

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Beatriz dos Santos Domingos

**Óbitos por COVID-19 em trabalhadores internados no Hospital Municipal Ronaldo
Gazolla sob a perspectiva da precarização do trabalho**

Rio de Janeiro

2023

Ana Beatriz dos Santos Domingos

**Óbitos por COVID-19 em trabalhadores internados no Hospital Municipal Ronaldo
Gazolla sob a perspectiva da precarização do trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lucia Rotenberg.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Deaths due to COVID-19 in workers hospitalized at the Ronaldo Gazolla Municipal Hospital from the perspective of precarious work.

D671o Domingos, Ana Beatriz dos Santos.
Óbitos por COVID-19 em trabalhadores internados no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla sob a perspectiva da precarização do trabalho / Ana Beatriz dos Santos Domingos. -- 2023.
89 f. : il.color.

Orientadora: Lucia Rotenberg.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 73-78.

1. Saúde Ocupacional. 2. COVID-19. 3. Mortalidade. 4. Trabalho Informal. 5. Precarização do Trabalho. I. Título.

CDD 363.11

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Ana Beatriz dos Santos Domingos

**Óbitos por COVID-19 em trabalhadores internados no Hospital Municipal Ronaldo
Gazolla sob a perspectiva da precarização do trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 07 de julho de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Kionna Oliveira Bernardes Santos
Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dra. Rosane Härter Griep
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Lúcia Rotenberg (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico este trabalho à minha avó Beatriz, que embora fisicamente não esteja mais presente entre nós, permanece viva em meu coração. Uma mulher que mesmo sendo analfabeta, foi a maior incentivadora da minha educação. Era ela, a Dona Beata, como carinhosamente era chamada por muitos, quem me levava à escola, fizesse sol ou chuva, quem comparecia às reuniões e me acompanhava nas festas escolares. Vó, quando vejo meus registros de escola carimbados pelo seu polegar, me lembro que minha vida também estará sempre marcada pela sua, abençoada através da sua. Não temo dizer que seu amor e dedicação foram essenciais em me trazer até aqui; a senhora será sempre a minha maior inspiração. “Bença”, vó!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu a vida e permitiu a realização de mais este sonho. Sou grata a ele por minha caminhada profissional e trajetória acadêmica, e, principalmente, pela finalização deste mestrado. O que vivenciei para a concretização deste sonho, só eu e ele sabemos.

À minha mãe **Sebastiana**, uma lutadora, uma mulher forte que sempre me ensinou a ter determinação em lutar por meus objetivos.

À minha irmã **Andreza**, por estar ao meu lado e por me fazer ter confiança nas minhas decisões.

Ao meu sobrinho **Arthur**, por seu constante cuidado e interesse em meus estudos.

À minha orientadora, **Prof^ª. Dr^ª. Lucia Rotenberg**, sua atenção, dedicação e carinho foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Obrigada pelas contribuições e por acreditar em mim e no meu projeto.

Aos Docentes do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, pelos grandes momentos de aprendizado, conhecimento e ensinamentos.

Aos Docentes da minha banca de apresentação do projeto de qualificação e defesa, **Prof^ª. Dr^ª. Kátia Reis, Prof^ª. Dr^ª. Kionna Bernardes, Prof^ª. Dr^ª. Rosane Harter, Prof^ª. Dr^ª. Luciana Fernandes e Prof^ª. Dr^ª. Elida Hennington**, que aceitaram o convite para serem membros avaliadores e que contribuíram enormemente para a condução da escrita final dessa dissertação.

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo, parceria e troca de experiências. Sou extremamente grata por ter tido a oportunidade de compartilhar essa jornada com vocês. Em especial, aos amigos que em momentos aflitos e de solidão afagaram meu coração: Adriele, Evellyn, Erlaine, Kelly e Sylvia.

A todos os funcionários da ENSP/FIOCRUZ, que desempenharam um papel fundamental em tornar possível a continuidade das atividades acadêmicas durante esse período desafiador de aulas remoto. Gostaria de expressar um agradecimento especial ao funcionário Eduardo, que foi excepcional durante essa jornada; sua presteza em se colocar à disposição para tirar dúvidas sobre questões burocráticas foram verdadeiramente notáveis.

Aos participantes da pesquisa, **a Prof^ª. Dr^ª. Aline Silva Costa e o Assistente Social Leonardo Chaves**, cuja colaboração foi fundamental para a realização deste estudo. Sem o envolvimento e participação deles seria impossível coletar os dados necessários para obtenção

de conclusões significativas. Sou imensamente grata por terem dedicado seu tempo e esforço para este estudo.

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel, que me fez o convite para participar como colunista do blog Multiplicadores de Vigilância em Saúde do Trabalhador, no qual tive a honra de escrever alguns artigos na Coluna Opinião, a respeito da minha experiência e vivência na pandemia. Agradeço a sensibilidade e carinho.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ, pela autorização concedida para realizar a pesquisa no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla. Reconheço a importância dessa parceria e da confiança dispensada em mim e à equipe de pesquisa.

À Direção do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, por conceder-me a oportunidade de realizar esta pesquisa em suas instalações. Sua abertura e suporte foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a todos os profissionais que trabalham incansavelmente neste hospital, cuja dedicação e compromisso com a saúde e o bem-estar dos pacientes são admiráveis.

Ao Centro de Estudos, representado pela Daniele Furtado e Luiza Ormonde, meu profundo agradecimento, sua confiança e disponibilidade foram inestimáveis para o processo de condução desta pesquisa; foi uma honra contar com sua expertise e dedicação.

A todos os membros da equipe de Serviço Social do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, tanto aqueles que permanecem na unidade, como aqueles que já se despediram devido ao fim dos contratos; gostaria de expressar meu mais profundo agradecimento a todos(as) assistentes sociais e colegas de luta, por seu trabalho árduo, dedicação e comprometimento. Seu empenho em fornecer assistência e orientação aos pacientes e familiares, bem como o engajamento na busca de soluções e melhorias no atendimento, foram essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa. Vocês são uma equipe excepcional e merecem todo o reconhecimento pelo impacto positivo que estão marcando na vida das pessoas.

À amiga Marilena Crespo, que me motivou a acreditar em meu potencial; a confiança que depositou em mim foi fonte de encorajamento para alcançar grandes conquistas.

À amiga Jaqueline Ferreira, que está sempre torcendo pela minha felicidade e se alegrando com minhas conquistas. Sou grata por todo apoio e ajuda que recebi ao longo dessa caminhada.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta jornada, meu sincero agradecimento. Esta conquista é resultado do esforço coletivo e do apoio mútuo ao longo. Que esta dissertação possa contribuir para o avanço do conhecimento na área da saúde e beneficiar aqueles que mais precisam.

Está na luta, no corre-corre, no dia a dia
Marmita é fria, mas se precisa ir trabalhar
Essa rotina em toda firma começa às sete
da manhã Patrão reclama e manda embora quem atrasar

Trabalhador
Trabalhador brasileiro
Dentista, frentista, polícia, bombeiro
Trabalhador brasileiro
Tem gari por aí que é formado engenheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador

E sem dinheiro vai dar um jeito
Vai pro serviço
É compromisso, vai ter problema se ele
faltar Salário é pouco, não dá pra nada
Desempregado também não dá
E desse jeito a vida segue sem melhorar

Trabalhador
Trabalhador brasileiro
Garçom, garçonete, jurista, pedreiro
Trabalhador brasileiro
Trabalha igual burro e não ganha dinheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador

(Trabalhador - Seu Jorge)

RESUMO

A pandemia de covid-19 atingiu os trabalhadores num momento em que estes já viviam perdas de direitos trabalhistas e previdenciários. O estudo baseia-se em prontuários de 1.044 pacientes de um hospital de referência para a covid-19 no Rio de Janeiro, tendo como objetivos (i) investigar as relações entre o tipo de vínculo empregatício e os óbitos e (ii) descrever as ocupações mais frequentes na amostra segundo o tipo de vínculo e o percentual de óbitos. As profissões mais representadas foram: comerciantes, pedreiros, porteiros, segurança/vigilante, motoristas e motoristas de aplicativo. Comparadas às trabalhadoras formais, o risco relativo de óbito foi maior entre as “do lar”, após ajuste pela idade e sexo. O risco relativo de óbito 11% e 29% maior entre os informais e os desempregados, respectivamente, não apresentou significância estatística. Os porteiros, auxiliares administrativos, vendedores, auxiliares de serviços gerais e domésticas apresentaram os maiores percentuais de óbito. A condição de gravidade dos pacientes internados possivelmente contribuiu para reduzir a relevância dos fatores socioeconômicos que pudessem favorecer os desfechos negativos entre os mais vulnerabilizados, no caso, os trabalhadores informais e os desempregados. Merece atenção o maior agravamento da covid-19 entre as donas de casa, que pode ter resultado de um quadro desfavorável em termos de comorbidades.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; pandemia de covid-19; precarização do trabalho; trabalho informal.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic hit workers at a time when they were already experiencing loss of labor and social security rights. The study is based on medical records of 1,404 patients from a reference hospital for covid-19 in Rio de Janeiro, aiming (i) to investigate the relationships between the type of employment relationship and deaths and (ii) to describe the occupations most frequent in the sample according to the type of relationship and the percentage of deaths. The most represented professions were: traders, bricklayers, doormen, security guards, drivers and app drivers. Compared to formal workers, the relative risk of death was higher among housewives, after adjusting for age and sex. The 11% and 29% higher relative risk of death among informal workers and the unemployed, respectively, did not show statistical significance. Doormen, administrative assistants, salespeople, general service assistants and maids had the highest death rates. The serious condition of hospitalized patients possibly contributed to reducing the relevance of socioeconomic factors that could favor negative outcomes among the most vulnerable, in this case, informal workers and the unemployed. The greater worsening of covid-19 among housewives, which may have resulted from an unfavorable condition in terms of comorbidities, deserves attention.

Keywords: workers' health; covid-19 pandemic; precarious work; informal work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.....	30
Figura 2 - Fluxograma para a definição da amostra de estudo a partir das internações por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de março/2020 a novembro/2021.....	45
Quadro 1 - Descrição das variáveis e opções de resposta utilizadas na construção do banco de dados.....	46
Quadro 2 - Descrição da base inicial da categorização dos grupos ocupacionais na CBO.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CF	Constituição Federal
BPC	Benefício de Prestação Continuada
DOM	Diário Oficial do Município
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPS	Gestão Participativa em Saúde
HMRG	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPA	Idade Economicamente Ativa
IAPs	Institutos de Pensão e Aposentadoria
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPE	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPTC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Cargas
IAPFESP	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários

IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPTC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Cargas
IAPFESP	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério da Educação
MEI	Microempreendedor Individual
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
OS	Organização Social
OIE	Organização Mundial para Saúde Animal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL.....	16
2.1.1	Breve histórico da seguridade social.....	16
2.1.2	A Seguridade Social no contexto brasileiro com ênfase no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social.....	18
2.2	A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL, COM DESTAQUE PARA O ESTADO E O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	22
2.2.1	Alguns aspectos da pandemia de covid-19 no Brasil.....	23
2.2.2	Contextualizando a pandemia no estado e município do Rio de Janeiro.....	26
2.2.3	O papel do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla na pandemia de covid-19 no município do Rio de Janeiro.....	28
2.3	O TRABALHO COMO FONTE DE DESIGUALDADES EM SAÚDE.....	31
2.3.1	Precarização do trabalho, flexibilização e diferentes modalidades de trabalho informal.....	31
2.3.2	A vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da pandemia de covid-19.....	35
3	OBJETIVO DO ESTUDO.....	42
4	METODOLOGIA.....	43
4.1	COLETA DE DADOS PELA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA.....	43
4.2	A DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO.....	44
4.3	TRATAMENTO DOS DADOS.....	46
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5	RESULTADOS - ARTIGO: ÓBITOS POR COVID-19 ENTRE TRABALHADORES INTERNADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA SOB A PERSPECTIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	73

APÊNDICE A - DISTRIBUIÇÃO DAS OCUPAÇÕES DA AMOSTRA DE TRABALHADORES SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO).....	79
APÊNDICE B - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE TRABALHADORES INTERNADOS POR COVID-19 NO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA DE AGOSTO/2021 A NOVEMBRO/2021, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, CATEGORIZADA NOS GRANDES GRUPOS DA CBO. RIO DE JANEIRO, 2023.....	84
ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP ENSP/FIOCRUZ (PÁGINAS INICIAL E FINAL).....	85
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (PÁGINAS INICIAL E FINAL).....	88

1 INTRODUÇÃO

Em 11/03/2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19, seguindo diretrizes previamente desenvolvidas com a Organização Mundial para a Saúde Animal (OIE) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). A pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença; o termo passa a ser utilizado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (OMS, 2020).

A primeira onda de contaminação pelo SARS-CoV-2 identificada no Brasil ocorreu no final de fevereiro de 2020, enquanto a Europa já registrava número alto de casos de COVID-19. A declaração de transmissão comunitária no país chegou em março de 2020, mês em que foi confirmada a primeira morte pela doença.

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), gerou uma crise humanitária devido à sua alta transmissibilidade e impacto socioeconômico. De acordo com Santos et al (2020), as pesquisas científicas avançaram, seja na caracterização do vírus, infecção e casos, vias de transmissão e medidas de prevenção e controle da doença, porém muitas lacunas permanecem, principalmente no contexto das desigualdades sociais que permeiam a exposição e capacidade de proteção ao vírus e mitigação dos impactos sociais da pandemia.

Ao analisar a pandemia sob a ótica das desigualdades sociais, Moreira *et al.* (2020) destacam que a crise sanitária afeta desigualmente os desiguais, apartados pela divisão de classes, pelo racismo estrutural, pelo patriarcado, por hierarquias geopolíticas e outras. Os autores enfatizam que o advento da crise sanitária foi suficiente para expor o contingente de trabalhadores em empregos informais e sem garantias trabalhistas, assim como a pobreza absoluta de indivíduos, que sobrevivem às atividades as mais precárias, que sobrevivem à autoexploração intensiva, os terceirizados, vendedores ambulantes, empregados domésticos e muitas outras modalidades de trabalho precarizado.

O presente estudo foi elaborado a partir de minha inserção profissional como assistente social do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG) que, a partir de março de 2020 passou a atender exclusivamente pacientes com COVID-19, sendo considerado o hospital de referência do município do Rio de Janeiro no tratamento da COVID-19. Tal inserção gera a possibilidade de contar com grande número de informações sobre as condições de vida e trabalho de pacientes acometidos pela COVID-19. A partir da experiência no atendimento a pacientes oriundos de uma camada vulnerabilizada da população e acompanhando suas dificuldades durante a pandemia, surgiu a ideia de realizar esta dissertação, que aborda as desigualdades sociais

relacionadas à ocupação e tipo de vínculo de trabalho, a partir da análise de trabalhadores acometidos pela COVID-19 internados no HMRG.

O **referencial teórico** que guiou o estudo inclui um breve histórico da Seguridade Social, com ênfase no tripé adotado no Brasil, relativo à Saúde, Assistência e Previdência Social. Inclui, também, a literatura sobre o trabalho como fonte de desigualdades sociais em saúde, com destaque para a precarização do trabalho, as modalidades de trabalho informal, abordando ainda a vulnerabilidade dos trabalhadores durante a pandemia de COVID-19. Seguem-se os objetivos do estudo e o capítulo que descreve a **metodologia** adotada. Os **resultados** são apresentados sob a forma de um artigo, intitulado “Óbitos por COVID-19 entre trabalhadores internados no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla sob a perspectiva da precarização do trabalho”, a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Por último, seguem as **considerações finais** e as **referências bibliográficas**. Os **Apêndices** apresentam alguns resultados que não constam do artigo. Os pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa nos quais o projeto foi aprovado são apresentados como **Anexos**.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

2.1.1 Breve histórico da seguridade social

Nos marcos dos países capitalistas da Europa ocidental e da América Latina, os direitos da Seguridade Social têm origem nos modelos alemão bismarckiano e beveridgiano inglês, que têm como parâmetro histórico central os direitos do trabalho (Boschetti, 2009).

O modelo bismarckiano nasce na Alemanha em 1883, no governo do Chanceler Otto Von Bismark, como resposta às greves e reivindicações dos trabalhadores. É considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados, em que só têm direito aos benefícios os trabalhadores que contribuem com o seguro. Esses benefícios são organizados em Caixas, em geral administradas pelo Estado com a participação de empregadores e trabalhadores (Boschetti, 2009).

O autor comenta a este respeito, trazendo informações de diferentes países.

Essa é a lógica que estrutura os direitos da previdência social em praticamente todos os países capitalistas. Em alguns países como França, Inglaterra e Alemanha, a lógica do seguro sustenta também a política de saúde. No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social (Boschetti, 2009, p. 3).

A citação acima explica de que forma são assegurados os direitos dos trabalhadores face à lógica do Seguro Social, tendo em vista que apenas os assegurados e seus dependentes têm acesso aos direitos ofertados pela seguridade. O acesso é através de contribuições mensais, sendo os benefícios proporcionais às contribuições realizadas, sendo uma “característica básica da previdência social no Brasil, que assegura aposentadorias, pensões, salário-família, auxílio-doença e outros benefícios somente aos contribuintes e seus familiares” (Boschetti, 2009, p. 4).

Em 1942, o modelo bismarkiano passou a ser criticado por um novo plano formulado na Inglaterra, que foi intitulado como Plano Beveridge. É neste Plano que se propõe a instituição do *Welfare State*. Nesse modelo “os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade” (Boschetti, 2009, p. 2).

De acordo com Gomes (2006), o *Welfare State* pode ser definido como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado de forma a garantir um equilíbrio entre o avanço das forças de mercado e a estabilidade social, suprindo a sociedade de benefícios sociais que garantam a manutenção de um padrão mínimo de vida para os indivíduos.

Segundo Pereira (2008):

Foi, portanto, somente com a institucionalização do *Welfare State* como um “fenômeno histórico” (do segundo pós-guerra); e “normativo” (formalmente intervencionista) (Mishra, 1995), que a política social se tornou um meio possível e legitimado de concretização de direitos sociais de cidadania (Pereira, 2008, p. 86).

Para Behringer e Boschetti (2009), a crise de 1929-1932 significou uma transformação “substantiva no desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa ocidental” (Behringer; Boschetti, 2009, p.91). Seguiram-se os efeitos da Segunda Guerra Mundial e da primeira grande crise do capital, levando à necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. No entanto, isso só foi possível devido a uma combinação de alguns fatores como:

- a) estabelecimento de políticas keynesianas com vistas a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal;
- b) instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo; e c) um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho (Pierson, 1991; Mishra, 1995) nas condições já tratadas anteriormente (Behringer; Boschetti, 2009, p. 92).

As autoras destacam ainda que,

O chamado consenso do pós-guerra (Mishra, 1995), permitiu o estabelecimento de uma aliança entre classe, o que viabilizou-se devido ao abandono, por parte da classe trabalhadora, do projeto de socialização da economia. As alianças entre partidos de esquerda e direita também asseguraram o estabelecimento de acordos e compromissos que permitiram a aprovação de diversas legislações sociais e a expansão do chamado *Welfare State* (Pierson, 1991). (Behringer; Boschetti, 2009, p. 92).

Segundo Viana e Levcovitz (2005, p. 20) o *Welfare State* é “um tipo específico de intervenção do Estado na área social e é datado historicamente” e aponta a necessidade de diferenciar proteção social de política social. Os autores mencionam que o WF configura num regime específico de proteção social, instituído a partir de políticas sociais mais amplas para diferentes grupos sociais.

Para analisar as origens e desenvolvimento do *Welfare State*, Behringer e Boschetti (2009) utilizam-se de três elementos apontados por Pierson (1991:30), que caracterizou esse período como “idade de ouro” das políticas sociais. O primeiro é o crescimento dos gastos do orçamento social em todos os países da Europa que faziam parte da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O segundo é o crescimento incremental de mudança demográfica, expresso pelo aumento da população idosa nos países capitalistas centrais, que ampliou os gastos com aposentadoria e saúde, além do aumento da taxa da população economicamente inativa. O terceiro elemento é o crescimento sequencial de programas sociais no período. O autor destacou que a ordem de adoção e expansão dos programas sociais foi muito semelhante em quase todos os países. Em primeiro está a cobertura de acidentes de trabalho, depois o seguro-doença e invalidez, pensões a idosos, seguro-desemprego e, por último, auxílio-maternidade.

Behringer e Bochetti (2009) *apud* Marshall (1967:81) observam que os seguros foram iniciados timidamente do ponto de vista privado e destinados a determinadas categorias profissionais no final do século XIX, ou seja, não tinham caráter universal e nem a designação de *Welfare State*. Para os autores citados, a emergência do *Welfare State* se dá “justamente a superação da ótica securitária e a incorporação de um conceito ampliado de seguridade social com o *Plano Beveridge* na Inglaterra, que provocou mudanças significativas dos seguros sociais até então dominantes” (Behringer; Bochetti, p. 93, 2009).

A partir do II pós-guerra, as políticas de seguridade ampliam-se como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais. Mota (2006, p.1) assim descreve os sistemas de proteção social:

os sistemas de proteção social são implementados através de ações assistenciais para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa.

2.1.2 A Seguridade Social no contexto brasileiro com ênfase no tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social

No Brasil, a Seguridade Social é definida no Art. 194 da Constituição Federal da República Brasileira de 1988 como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). Do ponto de vista dos modelos bismarckiano e beveridgiano,

apresentados no item anterior, Boschetti (2009) define o sistema de seguridade brasileiro como híbrido.

A introdução do capítulo da Seguridade Social consistiu em um dos maiores avanços da Constituição Brasileira de 1988, no que se refere à proteção social e ao atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora (Conselho Federal de Serviço Social, 2010). Inserida no título da Ordem Social, o capítulo da Seguridade Social tem entre seus objetivos universalizar o atendimento da população.

Baptista (1998) analisa a Seguridade Social brasileira como uma política formulada no contexto de redemocratização do Estado na década de 1980 e que veio responder às demandas de reestruturação da política social no Brasil. Para, além disso, contrapõe-se à política de seguro social e política assistencialista desenvolvidas no país.

Mesmo reconhecendo as conquistas da Constituição Brasileira no campo da Seguridade Social, deve-se sinalizar seus limites em um país com desigualdades sociais agudas. A situação do mercado de trabalho, em que metade da população economicamente ativa encontra-se na informalidade, leva a Seguridade Social a deixar de fora do acesso à previdência a população não contribuinte e, ainda, exclui do acesso aos direitos assistenciais aqueles que podem trabalhar (Boschetti, 2009).

Dialogando sobre as políticas de proteção social, que incluem a saúde, a previdência e assistência social, Ana Elizabete Mota, autora do texto “Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes”, destaca que elas “são consideradas produto histórico das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidade inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patrono” (Mota, 2006, p.1).

Historicamente, a seguridade social está relacionada com a emergência da *questão social*, concebida como um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (Iamamoto, 1998, p.27). Assim a seguridade social está associada “com o surgimento da pobreza como problema social e com a necessidade de algum tipo de proteção social para minorar a situação de miséria e pobreza que surge com a formação do proletariado urbano-industrial” (Mota, 1996, p. 191).

A autora ainda frisa que “[...] os sistemas de seguridade social estão diretamente relacionados com a dinâmica capitalista [...]”, e ressalta que “nela estão incluídos o processo

de assalariamento, as necessidades de manutenção, a reprodução do trabalhador e a reprodução do próprio capital” (Mota, 1996, p. 191).

Segundo Fleury (1994, p. 153) “[...] a Seguridade Social, seja em sua origem, seja em seu desenvolvimento posterior, passou a abarcar um conjunto diversificado de políticas sociais, identificadas como políticas de previdência, políticas de atenção à saúde e políticas de assistência social”.

Mota (1995) considera a Seguridade Social como um mecanismo de intervenção social, que expressa um dos modos de gestão estatal e privada da força de trabalho. A autora define “[...] os sistemas de seguridade por um conjunto de necessidades que nascem no mundo da produção *stricto sensu*” (Mota, 1995, p. 122). Enquanto mecanismo de gestão social, o sistema de seguridade social é amparado pela legislação social e pelos direitos sociais, que constituem o campo das relações entre Estado e sociedade.

A este respeito, cabe mencionar a Carta de Maceió, documento aprovado e elaborado pelos participantes do XXIX Encontro Nacional do Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS), realizado em Maceió/AL. Este foi o primeiro documento a expressar com propriedade a concepção de seguridade, “entendida como padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universalizada para situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros” (CFESS/CRESS, 2000). Neste documento, os(as) assistentes sociais assumem, enquanto profissão, a defesa da concepção ampliada de seguridade social, como dever do Estado e direito da população.

Para Bochetti (2007) o conceito de seguridade social defendido pelo Serviço Social se sustenta em um modelo que inclui todos os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, Previdência e Assistência Social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais condizente às condições gerais dos cidadãos brasileiros. A autora ressalta que este sistema de Seguridade se pauta também pelos princípios da universalização, da legitimação das políticas sociais como um direito e, portanto, da responsabilidade do Estado, do orçamento redistributivo e da estruturação radicalmente democrática, descentralizada e participativa.

O tripé da seguridade social, composto pela política de saúde (universal), assistência social (não contributiva) e pela previdência social (contributiva) é um aspecto essencial na discussão sobre as condições de vida dos trabalhadores acometidos pela COVID-19, objeto desta dissertação. Considerando os pontos citados como pilares da Seguridade Social, é de suma importância apresentar seus principais elementos para uma melhor compreensão do assunto.

A **Saúde** é um direito fundamental assegurado na Constituição Federal de 1988 (CF/88) que estabelece no art. 196 o direito à saúde como “um direito de todos” e “dever do Estado”. Este direito está regulamentado pela Lei 8.080/90, que reafirma esse direito no art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, que deve ser fornecida pelos entes federados (União, Estados e Distrito Federal e Municípios).

A seção “Da Saúde” na CF/88 estabelece os seguintes princípios básicos do SUS: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular. Neste sentido, a saúde se organiza pelo princípio da integralidade que contempla um todo e da universalidade como direito fundamental de todo e qualquer cidadão.

A **Assistência Social** é uma política pública prevista na Constituição Federal de 1988 e, também, direito de cidadãos e cidadãs, assim como a saúde, a educação e a previdência social. É regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), disciplinada pela Lei nº 8.742/93. De acordo com o artigo 203 da CF/1988,

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (Brasil. Constituição de 1988, p. 63).

O artigo anteriormente citado destaca os direitos assegurados pela Assistência Social a todos que dela necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social, segundo o art. 204 da Constituição Federal.

Com relação à **Previdência Social**, a Lei Eloy Chaves sancionada em 1923, marco inicial da previdência social, determinou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os empregados ferroviários, que garantiam aos trabalhadores e empresas atendimento médico, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos Nacional Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados por categorias profissionais, durante a Era Vargas.

O Decreto Nº 4.682 de 24 de 1923, foi o primeiro regulamento a instituir no país a previdência social. A respectiva lei no seu art. 2º diz que: “São considerados empregados, para

os fins da presente lei, não só os que prestarem os seus serviços mediante ordenado mensal, como os operários diaristas, de qualquer natureza, que executem serviço de caráter permanente.”

Vianna (2000, p. 140) aponta que a partir de 1933, criou-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões,

com a criação do IAPM (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos). Logo se seguiram o IAPC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários), de 1934; o IAPB (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários), do IAPTC (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Cargas), o IAPE (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores), e o IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários) e o IPASE (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado), de 1938; e, já nos anos 50, o IAPFESP (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários), que reuniu as Caixas de Aposentadorias e Pensões remanescentes.

Neste sentido, os IAPS foram constituídos como entidades autárquicas, vinculados ao Estado através do Ministério do Trabalho; sob o regime de capitalização que recolhia as contribuições de empregados e empregadores e fornecendo benefícios para esses trabalhadores (Vianna, 2000).

A unificação dos IAP's em um só instituto aconteceu por meio do Decreto-Lei nº 72/1966, que criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e consolidou o sistema previdenciário brasileiro.

Por sua vez, com o surgimento da Lei 8.023/1990, foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por meio da fusão do INPS (previdência) e IAPAS (financiamento).

2.2 A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL, COM DESTAQUE PARA O ESTADO E O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A pandemia de covid-19 é considerada um desafio sanitário global dada a alta capacidade de disseminação do Sars-CoV-2 e o pouco conhecimento científico sobre a doença (Werneck e Carvalho, 2020).

Werneck e Carvalho (2020) apresentam de forma esquemática as fases de resposta à pandemia, quais sejam, a contenção, a mitigação, a supressão e a recuperação, a seguir descritas.

A fase 1, chamada de contenção, se inicia antes mesmo de os casos serem notificados no país. Nesta fase, os países começaram a preparar-se para tomar medidas para evitar que a

população fosse infectada pelo vírus. Para D'Alessandro e Barbaresco (2021), esta fase busca impedir a entrada do vírus.

A fase 2, de mitigação, começou quando não foi possível determinar a origem da contaminação, ou seja, corresponde à chamada forma comunitária. O Ministério da Saúde declarou através da Portaria nº 454/2020, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19) em todo território nacional. Assim, a transmissão comunitária do novo coronavírus no Brasil foi estabelecida no em março, “depois de já ter se espalhado pela Ásia, Europa e Estados Unidos [...]” (Werneck *et al.*, 2021, p.33).

No contexto da transmissão do vírus da COVID-19, as formas de transmissão local e transmissão comunitária ocorreu sob duas circunstâncias¹. Na transmissão local são casos de pessoas que se infectaram, em que tiveram contato com outra pessoa infectada que trouxe o vírus de fora do país, ou seja, caso importado. Nesse tipo de transmissão é mais fácil o rastreamento. Já na transmissão comunitária são casos que não é mais possível identificar até sua origem. Isso significa que o vírus está circulando livremente na comunidade.

A fase 3 se refere à supressão, que se refere a quebrar qualquer cadeia de transmissão e reduzir os casos ao menor número possível. Para que tal aconteça, além das medidas de mitigação, é preciso evitar todo o contato social e implementar as quarentenas obrigatórias. Refere-se que nesta fase são e/ou foram realizados testes em massa para detectar os infectados, sejam eles sintomáticos ou assintomáticos, e isolá-los².

A fase 4, de recuperação, ocorre quando o número de infecções diminui drasticamente. Com isso, as medidas esperadas são que os governos se organizem durante a pandemia e reestruturem os países afetados².

Neste item, abordamos a pandemia de covid-19 no Brasil e, mais especificamente, no estado e município do Rio de Janeiro no sentido de contextualizar o papel do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla como hospital de referência para a assistência em covid-19 no município do Rio de Janeiro.

2.2.1 Alguns aspectos da pandemia de covid-19 no Brasil

¹ Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/coronavirus/modulo1/aula2.html> . Acesso em: 28 out. 2022.

² Disponível em: <https://querobolsa.com.br/revista/coronavirus-etapas-de-combate-a-pandemia-contencao-mitigacao-supressao-recuperacao>. Acesso em: 24 out. 2022.

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em São Paulo, onde um homem de 61 anos deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, com histórico de viagem para a Itália.³ Já no estado do Rio de Janeiro, o primeiro caso confirmado foi registrado dia 05 de março de 2020, de uma moradora de Barra Mansa, no Sul Fluminense, de 27 anos que retornava de uma viagem pela Europa.⁴

Do primeiro caso confirmado da doença no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020 à metade de abril de 2020, foram confirmados em torno de 21 mil casos e 1.200 mortes (Werneck; Carvalho, 2020). Além das dificuldades enfrentadas por todos os países para enfrentar a pandemia de covid-19, pode-se dizer que o Brasil enfrentou outros desafios, como apontam os autores.

pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 num contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração (Werneck; Carvalho, 2020; p. 1).

Outro aspecto importante a ser considerado em relação à pandemia no Brasil se refere à vulnerabilidade da população no que concerne às altas taxas de desemprego e cortes nas políticas sociais. No item 2.3.2, serão abordados fatores importantes no tange à vulnerabilidade entre os trabalhadores (Werneck; Carvalho, 2020).

Durante a pandemia de COVID-19, a orientação foi de que apenas os serviços considerados essenciais à vida permanecessem em funcionamento presencial. Em relação às atividades laborais, tivemos o Decreto nº 10.329, de 28 de abril de 2020, que alterou o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamentou a Lei nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.

Cumprе mencionar alguns termos que foram utilizados para se referir a ações de controle da COVID-19. Todavia, os termos “não são novos e dizem respeito a medidas de saúde pública não farmacológicas, historicamente, consagradas para o controle de epidemias, em especial na ausência de vacinas e medicamentos antivirais” (Aquino, *et al.*, 2020, p.3).

Desde o início da pandemia da COVID-19, os termos “isolamento social”, “distanciamento social”, “quarentena” e “lockdown” se tornaram amplamente utilizados em diversas fontes de informação, incluindo notícias, regulamentações governamentais e

³ Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca>. Acesso em: 28 out. 2022.

⁴ Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/03/primeiro-caso-do-novo-coronavirus-e-confirmado-no-estado-do-rio>. Acesso em: 28 out 2022.

discussões políticas. Essas medidas foram adotadas em todo o mundo como estratégias para conter a propagação do vírus.

A Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e a Portaria do Ministério da Saúde nº 356, de 11 de março de 2020, foram instrumentos legais importantes no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. A lei considerou algumas definições em seu Art. 2º

I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e

II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus (BRASIL, 2020).

Uma das medidas destacadas pela Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, tinha como objetivo separar pessoas sintomáticas ou assintomáticas, em investigação clínica e laboratorial, a fim de evitar a propagação da infecção e transmissão local. Segundo orientações do Ministério da Saúde, os casos de isolamento tinham o prazo de 14 dias, podendo este prazo ser aumentado por até igual período, dependendo do resultado laboratorial.

Essas legislações foram relevantes no contexto da pandemia de COVID-19 e forneceram orientações e instrumentos legais para a gestão e respostas às emergências em saúde pública relacionadas à doença.

No Brasil a vacinação contra a COVID-19 teve início no dia 17 de janeiro de 2021, logo após a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovar o uso emergencial de duas vacinas, a CoronaVac, desenvolvida pela empresa biofarmacêutica chinesa Sinovac Biotech e produzida no Brasil em parceria com o Instituto Butantan, e a AstraZeneca/Oxford, produzida pela Fiocruz.⁵ O governo de São Paulo foi o primeiro estado a aplicar a primeira dose do imunizante. Uma enfermeira, de 54 anos, moradora de Itaquera, na Zona Leste da capital paulista, foi a primeira pessoa a receber a vacina.⁶ Mulher, negra e fazendo parte do grupo de risco para a doença, atuou na linha de frente contra a COVID-19. Ela também foi voluntária da terceira fase dos testes clínicos da CoronaVac realizados no país e tomou placebo (substância inerte). Fazendo parte dos brasileiros selecionados, estava presente a técnica de enfermagem e assistente social, de 50 anos, indígena integrante da Aldeia Kaimbé.

⁵ Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/229-vacinacao-coronavac-astrazeneca-oxford>. Acesso em: 03 out. 2022.

⁶ Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/17/apos-aprovacao-da-anvisa-governo-de-sp-aplica-1a-dose-da-coronavac-antes-do-inicio-do-plano-nacional-de-vacinacao.ghtml>. Acesso em: 03 out. 2022.

O plano de vacinação brasileiro priorizou inicialmente grupos específicos de maior risco para a COVID-19. O ordenamento dos grupos prioritários consta no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (Brasil, 2022).

Salienta-se que a Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021 (incluindo a Nota Técnica nº 45/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS), incorporou as gestantes, puérperas e lactantes como grupo no Plano Nacional de Operacionalização contra a COVID-19. Especificamente, no § 4º do Art. 1º da Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, ficou previsto que essas mulheres, tanto com ou sem comorbidades, independente da idade das lactantes, deveriam ser consideradas como prioritários para receber a vacina, uma vez que esse grupo pode estar em maior risco de complicação caso contraíam a doença. A inclusão delas tem como objetivo assegurar a saúde tanto delas quanto de seus bebês, levando em consideração o contexto da pandemia.

2.2.2 Contextualizando a pandemia no estado e município do Rio de Janeiro

No estado do Rio de Janeiro, os primeiros casos de COVID-19 foram identificados na capital em março de 2020. As primeiras medidas de proteção à saúde foram estabelecidas pelo Decreto nº 46.973, publicado em 17 de março, quando o estado entrou em estado de emergência. O decreto estabeleceu restrições específicas em relação ao funcionamento de bares, restaurantes, hotéis, shopping centers, academias, além de bloquear o acesso à praia, a lagoa, rios e piscinas públicas, e limitou a atracação de navios de cruzeiro proveniente de países com circulação confirmada do vírus. E ainda conforme o art.7º o transporte público coletivo reduziu para 50% a capacidade de lotação. Logo depois, o decreto foi renovado por mais 15 dias, pelo ex-governador Wilson Witzel.

O estado do Rio de Janeiro apresentou uma alta de incidência de casos e mortes relacionadas à COVID-19, o que gerou uma pressão significativa sobre o sistema de saúde do estado em relação ao investimento em hospitais e equipamentos para a assistência a pacientes infectados. Foram criados os hospitais de campanha, com a proposta de ampliar os leitos hospitalares durante a pandemia. A proposta inicial do ex-governador Witzel era a montagem de 8 hospitais de campanha (Maracanã, Jacarepaguá, Leblon, Caxias, São Gonçalo, Campos, Casimiro de Abreu e Complexo de Gericinó), com previsão de inauguração até 30 de abril de 2020.⁷ No entanto, alguns nem sequer foram efetivamente abertos ao público, tendo sido desmontados.

⁷ Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/03/estado-do-rj-tera-oito-hospitais-de-campanha>. Acesso em: 04 out. 2022.

O Hospital de Campanha do Maracanã sofreu várias denúncias sobre troca de equipamentos, falta de medicação e salário dos funcionários. A Organização Social (OS), IABAS (Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde), contratada para administrar hospitais de campanha idealizados para atender pacientes com COVID-19, foi citada no esquema de corrupção que afastou o então governador Wilson Witzel, por suspeitas de desvios na Saúde do RJ.⁸

Vale destacar a construção do Hospital de Campanha do Riocentro, localizado na zona oeste da cidade, com capacidade de 500 vagas, sendo 100 delas em UTI. Entretanto, a unidade só começaria a funcionar quando o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, hospital de referência à assistência em covid-19 atingisse 70% de sua capacidade de ocupação.⁹ A unidade começou a funcionar no dia 01/05/2020, quando recebeu os quatro primeiros pacientes encaminhados pela Central de Regulação, das unidades de urgência e emergência.¹⁰ E no dia 07/01/2021, a Prefeitura do Rio concluiu seu fechamento. Segundo o prefeito Eduardo Paes, os custos do hospital eram altos e com alto índice de letalidade, se comparado ao estado de São Paulo.^{11,12}

O município do RJ apresentou ao longo de 2020 os maiores números relacionados à Covid-19 no estado. No dia 15 de junho de 2020, por exemplo, o Rio de Janeiro já contava com 42.385 casos notificados e 5.090 óbitos, o que corresponde, respectivamente, a 52,5% e 67,1% do observado no conjunto de municípios do estado. Ao considerar a população estimada do município de aproximadamente 39% do total de habitantes do estado, se observa a relevância desses indicadores, evidenciando uma grave situação pandêmica na cidade (Nascimento; Patrício, 2021).

Com base nos dados de casos subnotificados de pessoas com o diagnóstico de covid-19 nos bairros da cidade nos primeiros meses da pandemia (março a maio de 2020), Nascimento e Patrício apontam a disseminação desigual do Sars-Cov2 no município. Os autores observam como, a partir da concentração inicial da doença na Barra da Tijuca e bairros da Zona Sul, o vírus se espalhou rapidamente, chegando à alta incidência na Zona Oeste, com concentração

⁸ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/26/hospital-de-campanha-do-maracana-e-visitado-apos-denuncias-de-troca-de-respiradores-novos-por-obsobletos.ghtml>. Acesso em: 04/10/2022.

⁹ Disponível em: <https://prefeitura.rio/infraestrutura/prefeitura-do-rio-conclui-obra-do-hospital-de-campanha-do-riocentro/>. Acesso em: 04 out. 2022.

¹⁰ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/02/hospital-de-campanha-do-riocentro-recebe-os-primeiros-pacientes.ghtml>. Acesso em: 04 out. 2022.

¹¹ Disponível em: <https://radioriodejaneiro.digital/noticia/prefeitura-do-rio-conclui-o-fechamento-do-hospital-de-campanha-do-riocentro/>. Acesso em: 04 out. 2022.

¹² Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/paes-soranz-criticam-gastos-com-hospital-de-campanha-do-riocentro-detalham-informacoes-sobre-unidade-criada-por-crivella-24945914.html>. Acesso em: 04 out. 2022.

das maiores taxas de letalidade em favelas. Assim, pode-se dizer que a cidade reproduz as desigualdades no âmbito do país no que tange a diferenças em relação à densidade populacional por bairro, que afeta as taxas de isolamento, aos IDH (índices de desenvolvimento humano) e de aspectos ligados ao mercado de trabalho, como as taxas de informalidade.

No contexto da pandemia de covid-19 no município do RJ, destacamos a criação do Centro de Operações de Emergência Covid-19 (COE COVID-19), a partir do modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde em relação à gestão de emergência em saúde pública. O COE COVID-19, de caráter temporário, foi ativado em 4 de janeiro de 2021, após a publicação de dois decretos. O primeiro decreto determinou o COE COVID-19 RIO “como uma unidade de planejamento e gestão coordenada das ações de enfrentamento à pandemia e instituiu as medidas de proteção à vida [...]”. O segundo criou o Comitê Especial de Enfrentamento à COVID-19 (CEEC), “composto por representantes de instituições de ensino e pesquisa de relevância nacional” (Cruz *et al.*, 2022, p. 2).

A implantação do COE COVID-19 RIO favoreceu a articulação com diversos representantes de setores da saúde, outras secretarias do governo, universidades, organizações não governamentais e gestores de diferentes esferas. Desdobramentos dessas parcerias fortaleceram o planejamento e a implementação das medidas de prevenção e controle da pandemia na cidade (Cruz *et al.*, 2022, p.2).

É importante sinalizar uma intervenção implementada pelo COE COVID-19 RIO, qual seja, a divulgação dos boletins epidemiológicos, de extrema relevância na condução de respostas à pandemia, reduzindo a desinformação à população ao sintetizar e fornecer informações sobre a situação de saúde da cidade.

O COE COVID-19 pode ser visto como um legado para a gestão de futuras emergências sanitárias no município do Rio de Janeiro, como apontam Cruz e cols (2022). Trata-se de um Centro de caráter temporário que veio a se somar ao Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro, no âmbito da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do RJ. O Observatório, que atua em caráter permanente como ferramenta de acompanhamento epidemiológico do município do RJ, reúne ações de monitoramento em relação a diversos agravos, tendo tido papel relevante no contexto da covid-19 no município do RJ.

2.2.3 O papel do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla na pandemia de covid-19 no município do Rio de Janeiro

O Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG) é popularmente conhecido como “Hospital de Acari”, bairro onde é situado, na cidade do Rio de Janeiro. O Hospital foi planejado pela Prefeitura do Rio de Janeiro em 2001 e construído no local da antiga Fábrica Esperança, em 2002. Começou a funcionar em 17 de março de 2008, em meio à epidemia de Dengue no Estado do Rio de Janeiro, com a proposta de dar suporte às unidades básicas de saúde, já que é caracterizado como unidade de média complexidade (DOM-RJ, 2014, p.84).

Como fruto de parceria público-privada, o HMRG nasce sendo administrado por uma Organização Social (OS) e em meados de 2007, após licitação pública, a GPS (Gestão Participativa em Saúde) foi a empresa vencedora para administrá-lo por cinco anos (DOM- RJ, 2014, p.84).

O Hospital de Acari é o segundo maior do município, atrás somente do Hospital Souza Aguiar (considerado o maior hospital de emergência da América Latina).¹³ Sua estrutura é composta com 38.000 m² de área construída (DOM-RJ, 2014, p.84). Seus cinco andares contam hoje com 420 leitos de internação, número bem diferente da época da publicação do seu Edital.¹⁴

Amplamente conhecido por ter tido uma maternidade de referência, o HMRG contou com diferentes gestões, como a Viva Rio, que atuou durante três anos, entre 2015 e 2018, e desde o dia 08/12/2018, é administrado pela RioSaúde.¹⁵ Com o perfil de retaguarda, o hospital auxilia na oxigenação de toda rede, liberando leitos de internação para unidades de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro (Rio Prefeitura).

Com a pandemia de COVID-19, a unidade precisou adaptar-se para atender à população e a partir de 23/03/2020 passou a se dedicar ao tratamento de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), desencadeada, muitas vezes, pela evolução do coronavírus no organismo humano. O hospital funciona com atendimento “porta fechada”, isto é, atende exclusivamente pacientes que tiveram o primeiro atendimento em uma unidade de urgência e emergência que eram encaminhados pela Central de Regulação.

De acordo com as informações disponibilizadas no site oficial da Rio Prefeitura, desde o dia 23/03/2020¹⁶, o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla passou a se dedicar totalmente ao

¹³ Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=440218&view=detalhes>. Acesso em: 21 fev. 2022.

¹⁴ Censo Hospitalar. Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

¹⁵ Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RIO SAÚDE) foi criada através do Decreto nº 38.125, de 29 de novembro de 2013, com patrimônio próprio, sob a forma de sociedade anônima de capital fechado, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da Lei Ordinária nº 5.586, de 28 de maio de 2013. Disponível: <http://www.pcrj.rj.gov.br/web/portfolio-institucional/exibeconteudo?id=7642701>. Acesso em: 21 fev. 2022.

¹⁶ Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/hospital-ronaldo-gazolla-ja-e-exclusivo-para-tratamento-de-casos-docoronavirus/>. Acesso em: 21 fev. 2022.

tratamento dos casos de COVID-19. Todos os pacientes que estavam internados por outros motivos foram transferidos para outras unidades hospitalares da rede. A unidade nesse período contava com 128 leitos disponíveis, sendo 28 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os demais, em enfermarias. Todavia, este número foi sendo ampliado progressivamente, conforme necessidade, até a capacidade de 381 leitos (Rio Prefeitura, 2020).

Tomando como referência o ano de 2020, houve 640 internações no mês de abril, número relativamente baixo se comparado com abril de 2021, em que foram registradas 1385 internações. Em 15/11/2021, após quase 20 meses e tendo atendido 14.847 pessoas, o HMRG deu alta ao último paciente de COVID-19 que estava internado na unidade. Este foi considerado um marco no histórico da pandemia do município do Rio de Janeiro, que apresentava na ocasião quedas sustentadas de todos os índices de monitoramento, como números de casos, internações e óbitos pela doença (Rio Prefeitura, 2021).

Atualmente, o Hospital Ronaldo Gazolla segue como referência no monitoramento de sequelas pós-infecção pelo coronavírus e conta com uma enfermaria exclusiva para pacientes que apresentam dificuldades neurológicas, motoras, respiratórias, psicológicas e cardiológicas, entre outras (Rio Prefeitura, 2021).

Em 29/03/2022, a Prefeitura do Rio inaugurou no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG), o Centro de Reabilitação para pacientes que apresentam sequelas após infecção pelo coronavírus. Segundo a nota divulgada pela Prefeitura do Rio, a abertura do Centro de Reabilitação é fruto de uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com o Movimento União BR e apoio da Fiocruz (Rio Prefeitura, 2022).

Figura 1. Imagem do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.



Fonte: divulgação

2.3 O TRABALHO COMO FONTE DE DESIGUALDADES EM SAÚDE

As desigualdades sociais em saúde são “diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (Barata, 2009, p. 11). Não se trata, portanto, de meras diferenças entre grupos segundo características biológicas, havendo um componente político ligado aos direitos humanos e à justiça social. São diferenças “injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio” (Barata, 2009, p. 12). Abordamos, nos itens que se segue, aspectos específicos das desigualdades sociais relacionadas ao trabalho.¹²²

2.3.1 Precarização do trabalho, flexibilização e diferentes modalidades de trabalho informal

O mundo do trabalho é entrelaçado com os interesses do capital, que inserido num contexto de condições desfavoráveis de vida e de trabalho para toda a classe trabalhadora submete uma enorme camada da população a trabalhos precarizados. A precarização do trabalho tem avançado desde a década de 70, como resposta à crise estrutural do capital, consolidado principalmente pelo modelo japonês, Toyotismo contrapondo-se ao taylorismo/fordismo. Para Antunes (2002), esta crise levou a um amplo processo de reestruturação do capital, visando recuperar seu ciclo reprodutivo.

Este ponto marcante da nova fase do capitalismo contemporâneo é denominado acumulação flexível (Harvey, 1992). A partir dessa denominação, subentende-se que o sistema capitalista sofreu transformações significativas no seu desenvolvimento histórico, principalmente no que diz respeito ao campo do trabalho e das lutas dos trabalhadores.

Essa nova forma flexibilizada de acumulação capitalista trouxe consequências substanciais para o mundo do trabalho, como o enorme aumento do novo proletariado, do subproletariado fabril e de serviços, que remetem ao que conhecemos como trabalho precarizado. Inclui uma gama de situações, como os terceirizados, subcontratados, part-time, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em inúmeras partes do mundo (Antunes, 2000).

Padilha (2010) reconhece o trabalho precarizado como “trabalho atípico”. A este respeito, Vasapollo (2005) afirma:

A nova organização capitalista do trabalho é caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação, de maneira sem precedentes para os assalariados. É o mal-estar do trabalho, o medo de perder o próprio posto, de não poder mais ter uma vida social e de viver apenas do trabalho e para o trabalho, com a angústia vinculada à consciência de uma evolução tecnológica que não resolve as necessidades sociais. É o processo que torna precário todo o viver social (Vasapollo, 2005, p. 375).

No que tange a este tema, Druck (2011) observa que a precarização do trabalho pode ser compreendida

“[...] como um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais [...] O conteúdo dessa (nova) precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho. Essa condição se torna central e hegemônica, contrapondo-se a outras formas de trabalho e de direitos sociais duramente conquistados em nosso país, que ainda permanecem e resistem (Druck, 2011, p.41).

Como elemento central da nova dinâmica de desenvolvimento do capitalismo, Druck (2011) explica a precarização do trabalho como uma nova condição de vulnerabilidade social: um processo social que modifica as condições de trabalho (assalariado e estável) e que amplia as condições de insegurança, gerando um modo precário de viver e trabalhar.

Souza (2020) explica que, se por um lado a precarização do trabalho se apresenta como uma dimensão da reestruturação produtiva, por outro ela também possui suas próprias dimensões.

Druck (2011) destaca o trabalho precário em suas diversas dimensões, sendo:

“nas formas de inserção e de contrato, na informalidade, na terceirização, na desregulação e flexibilização da legislação trabalhista, no desemprego, no adoecimento, nos acidentes de trabalho, na perda salarial, na fragilidade dos sindicatos) é um processo que dá unidade à classe que-vive-do-trabalho e que dá unidade também aos distintos lugares em que essa precarização se manifesta” (Druck, 2011, p.41).

Neste sentido, a autora aponta que as metamorfoses do trabalho estão explicitadas nas diversas dimensões do processo de precarização social do trabalho, que no Brasil historicamente tem sua origem no trabalho escravo e nas formas reconhecidas de transição para o trabalho assalariado.

Pautado na análise marxiana, Antunes (2011) destaca a subsunção real do trabalho à máquina-ferramenta-informacional, e como o trabalho mais formalizado vem sendo substituído

pelos mais diversificados modos de informalidade e precarização, de que são exemplos os trabalhos terceirizados, no qual estão cada vez mais alinhados pela condição de precariedade.

Partimos das contribuições do referido autor, que discorre sobre os *modos de ser* da informalidade e demonstra a ampliação acentuada de trabalhadores submetidos a sucessivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro formal, dentro e fora do espaço produtivo das empresas, inseridos em atividades instáveis ou temporárias, quando não na condição de desempregado. Neste sentido, procuramos especificar as modalidades de informalidade identificadas no contexto brasileiro.

A primeira modalidade de informalidade é descrita por Antunes (2011), ao analisar a obra de Alves e Tavares (2006), pontuando como trabalhadores informais tradicionais aqueles, “inseridos nas atividades que requerem baixa capitalização, buscando obter uma renda para consumo individual e familiar” (Antunes, 2011, p. 408).

Nesta modalidade incluem-se os *ocasionais* ou *temporários*, que realizam atividades informais quando se encontram desempregados, mas mantém o desejo de retornar ao trabalho assalariado. Segundo a descrição de Alves e Tavares (2006), esses trabalhadores estão desempregados, ora são absorvidos pelas formas de trabalho precarizadas, mantendo-se em uma situação que antes era provisória e se tornou permanente. Vale ressaltar que existem casos que combinam o trabalho regular com o ocasional, sendo denominado de “bicos”.

A segunda modalidade remete aos trabalhadores informais assalariados sem registro, ou seja, “ao arrepio da legislação trabalhista” (Antunes, 2011, p. 410), uma vez que, ao perderem o registro formal perdem-se os benefícios sociais vinculados a ele.

A terceira modalidade de informalidade é constituída pelos trabalhadores informais por conta própria, que podem ser considerados produtores simples de mercadorias, cuja força de trabalho é própria, ou de familiares e que podem inclusive subcontratar força de trabalho assalariada (Antunes, 2011).

Mediante os elementos apresentados sobre a informalidade, em seus distintos modos de ser, citamos apenas alguns exemplos com vistas a enfatizar que a informalidade denota formas de trabalho em que os trabalhadores são desprovidos de direitos, e por isso tende a ser análoga à precarização.

No que concerne às diferentes formas de precarização do trabalho, cabe citar a uberização, definida como sendo um novo estágio de exploração do trabalho, que trouxe mudanças qualitativas ao estatuto do trabalhador, à configuração das empresas, bem como o controle, gerenciamento e expropriação do trabalho (Abílio, 2017).

Vale mencionar a Lei 13.467/2017, que regulamentou a reforma trabalhista, que piorou as condições de trabalho à medida que os trabalhadores foram “empurrados” para a informalidade. Para Druck, Dutra e Silva (2019), com a reforma trabalhista a heterogeneidade das formas de contratação avança, admitindo dentro da contratação empregatícia subcategorias mais vulneráveis. O contrato de trabalho intermitente, a terceirização de atividade-fim e o contrato de trabalho do empregado “hipersuficiente” são exemplos dessa subcategorização do próprio emprego formal, com a criação de subgrupos que passaram a ter acesso a menos direitos.

O contrato de trabalho intermitente é um contratado sem previsão de jornada e de remuneração, em que o trabalhador fica à disposição do empregador para recrutá-lo quando sua atividade econômica assim exigir, sem remunera assim transferindo os riscos da atividade empresarial para o próprio trabalhador (Druck; Dutra; Silva, 2019).

O parágrafo único do art. 444 da CLT estabelece uma nova forma de trabalhador, conhecida como hipersuficiente, que requer diploma de nível superior e recebe salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite estabelecido pela Previdência Social.

Art. 444 - As relações contratuais de trabalho podem ser objeto de livre estipulação das partes interessadas em tudo quanto não contravenha às disposições de proteção ao trabalho, aos contratos coletivos que lhes sejam aplicáveis e às decisões das autoridades competentes.

Parágrafo único. A livre estipulação a que se refere o caput deste artigo aplica-se às hipóteses previstas no art. 611-A desta Consolidação, com a mesma eficácia legal e preponderância sobre os instrumentos coletivos, no caso de empregado portador de diploma de nível superior e que perceba salário mensal igual ou superior a duas vezes o limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017).

Lacaz (2019) traduz a Lei 13.467/2017 como (Contra) Reforma e aponta a possibilidade de terceirização de todas as atividades como um dos aspectos mais perversos dessa reforma trabalhista, levando à queda do nível salarial, jornadas de trabalho mais longas, menor estabilidade e menos direitos. Além disso, suas condições de trabalho são mais precárias, sendo os trabalhadores mais propensos a acidentes de trabalho fatais.

O referido autor também destaca a terceirização dos serviços públicos de saúde, que ao liberar a terceirização abre espaço para a privatização, ou seja, atua como “mecanismo para o desmonte do Sistema Único de Saúde” (Lacaz, 2019, p. 680). Lacaz (2019) menciona, ainda, a contribuição sindical que na CLT era obrigatória e agora é facultativa, diminuindo o apoio financeiro dos sindicatos, dificultando o atendimento às demandas coletivas dos trabalhadores. Por fim, aponta como consequências da (contra)reforma para a saúde dos trabalhadores,

o aumento do desemprego e do trabalho precário; aumento dos acidentes do trabalho e das incapacidades provocadas; maior desgaste da saúde com aumento das doenças mentais do trabalho; maior demanda para o SUS pela precariedade das condições e ambientes de trabalho (Lacaz, 2019, p. 680).

Em seu ensaio, a autora pressupõe “que o trabalho precário poderá incidir entre as ocupações do setor formal e informal” (Fernandes, 2023, p. 5). Para Fernandes (2023), os trabalhadores expostos a riscos para a saúde num determinado local de trabalho que não estão diretamente subordinados ao tomador de serviço estão em desvantagem em comparação com os trabalhadores não terceirizados no mesmo local de trabalho. A gravidade da vulnerabilidade à saúde e segurança da força de trabalho terceirizada é encontrada na literatura epidemiológica atual, que destaca a maior incidência de lesões ocupacionais entre trabalhadores terceirizados.

2.3.2 A vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da pandemia de covid-19

Para Santos et al (2000), a pandemia de COVID-19 afetou os trabalhadores, em especial aqueles que integram os grupos sociais e econômicos mais vulneráveis e que têm acesso limitado a serviços de saúde ou que não contam com proteção social. As autoras apontam que a chegada da pandemia agudizou as desigualdades em um momento no qual os trabalhadores já acumulavam perdas significativas em direitos trabalhistas e previdenciários. Neste contexto, citam os elementos da vulnerabilidade social dos trabalhadores, que segundo Arantes (2020) estaria ligada à possibilidade de perder o emprego ou sofrer uma queda acentuada de renda.

No contexto desta discussão, Santos et al (2020) apresentam o conceito de vulnerabilidade, proposto por Ayres *et al.* (2003), que reconhece as susceptibilidades da população e a resposta social, usando a análise de risco, considerado como problema ou indicador de medida (necessidade de saúde), e a capacidade de resposta social de diferentes grupos populacionais, saúde e Estado.

De acordo com o Boletim COVida nº 06 de 2020, além da falta de proteção social para milhões de trabalhadores, as “precárias condições de moradia” atuaram como fator prejudicial à implementação de medidas de distanciamento social, o que agravou o risco de infecção pelo novo coronavírus (Brasil, 2020).

O documento aponta ainda que moradias precárias e outras dificuldades na vida cotidiana de muitos trabalhadores durante a maior crise sanitária mundial da nossa época representam claros obstáculos às estratégias de contenção da COVID-19, principalmente no

que tange à opção do distanciamento social e ao comando de “fique em casa”, que pode assumir diferentes significados dependendo do ponto de vista.

Um estudo ecológico de agregados espaciais realizado em Salvador, Bahia, no período inicial da pandemia (de 23 de março até 27 de abril de 2020) sinalizou uma possível relação entre o isolamento social e as condições de vida, apontando que os bairros com maior índice de pobreza eram aqueles com menor percentual do Índice de Isolamento Social, que expressa o percentual da população que estava respeitando as recomendações de isolamento em um dado momento (Natividade *et al.*, 2020). Neste estudo foi revelado que

“A baixa adesão às medidas de distanciamento social pode ser determinada pela desigualdade social. Isso ocorre porque a distribuição da saúde e da doença em populações não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e de trabalho das populações. Por outro lado, deve-se considerar que o distanciamento social pode ser influenciado por aspectos culturais, de características dos sistemas políticos e de saúde, bem como dos procedimentos operacionais para implementar estratégias de mitigação da pandemia” (Natividade *et al.*, 2020, p.6).

No que tange ao impacto da COVID-19 no mercado de trabalho brasileiro, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD COVID-19, na semana de 20 a 26 de setembro de 2020 cerca de 2,7 milhões de pessoas estavam afastadas do trabalho devido ao distanciamento social. Esse contingente ficou estável frente à semana anterior (13 a 19 de setembro) (2,8 milhões) e caiu frente à semana de 3 a 9 de maio de 2020 (16,6 milhões).¹⁷

Para contextualizar a crise econômica que atingia o Brasil antes da pandemia, apresentamos de forma sintética a análise empreendida por José Dari Krein, Magda Biavaschi e Marilane Teixeira, que evidenciam o quanto esta crise foi potencializada pela pandemia, trazendo à tona antigos problemas sociais.¹⁸

- a) 16,7 milhões de domicílios viviam com até dois salários-mínimos, transitando entre o desemprego aberto e oculto e trabalhos com horas insuficientes, por conta própria ou informais, cenário que se aprofunda quando se combinam dimensões como gênero, raça, faixa etária e regiões;
- b) a população na força de trabalho era de 106, 2 milhões de pessoas, das quais 11,6 milhões se encontravam sem ocupação (desemprego aberto) e outros 4,6

¹⁷ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29180-pnad-covid19-3-3-da-populacao-ocupada-estavam-afastados-do-trabalho-devido-ao-distanciamento-social-na-quarta-semana-de-setembro>. Acesso em: 10 jan. 2022.

¹⁸ KREIN J. D.; BIAVASCHI M.; TEIXEIRA M. Emprego, trabalho e renda para garantir o direito à vida. *Nexo*, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/Emprego-trabalho-e-renda-para-garantir-o-direito-%C3%A0-vida>. Acesso em: 10 jan. 2022.

milhões tinham desistido de procurar trabalho (desemprego por desalento), perfazendo 16,2 milhões de pessoas (dados do quarto trimestre de 2019 da PNAD Contínua);

c) do total de pessoas que ingressaram no mercado de trabalho, 29% recebiam até um salário-mínimo, ressaltando-se que os que contribuem para o sistema de seguridade com menos de um salário-mínimo (8,7% milhões de pessoas recebiam até meio salário-mínimo) não têm o período computado para fins previdenciários e do seguro-desemprego;

d) se levarmos em conta o trabalho por conta própria, temos um total de 24,5 milhões de pessoas. Destes, aproximadamente 80% não contribuem para a Previdência e desempenham atividades bastante precárias. Há também grande contingente de pessoas com emprego privado sem carteira assinada (11,8 milhões), com emprego no setor público sem registro (2,5 milhões) e com emprego doméstico sem registro (4,6 milhões). Há, assim, um total de 43,5 milhões de pessoas desprotegidas;

e) acrescenta-se a isso os 6,8 milhões de subocupados, aqueles que normalmente trabalhavam menos de 40 horas no seu único trabalho ou no conjunto de todos os seus trabalhos, que gostariam de trabalhar mais horas que as habitualmente trabalhadas e que estão disponíveis para trabalhar mais horas. Aproximadamente 25,5% tinham jornada de até 14 horas semanais e, do total, 74,0% recebiam até um salário-mínimo. Já entre as mulheres negras, o índice é de 84,2%, indicando uma situação de não contribuição previdenciária;

f) o país tem 26,1 milhões de trabalhadores subutilizados. No quarto trimestre de 2019, a taxa de subutilização da força de trabalho era de 23,0%. No entanto, ao analisar os dados por sexo e raça, identifica-se prevalência entre as mulheres negras (33,2%), seguidas pelos homens negros (22,3%) e as mulheres brancas (20,7%), sendo a menor taxa entre os homens brancos (14,2%). Nos estados do Nordeste, os números são ainda mais desfavoráveis para os trabalhadores;

g) entre as ocupações por conta própria, se sobressaem aquelas que expõem os trabalhadores a uma vulnerabilidade ainda maior diante da crise, como, entre outras, comerciantes e/ou lojistas, pedreiros, vendedores ambulantes, condutores e/ou motoristas de automóveis, taxistas, cabeleireiros, especialistas em beleza. São ocupações caracterizadas pelos serviços pessoais e as primeiras afetadas pelo distanciamento social. Dessas, 43,3% realizavam a atividade em local

designado pelo empregador e 24,0% em veículo automotor e via pública. Observou-se, de todas as faixas de renda média mensal, a maior concentração de pessoas por conta própria estavam no grupo de até dois salários-mínimos.

Assim, a nosso ver, pensar no enfrentamento dos reflexos decorrentes da situação de pandemia nas condições de vida dos trabalhadores acometidos pela COVID-19 é pensar em políticas de proteção social. Isso inclui a Seguridade Social, que engloba o tripé saúde, previdência e assistência social.

A este respeito, Berwanger e Buralde (2020, p. 136) destacam a importância dos sistemas de proteção social em tempos de pandemia.

A pandemia do COVID-19, por sua vez, demonstra a importância e a indispensabilidade de sistemas abrangentes de proteção a riscos sociais, em um momento em que a assistência familiar e a caridade, ainda que relevantes, não têm efetividade suficiente para mitigar todos os danos sociais e econômicos de um evento histórico de tamanha magnitude. A proteção social, através da Previdência Social e, de maneira mais abrangente, da Seguridade Social, é mais necessária do que talvez jamais tenha sido (Buralde; Berwanger, 2020, p. 136).

Os autores frisam que o momento histórico é hostil face à Previdência Social e observam que diversos países, inclusive o Brasil “[...] voltaram suas tesouras orçamentárias à Previdência Social” (2009, p.136). Neste sentido, cabe destacar que a Reforma da Previdência altera a idade mínima para a aposentadoria, altera o valor dos benefícios, exige mais contribuições. Salienta-se, que a partir de 1º de janeiro de 2022 começaram a valer as novas regras para a aposentadoria do INSS, implementadas após a reforma da Previdência, aprovada em novembro de 2019.

Assim, um aspecto relevante das desigualdades sociais em saúde relacionadas ao trabalho se refere aos vínculos empregatícios. Cabe considerar que a pandemia da COVID-19 gerou um alto índice de pessoas infectadas e adoecidas, que precisaram se afastar de suas atividades laborais. Os trabalhadores com vínculos formais que necessitam se afastar por mais de 15 dias consecutivos puderam solicitar o auxílio-doença pelo INSS, previsto na Lei 8.213/91, o que não ocorreu com os trabalhadores com vínculos mais frágeis ou sem vínculo. Este aspecto é fundamental, uma vez que não há momento em que a Seguridade Social se faça mais importante do que na atual conjuntura, pois, afinal uma pandemia com potencial mortal é “a contingência das contingências sociais” (Berwanger; Buralde, 2020, p. 136).

Além disso, deve-se considerar o contingente da classe trabalhadora que não tem condições de adotar o distanciamento social seja pela vulnerabilidade decorrente da precariedade do trabalho seja pelas condições de moradia (Santos *et al.*, 2020). Neste sentido, pode-se afirmar que em uma pandemia como a da COVID-19, o impacto é sentido não apenas

pela gravidade da doença pandêmica, mas por sua proporção global e, sobretudo pelo impacto que causa nos campos da economia, saúde pública e privada, educação e gestão pública. (Berwanger; Buralde, 2020).

É importante ressaltar que durante a pandemia de COVID-19 apenas os serviços considerados essenciais à vida deveriam permanecer em funcionamento, tendo em vista o Decreto 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamentou a Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020. Em seu artigo 3º, o Decreto define os serviços públicos e as atividades essenciais como “aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim considerados aqueles que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população.”

Contudo, esse decreto foi alterado pelo de nº 10.329, de 28 de abril de 2020. A junção destes decretos forneceu uma amplitude de atividades consideradas essenciais, entre as quais podemos citar a “assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares; assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade”.

Com o decorrer da pandemia outros decretos foram publicados, alterando os anteriores através da inserção de novas atividades essenciais. É o caso do Decreto nº 10.342, de 07 de maio de 2020 e do Decreto nº 10.344, de 08 de maio de 2020, que incluem “os salões de beleza e barbearias” e “as academias de esporte de todas as modalidades”, obedecidas as determinações do Ministério da Saúde.

Nota-se que em nenhum momento os trabalhos domésticos foram incluídos na lista dos serviços e atividades essenciais. A Nota Técnica Conjunta nº 04/2020 do Ministério do Trabalho, recomenda que as medidas de flexibilização da prestação de serviços assegurem a igualdade de oportunidades e de tratamento de quem realiza o trabalho doméstico ou das trabalhadoras ou trabalhadores de empresas prestadoras de serviços de limpeza ou de cuidado. Dentre as medidas adotadas, constava a garantia dos salários no período em que fossem dispensadas de suas funções. Nem todas as trabalhadoras domésticas encontram-se registradas formalmente, como aponta Pizzinga (2020). Há, ainda, a subcategoria de trabalhadoras domésticas, as diaristas, que prestam serviços em várias casas, uma ou algumas vezes por semana, que geralmente atuam informalmente e não têm garantias de dispensas de suas funções e nem de renda, asseguradas. No contexto desta discussão, Pinheiro et al (2020) comenta sobre a vulnerabilidade dos(as) trabalhadores(as) domésticos(as).

A vulnerabilidade desta categoria tem, na falta de proteção social, uma de suas marcas mais fortes e permanentes. Os dados do primeiro trimestre da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2020 mostram que apenas

28% dos(as) trabalhadores(as) domésticos(as) do país possuíam carteira de trabalho assinada. Em 1995, essa proporção era de 18%. Ou seja, em 25 anos, fomos capazes de aumentar em apenas 10 pontos percentuais (p.p.) a formalização do emprego doméstico, mesmo considerando a implementação de medidas e incentivos fiscais voltados à formalização. A informalidade permanente significa que a essas trabalhadoras não são devidos os direitos trabalhistas (como férias, décimo terceiro salário, seguro-desemprego ou horas extras), tampouco os direitos previdenciários, que procuram proteger os trabalhadores em condições em que sua capacidade laboral esteja diminuída (maternidade, doença, velhice) (Pinheiro *et al.*, 2020, p.7-8).

Com as medidas de distanciamento social a fim de reduzir a circulação de pessoas em espaços coletivos públicos e privados, houve a paralisação dos serviços não essenciais. Assim, trabalhadores informais, pequenos empreendedores e autônomos tiveram de interromper suas atividades profissionais. A ausência de perspectivas para o retorno ao trabalho e ganho de renda tornou evidente o grau de vulnerabilidade social à qual esses trabalhadores sempre estiveram submetidos. Dessa forma, a pandemia apenas expôs a desproteção e as desigualdades que sempre marcaram a sociedade brasileira (Pinheiro *et al.*, 2020).

A fim de reduzir os impactos econômicos causados pela COVID-19 no Brasil, o Governo Federal sancionou em 02/04/2020 o Projeto de Lei nº 13.982/2020, que estabelece medidas excepcionais de proteção social durante o período de enfrentamento da pandemia de COVID-19. O decreto regulamenta o Auxílio Emergencial, também chamado de “Caixa Auxílio Emergencial¹⁹” ou “coronavoucher²⁰”. A lei estabelece que durante o período de 3 (três) meses seria concedido o auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) mensais ao trabalhador mediante o cumprimento cumulativo dos seguintes requisitos:

I - seja maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo no caso de mães adolescentes; (Redação dada pela Lei nº 13.998, de 2020) II - não tenha emprego formal ativo; III - não seja titular de benefício previdenciário ou assistencial ou beneficiário do seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda federal, ressalvado, nos termos dos §§ 1º e 2º, o Bolsa Família; IV - cuja renda familiar mensal per capita seja de até 1/2 (meio) salário- mínimo ou a renda familiar mensal total seja de até 3 (três) salários mínimos; V - que, no ano de 2018, não tenha recebido rendimentos tributáveis acima de R\$ 28.559,70 (vinte e oito mil, quinhentos e cinquenta e nove reais e setenta centavos); e VI - que exerça atividade na condição de: a) microempreendedor individual (MEI); b) contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social que contribua na forma do caput ou do inciso I do § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; ou c) trabalhador informal, seja empregado, autônomo ou desempregado, de qualquer natureza, inclusive o intermitente inativo, inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) até 20 de março de 2020, ou que, nos termos de autodeclaração, cumpra o requisito do inciso IV (Lei Nº 13. 982/2020).

¹⁹ Disponível em: O decreto nº 10.316 de 7 de Abril de 2020, regulamenta o auxílio emergencial de que trata o art. 2º da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. Acesso em: 17 fev. 2022.

²⁰ Disponível em: <https://www.terra.com.br/economia/coronavoucher-sera-estendido-com-valor-menor-diz-bolsonaro.cee9e66d7ecc6cbe6b4bbf742fd28c91ka9ndlx7.html>. Acesso em: 17 fev. 2022.

Os segmentos de trabalhadores que se aplicaram os critérios de elegibilidade ao direito à renda emergencial foram os trabalhadores informais, desempregados, MEI, contribuintes individuais ou facultativos do Regime Geral de Previdência Social (PL 1066/2020).

Vale ressaltar que num primeiro momento, as categorias como produtores rurais (pescadores, agricultores, extrativistas de vegetais, garimpeiros, indígenas, dentre outros) ficariam de fora da política emergencial, pois a princípio a concessão do auxílio estava instituída aos desempregados e pequenos empresários que estavam sem renda e impedidos de exercer o pleno emprego por conta das medidas de restrição.

Em 16/04/2020, a Câmara dos Deputados aprovou a ampliação do auxílio emergencial para trabalhadores autônomos e informais. O texto incluiu agricultores familiares, pescadores artesanais e aquicultores entre os beneficiários das parcelas de R\$ 600,00 reais como também os técnicos agrícolas, arrendatários, povos e comunidades tradicionais, beneficiários do programa de crédito fundiário e assentados da reforma agrária.²¹

²¹ Disponível em: <https://revistagloborural.globo.com/Noticias/Politica/noticia/2020/04/camara-inclui-agricultores-familiares-e-pescadores-artesanais-em-auxilio-emergencial-na-pandemia.html>. Acesso em: 28 set. 2022.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo do estudo é analisar o perfil ocupacional de trabalhadores acometidos pela COVID-19 internados no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla sob a ótica da precariedade do trabalho, buscando investigar possíveis relações entre a mortalidade, a ocupação e o tipo de vínculo empregatício.

4 METODOLOGIA

4.1 COLETA DE DADOS PELA EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA

O estudo foi realizado a partir de dados das internações ocorridas no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG). Os dados são provenientes dos prontuários eletrônicos do Hospital, com base nas informações prestadas pelas(os) assistentes sociais, que integram um conjunto de atividades denominado “Evolução do Serviço Social”.

Na análise do corpo de assistentes sociais do HMRG, cabe considerar que o Serviço Social é uma profissão de nível superior regulamentada pela Lei nº 8.662/1993. O Assistente Social é o profissional com graduação em Serviço Social (em curso reconhecido pelo MEC) e que possui registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) do estado em que trabalha.

Segundo Mioto e Nogueira (2006 apud CFESS, 2010, p. 41) os assistentes sociais na saúde “atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional”. A atuação dos assistentes sociais tanto na saúde como em outro espaço sócio-ocupacional é regida pelo Código de Ética Profissional, a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão e discorre sobre as atribuições e competências, bem como os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, produzidos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2010.

No HMRG, o setor de Serviço Social dispõe de uma equipe de 16 assistentes sociais, sendo 2 diaristas e 13 plantonistas, com jornada de trabalho de 30 horas semanais. O setor funciona todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana, das 7:00hs às 19:00hs.

Compete a todos os profissionais da unidade fazer o acompanhamento de casos sociais que são demandados, a contar da sua chegada até a alta hospitalar. É realizada diariamente a busca ativa à beira leito, de modo a conhecer cada paciente que dá entrada no hospital e compreender todo seu contexto histórico, que vai desde a localização da sua rede familiar até a solicitação de suporte da rede socioassistencial.

Faz parte do exercício profissional do assistente social a investigação da realidade de seus usuários, de modo que as informações coletadas possibilitem conhecê-lo, não só para viabilizar o acesso aos direitos, mas também para assegurar-lhe de que estes não sejam violados.

Ao considerarmos a particularidade do HMRG como primeira unidade de referência a tratar os casos suspeitos e/ou confirmados da COVID-19, nosso estudo irá analisar os atendimentos realizados pelo Setor de Serviço Social da instituição, por apresentar uma gama diversificada de informações necessárias para atingir os objetivos do estudo.

Os dados dos prontuários eram, originalmente, preenchidos a partir de um texto corrido que não permitiria viabilizar a coleta de informações para o presente estudo. Além disso, o projeto de dissertação demandava a inclusão de novos itens nos prontuários. Desta forma, foi necessário, mediante nossa iniciativa junto à direção do Hospital, incluir um conjunto de questões nos prontuários, de forma a contemplar os objetivos da dissertação. Tal inclusão só foi viabilizada em agosto de 2021, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

4.2 A DEFINIÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO

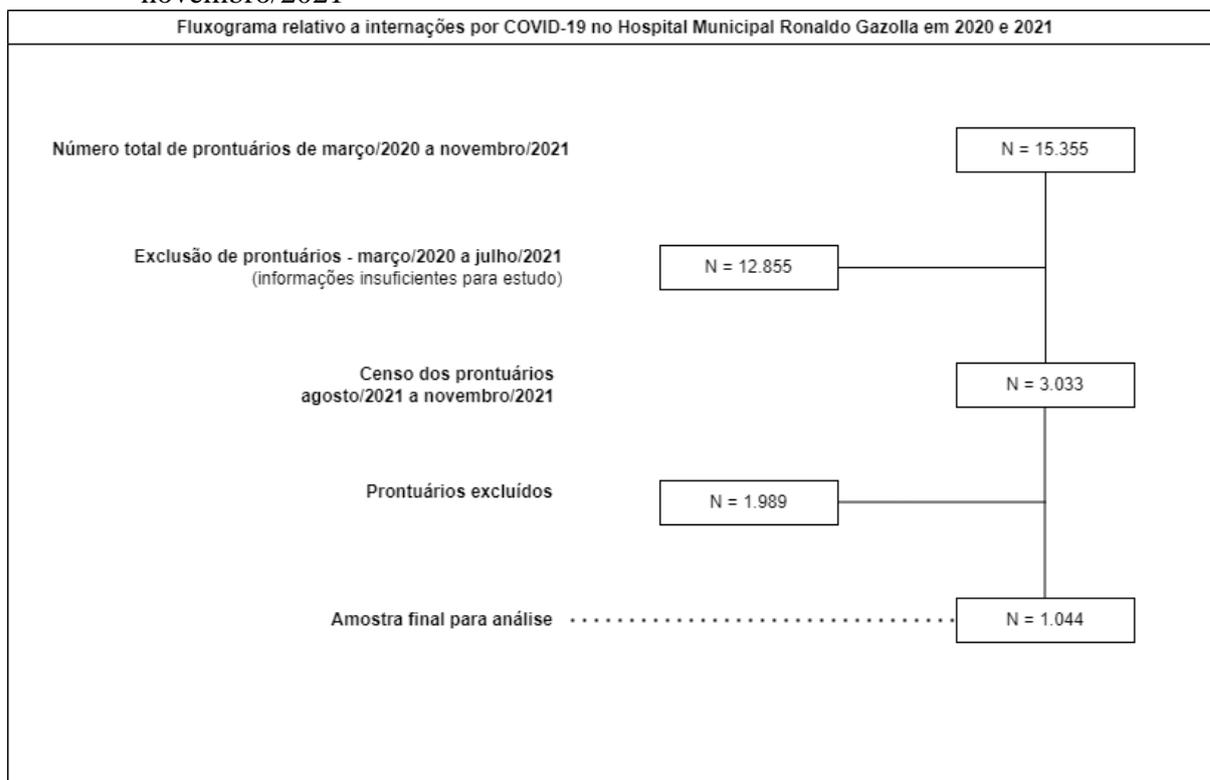
O número total de pacientes acometidos pela COVID-19 internados no HMRG foi de 15.355. De agosto de 2021 a novembro de 2021 (alta do último paciente), havia 3.033 prontuários, que constituíram nosso universo inicial de dados a serem analisados. Desta forma, o estudo se refere a pacientes internados em um período mais brando da pandemia, comparado ao início de 2020. Deste conjunto inicial de 3.033 prontuários, 1.538 (50,7%) se referiam a pacientes do sexo masculino e 1.495 (49,3%), ao sexo feminino; a idade dos pacientes variou entre 18 e 104 anos. Ao todo, houve 1.488 altas hospitalares, 1.451 óbitos, 17 evasões e 77 transferências para outras unidades de saúde. Considerando apenas altas e óbitos, o percentual observado foi de 50,6% e 49,4%, respectivamente.

Para construir o banco de dados válido para o presente estudo, foram adotados os seguintes critérios de exclusão em relação aos 3.033 prontuários:

- A. estudantes, tal como informado na variável “ocupação”;
- B. aposentados, tal como informado na variável “ocupação”;
- C. situações de evasão e transferência para outra unidade de saúde, tendo em vista a impossibilidade de determinar tratar-se de alta ou óbito do paciente;
- D. dados faltantes para a variável “vínculo empregatício”;

Face aos critérios de exclusão, a amostra final do presente estudo constitui-se de 1044 prontuários válidos, como descrito na Figura 2.

Figura 2. Fluxograma para a definição da amostra de estudo a partir das internações por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de março/2020 a novembro/2021



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

A partir dos prontuários identificados como válidos, foram coletadas as seguintes informações: (i) dados sociodemográficos, quais sejam, sexo, idade, renda, número de pessoas na residência, participação da família como beneficiária de programas sociais/de transferência de renda (ii) dados ocupacionais, como ocupação e tipo de vínculo de trabalho, (iii) condições de moradia, através de informações sobre tipo de imóvel, o número de cômodos, saneamento básico, abastecimento de energia e coleta de lixo e (iv) dados sobre a recuperação ou não, quais sejam: alta ou óbito do paciente. Nos casos em que os prontuários não continham informações do Serviço Social, os dados foram complementados com materiais provenientes do setor de óbitos do HMRG, chamado “Acolhimento Familiar”.

Os dados foram incluídos em planilhas do programa Microsoft Excel, mediante filtros correspondentes às opções de resposta, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das variáveis e opções de resposta utilizadas na construção do banco de dados

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS OU OPÇÕES DE RESPOSTAS (filtros)
CÓDIGO	Número do boletim de atendimento
SEÇÃO	Clínica Geral/CTI
SEXO	Feminino/Masculino
IDADE	Variável contínua
BENEFÍCIO	Aposentadoria/Aposentadoria Especial/Aposentadoria por Invalidez/ Auxílio Brasil ou Bolsa Família/ Auxílio por Incapacidade/ Auxílio Emergencial/ BPC/ Pensão/ Não recebe benefício.
Nº PESSOAS NA RESIDÊNCIA	1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
RENDA	Nula ou precária/Até 1,5 salário-mínimo/ 2 salários-mínimos ou mais
SITUAÇÃO DE RUA	Sim/Não
INSTITUCIONALIZADO	Sim/Não
OCUPAÇÃO	Descrição livre a partir da informação do paciente ou familiar
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	CLT/Autônomo/Informal/MEI/desempregado
IMÓVEL DE MORADIA	Próprio/ Alugado/ Cedido/ Outro
NÚMERO DE CÔMODOS	1/2/3/4/5/6/7/8/9/10
SANEAMENTO	Sim/Não
ENERGIA	Sim/Não
COLETA DE LIXO	Sim/Não
DESTINO DA ALTA (RECUPERAÇÃO)	Alta/Óbito

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

4.3 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados da ocupação, preenchidos de forma livre de acordo com a informação prestada pelo paciente ou familiar, foram categorizados de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)²². A CBO é um sistema de classificação e codificação de atividades laborais utilizado no Brasil, criado pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 1994. Tem como objetivo padronizar e organizar as informações sobre as ocupações existentes no país, facilitando a identificação e análise de dados sobre o mercado de trabalho.

²² Disponível: <https://www.ocupacoes.com.br/tabela-completa-da-cbo>. Acesso em: 05 mar. 2023.

A CBO é utilizada por diversas instituições, como o IBGE, empresas e sindicatos, para fins estatísticos, de pesquisa e de gestão de recursos humanos. Além disso, é uma ferramenta importante para a definição de políticas públicas e para a orientação de programas de qualificação profissional e de emprego. A CBO classifica as ocupações de acordo com as atividades exercidas, considerando as habilidades e competências necessárias, a formação exigida e outras características relacionadas ao trabalho. O Quadro 2 descreve a base inicial para a classificação, que considera dez grupos ocupacionais:

Quadro 2. Descrição da base inicial da categorização dos grupos ocupacionais na CBO

Número	Grupo ocupacional
0	Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes
2	Profissões das ciências e das artes
3	Técnicos de nível médio
4	Trabalhadores de serviços administrativos
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção

Fonte: Elaborada pela autora, 2023

A cada ocupação corresponde um código numérico único e uma descrição detalhada das suas atividades e requisitos. Após a classificação de todas as ocupações individualmente, houve o agrupamento de algumas profissões por similaridade. Por exemplo, com relação aos motoristas, treze trabalhadores informaram como ocupação “motorista”, um informou “motorista de empresa agregada”, três informaram “motorista de ônibus” e dois informaram “motorista de transporte escolar”. Neste caso, os 19 trabalhadores tiveram designada como ocupação “motorista”.

A classificação relativa ao vínculo empregatício considerou a população economicamente ativa, tal como definido pelo IBGE, que inclui a população ocupada e a população desocupada, ou seja, pessoas que não tinham trabalho num determinado período de

referência, mas estavam dispostas a trabalhar. Com relação a este grupo, foi feita a seguinte categorização: (i) com vínculo formal - empregados (as) com contrato regulado através da CLT, considerando o contrato direto com o empregador ou com empresa terceirizada, (ii) sem vínculo formal – empregados (as) em empresa ou domicílio sem contrato ou regulação de trabalho, trabalhadores que se classificaram como autônomos e os microempreendedores individuais e (iii) desempregados – pessoas que não estão trabalhando, mas estão disponíveis e tentam encontrar trabalho.

Havia, ainda, um contingente da população feminina que realiza o trabalho doméstico sem remuneração, geralmente nominado como “do lar”, que corresponde a 44% das mulheres da amostra estudada. Embora o trabalho doméstico não remunerado seja considerado pelo IBGE como “inatividade econômica” para fins de estudos da População Economicamente Ativa, incluímos este grupo nas análises, considerando que engloba grande parcela das mulheres internadas e que, como apontam Meyer et al (2019), muitas delas conciliam o trabalho doméstico com atividades remuneradas, como venda de produtos, entre outras. A partir da inclusão deste grupo nas análises, a variável “vínculo empregatício” foi substituída pela variável “categoria de trabalhador(a)”, que inclui quatro modalidades de trabalhadores(as), quais sejam, os(as) trabalhadores(as) com vínculo formal, os(as) informais, os(as) desempregados(as) e as trabalhadoras “do lar”.

Os dados foram inseridos em planilhas do programa Microsoft Excel, mediante filtros correspondentes às opções de resposta. As análises foram realizadas no pacote estatístico SPSS, versão 23.0. O tratamento dos dados buscou, na etapa 1, descrever o perfil sociodemográfico, a categoria de trabalhador(a), os dados relativos à recuperação, assim como as ocupações mais frequentes na amostra estudada, através dos respectivos valores absolutos (n) e relativos (%). O cômputo das ocupações se referiu, exclusivamente, à subamostra de trabalhadores(as) classificável através da CBO. Na etapa 2, os dados sociodemográficos, relativos aos benefícios sociais e à recuperação dos trabalhadores foram apresentados em valores absolutos (n) e relativos (%), considerando a categoria de trabalhador(a). Na etapa 3, foram levantadas as ocupações mais frequentes segundo o tipo de vínculo empregatício. A etapa 4 se refere às ocupações mais frequentes na amostra, apresentadas segundo o percentual de óbitos, com informações sobre a idade e o tipo de vínculo empregatício. O percentual de óbitos foi calculado considerando o número de óbitos observado em cada ocupação em relação ao número de internados que referiram aquela determinada ocupação. Por último, para testar a associação entre a categoria de trabalhador(a) e os óbitos, foi estimado o risco relativo com base no modelo

de Poisson com variância robusta, considerando o intervalo de confiança de 95% e o ajuste pelo sexo, idade e renda.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa que gerou o presente estudo, intitulado “Perfil dos trabalhadores acometidos pela COVID-19 - o enfoque da Seguridade Social num contexto de precarização do trabalho” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde sob o Parecer 5.680.286, CAAE 60687022.6.3001.5279 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca- ENSP/FIOCRUZ, sob o Parecer 5.592.613, CAAE 60687022.6.0000.5240.

5 RESULTADOS – ARTIGO: ÓBITOS POR COVID-19 ENTRE TRABALHADORES INTERNADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA SOB A PERSPECTIVA DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

Artigo submetido à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

Autores: DOMINGOS A.B.S., CHAVES L.V.C, SILVA-COSTA A., ROTENBERG L.

RESUMO

A pandemia de covid-19 atingiu os trabalhadores num momento em que estes já viviam perdas de direitos trabalhistas e previdenciários. O estudo baseia-se em prontuários de 1.044 pacientes de um hospital de referência para a covid-19 no Rio de Janeiro, tendo como objetivos (i) investigar as relações entre o tipo de vínculo empregatício e os óbitos e (ii) descrever as ocupações mais frequentes na amostra segundo o tipo de vínculo e o percentual de óbitos. As profissões mais representadas foram: comerciantes, pedreiros, porteiros, segurança/vigilante, motoristas e motoristas de aplicativo. Comparadas às trabalhadoras formais, o risco relativo de óbito foi maior entre as “do lar”, após ajuste pela idade e sexo. O risco relativo de óbito 11% e 29% maior entre os informais e os desempregados, respectivamente, não apresentou significância estatística. Os porteiros, auxiliares administrativos, vendedores, auxiliares de serviços gerais e domésticas apresentaram os maiores percentuais de óbito. A condição de gravidade dos pacientes internados possivelmente contribuiu para reduzir a relevância dos fatores socioeconômicos que pudessem favorecer os desfechos negativos entre os mais vulnerabilizados, no caso, os trabalhadores informais e os desempregados. Merece atenção o maior agravamento da covid-19 entre as donas de casa, que pode ter resultado de um quadro desfavorável em termos de comorbidades.

Palavras-chave: saúde do trabalhador. pandemia de covid-19. precarização do trabalho. trabalho informal.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic hit workers at a time when they were already experiencing loss of labor and social security rights. The study is based on medical records of 1,404 patients from a reference hospital for covid-19 in Rio de Janeiro, aiming (i) to investigate the relationships

between the type of employment relationship and deaths and (ii) to describe the occupations most frequent in the sample according to the type of relationship and the percentage of deaths. The most represented professions were: traders, bricklayers, doormen, security guards, drivers and app drivers. Compared to formal workers, the relative risk of death was higher among housewives, after adjusting for age and sex. The 11% and 29% higher relative risk of death among informal workers and the unemployed, respectively, did not show statistical significance. Doormen, administrative assistants, salespeople, general service assistants and maids had the highest death rates. The serious condition of hospitalized patients possibly contributed to reducing the relevance of socioeconomic factors that could favor negative outcomes among the most vulnerable, in this case, informal workers and the unemployed. The greater worsening of covid-19 among housewives, which may have resulted from an unfavorable condition in terms of comorbidities, deserves attention.

Keywords: workers' health; covid-19 pandemic; precarious work; informal work.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 constituiu uma crise sanitária em vários âmbitos da vida, tendo envolvido “processos ambientais, econômicos, sociais, culturais e políticos e suas inextrincáveis interdependências” (Diniz *et al.*, 2021, p. 44). Em relação ao mercado de trabalho no Brasil, havia 2,7 milhões de pessoas afastadas do trabalho em setembro de 2020, devido ao distanciamento social; 14,4 milhões de pessoas estavam sem trabalho em todo o país e 15,3 milhões de pessoas não procuraram trabalho por conta da pandemia ou por falta de trabalho na localidade (PNAD COVID-19, 2020). Os trabalhadores informais foram os mais afetados, considerando a perda do trabalho (Almeida *et al.*, 2020).

Análises sobre a morbimortalidade por covid-19 destacam as situações de desemprego e as precárias condições socioeconômica e sanitária como fatores de iniquidade em saúde (Barreto *et al.*, 2021). Um contingente da população não adotou o distanciamento social seja pela necessidade de manter alguma renda, seja pelas condições de moradia (Santos *et al.*, 2020). O distanciamento social frequentemente é inviável quando as casas são muito próximas, sem ventilação suficiente ou com muitas pessoas no mesmo ambiente, aumentando o risco de contrair a covid-19 (Boletim Covida, nº 6, de junho de 2020). A este respeito, cabe destacar o estudo conduzido por Pires *et al.* (2021) a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, apontando que, uma vez infectados pelo SARS-CoV-2, os mais pobres têm mais chance de apresentar

desfechos desfavoráveis, dada a maior prevalência de comorbidades e acesso mais precário à assistência em saúde (Pires *et al.*, 2021). Em suma, se trata da tendência, entre os grupos em desvantagem socioeconômica não só à exposição aumentada ao vírus (Demenech *et al.*, 2020), mas também a maior chance de apresentar desfechos negativos (Pires *et al.*, 2021).

A proteção social garantida pelo trabalho formal é outro aspecto das desigualdades em relação à covid-19. Em caso de afastamento superior a 15 dias por covid-19, por exemplo, os trabalhadores formais puderam solicitar o auxílio por incapacidade temporária pelo INSS, o que não ocorreu com os trabalhadores informais. Este aspecto é fundamental, uma vez que não há momento em que a Seguridade Social se faça mais importante do que na conjuntura de uma pandemia (Berwanger; Buralde, 2020). Assim, a pandemia agudizou as desigualdades em um momento no qual os trabalhadores já acumulavam perdas significativas em direitos trabalhistas e previdenciários (Santos *et al.*, 2020). Fernandes (2023) analisa o aumento da precarização do trabalho durante a pandemia, defendendo a concepção de trabalho precário como um constructo multidimensional que engloba “(1) relações de trabalho instáveis, decorrentes de contratação insegura, contrato temporário, trabalho parcial involuntário, terceirização; (2) renda inadequada e instável; e (3) insuficiência de direitos e de proteção, com reduzida representação coletiva de trabalhadoras(es), que implica baixo poder de reação às condições aviltantes de trabalho, falta de seguridade social, e retrocessos no apoio regulatório em segurança laboral” (Fernandes, 2023; p 1).

Outro aspecto relevante das desigualdades na morbimortalidade por covid-19 se refere ao tipo de ocupação. Como apontam Santos *et al.* (2020), pouco se conhece sobre a saúde dos trabalhadores em relação à covid-19, sobretudo daqueles que atuam fora da área da Saúde. As autoras destacam a invisibilidade de trabalhadores como os de limpeza urbana, motoboys e entregadores, entre outros que se mostraram essenciais durante a pandemia. Os casos de covid-19 apresentam maiores percentuais entre trabalhadores(as) dos serviços e comércio e da indústria em relação ao grupo que inclui os profissionais da saúde (profissionais das ciências e das artes), possivelmente em função de determinantes que não a maior exposição ao SARS-CoV-2 (Santos *et al.*, 2020).

No Brasil, há grandes barreiras para os estudos epidemiológicos sobre a saúde dos trabalhadores dado o sub-registro da ocupação nos sistemas de informação em saúde (Santos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022). Por exemplo, o cálculo das frequências do preenchimento da profissão no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) indica 97,73% de incompletude para os casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Santos *et al.*, 2022). No que tange especificamente à pandemia de covid-19, as estatísticas sobre a morbidade não apresentam

informações relativas à ocupação e, portanto, não permitem avaliar possíveis riscos para grupos de trabalhadores, tampouco focos de disseminação da doença associados com atividades de trabalho (Jackson Filho *et al.*, 2020).

O presente estudo se beneficia de dados ocupacionais de uma amostra de trabalhadores internados por covid-19 em um hospital de referência no município do Rio de Janeiro. Partiu-se da hipótese de que os trabalhadores informais, assim como os desempregados, estariam sob maior risco de óbito, quando comparados aos trabalhadores formais, buscando-se ainda identificar as profissões mais frequentes na amostra estudada. O estudo teve como objetivos (i) investigar as relações entre o tipo de vínculo empregatício e os óbitos, assim como (ii) descrever as ocupações mais frequentes na amostra segundo o tipo de vínculo e o percentual de óbitos.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG), popularmente conhecido como “Hospital de Acari”, bairro onde é situado, na cidade do Rio de Janeiro. Em atividade desde março de 2008, é caracterizado como unidade de média complexidade. A partir de 23/03/2020, passou a se dedicar exclusivamente ao tratamento de casos de covid-19 atuando como hospital de referência para a covid-19 no município do Rio de Janeiro. Recebeu um total de 15.355 pacientes entre março de 2020 e novembro de 2021, quando da alta do último paciente.

Os dados utilizados na pesquisa são provenientes dos prontuários eletrônicos do HMRG, com base nas informações prestadas pelo Serviço Social do hospital. A partir de iniciativa de uma das autoras, assistente social no HMRG, foi autorizada, a partir de agosto de 2021, a inclusão de um conjunto de questões nos prontuários eletrônicos, de forma a contemplar os objetivos do presente estudo. Os prontuários relativos a internações entre agosto de 2021 e novembro de 2021 abrangem um conjunto de 3.033 internações de pacientes com idade entre 18 e 104 anos, que constituem o universo inicial de dados disponíveis para a pesquisa. Destes prontuários, 1.538 (50,7%) se referiam a pacientes do sexo masculino e 1.495 (49,3%), ao sexo feminino; ao todo, houve 1.488 altas hospitalares, 1.451 óbitos, 17 evasões e 77 transferências para outras unidades de saúde. Considerando apenas altas e óbitos, o percentual observado foi de 50,6% e 49,4%, respectivamente.

Cabe destacar, desta forma, que a pesquisa se refere a internações em um período mais brando da pandemia, comparado ao início de 2020. Foram disponibilizadas para a pesquisa as

seguintes informações: (i) sexo, idade, renda, participação da família como beneficiária de programas sociais/de transferência de renda (ii) ocupação e tipo de vínculo de trabalho e (iii) dados sobre a alta ou óbito do paciente.

Para o estudo, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: (i) pessoas com 71 anos ou mais, (ii) estudantes, tal como informado na variável “ocupação”, (iii) aposentados, de acordo com dados da variável “ocupação”, (iv) situações de evasão e transferência para outra unidade de saúde, tendo em vista a impossibilidade de determinar tratar-se de alta ou óbito do paciente e (v) dados faltantes para a variável “vínculo empregatício. Foram excluídos 1.989 prontuários, gerando a amostra final de 1.044 prontuários disponíveis para as análises, exceto em relação à ocupação, que se restringem à subamostra de 603 prontuários que incluem esta informação.

O vínculo de trabalho foi analisado a partir de três grupos, quais sejam, os trabalhadores formais, os trabalhadores informais e os desempregados. Os trabalhadores formais correspondem às pessoas empregadas com contrato regulado através da CLT, considerando o contrato direto com o empregador ou com uma empresa terceirizada. Os trabalhadores informais incluem empregados (as) em empresa ou domicílio sem contrato ou regulação de trabalho, trabalhadores que se classificaram como autônomos e os microempreendedores individuais (MEI). A junção destas três situações em uma única categoria se deve à observação de que havia uma dubiedade na classificação dos dados a partir dos prontuários, quando se considerava as categorias trabalhadores informais, autônomos e MEI. Por exemplo, motoristas de aplicativos poderiam se classificar como informais ou como autônomos, enquanto trabalhadores que são MEI poderiam se categorizar como autônomos. Em uma análise adicional destas três categorias não se detectou diferença no risco relativo de óbito de cada grupo separadamente, comparado aos trabalhadores formais, o que reforçou a opção por tratá-los como uma única categoria, denominando-a trabalhadores informais. Os desempregados correspondem às pessoas que não estão trabalhando, mas estão disponíveis e tentam encontrar trabalho.

Além destes grupos, havia um contingente de 44% da população feminina cuja informação na variável “ocupação” era “do lar”, o que geralmente está associado à realização do trabalho doméstico sem remuneração. Embora o trabalho doméstico não remunerado seja considerado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como “inatividade econômica” para fins de estudos da População Economicamente Ativa, este grupo foi incluído nas análises, considerando que muitas delas conciliam o trabalho doméstico com atividades remuneradas (venda de produtos, entre outras), como apontam Meyer *et al.* (2019). A partir da

inclusão deste grupo nas análises, a variável “vínculo empregatício” foi nomeada “categoria de trabalhador(a)”, que inclui quatro modalidades de trabalhadores(as), quais sejam, aqueles(as) com vínculo formal, os(as) informais, os(as) desempregados(as) e as “do lar”.

Os dados da variável “ocupação” foram preenchidos de forma livre de acordo com a informação prestada pelo paciente ou familiar, tendo sido categorizados de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sistema de classificação e codificação de atividades laborais utilizado no Brasil, criada pelo Ministério do Trabalho e Emprego em 1994. Tem como objetivo padronizar e organizar as informações sobre as ocupações existentes no país, facilitando a identificação e análise de dados sobre o mercado de trabalho. As ocupações são classificadas de acordo com as atividades exercidas, considerando as habilidades e competências necessárias, a formação exigida e outras características relacionadas ao trabalho. A base inicial para a classificação considera dez grupos ocupacionais. A partir desta categorização mais genérica, as ocupações são classificadas com graus subsequentes de detalhamento, sendo cada ocupação descrita segundo um código numérico único com cinco ou seis algarismos ao qual corresponde uma descrição detalhada das atividades e requisitos.

Após a classificação de todas as ocupações individualmente, profissões similares foram agrupadas como, por exemplo, “motorista”, “motorista de empresa agregada”, “motorista de ônibus” ou “motorista de transporte escolar”, que foram categorizados como “motoristas”.

Os dados foram inseridos em planilhas do programa Microsoft Excel. O tratamento dos dados foi realizado no pacote estatístico SPSS, versão 23, considerando etapas subsequentes. Inicialmente, foi feita a descrição do perfil sociodemográfico, dos benefícios sociais, da categoria de trabalhador(a), dos dados relativos à alta ou óbito e das ocupações mais frequentes na amostra. Em seguida, foram levantadas as ocupações mais frequentes segundo o tipo de vínculo empregatício. Os dados destas ocupações foram apresentados segundo o percentual de óbitos, com informações sobre a idade e o tipo de vínculo empregatício. O percentual de óbitos foi calculado considerando o número de óbitos observado em cada ocupação em relação ao número de internados que referiram aquela determinada ocupação. Por fim, para testar a associação entre a categoria de trabalhador(a) e os óbitos, foi estimado o risco relativo de óbito com base no modelo de Poisson com variância robusta, considerando o intervalo de confiança de 95% e o ajuste pelo sexo e idade. Como as trabalhadoras “do lar” abrangem somente mulheres, no caso deste grupo, foi considerado como categoria de referência nas análises as mulheres com vínculo formal de trabalho, de forma a comparar grupos homogêneos quanto ao sexo.

O estudo é oriundo do projeto de pesquisa “Perfil dos trabalhadores acometidos pela covid-19 - o enfoque da Seguridade Social num contexto de precarização do trabalho” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o Parecer 5.680.286, CAAE 60687022.6.3001.5279 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ, sob o Parecer 5.592.613, CAAE 60687022.6.0000.5240.

RESULTADOS

O grupo estudado constituiu-se majoritariamente de homens (55,4%); a faixa etária de 50 anos ou mais é a que englobou maior número de pessoas. Cerca de metade refere renda de até um salário-mínimo e meio, o que correspondia a aproximadamente R\$ 1.650,00 na ocasião do estudo. Os trabalhadores informais constituíram a categoria mais numerosa (n=389), seguida daqueles com vínculo formal (n=279). Cerca de 60% da amostra estudada tiveram alta hospitalar. As ocupações mais representadas no grupo foram as de comerciante, pedreiro, porteiro, segurança/vigilante, motorista, motorista de aplicativo e auxiliar de serviços gerais. Um total de 77% dos trabalhadores não recebia qualquer benefício social. O Auxílio Brasil (denominação à época da pesquisa) foi o benefício social mais presente no grupo, seguido da Aposentadoria e do Auxílio Emergencial (Tabela 1).

INSERIR TABELA 1

As profissões incluídas no Grupo Ocupacional 5 da CBO (Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados) são as que englobaram maior número de trabalhadores (255 trabalhadores). Seguiu-se o Grupo Ocupacional 7 (Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais) com 144 pessoas e o Grupo Ocupacional 3 (Técnicos de nível médio), com 47 pessoas (informação não apresentada em tabela).

A tabela 2 descreve os dados sociodemográficos, relativos aos benefícios sociais e à alta/óbito segundo a categoria de trabalhador(a). Houve predominância de homens em todas as categorias, exceto as “do lar” que, por definição, era constituída exclusivamente por mulheres. Estas eram mais velhas, com 80,2% na faixa acima de 50 anos, percentual bem superior ao observado nos outros grupos. Cerca de 60% dos trabalhadores com vínculo formal referiram renda de até um salário-mínimo e meio, que correspondia a R\$ 1.650,00 na ocasião do estudo. A proporção de trabalhadores com renda de dois salários-mínimos ou mais é

semelhante entre os trabalhadores com e sem vínculo formal. Em todas as categorias, predominou o grupo que não recebia benefícios sociais, com percentuais variando entre cerca de 60% e aproximadamente 87%, sendo o percentual inferior entre as “do lar” (41,1%). Quanto aos óbitos, o menor percentual foi observado entre os trabalhadores com vínculo formal (31,2%), com proporções de 37,2%, 40,8% e 59,9% entre os trabalhadores informais, os desempregados e as “do lar”, respectivamente (Tabela 2).

INSERIR TABELA 2

O risco relativo de óbito foi maior entre as “do lar” (RR= 1,77; CI 1,12;2,78), comparadas às trabalhadoras formais, após os ajustes. O percentual de 11% e 29% maior de risco relativo de óbito entre os informais e os desempregados, respectivamente, não apresentou significância estatística.

INSERIR TABELA 3

A descrição das ocupações segundo o tipo de vínculo empregatício é apresentada no Quadro 3. As categorias profissionais mais representadas entre os trabalhadores com vínculo formal são as de segurança/vigilante, porteiro, auxiliar de serviços gerais, motorista, cozinheira, auxiliar administrativo e vendedor. Já entre os informais, os comerciantes foram a categoria mais numerosa, seguida dos motoristas de aplicativo, pedreiros, barbeiros-cabeleireiros, cuidadoras, taxistas e domésticas. Os porteiros, auxiliares de serviços gerais e pedreiros foram as categorias mais comuns entre os desempregados.

INSERIR QUADRO 3

A tabela 4 apresenta as ocupações mais comuns na amostra estudada ordenadas segundo a taxa de óbitos, considerando os internados. Os porteiros e os auxiliares administrativos constituem os grupos nos quais houve maior proporção de óbitos, qual seja, 50,0%. Em seguida, estão os vendedores (42,1%), auxiliares de serviços gerais (40,9%) e domésticas (40,0%) (Tabela 4).

INSERIR TABELA 4

DISCUSSÃO

Este estudo se refere a trabalhadores internados por covid-19 entre agosto de novembro de 2021, com foco na categoria de trabalhador(a) e nas ocupações. Como esperado por se tratar de um hospital público, a amostra estudada é oriunda dos estratos mais baixos de renda (cerca de 50% referem renda de até um salário-mínimo e meio) e, portanto, se trata de uma população já vulnerável anteriormente à pandemia, como observam Diniz *et al.* (2021).

Os dados não dão respaldo à hipótese de maior risco relativo de óbito entre os trabalhadores informais e entre os desempregados, comparados aos trabalhadores formais, o que pode ter decorrido do perfil da amostra estudada. São pacientes gravemente enfermos, a ponto de demandarem internação em um momento em que parte da população já estava vacinada (Barcellos; Xavier, 2022). A condição de gravidade dos pacientes internados pode ter contribuído para reduzir a relevância dos fatores de cunho socioeconômico que pudessem favorecer os desfechos negativos entre os mais vulnerabilizados, no caso, os trabalhadores informais e os desempregados. Além disso, a condição socioeconômica da amostra possivelmente não apresenta variabilidade muito acentuada por se tratar de um grupo já muito vulnerabilizado do ponto de vista socioeconômico.

Chama a atenção, nos resultados do estudo, o aumento em 77% do risco relativo de óbito entre as trabalhadoras “do lar”, comparadas às trabalhadoras formais, com proporção de óbitos próxima a 60%. A denominação “do lar” é usualmente utilizada nas classes populares em relação a mulheres que não tem trabalho com carteira assinada (Rotenberg; Vargas, 2004); muitas conciliam o trabalho doméstico com outra atividade, como a venda de produtos (Meyer et al., 2019).

Como se conhece pouco, especificamente sobre as trabalhadoras “do lar”, pode-se lançar mão de estudos sobre as chamadas “donas de casa”. Dados comparativos sobre a saúde em trabalhadoras remuneradas e “donas de casa” podem contribuir para a discussão sobre o maior risco relativo de óbito por covid-19 entre as trabalhadoras “do lar”. Estudo com mais de 7.000 mulheres (45 a 64 anos) indica maior risco de doença coronariana e de acidente vascular cerebral isquêmico entre as “donas de casa”, comparadas às que têm trabalho remunerado, sendo os riscos maiores entre as de menor escolaridade (Carlson *et al.*, 2009). Este resultado corrobora o de Reviere e Eberstein (1992), que observaram maior risco de incidência de doença coronariana entre as “donas de casa”. Nesta mesma linha, pesquisa com amostra representativa da população da Inglaterra e do País de Gales também identificou maior risco de morte por todas as causas entre as “donas de casa”, comparadas às trabalhadoras remuneradas (Weatherall

et al., 1994). No Brasil, Senicato et al (2016) observaram maior impacto das condições de saúde/doença sobre a funcionalidade do organismo e bem-estar entre as donas de casa. Em conjunto, estes estudos apontam para a possibilidade de que o maior risco relativo de óbito entre as trabalhadoras “do lar” decorra de sua condição mais desfavorável em relação a morbidades pré-existentes que atuaria como fator de risco para o agravamento da covid-19. Considerando que a idade é fator relevante em relação à covid-19 e sendo este grupo mais velho que o das trabalhadoras formais, não se pode descartar a possível influência residual da idade na análise de regressão, mesmo após o ajuste pela idade.

Os comerciantes constituem a ocupação que incluiu maior número de trabalhadores, seguidos dos pedreiros, porteiros, seguranças/vigilantes, motoristas, motoristas de aplicativo e auxiliares de serviços gerais. O comércio perdeu muitos postos de trabalho, em especial, entre os empregados no varejo. Mas, dois setores ligados a atividades consideradas essenciais na pandemia tiveram aumento do efetivo - hipermercados/supermercados e farmacêutica/perfumaria (Pesquisa Anual de Comércio - PAC, 2020, divulgada pelo IBGE), aumentando os riscos de contaminação entre os trabalhadores. O distanciamento social levou ao aumento na demanda por serviços de entrega e por serviços prestados por motoristas de aplicativo (Graça; Araújo, 2020), cujo contingente aumentou em cerca de 42% do 1º trimestre de 2016 para o 1º. trimestre de 2020 (Manzano; Krein, 2020). Assim, seja porque a profissão envolve contato com muitas pessoas, como entre os comerciantes, motoristas e porteiros, seja pelos riscos decorrentes do uso do transporte público, como no caso das empregadas domésticas (Pinheiro *et al.*, 2021), são riscos de contaminação associados ao trabalho.

As profissões mais representadas na amostra não apresentam correspondência em relação aos percentuais de óbito. Por exemplo, os comerciantes constituem a profissão mais numerosa na amostra, mas o percentual de óbitos - 30% - foi relativamente baixo. Os auxiliares administrativos apresentaram percentual de óbitos de 50%, sem ter sido um grupo tão numeroso, face aos demais. Este resultado remete à observação de Santos et al (2020) sobre o risco de adoecer, que não necessariamente se expressa na morte, provavelmente em função de outros determinantes que não a exposição ao vírus. Como nos referimos ao percentual de óbitos em uma amostra de internados, a alta proporção em uma dada profissão não significa, necessariamente, que foi a profissão mais acometida pela doença na população.

Entre as profissões em que houve maiores percentuais de óbito estão os porteiros, auxiliares administrativos, vendedores, auxiliares de serviços gerais, domésticas, motoristas, barbeiro/cabeleireiro, atendente/balconista e segurança/vigilante, com proporções superiores a 35%. Galindo *et al.* (2022) analisaram as ocupações mais atingidas fatalmente pela covid-19

em 2020 a partir de diferentes bancos de dados relativos aos trabalhadores formais. Das cinco atividades mais atingidas - motorista de caminhão (rotas regionais e internacionais), vigilante, porteiro de edifícios, alimentador de linha de produção e faxineiro - algumas têm correspondência com as profissões apontadas no presente estudo, como os porteiros (50,0% de óbitos) e motoristas (39,1%). De acordo com Galindo *et al.* (2022), a mortalidade entre os porteiros e motoristas foi 3,5 vezes maior do que a mortalidade média da população; são atividades que demandam contato social e circulação de pessoas, dificilmente interrompidas durante a pandemia e sem possibilidade de adoção do trabalho remoto. Outro estudo do IPEA (Nota Técnica nº 76) a partir da base de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro indica que as chances de morrer entre trabalhadores da segurança em 2020 eram 2,25 vezes superiores à observada entre os ocupados em outras atividades (de Negri *et al.*, 2020). Com relação aos setores de atividade, fica evidente, nos dados apresentados, que os trabalhadores que não puderam evitar a mobilidade foram os mais afetados. Considerando o Decreto nº 10.282 (20/3/2020), os serviços públicos e as atividades consideradas essenciais se referiam à assistência à saúde, assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade, segurança pública e privada e transporte (intermunicipal, interestadual e internacional de passageiros), entre outras, cujos trabalhadores foram mais expostos aos riscos de contaminação e morte. Cabe ressaltar que ambas as pesquisas do IPEA citadas tratam, exclusivamente, dos trabalhadores formais, uma vez que as bases de dados se baseiam, entre outras fontes, na Relação Anual de Informações Sociais (Rais), sobre vínculos trabalhistas, obtidas através de empresas e, portanto, se referem a um grupo específico da população brasileira.

O alto percentual de óbitos entre os auxiliares administrativos pode ter decorrido das atividades de atendimento ao público, já que, de acordo com a CBO, realizam serviços de apoio em diversas áreas (humanos, administração, finanças e logística), atendem fornecedores e clientes em atividades públicas ou privadas, com vínculo de trabalho através da CLT. As empregadas domésticas também apresentaram alto percentual de óbitos. A partir de dados da PNAD Contínua (Brasil, 2019), Pinheiro *et al.* (2020) analisam a vulnerabilidade das domésticas, profissão que conta com um contingente superior a 6 milhões de trabalhadoras no Brasil, em sua maioria mulheres negras. Em que pese o esforço do Ministério Público do Trabalho para proteger as atividades deste grupo (Nota Técnica 04/2020), como o acesso a equipamentos de proteção individual e garantia de trabalho em horário alternativo (para fugir dos períodos de pico no transporte público) elas foram bastante atingidas pela pandemia,

podendo-se dizer que fazem parte do grupo de trabalhadores essenciais muitas vezes invisíveis nas estatísticas sobre o impacto da covid-19 (Santos *et al.*, 2020).

Os dados do presente estudo permitem analisar a amostra em relação ao Auxílio Emergencial, benefício implementado durante a pandemia de covid-19 como política pública de assistência social de transferência de renda (Lei 13.982/2020). A medida buscava reduzir os efeitos socioeconômicos da covid-19, em especial em relação aos trabalhadores sem vínculo formal, os autônomos, desempregados, pequenos comerciantes e trabalhadoras domésticas. Apenas cerca de 10% dos desempregados e cerca de 4% dos trabalhadores informais referiram se beneficiar do Auxílio Emergencial. Estes baixos percentuais possivelmente refletem as dificuldades enfrentadas pela população para efetivamente receber o auxílio, como problemas na regularização do CPF, longo prazo na tomada de decisão para o pagamento, dificuldades relativas ao uso de tecnologias digitais nos grupos mais vulnerabilizados, além de ineficiências na distribuição, por não atingir todos os que necessitam (Marins *et al.*, 2021).

O banco de dados secundários que constituiu a base do presente estudo gerou limitações importantes, pois os prontuários foram preenchidos por profissionais da área de assistência social, algumas das quais poderiam não ter clareza da relevância do preenchimento de algumas variáveis, em especial, os dados ocupacionais. Além disso, os dados relativos às condições de moradia, em sua maioria, não foram preenchidos, levando à exclusão destas informações no banco definitivo. Outra limitação a ser destacada é que as análises se referem a internações em um hospital público em uma fase específica da pandemia (agosto a novembro de 2021), que se manifestava de forma menos aguda do que em seu início, em 2020 e já com parte da população vacinada (Barcellos; Xavier, 2022). Dadas estas características, os resultados não podem ser generalizados para a população em geral, tampouco para a análise sobre internações e óbitos de trabalhadores em outras fases da pandemia.

Em que pese tais limitações, o banco de dados permitiu extrair informações confiáveis sobre as internações e a recuperação da covid-19 de uma população já vulnerável antes da pandemia. A inclusão de perguntas específicas sobre a profissão e o vínculo de trabalho no prontuário eletrônico de um hospital de referência para a covid-19 permitiu trabalhar com estatísticas diferenciadas em relação à literatura sobre as desigualdades sociais nas quais raramente se discute os dados ocupacionais, o que é importante frente ao sub-registro da variável “ocupação” nos bancos de dados oficiais (Santos *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022; Jackson Filho *et al.*, 2020; Hermano, 2022). Outro mérito do estudo se refere à inclusão das trabalhadoras “do lar”. Face às características do trabalho doméstico, a princípio não caberia incluí-las como categoria na variável “vínculo empregatício”, tampouco na variável

“ocupação”. A falta de acesso à informação sobre doenças pré-existentes impediu o aprofundamento das análises no sentido de testar se o maior risco relativo de óbito entre as trabalhadoras “do lar” decorre de sua condição mais desfavorável em relação a morbidades pré-existentes que atuaria como fator de risco para o agravamento da covid-19. Apesar destas limitações a inclusão deste grupo foi um ganho no sentido de ter gerado conhecimento a respeito de um grupo negligenciado tanto em relação à geração de conhecimento em saúde do(a) trabalhador(a), como em relação às estatísticas oficiais, haja vista sua classificação como inativas, do ponto de vista econômico.

Em suma, o material empírico derivado de informações sobre trabalhadores internados por covid-19 em uma dada fase da pandemia não indica maior risco de óbito entre os grupos sabidamente vulnerabilizados, como os trabalhadores informais e os desempregados. Já as trabalhadoras “do lar” apresentaram alta taxa de óbitos e risco relativo de óbito superior às trabalhadoras formais. Com relação às ocupações, os dados dão visibilidade a profissões pouco estudadas do ponto de vista dos óbitos por covid-19. Refletir sobre as desigualdades relacionadas ao trabalho durante a pandemia de covid-19 remete aos porteiros e empregadas domésticas, que se incluem entre as profissões com maiores percentuais de óbitos. Este resultado aponta para a observação de Pinheiro *et al.* (2021) sobre a primeira morte por covid-19 na cidade de São Paulo, de um porteiro, e na cidade do Rio de Janeiro, de uma empregada doméstica. Ambos adoeceram a partir do contato com pessoas que haviam contraído a doença na Itália, indicando que os primeiros a se contaminar não foram os primeiros a morrer, o que traduz de forma inequívoca o fator desigualdade/iniquidade social como central nas análises sobre a covid-19 e da saúde em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, W. da S. *et al.* (2020). Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Rev bras epidemiol.*, v.23, n. e200105, 2020.

BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. *Reciis*, v. 16, n. 2. p. 221-226, 2022.

BARRETO, N. M. P. V. *et al.* Vulnerabilidades sociais relacionadas à infecção e mortalidade por covid-19: uma revisão sistemática. *RSC da UEFS*, v.11, n. 2, e6039, 2021.

BOLETIM COVIDA. Pandemia de COVID-19. Saúde do Trabalhador: Riscos e vulnerabilidades. Edição 06. Rede CoVida. Ciência, Informação e Solidariedade. Brasília, 2020. Disponível em: <http://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-CoVida-6.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRASIL. Decreto 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 de março de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 13.982, de 2 de abril de 2020. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 2 de abril de 2020.

BRASIL, Nota Técnica Conjunta 04/2020. Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Geral do Trabalho. Nota Técnica para a atuação do Ministério Público do Trabalho em face das medidas governamentais de contenção da pandemia da doença infecciosa (COVID 19) para trabalhadoras e trabalhadores domésticos, cuidadores ou vinculados a empresas ou plataformas digitais de serviços de limpeza ou de cuidado. Brasília, 2020b. Disponível em: www.mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-tecnica-4-coronavirus-vale-essa.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BERWANGER, J. L. W; BURALDE, L. K. A importância da Seguridade e da Previdência Social em tempos de pandemia: desafios, perspectivas e reflexões sobre a garantia da dignidade da pessoa humana e da ordem social. II Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social. Anais do II Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social, n. 2, p. 132-156, 2020.

CARSON, A. P, *et al.* Employment status, coronary heart disease, and stroke among women. *Ann. Epidemiol.*, v. 19, n.9, p. 630-636, 2009.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 23, p. e200095, 2020.

DE NEGRI, F. *et al.* Chances de óbito por Covid-19 entre os trabalhadores formais: evidências do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: *Ipea*, 2020 (Nota Técnica DISET n. 76, IPEA).

DINIZ, D. S., *et al.* Covid-19 e Doenças Negligenciadas ante as desigualdades no Brasil: uma questão de desenvolvimento sustentável. *Saúde Debate*, v. 45(spe2), p. 43-55, 2021.

FERNANDES, R de C. P. O construto multidimensional trabalho precário, o futuro do trabalho e a saúde de trabalhadoras(es). *Cad. Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. e00100522, 2023.

GALINDO, E.P.; SILVA, S.P.; PEDREIRA JÚNIOR, J.U. Impactos fatais da covid-19 nos trabalhadores brasileiros. Nota Técnica Dirur, *IPEA*.2022.

GRAÇA, G. M. B.; ARAÚJO, J. M. de. Coronavírus e uberização: como a pandemia expôs a vulnerabilidade dos motoristas de aplicativo submetidos a um regime precário de direitos no Brasil. *REJTRT4*, v. 2, n. 4, p. 99-124, 2020.

JACKSON FILHO, J. M. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.*, v. 45, e14, 2020.

MARINS, M.T. *et al.* Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Soc Estado*, v. 36, n. 02, p. 669-692. 2021.

MANZANO, M.; KREIN, A. A pandemia e o trabalho de motoristas e de entregadores por aplicativos no Brasil. Campinas: Cesit/Unicamp, 2020. Disponível em: https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2020/07/MANZANO-M-KREIN-A.-2020_A-pandemia-e-os-motoristas-e-entregadores-por-aplicativo.pdf. Acesso em: 06 de fev. 2022.

MEYER, A. V. T. L *et al.* Trabalho doméstico e empreendedorismo: a intensificação laboral das donas-de-casa. *R. Laborativa*, v. 8, n. 2, p. 36-56, 2019.

PNAD COVID19: 3,3% da população ocupada estavam afastados do trabalho devido ao distanciamento social na quarta semana de setembro | Agência de Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29180-pnad-covid19-3-3-da-populacao-ocupada-estavam-afastados-do-trabalho-devido-ao-distanciamento-social-na-quarta-semana-de-setembro>. Acesso em: 28 de fev. 2022.

PINHEIRO, L.; TOKARSKI, C. P.; VASCONCELOS, M. Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil. *Instituto de pesquisa de Economia Aplicada*. Nota Técnica n.75 (Disoc); Brasília. 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10077/1/NT_75_Disoc_Vulnerabilidades%20as%20Trabalhadoras%20Domesticas.pdf. Acesso em: 03 de fev. 2022.

PINHEIRO, L., TOKARSKI, C. P; POSTHUMA, A. C. (Org.). *Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerado no Brasil*. Brasília: Ipea; OIT, 2021.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L. B.; LEDERMAN, E. R. Multidimensional inequality and COVID-19 in Brazil; *Policy Brief N°. 153*; Levy Economics Institute of Bard College Public: Annandale-On-Hudson, NY, USA, 2020.

REVIERE, R., EBERSTEIN, I.W. Trabalho, estado civil e doenças cardíacas. *Health Care Women Int.*, v.13, n. 4, p. 393-399, 1992.

ROTENBERG, S., de VARGAS S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

SANTOS, K. O. B. *et al* (2020). Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 12, p. e00178320, 2020.

SANTOS, C., *et al.* O que podemos aprender com os dados que não tínhamos? O caso da variável profissão/ocupação sobre síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave e bancos de dados de mortalidade no Brasil. Em *Pré-impressões SciELO*, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3560>. Acesso em: 07 de jun.2023.

SENICATO, C., LIMA, M. G., BARROS, M. B. de A. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública*, v. 32, p. e00085415, 2016.

WEATHERALL, R., JOSHI, H., MACRAN, S. Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the Longitudinal Study of England and Wales. *Soc Sci Med.*, v. 38, n. 2, p. 285-97, 1994.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, ocupacional, relativo aos benefícios sociais e à recuperação em amostra de trabalhadores internados por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de agosto/2021 a novembro/2021 (N=1044)

Variáveis	Número	%
Sexo		
Masculino	578	55,4
Feminino	466	44,6
Faixa etária		
18-30 anos	98	9,4
31-50 anos	376	36,1
> 50 anos	570	54,5
Renda*		
Nula ou precária	252	27,5
Até 1,5 salário-mínimo	423	46,2
2 salários-mínimos ou mais	241	26,3
Recuperação		
Alta	621	59,5
Óbito	423	40,5
Categoria de trabalhador(a)		
Com vínculo formal	279	26,7
Informais	389	37,3
Desempregados	179	17,1
“Do lar”	197	18,9
Ocupações mais frequentes		
Comerciante	30	3.18
Pedreiro	26	2.95
Porteiro	25	2.95
Segurança/Vigilante	24	2.83
Motorista	24	2.76
Motorista de Aplicativo	23	2.72
Auxiliar de Serviços Gerais	22	2.60
Doméstica	20	2.36
Cozinheira	19	2.24
Vendedor	19	2.24
Cuidadora	16	1.89
Atendente/Balconista	13	1.53
Barbeiro/Cabeleireiro	13	1.53
Auxiliar Administrativo	12	1.42
Mecânico	10	1.18
Faxineira	9	1.06
Benefícios sociais*		
Não recebe benefício	707	77
Auxílio Brasil	63	6,9
Aposentadoria	59	6,4
Auxílio Emergencial	43	4,7
Pensão	31	3,4
BPC	9	1
Auxílio desemprego	3	0,3
Auxílio-doença	3	0,3

Legenda: * Variável com dados faltantes.

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Tabela 2. Dados sociodemográficos, benefícios sociais e recuperação em amostra de trabalhadores internados por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de agosto/2021 a novembro/2021 (N=1044), segundo a categoria de trabalhador(a). Rio de Janeiro, 2023

Variáveis	Com vínculo formal (n=279)	Informais (n=389)	Desempregados (n=179)	“do lar” (n=197)
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
Sexo				
Masculino	186 (66,7%)	272 (69,9%)	117 (65,4%)	0
Feminino	93 (33,3%)	117 (30,1%)	62 (34,6%)	197 (100%)
Faixa etária				
18-30 anos	35 (12,5%)	29 (7,5%)	28 (15,6%)	6 (3,0%)
31-50 anos	130 (46,6%)	151 (38,8%)	62 (34,6%)	33 (16,8%)
> 50 anos	114 (40,9%)	209 (53,7%)	89 (49,7%)	158 (80,2%)
Renda				
2 salários-mínimos ou mais	106 (40,9%)	113 (34,8%)	6 (3,5%)	16 (10,0%)
Até 1,5 salário-mínimo	153 (59,1%)	140 (43,1%)	41 (23,8%)	89 (55,6%)
Nula ou precária	0	72 (22,2%)	125 (72,7%)	55 (34,4%)
Benefícios sociais				
Nenhum	242 (86,7%)	277 (71,4%)	107 (59,8%)	81(41,1%)
Auxílio Brasil	0	17 (4,4%)	22 (12,3%)	24(12,2%)
Auxílio Emergencial	0	14 (3,6%)	17 (9,5%)	12(6,1%)
Aposentadoria	16 (5,7%)	28 (7,2%)	0	15(7,6%)
Pensão	0	3 (0,8%)	2 (1,1%)	26 (13,2%)
BPC	0	2 (0,5%)	1 (0,5%)	6 (3,0%)
Auxílio-doença	3 (1,1%)	0	0	0
Auxílio-desemprego	0	1 (0,3%)	2 (1,1%)	0
Recuperação				
Alta	192 (68,8)	244 (62,7%)	106 (59,2)	79 (40,1)
Óbito	87 (31,2)	145 (37,3%)	73 (40,8)	118 (59,9)

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Tabela 3. Associação entre a categoria de trabalhador(a) e óbitos em amostra de trabalhadores(as) internados por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de agosto/2021 a novembro/2021 (N=1044). Rio de Janeiro, 2023

Óbito	Informais** RR (IC 95%)	Desempregados** RR (IC 95%)	“Do lar”*** RR (IC 95%)
Modelo bruto	1,20 0,92 - 1,56	1,31 0,96 - 1,79	2,12 1,39 - 3,25
Modelo ajustado*	1,11 0,85-1,45	1,29 0,95-1,77	1,77 1,12-2,78

Legenda: *Ajustado por idade e sexo

**Categoria de referência: trabalhadores com vínculo formal

***Categoria de referência: apenas trabalhadoras com vínculo formal

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Quadro 1. Ocupações mais frequentes na amostra de trabalhadores(as) internados por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de agosto/2021 a novembro/2021 (N=603), segundo o vínculo empregatício

Tipo de vínculo	Ocupações
Com vínculo formal	Segurança/vigilante (n=20), Porteiro (n=19), Auxiliar de Serviços Gerais (n=16), Motorista (n=12), Cozinheira (n=10), Auxiliar Administrativo (n=11), Vendedor (n=11), Atendente/balconista (n=9), Técnica de Enfermagem (n=8), Doméstica (n=7)
Informais	Comerciante (n=30), Motorista de aplicativo (n=22), Pedreiro (n=20), Barbeiro/cabeleireiro (n=13), Taxista (n=11), Cuidadora (n=12), Doméstica (n=10), Faxineira (n=8), vendedor n=(6), motorista (n=8), Cozinheira (n=5)
Desempregados	Porteiro (n=6), Auxiliar de Serviços Gerais (n=5), Pedreiro (n=5), Cozinheira (n=4), Motorista (n=4), Professora (n=3), Doméstica (n=3), Ajudante de Pedreiro (n=3)

Legenda: n – número de trabalhadores(as) em cada ocupação

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Tabela 4. Ocupações mais frequentes na amostra de trabalhadores internados por COVID-19 no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla de agosto/2021 a novembro/2021 (N=847), ordenadas segundo o percentual de óbitos entre os internados, com informações sobre idade e tipo de vínculo de trabalho. Rio de Janeiro, 2023

Ocupação	Óbitos em relação aos internados	Média de idade em anos	Formais	Informais	Desempregados(as)
	(%)	(desvio-padrão)	(n)	(n)	(n)
Porteiro	50	52,7 (10,9)	19	-	6
Auxiliar Administrativo	50	45,5 (15,2)	11	-	1
Vendedor	42,1	43,8 (15,3)	11	6	2
Auxiliar de Serviços Gerais	40,9	45,9 (14,6)	16	1	5
Doméstica	40	52,4 (9,6)	7	10	3
Motorista	39,1	51,9 (10,7)	12	8	4
Barbeiro/Cabeleireiro	38,4	45,1 (10,8)	-	13	-
Atendente/Balconista	38,4	39,0 (11,9)	9	3	1
Segurança/Vigilante	37,5	48,6 (10,2)	20	2	2
Pedreiro	34,1	50,8 (9,6)	1	20	5
Cuidadora	31,2	54,7 (9,6)	2	12	2
Comerciante	30	47,3 (12,1)	-	30	-
Cozinheira	31,6	47,2 (11,7)	10	5	4
Mecânico	30	49,5 (8,4)	6	4	-
Faxineira	22,2	54,7 (11,6)	1	8	-
Motorista de Aplicativo	13	46,0 (8,7)	0	22	1

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 teve impacto significativo nas desigualdades já existentes na sociedade brasileira, tendo desencadeado uma grave crise econômica cujo resultado foi o aumento do desemprego e a perda de renda de muitos trabalhadores, afetando os grupos mais vulnerabilizados. Trabalhadores pertencentes a estes grupos muitas vezes não têm acesso a serviços de saúde e proteção social. Em muitos casos, enfrentam condições precárias de trabalho, longas jornadas, falta de benefícios e de segurança no trabalho. Além disso, a proteção social insuficiente contribuiu para aumentar sua vulnerabilidade.

Buscamos refletir, no artigo apresentado, sobre os trabalhadores e trabalhadoras informais, que constituem o grupo mais afetado pela perda do emprego durante a pandemia. Esses trabalhadores não têm o mesmo respaldo legal que os trabalhadores formais, ou seja, não desfrutam dos mesmos direitos e proteções legais e, portanto, esperava-se que este grupo fosse o mais propenso a óbito, o que não foi observado. Assim, buscamos elencar alguns elementos que pudessem explicar os resultados.

Também, procuramos explicar os resultados relativos às trabalhadoras “do lar”, já que, por realizarem o trabalho doméstico, se esperaria que estivessem menos expostas à contaminação pelo SARS-CoV-2. Foi na literatura que buscava comparar trabalhadoras remuneradas com donas de casa que encontramos possíveis explicações para o maior agravamento da COVID-19 entre as trabalhadoras “do lar”.

Os comerciantes foram muito afetados economicamente na pandemia. As medidas de restrição e distanciamento social resultaram no fechamento de muitas atividades comerciais. Muitos estabelecimentos, como lojas físicas, shoppings, restaurantes, bares e hotéis, foram obrigados a interromper suas atividades. Enquanto as lojas físicas seguiram o fechamento, o comércio eletrônico e a entrega de fast food decolaram à medida que mais pessoas optaram por fazer compras online e receber seus produtos em casa.

O distanciamento social levou a um aumento nos serviços de entrega de alimentos e mercadorias, que viram a demanda aumentar de forma exorbitante. Essas mudanças nos padrões de consumo e deslocamento tiveram impactos na economia e nas empresas envolvidas. Muitos restaurantes e estabelecimentos comerciais tiveram que se adaptar a essa modalidade. O aumento dos serviços de entrega também trouxe à tona antigas preocupações em relação às condições precárias de trabalho desses profissionais, tendo em vista as longas jornadas de trabalho, baixa remuneração e riscos de acidentes. Essas questões levaram a muitos debates

sobre a regulamentação e direitos desses trabalhadores e, inclusive, a movimentos de resistência dos entregadores por aplicativos de delivery (Ricarte, 2023).

Os comerciantes, os motoristas, assim como as empregadas domésticas foram muito demandadas no que se refere ao contato com muitas pessoas e assim foram sujeitas ao aumento no risco de contaminação no desempenho das atividades laborais. Os motoristas de aplicativos e transporte público também mantiveram contato próximo com diferentes passageiros, principalmente no período que se manteve restrita a circulação de linhas intermunicipais de ônibus, como na região Metropolitana do Rio de Janeiro. Deste modo, houve superlotação nas linhas que permaneceram em circulação, expondo um grande contingente de pessoas ao risco de contaminação. As trabalhadoras domésticas, por sua vez, estavam “frequentemente entrando em contato com os corpos de seus patrões [...]” (Tokarski; Pinheiro, p. 57, 2021). Os porteiros também podem ser considerados profissionais expostos ao risco de contágio dada às atividades que exigiam receber as entregas dos condôminos, interagir com os moradores, como também organizar a circulação dos moradores.

Faço esta retrospectiva com a expectativa de que os resultados desta pesquisa possam contribuir para compreender a realidade do trabalhador brasileiro, já vulnerabilizado antes da pandemia de COVID-19. Nos últimos anos, o Brasil passou por mudanças nas leis trabalhistas, especificamente em 2017 com a reforma trabalhista, que flexibilizou as relações de trabalho entre empregado e empregador, o que é fonte de grande preocupação em relação aos direitos dos trabalhadores. Neste sentido, concordamos totalmente com o conteúdo do Editorial da Revista Ciência e Saúde Coletiva “A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores” (Lacaz, 2019).

Ao concluir este estudo, aponto que foi a partir da minha vivência como assistente social no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla que identifiquei a situação de vulnerabilidade de tantos trabalhadores. Em especial, destaco a assistência a uma família duplamente atingida pela pandemia, pela perda de um ente querido e, conseqüentemente, a perda da principal fonte de renda da família. Diante desse cenário, fiz meu projeto de pesquisa, que agora se tornou minha dissertação de mestrado.

Desta forma, a pesquisa realizada é fruto de minha mobilização em relação aos trabalhadores, seja os desempregados, os sem direitos trabalhistas e previdenciários, os que precisaram buscar fontes de renda, pessoas já vulnerabilizadas pelas condições de vida e trabalho, e que com a pandemia vieram a viver dias ainda mais difíceis. O objetivo de descrever o perfil destes pacientes, observando suas profissões e seus vínculos de trabalho (ou a falta deles) foi cumprido. Assim, finalizo este estudo com a esperança de poder contribuir para a

elaboração de políticas mais inclusivas, promovendo a justiça social e a garantia de melhores condições de vida e trabalho para todos.

REFERÊNCIAS

- ABILÍO, L. *Uberização do trabalho: A subsunção real da viração*. Site Passapalavra/Blog da Boitempo. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2017/02/22/uberizacao-do-trabalho-subsuncao-real-da-viracao/>. Acesso em: 03 mar. 2022.
- ALVES, M. A; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: “autonomia” ou precarização. In: ANTUNES R. (Org). *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil*. São Paulo, Boitempo, 2006.
- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (Org.). *A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho la ciudadanía negada: políticas de exclusión en la educación y el trabajo*. 1.ed, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales: Agencia Sueca de Desarrollo Internacional, 2000.
- ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização do trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, n. 107, p. 405-419, 2011.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 25 (supl 1), p. 2423-2446, 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto 4.682, de 24 de 1923*. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Presidência da República, Rio de Janeiro, RJ, 24 de janeiro de 1923.
- BRASIL. *Decreto 10.282, de 20 de março de 2020*. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 de março de 2020.
- BRASIL. *Decreto 10.329, de 28 de abril de 2020*. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União - Seção 1, Brasília, DF, 28 de abril de 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto 10.342, de 07 de maio de 2020*. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Presidência da República, Brasília, DF, 07 de maio de 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto 10.344, de 11 de maio de 2020*. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Presidência da República, Brasília, DF, 11 de maio de 2020.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017*. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT),

aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Presidência da República, Brasília, DF, 13 de julho de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020*. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Presidência da República, Brasília, DF, 6 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 13.982, de 2 de abril de 2020*. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Presidência da República, Brasília, DF, 2 de abril de 2020.

BRASIL. *Boletim COVida. Pandemia de covid-19*. Saúde do Trabalhador: Riscos e vulnerabilidades. Edição 06. Rede CoVida. Ciência, Informação e Solidariedade. Brasília, 2020. Disponível em: <http://ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-CoVida-6.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRASIL. Câmara dos deputados. *Projeto de Lei nº 1066 de 2020 (PL 1066/2020)*. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social, para fins de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre a doença*. 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-adoenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 29 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 Secovid*. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19 | 12ª edição | Brasília, DF, 01 de fevereiro de 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contr-covid-19.pdf>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 356, de 11 de março de 2020*. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância

internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). DOU, Brasília, DF, 12 de março de 2020.

BRASIL. Nota Técnica Conjunta 04/2020. Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Geral Do Trabalho. Nota Técnica para a atuação do Ministério Público do Trabalho em face das medidas governamentais de contenção da pandemia da doença infecciosa (COVID 19) para trabalhadoras e trabalhadores domésticos, cuidadores ou vinculados a empresas ou plataformas digitais de serviços de limpeza ou de cuidado. Brasília, 2020b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 7 de dezembro de 1993

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 8.662, de 7 de junho de 1993*. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 7 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. *Nota Técnica Conjunta nº 04/2020* [Internet]. 17 mar 2020 [citado em 1 ago 2020]. Disponível em: <https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-tecnica-no-4-coronavirus-1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19*. 12. Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contracovid-19.pdf>. Acesso em: 03 out. 2023.

BAPTISTA, T. W. de F. Seguridade Social no Brasil. *RSP*, v. 49, n, 3, p. 99-119, 1998.

BARCELLOS, C.; XAVIER, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. *Reciis*, v. 16, n. 2. p. 221-226, 2022.

BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection.

BERWANGER, J. L. W; BURALDE, L. K. A importância da Seguridade e da Previdência Social em tempos de pandemia: desafios, perspectivas e reflexões sobre a garantia da dignidade da pessoa humana e da ordem social. II Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social. Anais do II Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social, n. 2, p. 132-156, 2020.

BOSCHETTI, I. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação*. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). *Parâmetros para a Atuação de*

Assistentes Sociais na Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais
Brasília: CFESS, 2010.

CENSO HOSPITALAR. Secretaria Municipal de Saúde, 2022. SMS-Rio - Censo Hospitalar Público. Disponível em: <https://web2.smsrio.org/hospitalar/censoPublico/#/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/carta_circular/Uso_de_dados_de_pro%20ntuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf. Acesso em: 06 mar. 2022.

COSTANZI, R. N. Respostas da Seguridade Social à Crise da Pandemia de Coronavírus/COVID-19. 2020. Disponível em: <https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif475-20-31.pdf>. Acesso: 27 fev. 2022.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

D' ALESSANDRO, W.B.; BARBARESCO, A, A. As 4 fases do enfretamento da pandemia. *Medicina e Saberes*. 3ed. vol. 3, Goiânia: Kelps, 2021.

DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2014. Disponível em: DOM-RJ 6/11/2014 - Pg. 84 – Normal. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Diários Jusbrasil. Acesso em: 17 fev. 2022.

DRUCK, G. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

DRUCK, G.; DUTRA, R.; SILVA, S.C. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. *Caderno CRH*, Dossiê, v. 32, n. 86, p. 289- 305, 2019.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, v. 40, n. 2. P. 201-236, 2006.

GOULART, G. Comissão de vereadores investiga empresa que administra Hospital de Acari. Extra, 2009. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2008/04/388697-hospital-do-rio-reabre-parcialmente-para-atender-pacientes-com-dengue.shtml>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FERNANDES, R. de C. P. O construto multidimensional trabalho precário, o futuro do trabalho e a saúde de trabalhadoras(es). Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 39, n. 4:e00100522, 2023.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA. Rio Prefeitura, 2018. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/riosaude/hospital-municipal-ronaldo-gazolla>. Acesso em: 17 fev. 2022.

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA. *Hospital Ronaldo Gazolla já é exclusivo para tratamento de casos de coronavírus*. Rio Prefeitura, 2020. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/hospital-ronaldo-gazolla-ja-e-exclusivo-para-tratamento-de-casos-do-coronavirus/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA. *Parceria leva melhorias ao Hospital Municipal Ronaldo Gazolla*. Rio Prefeitura, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.rio/saude/parceria-leva-melhorias-ao-hospital-municipal-ronaldo-gazolla/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA. *Último paciente de Covid-19 deixa o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla*. Rio Prefeitura, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.rio/noticias/ultimo-paciente-de-covid-19-deixa-o-hospital-municipal-ronaldo-gazolla/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

IAMAMOTO, M. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

LACAZ, F. A. C. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 680, 2019.

MOREIRA, E. *et al. Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020.

MOTA, A. E. *Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências*. In: MOTA, A. E. (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

MOTA, A. E. *Seguridade Social: Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1996.

MOTA, A. E. *Cultura da crise e seguridade social*. São Paulo: Cortez, 1995.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Nomeando a doença coronavírus (COVID-29) e o vírus que a causa. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=A%20COVID%2D19%20%C3%A9%20a,na%20Rep%C3%BAblica%20Popular%20da%20China>. Acesso em: 12 dez. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). O que é uma pandemia. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PADILHA, V. Qualidade de vida no trabalho num cenário de precarização: A panaceia delirante. *Trab. Educ. Saúde*, v. 7, p. 549-563, 2009/2010.

PINHEIRO, L., TOKARSKI, C. P; VASCONCELOS, M. Vulnerabilidades das trabalhadoras domésticas no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil. *Instituto de pesquisa de Economia Aplicada*. Nota Técnica n.75 (Disoc); Brasília. 2020.

RICARTE, C. de S. Dos #brequedosapps às associações de entregadores: a percepção dos trabalhadores sobre a resistência à uberização no trabalho por aplicativos. 2023. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 46.973, de 16 de março de 2020. Reconhece a situação de emergência na saúde pública do estado do Rio de Janeiro em razão do contágio e adota medidas de enfrentamento da propagação decorrente do novo coronavírus (covid-19); e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, nº 049A, 17 de março de 2020.

RIO PREFEITURA. Prefeitura oferece transporte gratuito para servidores da Saúde, Guarda Municipal e Assistência Social. Disponível em: <https://coronavirus.rio/noticias/prefeitura-oferece-transporte-gratuito-para-servidores-da-saude-guarda-municipal-e-assistencia-social/>. Acesso em: 03 fev. 2022.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de pesquisa. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 12, p. e00178320, 2020.

SILVA, C. A. da *et al.* Política Pública da Previdência Social e trabalhadores da pesca artesanal: dilemas estruturais em contextos conjunturais da Covid-19. *Tamoios*, v.16, n. 1, 2020.

SOUZA, D. de O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. *Trab. Educ. Saúde*, v. 19, 2021.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

VIANA, A. L. d'Á; LEVCOVITZ, E. *Proteção social: introduzindo o debate. Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANNA, M. L. Te. W. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ, 2000.

VOCABULÁRIO ORTOGRÁFICO DE LÍNGUA PORTUGUESA (VOLP). Disponível em: <https://www.volp-acl.pt/index.php/item/covid-19>. Acesso em: 09 abr. 2022.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 5: e00068820, 2020.

WERNECK, G L. Cenários epidemiológicos no Brasil: tendências e impactos. In. FREITAS, C. M. de; BARCELLOS, C.; VILLELA, D. A. M. (Org.). *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021, p. 31-41.

APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DAS OCUPAÇÕES DA AMOSTRA DE TRABALHADORES SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)

Açougueiro - 1
Adestrador de cães - 1
Administrador de Edifícios - 1
Administrador de empresas - 3
Advogado(a) - 4
Agente Comunitário de Saúde - 1
Agente de endemias - 1
Agente de Trânsito - 1
Agente de viagens - 1
Agente financeiro - 1
Agropecuário - 1
Ajudante de carga - 1
Ajudante de cozinha - 2
Ajudante de depósito - 1
Ajudante de pedreiro - 5
Analista comercial - 1
Analista de desenvolvimento de sistemas - 3
Analista Financeiro - 1
Analista Marketing digital - 1
Arquivista - 1
Artesão(a) - 4
Artista de rua - 1
Artista plástico - 1
Assessor - 2
Assistente administrativo - 3
Assistente de produção - 1
Assistente operacional - 1
Atendente - 13
Auxiliar administrativo - 12
Auxiliar de açougue - 1
Auxiliar de compras - 1
Auxiliar de cozinha - 3
Auxiliar de estoque - 1
Auxiliar de farmácia - 2
Auxiliar de RH - 1
Auxiliar de produção - 3
Auxiliar de rampa - 1
Auxiliar de serviços gerais - 22
Babá - 2

Barbeiro - 4
Bombeiro hidráulico - 1
Borracheiro - 1
Cabeleireiro(a) - 9
Caixa - 2
Camareira - 1
Camelô (ambulante) - 7
Caminhoneiro - 2
Carreteiro - 1
Caseiro - 2
Catador de material reciclável - 2
Cesteiro - 1
Churrasqueiro - 2
Comerciante - 30
Confeiteiro(a) - 1
Construtor - 1
Consultor comercial - 1
Consultor imóveis - 1
Contadora - 1
Controlador de acesso - 1
Coordenador de gestão - 1
Copeiro(a) - 2
Costureira - 8
Cozinheiro(a) - 19
Cuidadora - 16
Designer de sobancelhas - 2
Designer gráfico - 2
Despachante - 2
Diarista - 6
Dj - 1
Doméstica - 14
Educador social - 1
Eletricista - 7
Empresário - 1
Encarregado de seção de controle de produção - 1
Encarregado de transportes - 1
Enfermeira(o) - 2
Engenheiro Civil - 2
Entregador - 4
Escriturário - 2
Estilista - 1
Estofador - 2
Faxineira - 2
Fotógrafo - 2

Frentista - 2
Gamer - 1
Garagista - 1
Garçom - 4
Gari - 3
Gerente - 2
Gerente de hotel - 1
Gerente de restaurante - 1
Gerente de mercado - 1
Gerente de vendas - 2
Guarda Municipal - 1
Guardador de veículos - 3
Guia de turismo - 1
Inspetor de escola - 1
Inspetor de serviços de transportes rodoviários - 1
Instalador de antena - 1
Jardineiro - 3
Lanterneiro - 1
Lapidador de joias - 1
Lavador de veículos - 1
Locutor - 1
Lojista - 1
Malabarista - 1
Manicure - 6
Manipulador de alimentos de cozinha - 1
Manobrista - 1
Marceneiro - 3
Marmorista - 1
Massagista - 1
Masseiro - 1
Massoterapeuta - 1
Mecânico - 10
Médico - 1
Mensageiro - 1
Mestre construção civil - 2
Metalúrgico - 1
Montador de móveis - 1
Motofretista (Motoboy) - 3
Motorista - 14
Motorista de aplicativo - 23
Motorista de caminhão - 3
Motorista de empresa agregada - 1
Motorista de ônibus - 2
Motorista de táxi - 11

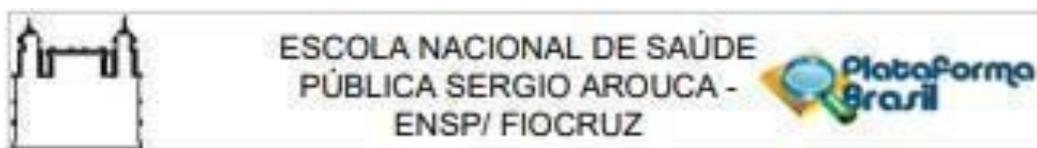
Motorista de transporte escolar - 2
Mototaxista - 3
Músico - 3
Operador de empilhadeira - 1
Operador de telemarketing - 4
Organizador de evento - 1
Padeiro - 2
Panfletista - 1
Passadeira - 2
Personal Trainer - 1
Pescador - 1
Peixeiro - 1
Pedreiro - 26
Pintor - 4
Pintor de telas - 1
Pintor de veículos - 4
Pizzaiolo - 3
Podólogo(a) - 1
Porteiro - 25
Professor(a) - 9
Programador de sistemas de informação - 1
Promotor de vendas - 2
Publicitário(a) - 1
Recepcionista - 6
Recreador - 1
Relojoeiro - 1
Representante comercial autônomo (revendedora) - 3
Salva - vidas - 1
Secretaria(o) - 2
Selecionador de material reciclável - 3
Serralheiro - 3
Servente de obras - 1
Supervisor - 2
Supervisor de manutenção e reparação de veículos - 1
Supervisor de pizzeria - 1
Tanatopraxista - 1
Técnico em Audiovisual - 1
Técnico de enfermagem - 10
Técnico de farmácia - 1
Técnico de máquina de costura - 1
Técnico de Refrigeração - 3
Técnico de telecomunicações - 1
Técnico em eletrônica - 3
Técnico em informática - 4

Técnico em Radiologia - 1
Técnico em Transportes Logística - 1
Tintureiro - 1
Vendedor de comércio varejista - 19
Vidraceiro - 2
Vigilantes e guardas de segurança - 24
Zelador – 4

APÊNDICE B - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE TRABALHADORES INTERNADOS POR COVID-19 NO HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA DE AGOSTO/2021 A NOVEMBRO/2021, SEGUNDO A OCUPAÇÃO, CATEGORIZADA NOS GRANDES GRUPOS DA CBO. RIO DE JANEIRO, 2023.

Grupo ocupacional segundo a CBO		Frequência
Número	Descrição	
0	Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares	0
1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes	44
2	Profissões das ciências e das artes	43
3	Técnicos de nível médio	47
4	Trabalhadores de serviços administrativos	36
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	255
6	Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca	6
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	144
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	7
9	Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção	21
Fonte: Elaboração própria.		

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP ENSP/FIOCRUZ (PÁGINAS INICIAL E FINAL)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos trabalhadores acometidos pela COVID-19 e o enfoque da Seguridade Social num contexto de precarização do trabalho

Pesquisador: ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60687022.6.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.592/613

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.565.147, em 05/08/2022.

Projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP, da discente Ana Beatriz dos Santos Domingos, orientada pela professora Lucia Rotenberg.

Data da qualificação: 06/05/2022

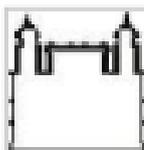
Financiamento próprio no valor de R\$ 326,00 de acordo com o projeto da plataforma.

Instituição Co-participante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio Janeiro.

Resumo

A COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2, tem gerado uma crise humanitária, dada a alta transmissibilidade e impacto socioeconômico. As análises sobre a pandemia, na ótica das

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tijuca
Bairro: Maracanã **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 2598-2863 **Fax:** (21) 2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



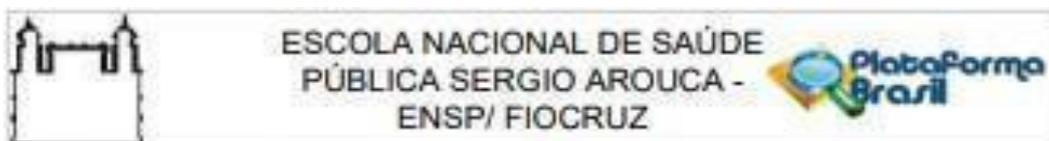
Continuação do Parecer: 5.582.613

pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	AnaBeatrizdosSantosDomingos_FR.pdf	19/08/2022 16:20:46	Jennifer Braathen Silgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1982536.pdf	08/08/2022 20:16:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoModificado.docx	08/08/2022 20:08:04	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Orçamento	Orcamentomodificado.docx	08/08/2022 20:04:07	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronogramamodificado.docx	08/08/2022 20:03:37	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	Formulariospendparecer5585147.doc	08/08/2022 19:59:59	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	Formularioencaminhamento.doc	14/07/2022 17:48:40	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	anafolhaderosto.pdf	12/07/2022 16:42:24	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	12/07/2022 16:41:38	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Outros	CurriculoLattesLuciaRotenberg.pdf	12/07/2022 16:29:16	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoLattesAnaBeatriz.pdf	12/07/2022 16:26:42	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeAnuencia.pdf	12/07/2022 16:24:15	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Outros	Roteirodecoleta.docx	12/07/2022 16:22:57	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD.docx	12/07/2022 16:21:17	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DeclaracaoAusenciadeustos.docx	12/07/2022 16:17:40	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	12/07/2022 16:10:24	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	12/07/2022 16:09:17	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de	SolicitacaoDispensaTCLE.docx	12/07/2022	ANA BEATRIZ DOS	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tijuca
Baixo: Marquinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cap@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.582.6/13

Assentimento / Justificativa de Ausência	SolicitacaoDispensaTCLE.docx	16:05:13	SANTOS DOMINGOS	Aceito
--	------------------------------	----------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

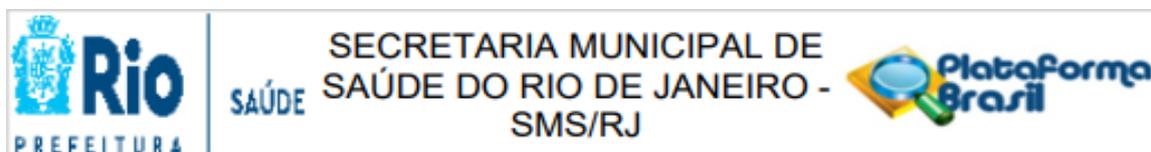
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Agosto de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (PÁGINAS INICIAL E FINAL)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil dos trabalhadores acometidos pela COVID-19 e o enfoque da Seguridade Social num contexto de precarização do trabalho

Pesquisador: ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60687022.6.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.680.286

Apresentação do Projeto:

Resumo

A COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2, tem gerado uma crise humanitária, dada a alta transmissibilidade e impacto socioeconômico. Análises sobre a pandemia sob a ótica das desigualdades sociais destacam os trabalhadores dos grupos socioeconômicos mais vulneráveis, que têm acesso limitado a serviços de saúde ou não contam com proteção social. Este projeto busca contribuir para a discussão das desigualdades sociais na pandemia, a partir da análise de trabalhadores acometidos pela COVID-19, tendo como eixo a Seguridade Social, e considerando como norte a obra de Ricardo Antunes sobre a precarização do trabalho em nosso país. O objetivo geral do projeto é analisar o perfil de trabalhadores acometidos pela COVID-19 quanto aos direitos garantidos pela Seguridade Social, tendo como objetivos específicos: a) caracterizar o perfil dos trabalhadores quanto à atividade profissional, tipo de vínculo empregatício e respectivos direitos trabalhistas e previdenciários, (b) descrever as condições sociais, econômicas e de moradia dos trabalhadores, considerando sua participação ou não como beneficiário(a) de

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.680.286

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2003468.pdf	12/09/2022 21:46:12		Aceito
Outros	TAI.pdf	12/09/2022 21:44:32	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	TCUD.pdf	12/09/2022 21:43:39	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	CartaResposta.docx	12/09/2022 21:39:50	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	AnaBeatrizdosSantosDomingos_FR.pdf	19/08/2022 16:20:46	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoModificado.docx	08/08/2022 20:08:04	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Outros	Formularioesppendparecer5565147.doc	08/08/2022 19:59:59	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	Formularioencaminhamento.doc	14/07/2022 17:48:40	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	12/07/2022 16:41:38	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
Outros	CurriculoLattesLuciaRotenberg.pdf	12/07/2022 16:29:16	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	CurriculoLattesAnaBeatriz.pdf	12/07/2022 16:26:42	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
Outros	Roteirodecoleta.docx	12/07/2022 16:22:57	ANA BEATRIZ DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DeclaracaoAusenciadecustos.docx	12/07/2022 16:17:40	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SolicitacaoDispensaTCLE.docx	12/07/2022 16:05:13	ANA BEATRIZ DOS SANTOS DOMINGOS	Aceito

Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

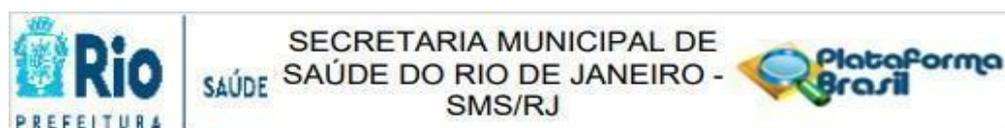
CNPJ	Nome da Instituição
10.254.333/0001-09	Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro
10.254.333/0001-09	Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 5.680.286

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Outubro de 2022

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
 (Coordenador(a))