenças do coração, pulmão e rins, doenças neurológicas, em tratamento para câncer, portadores de imunossupressão entre outras, e aqueles com mais de 80 anos e portadores de síndrome de fragilidade, adotem medidas de restrição de contato social (SBGG, 2020). No contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, a população idosa residente é mais vulnerável e é considerada de alto risco para infecção por, geralmente, apresentarem convivência em aglomerados, doenças crônicas, idade avançada, dificuldades para realizar atividades da vida diária e possuírem contato frequente e direto com cuidadores, profissionais da assistência e visitantes (Nunes et al., 2020).

O tratamento das pessoas idosas deve ser realizado, preferencialmente, em domicílio evitando-se a exposição coletiva em serviços de saúde. Aqueles que apresentarem sintomas respiratórios e febre, sem critérios de gravidade, devem procurar Unidades de Atenção Primária de Saúde e os que possuírem sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), deverão ser referenciados pela atenção primária ou por demanda espontânea e atendidos pelos Serviços de Atendimento de Urgência (UPA) e, emergências hospitalares (Brasil, 2020c; SBGG, 2020). Devido ao grande número de internações e superlotação dos leitos de UTI, alguns serviços de referência para o tratamento da COVID-19 preparam-se para aplicação da triagem reversa em seus protocolos, a qual prioriza o atendimento aos pacientes por gravidade. O Conselho Regional de Medicina de Pernambuco publicou recomendação definindo critérios de priorização para internação em leitos de UTI (CREMEPE, 2020), os quais priorizam o atendimento de jovens, pessoas sem comorbidades, gestantes e de pacientes com parâmetros clínicos e laboratoriais razoáveis. Portanto, este cenário reforça as apreensões e a pouca valorização dessa parcela da população, a qual já sofre com o ageísmo, a visão preconceituosa e estereotipada.

O Brasil possui cerca de 1,6 milhão de pessoas de baixa renda e acima de 50 anos com dificuldade de acesso a tratamento intensivo em caso de infecção grave pela doença. Dentre

estas, cerca de 228 mil pessoas não conseguem acessar uma Unidade Básica de Saúde em menos de trinta minutos de caminhada e moram a uma distância maior do que 5 km do hospital mais próximo com pelo menos um leito de UTI e um respirador. Sabe-se que o deslocamento, por transporte público ou pé, de pacientes diagnosticados com COVID-19 é inexecutável, principalmente para os que estão em estado grave e pessoas de baixa renda, em regiões periféricas e com menos oferta de serviços de saúde. Além disso, a dificuldade de acolhimento pelos hospitais que atendem pelo SUS e de atendimento médico adequado pode propiciar o aumento das estatísticas de letalidade pela doença (Pereira et al., 2020).

Além desses grupos supracitados, em Pernambuco é possível expandir os “grupos de risco”, como exemplo é de se esperar uma vulnerabilidade especial nas comunidades tradicionais ao SARS-CoV-2. Além disso, em alguns grupos populacionais tradicionais há escassez de unidades médicas, de médicos e de medicamentos, e tratamento da COVID-19 (Ferrante & Fearnside, 2020). Para a Organização Pan-Americana de Saúde, considerações étnicas devem ser observadas para o enfrentamento da COVID-19, tais como: tradução e adaptação cultural de informações para a prevenção da doença; participação das lideranças nas tomadas de decisões acerca das medidas da COVID-19; e realizar uma abordagem intercultural, levando em consideração medicina tradicional e práticas existentes usadas por tais comunidades (OPAS, 2020b).

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus em Povos Indígenas, do Ministério da Saúde, foi apresentado em março de 2020, com as definições de três níveis de resposta para o enfrentamento. Os níveis de “Alerta”, o qual há o risco de introdução do SARS-CoV-2 no país, e de “Perigo Iminente”, em que há confirmação de caso suspeito, já foram alcançados no rumo da pandemia. Hoje, encontramos-nos no nível de “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, que é caracterizado pela confirmação de transmissão comunitária da COVID-19. Nesse contexto, o Plano descreve as ações específicas de vigilância no Sasi-SUS e nos municípios/estados, o suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, a assistência dos profissionais e farmacêutica, de vigilância sanitária, de gestão e de comunicação de riscos (Brasil, 2020d).

Diferentemente da população indígena, o Ministério da Saúde ainda não preparou um plano de enfrentamento ao COVID-19 específico para os quilombolas. Com a interiorização do vírus, os quilombolas tornam-se grupo de risco e com forte possibilidade de serem afetados devido a sua situação de vulnerabilidade. A população não tem acesso aos serviços de saúde, ou quando dispõem de atendimento ele é precário. Existe um completo abandono do

Estado, uma ausência total e parcial, em algumas comunidades, de políticas públicas e esta situação foi agravada pela pandemia (CONAQ, 2020).

Até o presente momento, a única ação de combate ao vírus voltada para população quilombola é o projeto de Lei nº 1.142/20 que dispõe sobre a criação do Plano Emergencial de Enfrentamento à COVID-19 para povos indígenas, que aguarda apreciação pelo Senado Federal e contém medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da doença nos seus territórios. Além dos indígenas, serão contemplados com a proposta quilombolas, quilombolas que, em razão de estudos, atividades acadêmicas, tratamento de sua própria saúde ou de familiares, estejam residindo fora de suas comunidades, e demais povos e comunidades tradicionais (Brasil, 2020e).

A relação que as sociedades tradicionais têm com a terra permitiu a estas um grande conhecimento acerca dos recursos vegetais encontrados em seu ambiente (Amorozo, 2002). Essa sabedoria, passada oralmente ao longo das gerações, permite que tais comunidades consigam lidar com as enfermidades sem a necessidade de um medicamento industrializado (Tetik, Civelek & Cakilcioglu, 2013). Esses medicamentos tradicionais são seguros e acessíveis, apresentando um excelente custo-benefício para a população. É importante destacar que aproximadamente 80% da população residente em países em desenvolvimento depende de tais medicamentos para os cuidados básicos em saúde (Brasil, 2006).

No contexto pandêmico que se vive na atualidade, cabe destacar que a Organização Mundial da Saúde recomenda a utilização de plantas com atividade medicinal para os serviços de saúde desde a Conferência de Alma-Ata/1978 (Brasil, 2006). Contudo, desde tempos antigos, uma variedade de plantas vem sendo utilizada como medicinal em todo o mundo. Assim, entende-se que as plantas medicinais têm um papel importante como alternativa viável para manutenção da saúde humana.

Os estudos etnobotânicos realizados no interior do Nordeste do Brasil comumente relatam a utilização de plantas da Caatinga na medicina popular. Os resultados desses levantamentos têm apontado para o enorme potencial utilitário e econômico que as espécies nativas da região possuem (Lucena et al., 2008).

Nesse sentido, algumas plantas nativas utilizadas por comunidades tradicionais foram identificadas em levantamentos etnobotânicos como ativas frente a vírus ou com atividade broncodilatadora. O chá de folhas do chambá (*Justicia pectoralis* Jacq.), da catingueira (*Poincianella pyramidalis* Tul. L.P. Queiroz), da chanana (*Piriqueta duarteana* Cambess.) e do alecrim de tabuleiro (*Lippia grata* Schauer) são exemplos de utilização dessas plantas nativas do Bioma da Caatinga (Magalhães et al., 2019).

Dessa maneira, é evidente que a utilização de plantas medicinais por tais comunidades pode ajudar no combate à sintomatologia da COVID-19. Isso pode estar relacionado ao fato de que tais plantas ajudam na broncodilatação e, conseqüentemente, podem colaborar com uma discreta melhoria na capacidade respiratória da população. Todavia, vale destacar que ainda não há tratamento/cura para a COVID-19, sendo o distanciamento social a melhor alternativa para conter sua transmissibilidade.

4. Consequências da COVID-19 nas Comunidades Vulneráveis em Pernambuco

Assim, ao se fazer uma interface com a Nota Técnica nº 2 referida no item 1.2, as atividades exercidas de forma preponderante no sertão e agreste pernambucano são consideradas como atividades vulneráveis menos estáveis:

Menos estáveis: conta-própria, empregados domésticos, empregados sem carteira, empregados com carteira em pequenas empresas e pequenos empregadores.

Mais estáveis: empregados com carteira em médias e grandes empresas, funcionários públicos estatutários, militares e empregadores em empresas médias e grandes (Rede de Políticas Públicas & Sociedade, 2020, p. 2).

Os dados acima apontam para uma situação de vulnerabilidade ampliada em face dos trabalhos atípicos e precários na região.

Ainda a esse respeito, eis a opinião de Mike Davis em obra recente sobre o assunto: (...) a cobertura universal, em qualquer sentido significativo, requer uma provisão universal para cobrir os dias de ausência remunerada por doença. Atualmente, 45% da força de trabalho não tem esse direito e é praticamente obrigada a transmitir a infecção ou ficar com o prato vazio (Davis, 2020).

Esse é um triste retrato da realidade atual da região, por falta de estabilidade de trabalho e/ou rendimentos as pessoas são obrigadas a sair de casa e se expor ao coronavírus, contribuindo muitas vezes também com a propagação da doença.

Portanto, para o presente estudo, entendeu-se apropriado um olhar que contemplasse a abrangência de todas essas posturas e a expressiva parcela da população que vive em situação de vulnerabilidade, em especial, as comunidades tradicionais (indígenas e quilombolas), doentes crônicos e de baixa renda.

4.1 Muito além de uma enfermidade física: a COVID 19 e suas repercussões na saúde mental

Com a chegada da pandemia da COVID-19 não se observa apenas um adoecimento relacionado diretamente à infecção viral e as complicações. Desde o início da pandemia, pessoas de todo o mundo recebem informações conflitantes relativas à forma de transmissão do agente etiológico, período de incubação, formas de prevenção, sinais e sintomas. Somado a isto, o medo de adoecer, o isolamento social necessário para prevenir a rápida disseminação do vírus, a inexistência de terapia medicamentosa com eficácia comprovada e vacinas disponíveis para a população são fatores que têm apresentado reflexos direto na saúde mental da população.

De acordo com Reardon (2015) as epidemias podem causar impactos na saúde mental durante anos. Muitos sobreviventes da epidemia do Ebola na África Ocidental desenvolveram ansiedade, lembranças traumáticas e sentimento de luto por parentes perdidos. Em geral, o quantitativo de pessoas que têm a saúde mental afetada durante as pandemias é bem maior do que o número de pessoas acometidas pela infecção (Shigemura et al., 2020). Isso foi discutido também no contexto das epidemias de Zika (Blakey & Abramowitz, 2017).

Em situações de pandemia é comum que os esforços se voltem para os estudos sobre os patógenos, seus riscos biológicos, os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na infecção, na proposição de medidas de prevenção e tratamento da doença. Muitas vezes, as repercussões psicológicas e psiquiátricas secundárias à infecção, tanto de forma individual como a nível coletivo, tendem a ser subestimada ou até mesmo negligenciadas (Tucci et al., 2017).

Na atual pandemia da COVID-19, pacientes e o público em geral estão sob uma constante insegurança psicológica, que pode levar a vários problemas, como ansiedade, medo, depressão e insônia (Li et al., 2020). Em relação aos pacientes confirmados ou com suspeita é comum o medo em relação às consequências da doença o que faz com que experimentem solidão, negação, ansiedade, depressão e desespero, que podem diminuir a adesão ao tratamento. Alguns desses casos podem até aumentar o risco de agressão e suicídio. No grupo dos vulneráveis, os idosos e os doentes crônicos também sofrem com o isolamento social e a solidão aumentando o risco dos distúrbios já citados, além de disfunção cognitiva, doença cardíaca e mortalidade (Brooke & Jackson, 2020).

Por outro lado, a vulnerabilidade também acarreta prejuízos ao bem-estar psicológico por preocupações com a escassez de suprimentos e as perdas financeiras (Shojaei &

Masoumi, 2020). Nessa conjuntura, tende ainda a aumentar o estigma social e os comportamentos discriminatórios contra alguns grupos específicos, como a população de baixa renda e as comunidades tradicionais. Estigma e discriminação geram baixa autoestima, diminuição da autoconfiança, motivação reduzida, e menos esperança no futuro. A saúde mental também é afetada quando são negados direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais (WHO, 2010; WHO, 2014).

No caso dos povos indígenas, a questão cultural deve ser levada em consideração. Eles são constantemente perseguidos por renunciarem à sua cultura, legado e tradições em detrimento da cultura do homem branco. As medidas para a prevenção e controle da pandemia da COVID-19 foram projetadas para uma sociedade capitalista ocidental, desconsiderando as peculiaridades dos indígenas que vivem em comunidades e costumam fazer rituais que exigem aglomeração. E de repente precisam usar máscaras e manter o distanciamento social, hábitos bem diferentes do que estão acostumados (Júnior et al., 2020). Essa mudança de rotina e isolamento, levam ao desamparo e abandono e esses sentimentos negativos podem exacerbar problemas mentais pré-existentes (Ornell et al., 2020).

Além disso, existem lacunas na prestação de serviços de saúde mental especializada durante a pandemia. Isso é preocupante, porque, apesar dos efeitos profundamente debilitantes dos transtornos mentais em todas as populações, as minorias raciais/étnicas têm menor probabilidade de acessar aqueles serviços e receber os cuidados necessários (Albright et al., 2020).

Nesse contexto, como consequência da transmissão rápida do vírus, a probabilidade de sofrimento e morbidades psiquiátricas em diferentes subpopulações aumenta, não apenas atribuídas a persistência do distanciamento social e retratos maciços de notícias negativas, mas também influenciado pelo número crescente de casos suspeitos e morte no mundo diariamente.

5. Considerações Finais

Os grupos de risco, idosos e doentes crônicos, as comunidades tradicionais, em especial, indígenas e quilombolas e a população de baixa renda são especialmente vulneráveis à COVID-19, com quadros de imunidade mais baixa, modos de vida tradicionais mais coletivos, com pouco acesso a serviços de saúde e hospitais, e enfrentando limitações de acesso ao tratamento da doença.

Descaso, ausência de políticas públicas efetivas e falta de recursos do SUS são os principais problemas confrontados por essa parcela da população. Adicionalmente, diversos fatores contribuem para o adoecimento psíquico de pessoas em condições socioeconômicas mais vulneráveis como o medo do contágio, o isolamento social, a falta de informação e de tratamento; o luto e a perda de pessoas. Tais processos produzem um contexto problemático e desafiador em uma sociedade, com instituições não tão sólidas e incapazes de promover e garantir direitos básicos e essenciais.

Por fim, espera-se que, a partir deste trabalho, novas discussões acerca da relação entre a COVID-19 e populações em estado de vulnerabilidade possam ser fomentadas, a fim de possibilitar uma atenção em saúde mais digna para essas populações.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Referências

- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Ye, R. X., Wang, Q. Z., & Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: A scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
- Albright, D. L., Fletcher, K. L., McDaniel, J., Godfrey, K., Thomas, K. H., Tovar, M., & Bertram, J. M. (2020). Mental and physical health in service member and veteran students who identify as American Indians and Alaskan natives. *Journal of American College Health*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1707206>
- Amorozo, M. C. M. (2002). Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antonio do Leverger, MT, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*, 16(2), 189-203. <https://doi.org/10.1590/S0102-33062002000200006>.

Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2017). Psychological Predictors of Health Anxiety in Response to the Zika Virus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24, 270-278. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9514-y>

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). A Fitoterapia no SUS eo Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. In *Brasília: Ministério da Saúde*. Brasil. (2020a). COVID19 Painel Coronavírus. Recuperado de <https://doi.org/https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 5 Julho.

Brasil, Ministério da Saúde (2020b). Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Recuperado de http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php#abrirModal_id23.

Brasil, Ministério da Saúde (2020c). Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. In *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília

Brasil, M. S. (2020d). Projeto Lei nas Emergências. Plano de Resposta Hospitalar ao COVID-19. Brasília-DF. 23 .

Brasil, M. S. (2020e). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas. Brasília – DF. 24 .

Brasil, C. D. (2020f). Projeto de Lei nº 1.142/20, 2020. Recuperado de <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2242218>.

Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100006>

Caldas, A. D. R., Pontes, A. L., Cardoso, A. M., Cunha, B., & Santos, R. V. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica: Relatório Técnico. Rio de Janeiro, 2020.

Cardoso, C. S., Melo, L. O., & Freitas, D. A. (2018). Health Conditions in Quilombola Communities. *Revista De Enfermagem Ufpe on Line*, 12(4), 1037–1045.

Carvalho, L., Xavier, L. L., & Pires, L. N. (2020). COVID-19 e Desigualdade no Brasil. *Experiment Findings*, 1(April), 1–4. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282>

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., & Zhang, L. (2020a). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395, 10223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)

Chen, T., Wu, D., Chen, H., Yan, W., Yang, D., Chen, G., & Ning, Q. (2020b). Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *BMJ*, 368:m1091. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1091>

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. (2020). Boletim epidemiológico em quilombos do Brasil. Recuperado de <https://quilombossemcovid19.org/>.

CREMEPE. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. (2020). Recomendação CREMEPE Nº 05. Recuperado de <http://www.cremepe.org.br/2020/05/12/cremepe-publica-recomendacao-no-05-2020/>.

Davis, M., et al. (2020). Coronavírus e a luta de classes. In *Terra sem Amos*. Brasil. 48.

Lucena, R. F. P., Nascimento, V. T., Araújo, E. D. L., & Albuquerque, U. P. (2008). Local uses of native plants in an area of caatinga vegetation (Pernambuco, NE Brazil). *Ethnobotany Research and Applications*.

Soto, J., & Hakim, S. (2020). Medical Basis for Increased Susceptibility of COVID-19 among the Navajo and other Indigenous Tribes. *Journal of Biomedical Research and Reviews*, 3(1), 37-41. <https://doi.org/10.20944/preprints202004.0217.v1>

Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, 3:e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>

Santos, K. M., Tsutsui, M. L. S., Galvão, P. P. O., Mazzucchetti, L., Rodrigues, D., & Gimeno, S. G. A. (2012). Grau de atividade física e síndrome metabólica: Um estudo transversal com indígenas khisêdjê do parque indígena do xingu, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12), 2327-2338. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400011>

Ferrante, L., & Fearnside, P. M. (2020). Protect Indigenous peoples from COVID-19. *Science*, 368(6488), 251. <https://doi.org/10.1126/science.abc0073>

Ferreira, M. E. V., Matsuo, T., & de Souza, R. K. T. (2011). Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(12), 2327-2339. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200005>

FUNAI. Fundação Nacional do Índio. (2020) Na prevenção ao coronavírus, Funai suspende autorizações de entrada em terras indígenas, 2020. Recuperado de <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/5954-na-prevencao-ao-coronavirus-funai-suspende-autorizacoes-de-entrada-em-terras-indigenas>

Fundação Cultural Palmares. (2020). Certificação Quilombola. Recuperado de http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em 19 junho.

Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., & Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382, 1708-1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

Hammerschmidt, K. S. A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 25, e72846. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>

Hoffmann, M., Kleine-Weber, H., Krueger, N., Mueller, M. A., Drosten, C., & Poehlmann, S. (2020). The novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) uses the SARS-coronavirus receptor ACE2 and the cellular protease TMPRSS2 for entry into target cells. *BioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.01.31.929042>

ISA. Instituto Socioambiental. Programa Povos Indígenas no Brasil. Quadro geral dos povos. Recuperado de https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro_Geral_dos_Povos.

ISA. Instituto Socioambiental. Observatório da Covid-19 nos Quilombos. Recuperado de <https://quilombosemcovid19.org/>.

Júnior, J. G., Moreira, M. M., Pinheiro, W. R., Amorim, L. M., Lima, C. K. T., Silva, C. G. L., & Neto, M. L. R. (2020). The mental health of those whose rights have been taken away: An essay on the mental health of indigenous peoples in the face of the 2019 Coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*, 289, 113094. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113094>

Li, Y. C., Bai, W. Z., & Hashikawa, T. (2020). The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *Journal of Medical Virology*, 92(6), 1-4, 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25728>

Lu, X., Zhang, L., Du, H., Zhang, J., Li, Y. Y., Qu, J., & Wong, G. W. K. (2020). SARS-CoV-2 infection in children. *New England Journal of Medicine*, 382, 1663-1665. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>

Magalhães, K. N., Guarniz, W. A. S., Sá, K. M., Freire, A. B., Monteiro, M. P., Nojosa, R. T., & Bandeira, M. A. M. (2019). Medicinal plants of the Caatinga, northeastern Brazil: Ethnopharmacopeia (1980–1990) of the late professor Francisco José de Abreu Matos. *Journal of Ethnopharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2019.03.032>

Marson, F. A. L., & Ortega, M. M. (2020). COVID-19 in Brazil. *Pulmonology*, 26(4), 241-244. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.04.008>

Melo, M. F. T., & Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais de saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista Da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 7(16), 168-189.

Nunes, V. M. A., Machado, F. C. A., Morais, M. M., Costa, L. A., Nascimento, I. C. S., Nobre, T. T. X., & Silva, M. E. (2020). COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência / Vilani Medeiros de Araújo Nunes. [et al.]. – Natal, RN : EDUFRN. 66.

Nations, U. New York, 2020. Recuperado de <<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/COVID-19.html>>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde & World Health Organization. (2020a). Folha informativa – COVID-19 (Doença causada pelo novo coronavírus). Recuperado de <https://www.paho.org/pt/node/68988/folha-informativa-novo-coronavirus-2019-ncov>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. (2020b). Promoting health equity, gender and ethnic equality, and human rights in COVID19 responses: Key considerations. Washington, D.C. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52058>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. (2020c). Folha informativa – COVID-19 (Doença causada pelo novo coronavírus). Recuperado de https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Pereira, A. S., Shitsuka, Dorlivete Moreira Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica - Licenciatura em Computação*. Retrieved from https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Pereira, R. H. M., Braga, C. K. V., Servo, L. M., Serra, B., Amaral, P., & Gouveia, N. (2020). Mobilidade urbana e o acesso ao sistema único de saúde para casos suspeitos e graves de COVID-19 nas vinte maiores cidades do Brasil. Brasília: Ipea, 2020. (Nota Técnica, n. 14).

Pernambuco. (2016). Tabela 20.2 - Percentual de ocupados empregados de 18 anos ou mais de idade por posição na ocupação, segundo as Regiões de Desenvolvimento e os municípios - Pernambuco - 2000-2010. In: Anuário Estatístico de Pernambuco 2016. Recuperado de, <http://www.anuario.pe.gov.br/atividades-socioeconomicas/indicadores-socioeconomicos-2>.

Pernambuco. S. E. S. (2020). Recuperado de <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/boletim-secretaria-de-saude-n-de-casos-3/>>.

Read, J. M., Bridgen, J. R., Cummings, D. A., Ho, A., & Jewell, C. P. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. MEDRxiv, 2020. Recuperado de 10.1101/2020.01.23.20018549.

Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*, 519,13-4. [https://doi.org/10.1038/519013^a](https://doi.org/10.1038/519013a)

Rede de Pesquisa Solidária. COVID-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade – Boletim, Nota Técnica No. 2 - A vulnerabilidade dos trabalhadores brasileiros na pandemia da COVID-19, 2020. Recuperado de https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim_2_COVID19___NT2v3.pdf Acesso em: Acesso em: 06 de mai. de 2020.

Santos, B. S. A. (2020). Cruel Pedagogia do Vírus. Coimbra: Almedina. Recuperado de <https://www.cpalsocial.org/documentos/927.pdf>

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 277–283. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

Shojaei, S. F., & Masoumi, R. (2020). The Importance of Mental Health Training for Psychologists in COVID-19 Outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 7(2), e102846. <https://doi.org/10.5812/mejrh.102846>

Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2020). Posicionamento sobre COVID-19 – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Recuperado de <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>.

SBI. Sociedade Brasileira de Infectologia. (2020). Informe sobre o novo coronavírus. Recuperado de <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/03/a592fb12637ba55814f12819914fe6ddbc27760f54c56e3c50f35c1507af5d6f.pdf>
Acesso em 12 março.

Tetik, F., Civelek, S., & Cakilcioglu, U. (2013). Traditional uses of some medicinal plants in Malatya (Turkey). *Journal of Ethnopharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2012.12.054>

Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S. C., & Bobby Kapur, G. (2017). The forgotten plague: Psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. *Journal of Global Infectious Diseases*, 9, 151-156. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_66_17

WHO. World Health Organization. (2010). Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Health San Francisco. https://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf. Acesso em 12 maio.

WHO. World Health Organization. (2014). Social Determinants of Health: Key Concepts. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1.

WHO. World Health Organization. (2016). Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012. Recuperado de https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

Zhang, J., Wang, X., Jia, X., Li, J., Hu, K., Chen, G., & Dong, W. (2020). Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(6), 767-772. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.012>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395, 1054-1062 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Isabele Bandeira de Moraes D'Angelo – 20 %

Carolina de Albuquerque de Lima Duarte – 20 %

Pedro Henrique Sette-de-Souza – 20 %

Luiza Rayanna Amorim de Lima – 20 %

Daniela de Araújo Viana Marques – 20 %