

O direito à saúde e a desigualdade: as respostas da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia da covid-19 no Nordeste brasileiro

El derecho a la salud y la desigualdad: las respuestas de la Atención Primaria de Salud frente a la pandemia de la COVID-19 en el nordeste brasileño

The Right to Health and Inequality: Primary Health Care Responses to the COVID-19 Pandemic in Northeastern Brazil

AUTORES

**Bernadete Perez
Coelho***

bernadete.perez@ufpe.br

**Tiago Feitosa de
Oliveira****

tiago.feitosaoliveira@ufpe.br

* Professora associada de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, Brasil).

** Professor adjunto de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, Brasil).

RESUMO:

Diante do contexto da sindemia da covid-19, marcada pela elevada carga de doenças transmissíveis, doenças crônicas e diferentes formas de violência, constituiu-se, em março de 2020, em Pernambuco (Brasil), um grupo interdisciplinar formado por pesquisadores, comunicadores sociais e defensores dos direitos humanos, organizado para desenvolver ações voltadas à produção do cuidado em saúde, à formulação de estratégias de atenção, à gestão e à defesa da dignidade humana. A iniciativa teve como ponto de partida o apoio institucional à elaboração de planos de enfrentamento da pandemia em diferentes dimensões: clínica, epidemiológica, social, subjetiva, política e simbólica. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as respostas da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia, considerando as dimensões clínica, social, subjetiva e da vigilância em saúde. O estudo foi realizado na Região Metropolitana do Recife, caracterizada por elevados índices de vulnerabilidade social, por meio de uma abordagem quali-quantitativa, com aplicação de questionários e realização de entrevistas em profundidade com trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados evidenciaram dificuldades para garantir o direito à saúde, especialmente nas dimensões clínica, da vigilância em saúde, social e subjetiva. Conclui-se que é necessário fortalecer o apoio institucional e promover mudanças nas práticas de saúde, tanto para o enfrentamento da pandemia quanto para a preparação diante de futuras emergências sanitárias.

RESUMEN:

Ante el contexto de la sindemia de la COVID-19, caracterizada por la elevada carga de enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y diversas formas de violencia, en marzo de 2020 se constituyó en Pernambuco (Brasil) un grupo interdisciplinario integrado por investigadores, comunicadores sociales y defensores de los derechos humanos, organizado para desarrollar acciones orientadas a la producción del cuidado en salud, la formulación de estrategias de atención, la gestión y la defensa de la dignidad humana. La iniciativa tuvo como punto de partida el apoyo institucional para la elaboración de planes de enfrentamiento de la pandemia en diferentes dimensiones: clínica, epidemiológica, social, subjetiva, política y simbólica. Esta investigación tiene como objetivo analizar las respuestas de la Atención Primaria de Salud frente a la pandemia, considerando las dimensiones clínica, social, subjetiva y de la vigilancia en salud. El estudio se llevó a cabo en la Región Metropolitana de Recife, caracterizada por elevados índices de vulnerabilidad social, mediante un enfoque cualitativo-cuantitativo, con la aplicación de cuestionarios

y la realización de entrevistas en profundidad a trabajadores y usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Los resultados evidenciaron dificultades para garantizar el derecho a la salud, especialmente en las dimensiones clínica, de la vigilancia en salud, social y subjetiva. Se concluye que es necesario fortalecer el apoyo institucional y promover cambios en las prácticas de salud, tanto para el enfrentamiento de la pandemia como para la preparación ante futuras emergencias sanitarias.

ABSTRACT:

In the context of the COVID-19 syndemic, characterized by the high burden of communicable diseases, chronic diseases, and various forms of violence, an interdisciplinary group composed of researchers, science communicators, and human rights advocates was established in Pernambuco, Brazil, in March 2020. The group was organized to develop initiatives aimed at promoting health care, formulating health care strategies, strengthening management, and defending human dignity. The initiative was based on institutional support for the development of pandemic response plans addressing clinical, epidemiological, social, subjective, political, and symbolic dimensions. This study aims to analyze the responses of Primary Health Care to the pandemic, considering the clinical, social, subjective, and health surveillance dimensions. The research was conducted in the Metropolitan Region of Recife, an area characterized by high levels of social vulnerability, using a mixed-methods approach that combined questionnaires with in-depth interviews involving health workers and users of Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). The findings revealed significant challenges in ensuring the right to health, particularly regarding clinical care, health surveillance, social conditions, and subjective dimensions. The study concludes that strengthening institutional support and promoting changes in health care practices are essential both for responding to the COVID-19 pandemic and for preparing for future public health emergencies.

1. Introdução

O estado de emergência causado pela disseminação do SARS-CoV-2 não se desenvolveu de maneira isolada e não se restringiu à dimensão biológica da transmissibilidade do vírus. Diante dos problemas de saúde nesse contexto, Richard Horton afirmou que o manejo restrito da característica biomédica e seus instrumentos utilizados por governos, acadêmicos e sociedade no enfrentamento da pandemia seria insuficiente (Horton, 2020). As estratégias para o enfrentamento da covid-19 precisaram considerar as dimensões sociais e subjetivas, além da clínica, epidemiologia e vigilância. Acrescenta-se aqui a necessidade da base comunitária no enfrentamento, com ampla comunicação social, orientação familiar e comunitária.

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 não se desenvolveu de maneira isolada e não ficou restrita à dimensão biológica da transmissibilidade do vírus. Em artigo apresentado por Júnior e Santos, o quadro teórico da Sindemia apresentado possibilita a compreensão da interação sinérgica entre covid-19 e vários grupos de doenças, o que resultou no aumento da carga de doenças, dos óbitos pela forma grave da covid-19 e por tantas outras doenças coexistentes.

Além das repercussões sobre a morbimortalidade da população, a sindemia é fortalecida e ao mesmo tempo amplifica crises nas esferas política, econômica, social e ambiental, que se afetam mutuamente. Desse modo, a sindemia da covid-19 constitui-se em complexo problema de saúde pública que atua como catalisador das desigualdades sociais e das vulnerabilidades (Junior & Santos, 2021).

Diante disso, estratégias para enfrentamento precisaram considerar dimensões diversas da vida humana para além das características virais e racionalidades biomédicas, mas como responder às esferas sociais e ecossociais, subjetivas, de ampliação da clínica e da vigilância à saúde de maneira a incluir pessoas, seus enredos, culturas e territórios.

A emergência da pandemia da covid-19 provocou a reorganização de ações e serviços de saúde para atender às novas e antigas demandas, sobretudo mediante a organização de redes de atenção à população atingida e mais vulnerabilizada. Assim, considerando a APS como principal porta de entrada para todos os usuários, o acesso e o conceito de território como garantia de oferta de cuidados à população estudada, este trabalho pretende investigar as políticas orientadoras e respostas concretas às populações das periferias das grandes cidades não somente a partir da prontidão nas emergências mas na prevenção e respostas ao presente (Coelho & Couto, 2009).

Diante da complexidade e do caráter desafiador da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017), esta pesquisa ouviu trabalhadores e usuários em situação de vulnerabilidade social, durante a pandemia pelo SARS-Cov-2, identificou e analisou a compreensão dos trabalhadores e usuários da Atenção Básica à Saúde acerca da história de sua relação com a saúde e com o SUS, com foco nas mudanças ocorridas durante a pandemia e avaliou as formas de reorganização da Clínica e da Vigilância à Saúde.

A hipótese principal foi o entendimento de que por meio de investimentos na dimensão psicossocial, na clínica ampliada e compartilhada e na democracia institucional, a atenção primária amplia sua capacidade de resolver problemas individuais e coletivos. Acredita-se ainda que as estratégias de organização da clínica e vigilância à saúde com ênfase nas pessoas e considerando os diferentes enredos territoriais, são fundamentais para bons resultados no enfrentamento da epidemia da covid-19, das outras doenças transmissíveis, das doenças e agravos crônicos, das diversas formas de violências e na visibilidade das desigualdades e enfrentamento de iniquidades.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção Primária à Saúde; covid-19; Subjetividade; Vigilância em Saúde.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud; COVID-19; Subjetividad; Vigilancia en Salud.

KEYWORDS

Primary Health Care; COVID-19; Subjectivity; Health Surveillance.

Recibido:
14/08/2024

Aceptado:
20/07/2026

2. Objetivos

Como objetivo geral, buscou-se analisar as respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da covid-19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a compreensão dos usuários e trabalhadores da APS sobre conceito/significado de saúde, sobre o SUS e sobre APS na pandemia; analisar as concepções e práticas dos usuários e trabalhadores da APS sobre o cuidado em saúde antes e durante a pandemia; compreender a dinâmica dos processos subjetivos e sociais no cuidado em saúde; analisar os dispositivos e ferramentas da Clínica e da Vigilância à Saúde utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento dos problemas de saúde no contexto da pandemia. Ainda, pretendeu-se um processo de produção coletiva de pesquisa implicada com a ação, com a implementação e ampliação da capacidade de análise e intervenção da própria produção do conhecimento.

Baseado em Campos (2000), os objetivos buscaram responder perguntas e produzir resultados a partir da organização das ações em saúde, a saber: articular ações da clínica com o campo da saúde coletiva, de maneira a produzir efeito da integralidade desde a prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação física e psicossocial, bem como articular com saúde ambiental; estimular a ampliação da capacidade de gestores e equipes para estabelecer compromissos e contratos com equipes, usuários, famílias, comunidades; orientar ações na busca por maior eficiência e eficácia no contexto da pandemia, diminuindo a fragmentação entre os chamados níveis de atenção e articulando a atenção primária à saúde, atenção especializada, atenção hospitalar; produzir o menor dano possível em toda a rede e ampliando acesso para alcance da universalidade priorizando populações em situação de vulnerabilidade; estimular a busca do efeito da integralidade, combinando produção de saúde com ampliação do grau de autonomia e responsabilização de trabalhadores, usuários, famílias e comunidades; implementar em todo o processo de pesquisa-intervenção a maior interlocução entre formação, ensino, assistência, pesquisa, ação.

3. Metodologia

Tratou-se de um estudo analítico, de abordagem qualitativa e quantitativa, que analisou em profundidade a relação entre a Atenção Primária à Saúde e o cuidado a partir dos significados e da subjetividade dos sujeitos envolvidos no contexto estudado, a sindemia e alta carga de doenças.

A coleta de informações da abordagem quantitativa foi realizada por meio de um questionário aplicado entre os usuários das unidades de saúde da família. O questionário foi composto por 46 perguntas, sendo 16 perguntas referentes a caracterização sociodemográfica e 30 perguntas diretas em escala tipo Likert, de zero a dez pontos. O instrumento foi desenvolvido a fim de capturar a impressão da comunidade sobre o acesso ao sistema de saúde, assistência clínica, vacinação, orientações de promoção, prevenção e suporte social durante os dois primeiros anos pandemia de covid-19.

O plano amostral adotado para definição das unidades incluiu municípios da região metropolitana do Recife, totalizando 548 equipes de saúde da família que atenderam uma média de 84 pacientes por semana, 14 usuários por turno em 6 turnos de atendimento clínico. Desta forma, as 548 equipes realizavam, semanalmente, 46.032 atendimentos. A fim de garantir amostra representativa, considerando os parâmetros de 70% de frequência proporcional hipotética do fator do resultado na população, 95% de intervalo de confiança e 2 de efeito de desenho, foi selecionada a amostra de 660 usuários.

Para abordagem qualitativa, foi definida amostra intencional e heterogênea de dois usuários e dois trabalhadores da Atenção Primária em 08 Unidades de Saúde da Família, totalizando 32 pessoas. O número de sujeitos entrevistados, tanto usuários quanto trabalhadores de saúde alcançou a saturação da amostragem.

O período de referência do estudo foram os anos de 2020 e 2021, que compreenderam o momento de estabelecimento da crise sanitária e do aprofundamento da crise social no Brasil. Foi nesse período que se deram as mudanças institucionais e as transformações dos processos de trabalho nos serviços de saúde que se investigou neste estudo.

Os critérios de inclusão na pesquisa para abordagem qualitativa para usuários do Sistema único de Saúde foram: homens e mulheres, com dezoito anos ou mais, moradores do território adscrito pela Unidade Básica de Saúde, há pelo menos três anos, que apresentavam aspectos psicossociais relevantes e impactos na atenção em saúde, como uso constante e recorrente do serviço ou dificuldade de vinculação com o mesmo, sofrimento psíquico com ou sem diagnóstico definido, dificuldade para realização do autocuidado, uso intensificado de medicação ou inseridos em projeto terapêutico singular. Foram entrevistadas mulheres negras, idosos, pessoas ou cuidadoras de pessoas com transtornos mentais, lideranças comunitárias, pessoas com múltiplos adormecimentos com agravos crônicos.

Os critérios de inclusão para abordagem qualitativa para trabalhadores da Atenção Primária foram: ser profissional da Equipe de Saúde da Família ou dos Núcleos de Apoio, que estiveram no mínimo três anos trabalhando no território e estar ligado ao cuidado dos usuários indicados.

Todos os participantes assinaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada no comitê de ética com parecer número: 6.237.909 sob CAAE: 61278222.2.0000.5208, juntamente a todos os instrumentos e termos apresentados. Nenhum participante foi identificado, de maneira que se optou pela referência de U para usuário e T para os trabalhadores de saúde.

Os critérios de exclusão foram: profissionais de férias ou licença por qualquer motivo durante o período de coleta de dados da pesquisa, não trabalhavam na unidade no período estudado. Usuários que não eram vinculados à unidade no período estudado.

A coleta de dados da abordagem qualitativa foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, valorizando as narrativas e sujeitos da pesquisa (Cedro, 2011), com roteiro composto por questões abertas contemplando as 4 dimensões trabalhadas nos objetivos e complementadas com informações dos diários de campo dos pesquisadores. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição, o que facilitou a extração e categorização das opiniões e experiências vivenciadas em eixos temáticos para análise e interpretação posterior, traduzidas em narrativas escritas e material audiovisual. No material produzido é possível enxergar a expressão do coletivo através da visão individual dos sujeitos que vivem as mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais (Minayo, 2010).

O plano de análise da pesquisa utilizou estratégia de métodos mistos do tipo triangulação concomitante, com definição de categorias e subcategorias de análise que respondessem aos objetivos propostos, agregadas em analisadores em cada dimensão estudada. Por fim, pretendeu-se empreender o espelhamento entre as grades de interpretação de cada narrativa, mediante a triangulação de dados (Minayo, 2005), a fim de identificar analisadores em comuns e gerar informações que respondessem aos questionamentos da pesquisa.

As metas/finalidades como três objetos de ação/foco de análise:

A) Identificar a compreensão dos usuários e trabalhadores da APS sobre conceito/significado da saúde no contexto estudado, sobre o SUS e ações e práticas dos usuários e trabalhadores da APS sobre o cuidado em saúde antes e durante a pandemia; B) Compreender a dinâmica dos processos subjetivos e sociais no cuidado em saúde; C) Analisar os dispositivos e ferramentas da Clínica e da Vigilância à Saúde utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento dos problemas de saúde no contexto da pandemia.

4. Resultados

4.1. Abordagem quantitativa

Foram entrevistados 660 usuários, dos quais 86,4% eram pacientes e os demais acompanhavam pacientes para consulta; 84,1% eram do sexo feminino, com média de idade de 50 anos, variando de 18 a 93 anos. A maioria (78,9%) dos usuários eram pretos/pardos e 43,8% eram solteiros. Quanto à escolaridade, 34,6%

tinham ensino médio completo. A maioria (37,7%) eram donas de casa. Mais de 90,0% dos sujeitos relataram que sempre que apresentam um problema de saúde procuram a USF na qual estão vinculados e mais da metade (52,6%) avaliaram seu nível de saúde atual como regular. A maioria tinha alguma doença crônica e mais de 85,0% chegaram à unidade andando. Pouco mais de 49,0% dos sujeitos tiveram covid-19 no período analisado e destes, apenas 10,0% foram atendidos nas Unidades de Saúde da Família.

A análise da satisfação dos usuários apresentou diferenças significativas ($p < 0,001$) entre as dimensões avaliadas, sendo que a dimensão social apresentou maiores valores de insatisfação (49,5%) e vigilância à saúde apresentou a maior proporção de usuários satisfeitos (67,2%).

Na avaliação da dimensão relacionada à assistência clínica, observou-se maior prevalência de insatisfação dos usuários relacionados ao acesso ao atendimento à distância (53,7%), ao tempo de espera para ser atendido (51,4%) e à facilidade para marcação de um atendimento (46,5%). As questões que apresentaram maior satisfação foram o atendimento na unidade de saúde (72,4%), a disponibilidade dos enfermeiros para o atendimento (71,8%) e o atendimento realizado por outros motivos/problemas de saúde (68,5%).

Na dimensão vigilância, observou-se maior insatisfação com os aspectos relacionados às visitas do agente de saúde ambiental ou agente comunitário de saúde (48,0%), às ações realizadas pela equipe na comunidade (42,4%) e ao apoio da equipe de saúde no esclarecimento das informações (35,8%). As questões com maiores satisfações correspondiam ao processo de vacinação (79,5%), ao apoio da equipe para vacinação (78,6%) e às orientações realizadas pela Equipe para prevenção da covid-19 (73,8%).

Na dimensão social, os sujeitos apresentaram-se mais insatisfeitos com as ações governamentais realizadas na comunidade (58,2%) e mais satisfeitos com as ações integradas realizadas pela equipe de saúde com a educação (68,1%).

Em relação à dimensão subjetiva, a maior insatisfação foi com o apoio da equipe à saúde mental (40,7%) e a estrutura da Unidade (40,1%), por sua vez, os maiores valores de satisfação ocorreram com o cuidado da equipe de saúde no atendimento (71,3%) e com a confiança para com a equipe de saúde (71,3%). Em relação ao atendimento recebido nesta unidade, de forma geral, 69,5% mostraram-se satisfeitos.

Das 4 dimensões, fica evidente que a dimensão social foi a mais expressiva na avaliação dos usuários, apontando a insatisfação com acesso a políticas públicas e apoio às/das unidades para mitigar desigualdades nos dois primeiros anos de pandemia. Aqui, a expressão da fragilidade na atuação conjunta com centros de referências em assistência social e escolas nos territórios estudados é bastante expressiva, bem como ações organizadas pelas próprias.

4.2. Abordagem qualitativa

Na dimensão Clínica buscou-se analisar a garantia do acesso à Atenção Primária e Rede de Saúde, utilização dos dispositivos da cogestão e das redes integradas, as práticas da clínica ampliada, manejo dos protocolos, cuidado continuado nos ciclos de vida e da população vinculada, trabalho em equipe e colaboração entre disciplinas e profissões, coordenação do cuidado e gestão da clínica.

Assim, partiu-se da definição da Atenção Primária à Saúde como pilar sustentador da rede de atenção, base para o sistema nacional e concretização para alcance da universalidade considerando o acesso com garantia de avaliação de risco e vulnerabilidade.

A maior demanda de usuários percebida no momento do trabalho de campo foi pela manhã, tendo um esvaziamento de atividade no turno da tarde em todos os municípios estudados. O motivo da presença evidenciou mais claramente espera por atendimento individual previamente agendado com médico e enfermagem, com pouca percepção de trabalho de grupos terapêuticos ou práticas de educação em saúde. A predominância de mulheres nas unidades de saúde chama atenção, para cuidado de si ou de membros da família crianças e idosos ou de suas redes sociais.

Com relação ao atendimento das pessoas com sintomas respiratórios e síndromes gripais nos dois primeiros anos da pandemia, houve majoritariamente nos municípios estudados, orientação para suspensão do atendimento e restrição do acesso, com encaminhamento para unidades de emergência geral ou específicas para covid-19. Não foi disponibilizado equipamento de proteção individual suficiente para equipes de saúde. Foram utilizados monitoramento remoto, sem protocolo definido e por forte iniciativa das equipes em equipamentos próprios dos trabalhadores.

O acompanhamento longitudinal das pessoas com agravos crônicos e necessidade de cuidado contínuo foi prejudicado, com prioridade para gestantes e idosos, orientação heterogênea por município e equipes e acesso restringido. Não houve participação das equipes na elaboração dos protocolos clínicos, o treinamento foi pontual e insuficiente com utilização heterogênea e tardia. A importância da equipe no território com capacidade para garantir acesso e resolver problema era evidente, mas na pandemia foi secundária, seguem narrativas:

A gente tinha acabado de fazer um curso de capacitação em saúde da família, que falava de territorialização, atender junto com a família, vínculo e logo depois veio a pandemia e as orientações... tudo que vocês aprenderam esquece, quem está no território vai ter que ir para outro serviço e o médico também, tem que ir para outro serviço... a determinação foi diminuir tudo, restringir visitas, classificar risco e todos os sintomáticos respiratórios não seriam atendidos aqui... criaram unidades de urgência na atenção básica (T1uf2)

Precisei de atendimento quando tive o AVC, em abril de 2020. Foi uma correria porque eu estive em 3 postos e nenhum me atendeu porque estava na pandemia de covid. Eu tive o primeiro AVC fui pro posto e não me atenderam, nem sabia o que era, a cabeça doía muito... aí no quarto posto me atenderam, tiraram a pressão e disseram que eu estava boa pra ir pra casa. Cheguei em casa tive outro AVC mais forte... um conhecido me ajudou na emergência do hospital, que também não queriam atender. Fiquei com essa sequela forte e até hoje pago fisioterapia particular (U1uf7).

A articulação, já anteriormente insuficiente, com rede de atenção e dispositivos de integração com atenção especializada foi piorada, com suspensão de consultas especializadas e restrição de exames e apoio diagnóstico e terapêutico, piora da fila de espera, ausência de mecanismos de articulação em rede. Destaca-se a ausência de coordenação de cuidado das pessoas com covid-19 e retorno gradativo do cuidado em rede para pessoas com outras demandas de saúde a partir de 2022. As demandas de exames e consultas especializadas foram fortemente verbalizadas pelas pessoas na sala de espera da unidade, com especial atenção à demora para psiquiatria e especialidades da saúde mental, neurologia e reabilitação física. A ausência de atendimento em equipe ampliada com presença de profissionais dos núcleos de apoio ao saúde da família chamou atenção no trabalho de campo, bem como ausência de serviços de coletas de exames laboratoriais ou de imagem.

A estrutura física das unidades claramente não contempla a ambiência necessária ao trabalho da Atenção Primária à Saúde, com dificuldades no acesso, espera inapropriada, casas pequenas, cadeiras e equipamentos quebrados. A informatização não está presente na maior parte das unidades pesquisadas, que utilizam prontuários físicos e impressos físicos nas etapas de trabalho.

A dimensão Vigilância à Saúde, incluindo estratégias de imunização, foi trabalhada com base na definição de casos e suspeitos, conceito de grupos de risco e vulnerabilidade, com condicionantes individuais, subjetivos, políticos-programáticos, indicando amplas e efetivas medidas de vigilância epidemiológica para redução de incidência e controle da transmissibilidade.

Utilizou-se a concepção de vigilância de pessoas e territórios, números absolutos, acompanhamento singular e medidas de proteção individual e coletiva baseada na práxis. Ainda, o papel das equipes pelas coberturas vacinais, incluindo a imunização da covid-19, bem como realização de ações intersectoriais e de educação em saúde, construção de sentidos nas escolas e equipamentos/dispositivos comunitários.

A ausência de testes descentralizados e dificuldade para acesso em centros de testagem foi preponderante, com exceção de um município que utilizou testagem na unidade de atenção básica. Não houve retaguarda para isolamento, quarentena, busca ativa e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados, com ausência de atuação da vigilância epidemiológica junto às equipes da atenção básica. A seguir narrativas:

Minha filha conseguiu marcar a vacina no celular, num colégio mais longe. As outras duas também em outros lugares, uma na policlínica...” (U2usf8).

Não participamos de plano de vigilância, nem plano de imunização, nem protocolo...era pra gente cumprir e faça assim. A gente sempre reforçava o isolamento, mas alguns ambientes não dava, não tinha suporte. A gente registrava informações e esperava que a vigilância trouxesse informações e orientasse o isolamento...a gente usou os recursos que a gente tinha, o ACS, telefone...basicamente isso (T1usf2).

A busca ativa para vacinação da população elegível foi insuficiente e heterogênea, a depender do perfil da equipe, e o agendamento para vacina foi realizado por aplicativos, medida que dificultou o acesso de grande parte da população. O vínculo da população com as equipes foi fundamental para apoio no agendamento por aplicativo, ajuda no aumento da cobertura vacinal, na mitigação dos efeitos das falsas informações, automedicação a partir de estratégias remotas de comunicação com equipamento particular dos profissionais, com destaque aos agentes comunitários de saúde. Os grupos de educação em saúde foram suspensos.

O planejamento das ações territoriais a partir dos dados e informações epidemiológicas foi ruim, não houve atendimento aos casos nas unidades e nem notificações, pouco retorno para equipes do acompanhamento em outros pontos da rede e sem continuidade da atenção aos pacientes com sequelas da covid-19 ou após alta da terapia intensiva.

Trazer para análise a atual conjuntura de morbimortalidade, a alta carga de doenças e o devir das emergências sanitárias na perspectiva ecossocial tem especial destaque no contexto estudado: o nordeste brasileiro. O território na pesquisa foi utilizado como espaço vivo, preenchido por pessoas, modulado pelas relações sociais, políticas como espaço banal, espaço de todos com enredos singulares construídos a cada contexto (Santos, 2002) e frequentemente utilizados de forma tecnocrática, tardiamente nas respostas globais às epidemias. Faremos especial destaque a este tópico, utilizando a Vigilância à Saúde numa perspectiva ampliada, uma parte da Saúde Coletiva que estrutura um conjunto de conhecimentos sobre a produção de saúde e de doença, bem como um conjunto de procedimentos técnicos considerados potentes para assegurar saúde às pessoas (Campos, 2003; Coelho & Couto, 2009; Coelho, 2015).

A dimensão Social foi compreendida a partir das medidas utilizadas para reduzir e compensar desigualdades e iniquidades, estratégias para eliminar discriminações que pioram diferenciais nos impactos na morbimortalidade e acesso aos cuidados de saúde, bem como a adesão às medidas de isolamento e proteção social. Além disso, frente à pandemia e à recessão econômica, essa interface exige a adoção de medidas que indiquem integração com assistência social e assegurem a proteção social, com renda básica universal, enfrentamento do racismo estrutural e sistêmico, homofobia, invisibilidade da população em situação de rua, atenção especial às periferias das cidades, povos originários.

Foi surpreendente a ausência de organização comunitária na maior parte dos territórios estudados e fragilidade onde foi evidenciada atuação através de organização não governamental e liderança comunitária. A ausência da assistência social, falta de apoio a partir dos municípios e estados, bem como auxílio emergencial do governo federal como insuficiente e tardio, foram evidências impactantes na fala da população. As iniciativas comunitárias autorreguladas, sob a forma de redes de solidariedade novas e pré-existentes, que buscaram organizar a população, bem como suprir necessidades não atendidas pelo poder público foram fortemente atingidas e fragilizadas no contexto da pandemia, a saber:

Não teve ajuda de ninguém, do governo, nem ajuda dos próprios moradores, isso aí não.” (U1usf4)

Sinceramente não lembro de ação do governo aqui (U2usf2).

Infelizmente não teve nada que a gente pudesse contar, já antes da pandemia desvincularam a assistência social, perdemos completamente o pouco que tinha para apoiar em situação de vulnerabilidade. Se não formos nós com eles, não têm nada, ficam completamente descobertos (T1usf5).

A avaliação de vulnerabilidade pelas equipes para planejar e adotar estratégias de proteção social foi reduzida aos critérios biomédicos, fundamentalmente priorizando idosos e gestantes ainda que com forte restrição no acesso.

A dimensão subjetiva foi compreendida pelo impacto subjetivo da pandemia, o medo, o isolamento e seus efeitos, a intensa produção informacional e narrativa, com representações visuais muitas vezes sensacionalistas e inverídicas em torno do modo e do tempo de propagação do coronavírus, que contribuiu para um imaginário social de medos, estigma, negacionismo, inclusive reforçado pela prática das necessárias estratégias de isolamento físico/social.

Identificou-se que as consequências mais intensas ocorreram nas pessoas com extremidades do ciclo de vida e em grupos vulnerabilizados, tornados invisíveis e silenciados pelas iniquidades sociais pré-existentes. Percebeu-se grande impacto nas mulheres, pessoas negras, pessoas LGBT, pessoas em situação de rua.

Destacam-se os efeitos sindêmicos das diversas formas de violência na perspectiva individual e coletiva, bem como o sofrimento psíquico para além dos transtornos mentais, mas especificamente o aumento da violência contra a mulher foi percebida pelos trabalhadores de saúde e população, a saber:

Trouxe muito medo para equipe! Ficamos desesperadas...choro, choro, choro na primeira reunião, ainda na primeira semana após o decreto de emergência, organizamos em uma semana a volta da unidade... O primeiro sentimento foi medo, mas resolvemos sentar, ouvir todo mundo e deixar que todas falassem. Senti muito medo de levar o vírus pra casa. No primeiro ano me mudei e fui pra uma casinha pequena perto da casa de mamãe, que ficou só com meu filho mais novo. Tinha um outro sentimento que era me sentir privilegiada, estava na atenção básica e não na UTI, tinha casa, via passarinhos, não fiquei sem trabalho nem diminuiu meu salário (T1usf3).

Muitas mulheres apanharam, aumentou muito a violência dentro de casa. O desemprego aumentou, aqui não tem creche, não tem nada. A minha menina que teve filho na pandemia até hoje é muito abalada. Está grávida de novo, na base de remédio, toda hora diz que vai morrer e vai acontecer de novo. Sente tudo que teve na covid toda hora... diz que vai morrer, um pânico até hoje (U2usf3).

Nem sei como vou falar aqui, talvez eu não queira lembrar...eu olhava para o lado e via tanta gente morrendo, só ficou dor e sofrimento. Na minha família foi um sofrimento só...vizinhos, amigos morreram... eu pensava nas crianças... (U1usf3).

A mitigação desses efeitos foi frágil, as escolas foram fechadas, não houve presença da rede de justiça ou setores governamentais para garantia de direitos. As equipes e população sentiram-se desprotegidas, a solidão, adoecimento e o medo foram narrativas frequentes.

A rede de apoio na saúde mental ficou ainda mais fragilizada, com poucas estratégias para atenção às pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico, incluindo ausência de apoio às equipes. A retaguarda especializada restringiu acesso, embora tenha existido aumento da procura por atendimento de pessoas com transtornos mentais.

Houve forte percepção da associação das atuais epidemias, da pandemia da covid-19, novas epidemias, emergências sanitárias, desastres ambientais com a desigualdade, ausência de saneamento básico, falta de acesso regular à água, insegurança alimentar e nutricional, formas diversas de violência e descontinuidade de políticas públicas e programas sociais:

O futuro está aqui já. Sarampo, arboviroses, violência, desmatamento, pobreza, daqui a pouco tem risco de febre amarela urbana. Aí a gente vê desabamento, alagamento, enxurrada...é culpa da chuva? A gente vê ainda longe vigilância epidemiológica mas cadê o pessoal da ambiental, gente de parques e jardins...precisa melhorar a vida nas cidades! Além de todo o sofrimento que a gente passou tinha um sinal de pouca importância para atenção básica, de conversar com as equipes. Além da cobrança toda suspenderam férias por 2 anos, licença só depois do anos seguinte... (T1uf2).

As violências institucionais foram citadas, como fechamento de escolas, restrição de acesso aos serviços de saúde, filas de espera nas emergências e hospitais, sequelas por falta de atendimento. Ao mesmo tempo percebe-se a importância da presença das equipes da atenção básica, da descoberta e acesso à vacina e presença do Sistema Único de Saúde como aspectos das narrativas.

A discussão da práxis da saúde coletiva é fundamental como marco teórico-político para análise dos resultados ao fim da pesquisa. Porém, a práxis aqui é utilizada como encontro entre sujeitos, com relativa autonomia e que define modos de ser e viver para além das estruturas. Coloca-se em análise o quanto a saúde coletiva está acorrentada em sua práxis à hegemonia médica e a questão central trazida aqui, para além da relação sujeito e estrutura na saúde, é quais projetos coordenados, políticos, sociais, ambientais, culturais mais amplos precisam ser pensados a partir de nossa produção de evidência e capacidade de resposta concreta (Minayo, 2010). Ou como produzir sujeito epistêmico menos fragmentado ou pesquisas sem esse grau de afastamento de quem pesquisa e do objeto pesquisado.

4.3. Cogestão e efeitos da pesquisa-intervenção-formação

Por tratar-se de uma pesquisa multicêntrica e com a inclusão de diversas instituições como universidades, secretarias municipais de saúde, redes de atenção e sujeitos em diferentes posições como pesquisadores, gestores e alunos, o planejamento e a gestão da pesquisa foram desenvolvidos de forma participativa, com a criação de espaços coletivos de cogestão, análise, pactuação e produção textual. A inclusão de representantes institucionais abre a oportunidade para que os atores possam discutir e buscar o consenso na definição dos temas e questões a serem pesquisadas, os meios de comunicação dos resultados parciais produzidos, além de permitir reunir um grande número de envolvidos na discussão dos elementos fundamentais e tomadas de decisões compartilhadas ao longo do processo de pesquisa.

Uma pesquisa desse tipo, com caráter participativo e inclusivo, tem um grande potencial de criar ao longo do processo de produção de conhecimentos espaços de escuta, de diálogo e de interação com os envolvidos para que eles possam, de fato, colaborar, apoiar, legitimar o processo empreendido e, sobretudo, utilizar os resultados intermediários ou parciais para tomar decisões que busquem enfrentar os problemas identificados. A realidade permanece atual nas emergências sanitárias atuais, na alta carga de doenças e no dever de novas emergências.

Outro resultado fundamental foi considerar a indissociabilidade entre ensino e pesquisa, entre saber e fazer, apostando no processo de produção da pesquisa com monitoramento e avaliação durante toda sua execução, mas acima de tudo, na formação em saúde com sentido humano e democrático. Na clínica ampliada, compartilhada, do sujeito em articulação com diretrizes da saúde coletiva. Aliadas às diretrizes para organização das redes de atenção, existe a ênfase neste estudo de que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Aposta-se na Atenção Primária à Saúde com capacidade de resolver problemas, onde as intervenções no território são de grande complexidade. Ainda, e se acrescentamos que grande parte da população vive em situação de vulnerabilidade, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossa escola médica deve formar profissional competente para intervir

nessa realidade. Em medicina e na formação da saúde, a combinação da teoria e prática voltadas para o campo da Saúde Coletiva precisam ser desenvolvidas precocemente, além de que o próprio ensino da Clínica necessita de novos cenários, apostando na rede integrada de saúde.

Partir da constituição de uma atenção primária como pilar das redes de atenção que necessita ser fortalecida para respostas nas emergências sanitárias, significa que o aluno seria ensinado a fazer uma abordagem ampliada e singular de cada caso, o que qualificaria a formação teórica sobre diretrizes diversas. Entrar em contato com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e em rede, de fazer acompanhamento longitudinal possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão. Isso implica também reconhecer que os problemas que o SUS deve resolver são problemas também para as Escolas Médicas e se não valorizarmos a integração ensino-serviço-comunidade, não formaremos médicos com competências e habilidades para o exercício dessa função essencial ao sistema e à saúde dos brasileiros.

5. Conclusão

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde é fundamental, de maneira a traduzir em modos de funcionar das equipes e redes de atenção o acesso, vínculo terapêutico e responsabilização, coordenação do cuidado, a busca da integralidade, orientação familiar e comunitária em estratégias de educação em saúde, combate ao racismo, preconceito e misoginia, fortalecimento do trabalho em equipe e da intersectorialidade. Necessária a recomposição orçamentária e financeira integrando financiamento, gestão e planejamento para enfrentar a fragmentação e pequena integração do sistema, incluindo a informatização como ferramenta necessária. A acessibilidade e ambiência precisam de forte investimento em estruturas mais acolhedoras e que garantam a execução das atividades diversificadas.

Percebe-se nesta pesquisa a necessidade de respostas coordenadas aos perigos sociais, políticos, ambientais reais, bem como que através das experiências e princípios do SUS temos toda condição de influenciar criticamente as respostas globais e nacionais à Pandemia da covid-19 e outras emergências em saúde, articulando o devir e a prevenção para além da prontidão. A atenção primária articulada em rede e através de diretrizes e modos de funcionar como gestão do acesso, acolhimento e avaliação de vulnerabilidade, vínculo terapêutico, atenção singular, coordenação do cuidado, apoio especializado matricial entre outros é a tradução dos princípios e diretrizes do SUS em modos de funcionar no cuidado de todas e todos com equidade e integralidade. De maneira horizontal, por meio da atenção primária, demonstram-se como essenciais para o cuidado das complexas demandas e subjetividades diante da carga de doenças e, fundamentalmente, a partir da emergência sanitária com a Pandemia da covid-19.

Espera-se que o estudo possibilite a ampliação da capacidade reflexiva e de compreensão sobre a realidade, contribuindo para a formação de sujeitos ativos e críticos e incentivando a busca de estratégias para enfrentamento de conflitos e dificuldades. Ouvindo profissionais e usuários em um SUS real, com sujeitos reais e utilizando a práxis como orientação teórico-política, a ideia é que o estudo colabore para apreender os fatores que contribuem para um cuidado integral à saúde, identificando ao mesmo tempo a particularidade de cada contexto. Também é esperado que a pesquisa colabore para identificar os obstáculos e potenciais estratégias voltadas ao enfrentamento das iniquidades e à promoção do controle social e do exercício da democracia, de modo a fortalecer o Sistema Único de Saúde no seu carácter público e universal. Assim, pretende-se contribuir para a produção científica por meio do material de divulgação dos resultados da investigação, tanto por mídia científica, quanto por comunicação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>

Campos, G. W. S. (2003). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paideia e reformulação do trabalho em saúde. In G. W. S. Campos, *Saúde Paideia* (pp. xx-xx). Hucitec.

Cedro, M. (2011). Pesquisa social e fontes orais: Particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo. *Revista Perspectivas Sociais*, 1(1), 125–135. <https://doi.org/10.15210/rps.v0i1.2341>

Coêlho, B. P., & Couto, G. A. (2009). O modelo de atenção e gestão em Recife: A dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, (44), 113–122.

Coêlho, B. P. (2012). O Modelo Recife em Defesa da Vida e a aposta na Atenção Básica à Saúde como estratégia de organização da rede de saúde: Política, subjetividade e invenção de práticas. *Divulgação em Saúde para Debate*, (47), 39–45.

Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

Minayo, M. C. de S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (Orgs.). (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais*. Fiocruz.

Minayo, M. C. de S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (2005). Métodos, técnicas e relações em triangulação. In M. C. de S. Minayo, S. G. Assis, & E. R. Souza (Orgs.), *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais* (pp. 71–103). Fiocruz.

Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (11. ed.). Hucitec.

Santos, M. (2002). O lugar e o cotidiano. In *A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção* (pp. 212–224). EDUSP.

Financiamento: Apoio à Pesquisa Edital PESUS 2022, APQ-0725-4.06/22- Estudos e pesquisas para políticas públicas estaduais Programa Pesquisa para o SUS/SES/FACEPE.

Agradecimento à Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.