



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Diana Andreza Rebouças Almeida

Cuidados em saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: estratégias e desafios a partir das narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Amazonas

Manaus

2022

Diana Andreza Rebouças Almeida

Cuidados em saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: estratégias e desafios a partir das narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Amazonas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sônia Maria Lemos

Manaus
2022

A447c Almeida, Diana Andreza Rebouças
2022 Cuidados em saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: estratégias e desafios a partir das narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Amazonas/
Diana Andreza Rebouças Almeida . – Manaus (AM) : [s.n.], 2022.
173 f.: color., 30 cm.

Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2022.

Orientador: Sônia Maria Lemos

1. Pandemia de Covid-19 2. Atenção Básica à Saúde 3. Cuidado em Saúde. 4. Trabalhadoras/Trabalhadores da Saúde – Iranduba. I. Lemos, Sônia Maria (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título.

CDU 1997 - 614(811.3)(043.3)

Elaborado pela Bibliotecária Diná Oliveira CRB11/1019

Diana Andreza Rebouças Almeida

Cuidados em saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: estratégias e desafios a partir das narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Amazonas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas, para exame de qualificação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 22 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Sônia Maria Lemos
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Prof.^a Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Leônidas e Maria Deane

Manaus

2022

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação as/aos milhares de
trabalhadoras e trabalhadores da saúde que
tiveram as suas vidas interrompidas pela
Covid-19.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me protege, fortalece e sempre cuidou de mim, tendo sido, nesses tempos do mestrado, fonte de presença viva e trabalho em ato na minha vida.

O ciclo do mestrado, que se iniciou em 2020, com o ingresso no processo seletivo e com um grande desejo de cursar um Mestrado em Saúde Coletiva em uma universidade pública. Finda-se agora... Vivi momentos intensos: acadêmico, profissional e pessoal... Passei por transformações e processos de amadurecimento. É por isso que agradeço, a mim! Agradecer-me importa, porque passei parte desta trajetória lutando contra mim e contra as minhas dores. Sou uma pessoa comprometida com aquilo me proponho a fazer, e eu exigi de mim mesma, de forma muito dura, cobre-me mais do que devia. Eu adoeci, porém nunca pensei em desistir! Encontrei uma força interna que me fez ser uma pessoa melhor comigo: e consegui! Cheguei até aqui... Mas não cheguei sozinha. Fácil, não foi – mas quem disse que seria?

Ao meu filho, João Lucas Estácio, que me fez – e me faz – mãe... Com quem a maternidade é cheia de trocas, invenções-reinvenções, aprendizados, conflitos, medos, aventuras, conversas intermináveis, dedicação e, principalmente, muito amor... Que muitas vezes me questionou quando eu acabaria o mestrado. Mas que entendia a minha presença-ausência... Com sua forma irreverente, intensa e argumentativa de ser, instiga-me a dar o meu MELHOR, sempre!

Ao meu companheiro, André Estácio, com quem divido a vida, com quem aprendi o gosto pela pesquisa, que me incentivou a fazer o mestrado, que fez leituras atenciosas dos meus textos, e que me dizia sempre: “pense que você também escreve para a/o outra/outro”. E assim, foi me mostrando o mundo da escrita acadêmica e outros mundos.

Às minhas ancestrais, especialmente minha avó materna Maria Moreira Rebouças (*in memoriam*) e minha mãe Francisca das Chagas Almeida (Tica Moreira), mulheres fortes e destemidas que, com suas histórias de vida, contribuíram para que hoje eu estivesse aqui, contando essas histórias, realizando e construindo os percursos que elas iniciaram lá atrás... Obrigada por tanto... Tanto amor, apoio, dedicação, investimento, confiança... Eu sou porque vocês foram antes de mim.

Ao meu pai Francisco Almeida (Chico do Peto), meus sobrinhos Daniel e Felipe, as/aos minhas/meus tias/tios e toda a minha amada família, por tudo aquilo fizeram e fazem por mim, e por respeitarem as minhas escolhas. Amo muito vocês!

Às minhas irmãs, Danielle (Neném) e Paulinha, com quem, com nossas diferenças, semelhanças, conflitos, amor, cuidado e afetos... construí uma irmandade sólida, que me fortalece, acolhe, escuta, cresce... e que foram e são fundamentais para os meus dias e para a minha trajetória e que são presença, mesmo na ausência física, visto que um imenso rio e cerca 2.385,44 km, nos separam há exatos dezessete anos.

À minha família amazonense, Edna Neves e Frank Guimarães, que dividem comigo os dias, as alegrias e alguns perrengues... Gratidão a Deus e a Celi, pelo nosso encontro.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Sônia Maria Lemos, pelos ensinamentos, pela partilha, confiança, e por dividir comigo a construção desta dissertação, as disciplinas teóricas, o estágio docente, a pesquisa no LAHPSA-ILMD/FIOCRUZ: a você, o meu agradecimento.

Ao Prof. Dr. Júlio César Schweickardt, agradeço a oportunidade e o conhecimento adquirido, a acolhida afetuosa e o aceite em participar das minhas bancas: muito obrigada por tudo! Estendo o agradecimento ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA-ILMD/FIOCRUZ), pelas partilhas na construção dessa pesquisa.

À Prof.^a Dra. Socorro Moraes Nina, docente desta universidade e, também, trabalhadora do SUS, forte e aguerrida, com quem tive o prazer de aprender e de compartilhar momentos na luta e na construção de um SUS universal e de qualidade para todas e todos. Agradeço por aceitar compartilhar comigo esse momento tão importante.

Às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS, interlocutoras/interlocutores desta pesquisa, por toda a troca de saberes e conhecimentos, pelas inspirações, especialmente pela confiança de dividir tantas dores, mas também tanta potência-experiência de cuidados, em um contexto tão adverso e insólito. Que novos ventos soprem a favor do SUS (trabalhadoras/trabalhadores, gestoras/gestores, usuárias/usuários...), nos próximos dias.

À Universidade do Estado do Amazonas, à Escola Superior de Ciências da Saúde e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela oportunidade de cursar este mestrado, fruto de um compromisso coletivo das/dos docentes. Por toda a estrutura disponibilizada, pela troca, apoio e aprendizados com as professoras e os professores do PPGSC, bem como aos colegas discentes da primeira turma do PPGSC, formada por assistente social, psicólogas, enfermeiras, odontóloga, educadora física, fisioterapeuta, bióloga e médicos. Essa diversidade nos proporcionava constantes trocas de saberes e conhecimentos. Obrigada, minhas/meus colegas, a caminhada na companhia de vocês foi mais leve, divertida e prazerosa.

À gestora e aos gestores do SUS das unidades onde atuo, Alzira Picanço, Cesar de Carvalho e Carlos Henrique Barroso, que participam e lutam por um SUS de qualidade e universal, e que foram fundamentais no meu processo de liberação para cursar o Mestrado

Acadêmico em Saúde Coletiva. Obrigada por acreditarem na educação permanente no SUS e por acreditarem no meu trabalho. Agradeço, também, à SEMSA/Manaus, pela liberação no último ano do mestrado.

A todos os meus amigos, amigas, amigos, tantas gentes, em tantos lugares em que estive, que me permitiram tantas trocas, doações, escutas, abraços, afetos, aprendizados... A quem, em nome de tantos outros, agradeço a Flúvia, Deury, Martinha, Lucy Jane, Celi, Maria Eugênia, Milena, Taciana, Luciana, Dani Segadilha, e July (*in memoriam*), que cruzaram o meu caminho, que direta e indiretamente me apoiaram.

Aos presentes que o mestrado me permitiu conhecer: João Lucas, Diná, Maria Alice e Ilena. Sem vocês, teria sido bem mais difícil. Gratidão pela escuta, pelos aprendizados, pela ajuda na coleta de dados e nas conexões com o campo, pelas leituras.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo financiamento do projeto de pesquisa ‘Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas’ no âmbito do PCTI-EMERGESAÚDE/AM – Chamada II - Áreas Prioritárias/Edital nº 006/2020, do qual, no âmbito do Mestrado, faz parte a minha pesquisa.

*Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo. E examinai, sobretudo, o que parece
habitual. Suplicamos expressamente: não
aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta, de
confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer
impossível de mudar.*

Bertold Breche

RESUMO

ALMEIDA, Diana Andreza Rebouças. Cuidados em saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: estratégias e desafios a partir das narrativas das trabalhadoras e dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde em um município do interior do Amazonas. 2022. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2022.

No ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde, em razão da ocorrência e gravidade da Covid-19, decretou o Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, e a reconheceu enquanto Pandemia em 11 de março de 2020, fato ratificado pelo governo brasileiro e do Estado do Amazonas, semanas mais tarde. O presente estudo assume o propósito de compreender como se deu o processo de cuidado em saúde desenvolvido na Atenção Básica à Saúde do município de Iranduba - Estado do Amazonas - durante a Pandemia de Covid-19, a partir da perspectiva das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na área. Teoricamente, a pesquisa se fundamenta em Santos, Birmam, Franco e Cecílio, Machado, Pereira e Freitas, Giovanella, Merhy, Schweickardt e Werneck. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza colaborativa, do tipo documental e campo. A pesquisa documental foi realizada no Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde, no Sistema e-Gestor AB, e-SUS, nos sítios eletrônicos da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto, da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas e da Prefeitura Municipal de Iranduba, dentre outros. A pesquisa de campo foi realizada no território da Atenção Básica à Saúde de Iranduba. As/Os interlocutoras/interlocutores da pesquisa são as/os trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica que integram-integraram as equipes urbana, rural e ribeirinha, vinculados aos seguintes Distritos de Saúde: Urbano, Rio Negro e Rio Solimões. Para a coleta de dados foram realizadas, entre os meses de abril a setembro de 2022, duas oficinas com a utilização do método de Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos e vinte e nove entrevistas semiestruturadas direcionadas por um roteiro. Todas as entrevistas e as oficinas foram gravadas e transcritas. Os dados obtidos foram categorizados e sistematizados a partir da análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2016), Minayo (2008), com o auxílio do Programa para Análise de Dados Qualitativos (NVIVO) versão 12 – Plus, com a definição das seguintes categorias: a) Estratégias utilizadas para a reorganização do processo de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS e b) Desafios para a realização dos processos de cuidados em saúde: dificuldades para a integralidade do cuidado na ABS. A pesquisa evidenciou que as/os trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, tiveram que (re)organizar os processos de trabalho para enfrentar a pandemia de Covid-19. Com relação aos processos de trabalho da Atenção Básica à Saúde de Iranduba, identificamos que eles foram significativos e relevantes para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, uma vez que contribuíram para minimizar-atenuar os graves efeitos da crise sanitária na região.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19. Atenção Básica à Saúde. Cuidado em Saúde. Trabalhadoras/Trabalhadores da Saúde. Iranduba.

ABSTRACT

ALMEIDA, Diana Andreza Rebouças. Health care in the context of the Covid-19 Pandemic: strategies and challenges based on the narratives of Primary Health Care workers in a municipality in the interior of Amazonas. 2022. 174 f. Dissertation (Master in Collective Health) - Amazonas State University, Manaus, 2022.

In 2020, the World Health Organization, due to the occurrence and severity of Covid-19, declared a State of Public Health Emergency of International Importance, and recognized it as Pandemic on March 11, 2020, a fact ratified by the Brazilian government and the state of Amazonas weeks later. The present study assumes the purpose of understanding how the process of health care developed in Primary Health Care in the municipality of Iranduba - State of Amazonas - during the Covid-19 Pandemic took place, from the perspective of the workers who worked in the area. Theoretically, the research is based on Santos, Birmam, Franco and Cecílio, Machado, Pereira and Freitas, Giovanella, Merhy, Schweickardt and Werneck. As for methodology, this is a qualitative research of a collaborative nature, of the documentary and field type. The documentary research was carried out in the Information Department of the Unified Health System, in the e-Gestor AB System, e-SUS, in the electronic sites of the Health Surveillance Foundation of Amazonas - Dr. Rosemary Costa Pinto, of the State Health Secretariat of Amazonas and of the City Hall of Iranduba, among others. The field research was carried out in the Primary Health Care territory of Iranduba. The interlocutors of the research are the Primary Care workers who integrate the urban, rural and riverine teams, linked to the following Health Districts: Urban, Rio Negro and Rio Solimões. For data collection, two workshops using the Goal Oriented Project Planning method and twenty-nine semi-structured interviews guided by a script were carried out between April and September 2022. All interviews and workshops were recorded and transcribed. The data obtained were categorized and systematized based on the thematic content analysis proposed by Bardin (2016), Minayo (2008), with the help of the Program for Qualitative Data Analysis (NVIVO) version 12 - Plus, with the definition of the following categories: a) Strategies used for the reorganization of the work process in the context of the Covid-19 pandemic in the ABS and b) Challenges to the implementation of health care processes: difficulties for comprehensive care in the ABS. The research showed that primary health care workers had to (re)organize their work processes to face the Covid-19 pandemic. Regarding the work processes of Primary Health Care in Iranduba, we identified that they were significant and relevant to the confrontation of the Covid-19 pandemic, since they contributed to minimize-attenuate the serious effects of the health crisis in the region.

Keywords: Pandemic Covid-19. Primary Health Care. Health Care. Health Workers. Iranduba.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Imagem de satélite da área do município de Iranduba	81
Figura 2 - Associação de Palavras Significativas (Enunciações – Entrevistas e Oficinas)....	87
Figura 3 - Nuvem de Palavras	88
Figura 4 - Implantação do Protocolo de Imunização em Iranduba	104
Figura 5 - Oficina	120
Gráfico 1 - Casos confirmados de Covid-19 no interior do Amazonas.....	85
Gráfico 2 - Vidas perdidas por Covid-19 no interior do Amazonas.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional dos Equipamentos de Saúde
COE-AM	Centro de Operações de Emergência para o Enfrentamento da Covid-19
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sus
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS/APS	Sistema de Informação da APS
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
FVSRCP/AM	Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LAHPSA	Laboratório de História, Políticas e Saúde na Amazônia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica Programa
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família

RAS	Rede de Atenção em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SR	Síndrome Respiratória
SRAG	Síndrome Respiratória aguda Grave
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	15
1	OBJETIVOS.....	21
1.1	Geral.....	21
1.2	Específicos.....	21
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
3	A PANDEMIA DE COVID-19 ENQUANTO FENÔMENO COMPLEXO E MULTIDIMENSIONAL: REFLEXÕES PARA UM DEBATE.....	31
3.1	Contextualização, marcos histórico-legais e recomendações.....	31
3.2	Dimensões sanitárias da pandemia de Covid-19.....	35
3.3	Dimensões: política, científicas, econômico-sociais e ecoambientais.....	41
4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: RETROCESSOS E POTENCIALIDADES EM TEMPOS DE CRISE E O SUS COMO TRINCHEIRA DA PANDEMIA DE COVID-19.....	53
4.1	História, concepções e desafios do sistema público de saúde brasileiro.....	53
4.2	Atenção Básica à Saúde e suas práticas de cuidado no contexto da pandemia de Covid-19.....	63
4.2.1	Notas sobre o conceito de cuidado em saúde.....	63
4.2.2	Práticas de cuidado da Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19.....	66
5	FOI EM IRANDUBA, NOS FIXOS E NOS FLUXOS: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	81
5.1	O município de Iranduba: sua rede de atenção à saúde e a pandemia de Covid-19.....	81
5.2	Resultados do campo empírico.....	86
5.3	Estratégias utilizadas para reorganização do processo de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS.....	91
5.3.1	Mudanças e operacionalização dos fluxos de atendimentos e dos processos de trabalho na UBS.....	91
5.3.2	Cuidados, promoção e educação em saúde no território.....	104
5.4	Desafios para a realização dos processos de cuidados em saúde.....	119
5.4.1	Desafios para integralidade do cuidado na ABS de Iranduba durante a pandemia de Covid-19.....	120

5.4.2	Vulnerabilidades e saúde: vivências, experiências e sentidos de ser trabalhadora/trabalhador da ABS durante a pandemia de Covid-19	128
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
	REFERÊNCIAS	146
	ANEXO A – Fotos das ações de combate e prevenção a Covid-19 em Irlanduba.....	163
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	166
	ANEXO C – Roteiro das oficinas.....	168
	ANEXO D – Roteiro de entrevistas	171

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 foi anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, tendo sido afirmada a sua ocorrência em todos os continentes. No Brasil, mais especificamente, em resposta às orientações da OMS, o Ministério da Saúde (MS) declarou o Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)¹ e publicou a Portaria nº 356/2020, a qual dispôs a respeito das medidas para o enfrentamento da doença, ocasionada pelo coronavírus (Sars-CoV-2). Cinco dias após o anúncio do órgão, o governo do Amazonas, por meio do Decreto nº 42.061/2020, definiu a situação de Emergência na Saúde Pública no estado em virtude da disseminação do vírus, instituindo o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate à Covid-19.

É frente à situação pandêmica no Brasil e no Amazonas que o presente estudo propõe, enquanto temática central, compreender o processo de cuidado em saúde desenvolvido na Atenção Básica à Saúde (ABS) do município de Iranduba-AM durante a pandemia de Covid-19, a partir da perspectiva das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuam/atuaram durante o processo, compondo as equipes da ABS.

Partimos da compreensão de que a ausência de uma Política Nacional de Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 com diretrizes bem definidas, as contradições de informações indicadas por diversos órgãos do governo federal, e as dificuldades na execução das orientações baseadas em evidências científicas e dados epidemiológicos, dificultaram, significativamente, o enfrentamento da presente e persistente pandemia no Brasil. Tal compreensão vai ao encontro das afirmações de Santos (2020) e Trindade (2020), que reiteram que a deflagração da pandemia de Covid-19 em nosso país fez com que vivenciássemos uma grave crise sanitária, social, humanitária, econômica, ética e política, que impactou e ainda tem impactado, diretamente, as condições objetivas e subjetivas da vida das pessoas e a organização da sociedade brasileira.

Mesmo diante de um conjunto de leis, decretos e portarias de combate à Covid-19, o governo brasileiro demonstrou ineficiência em gerenciar a crise sanitária de forma integrada e federativa, ou seja, em conjunto com os estados e municípios (VIEIRA; SERVO, 2020). A essa problemática, acrescenta-se a negligência ou a omissão de segmentos do poder público, a persistência da disseminação de discursos negacionistas de homens e mulheres públicos que têm a obrigação e o dever de proteger a população, mas que optaram pela anticiência, pelo

¹ O status de Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional é o nível mais elevado de alerta da OMS e é reservado para questões que exigem uma resposta internacional coordenada.

patrocínio de tratamentos sabidamente ineficazes (uso da cloroquina e da hidroxicloroquina, por exemplo), pela promoção da desinformação, pela manipulação ou não divulgação de dados, pelo desencorajamento ao uso de máscaras e ao distanciamento social, por deixar testes mofarem nos portos, e até por recusar ofertas de vacinas (MACHADO, 2021; ESTÁCIO, 2021).

O Brasil possui uma enorme dimensão territorial e uma população superior a 210 milhões de homens e mulheres, o que favoreceu para que a crise sanitária aprofundasse o cenário de desigualdades sociais e demográficas já existentes² (WERNECK; CARVALHO, 2020). Atualmente, uma grande parcela da população brasileira vive em contextos de vulnerabilidade social, insegurança alimentar, condições precárias de habitação, sem acesso constante à água, ao emprego (com a crescente precarização das condições de trabalho), fatos que se acentuam em momentos de crise, em especial quando associadas às desigualdades estruturais enfrentadas pelo país nos tempos anteriores à pandemia de Covid-19.

A pandemia de Covid-19 também contribuiu para se (re)colocar a discussão do recente processo de fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em virtude de ações de subfinanciamento sistemático potencializadas pela Emenda Constitucional nº 95/2016. Esta Emenda à Carta Magna de 1988 limitou os gastos públicos em políticas sociais, em especial com educação e saúde, propiciando um esvaziamento e um sucateamento dessas áreas, visto que impôs um novo regime fiscal com duração prevista de 20 anos, aprofundando a crise econômica vivida pelo Brasil e incorporando, na Constituição Federal, que até 2036 sejam desconsideradas tanto as taxas de crescimento econômico quanto as demográficas (MARIANO, 2017).

No entanto, mesmo diante todos esses retrocessos, foi – e é – fundamental a centralidade do SUS no combate à pandemia de Covid-19, o que o ratifica enquanto política pública potente, com seus diversos campos e redes de atuação, fato que tem colocado o país novamente como exemplo mundial de vacinação em massa, mesmo diante de políticas e ações que insistiram no negacionismo³ e na anticiência.

² A pandemia de Covid-19 chega no mundo e em particular no Brasil no momento de redução da nossa capacidade de resposta estatal, dada a fragilidade fiscal do nosso país e de uma economia que dava passos muito lentos e muito graduais de recuperação, mas com ainda aprofundamento da pobreza e da desigualdade. Isso é uma consequência, quase uma lei que nós vivemos quando temos crises econômicas: os setores mais pobres da sociedade são os que mais sofrem. E sentem de forma mais imediata e rápida e são os que levam mais tempo para se recuperar desse processo. A pandemia escancarou, mais uma vez, o péssimo quadro da desigualdade social e econômica do país (CEE; FIOCRUZ, 2021).

³ O termo negacionismo, tal como o entendemos hoje, começou a ser utilizado pelo historiador francês Henry Rousso (1990) ao se referir àqueles que negavam o holocausto promovido pela Alemanha nazista na Segunda Guerra Mundial.

Diante dos efeitos heterogêneos e diversificados que a crise sanitária da Covid-19 trouxe para as vidas das pessoas, pesquisadoras e pesquisadores tiveram um papel preponderante e continuam dedicados na realização de estudos relativos ao coronavírus (Sars-CoV-2), à pandemia e às suas consequências, sejam elas sobre as mutações do vírus ou mesmo relativas a medicações, vacinas, ações do poder público no combate à Covid-19, impactos sociais na vida e na saúde das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na linha de frente da pandemia, e a outros temas, visto a pluralidade de situações que o processo pandêmico ainda em curso continua a acarretar.

Tais ações são importantes uma vez que a pandemia de Covid-19 complexificou a realidade vivenciada pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS, impondo, a eles e aos serviços, diversas mudanças nos processos de trabalhos e nos cuidados em saúde, tanto em relação ao autocuidado quanto aos cuidados com as/os usuárias/usuários e familiares, bem como à incorporação de novas formas de organização dos processos e fluxos de trabalho. Isso conduziu a diversas medidas sanitárias de enfrentamento em suas rotinas de vida e de trabalho, tais como: a vacinação; o distanciamento social; o uso correto de máscaras e equipamentos de proteção individual; a higienização e a desinfecção de superfícies e objetos; a higiene pessoal – principalmente a lavagem frequente das mãos com água e sabão ou o uso de álcool em gel a 70% – medidas que deveriam/devem ser implementadas de forma conjunta e conforme as características de cada local ou ambiente, sempre fundamentadas na ciência e na perspectiva de cuidados individuais e coletivos.

Nesse sentido, diante das recomendações e das orientações acerca da prevenção da Covid-19, considerando a história sociopolítica brasileira de pouco acesso à informação de qualidade, bem como partindo da identificação da falta de uma política nacional de enfrentamento à pandemia, apresentamos as seguintes questões: como se estrutura a Rede de Atenção Básica do município de Iranduba? Como e quais estratégias foram e são utilizadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores para o desenvolvimento dos processos de cuidado na ABS? Que desafios a pandemia causou no processo de trabalho e nas práticas de cuidado em saúde das/dos trabalhadoras/trabalhadores no contexto da Atenção Básica, no município de Iranduba?

É partindo de tais indagações que se propõe, neste estudo, compreender como se deu o processo de cuidado em saúde desenvolvido no município de Iranduba-AM durante a pandemia de Covid-19, a partir da perspectiva de suas/seus trabalhadoras/trabalhadores. O estudo faz-se necessário, uma vez que a realização de pesquisas a respeito das práticas sociais de cuidados à saúde vivenciadas e experienciadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica

à Saúde no contexto pandêmico são importantes para o entendimento e a análise dos impactos de crises sanitárias, com destaque para as particularidades da sociedade brasileira.

Outro aspecto importante quanto à relevância em se estudar e pesquisar a Atenção Básica à Saúde, está no seu reconhecimento como um serviço potente para a atuação do Sistema Único de Saúde, além de ser voltado para a redução das iniquidades e propulsor de melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida das/dos usuárias/usuários do SUS (EL KADRI; *et al.*, 2019).

Importante ressaltarmos, ainda, que, a partir de um levantamento bibliográfico preliminar realizado nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na National Library of Medicine – National Center for Biotechnology Information (PubMed), identificamos que existem estudos que visibilizam o papel da ABS no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Entretanto, ainda são escassas as discussões a respeito das estratégias e dos desafios na produção de cuidado em saúde a partir da perspectiva das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na linha de frente da pandemia, especialmente com abordagens qualitativas e com investigação voltadas para as questões de municípios do interior do Amazonas.

Dessa forma, fortalecer a Atenção Básica à Saúde significa uma possibilidade de redução das desigualdades sociais e regionais para que se possa (re)afirmar a luta por um sistema público de saúde mais justo e equânime para todos os brasileiros e brasileiras. É nessa direção que, ao analisar os serviços de ABS, Giovanella *et al.* (2020) destaca que, por meio de suas/seus trabalhadoras/trabalhadores, eles estiveram no centro estratégico do combate à pandemia de Covid-19 no Brasil. Foi pelo fato de, a despeito de todas as dificuldades, a Atenção Básica à Saúde continuar sendo um dos espaços onde a população mais vulnerável recebe os cuidados essenciais de saúde, que, nos municípios onde existia uma maior cobertura e investimentos na ABS, foram registradas incidências e desfechos dos casos de Covid-19 com melhores índices e resultados de combate e recuperação (SOUZA *et al.*, 2021).

De acordo com dados de pesquisas realizadas no Cadastro Nacional dos Equipamentos de Saúde (CNES)/DATASUS, a maioria dos serviços de saúde ofertados no interior do Amazonas são de natureza pública, fazendo com que o SUS seja a principal forma de acesso aos cuidados em serviços de saúde que a população de municípios amazonenses teve e tem. Por essa razão, faz-se necessário repensar o futuro – e a atuação – da ABS de forma integrada enquanto uma importante política pública de inclusão social, uma vez que ela é a principal ‘porta de entrada’ da população para o Sistema Único de Saúde.

Visibilizar os processos de produção de cuidado em saúde em contextos amazônicos, com sua sociodiversidade e seus territórios tradicionais, onde vivem populações ribeirinhas, rurais indígenas, quilombolas, com seus fluxos e modos de vida orientados pelos fluxos das águas e outros, é de extrema relevância. Compreendemos que este movimento de investigação deve levar em consideração os aspectos regionais, culturais e os modos de vida existentes, com o intuito de contribuir com a melhoria de vida e condições de saúde das populações amazônicas.

Uma das motivações que nos levaram a estudar o referido tema é a nossa vivência e atuação diária enquanto trabalhadora da saúde atuando na Atenção Básica no município de Manaus, onde nos deparamos, cotidianamente, com inquietações, angústias e obstáculos, os quais foram potencializados no contexto da pandemia de Covid-19. Acreditamos, assim, que a presente pesquisa poderá contribuir para a reflexão sobre as práticas de cuidados na atenção básica e também para elucidar as particularidades dos processos de trabalho em um contexto complexo, ao mesmo tempo singular e plural, que experienciamos, diariamente, a partir da nossa vivência no território da Atenção Básica.

É por isso que esta proposta de pesquisa tem como objetivo central compreender como se deu o processo de cuidado em saúde desenvolvido na ABS do município de Iranduba-AM, durante a pandemia de Covid-19, a partir da perspectiva das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram nas equipes de combate à doença. Pretende-se, assim, descrever a Rede de Atenção à Saúde no município de Iranduba, mas também: identificar as estratégias narradas por estas/estes trabalhadoras/trabalhadores da saúde para o desenvolvimento do processo de cuidado na ABS no período estudado e analisar os desafios vivenciados no processo de trabalho e nas práticas cotidianas de cuidados na ABS no município de Iranduba durante a pandemia de Covid-19.

É importante destacarmos que esta pesquisa faz parte da construção de uma pesquisa mais abrangente denominada de ‘Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica à Saúde no estado do Amazonas’⁴, que se propõe a analisar as transformações sociais causadas pela pandemia na população em áreas de abrangência da Atenção Básica à Saúde no Estado do Amazonas.

Os achados desta pesquisa estão sistematizados na presente dissertação da seguinte forma: no *Segundo Capítulo*, apresentamos o objetivo geral e os objetivos específicos que conduziram a realização deste estudo. O *Terceiro Capítulo* contempla os caminhos

⁴ Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e coordenada pelo Prof. Dr. Júlio César Schweickardt.

metodológicos percorridos para construção do conhecimento, especificando a natureza da pesquisa, o município de Iranduba-AM como cenário deste estudo, as/os participantes-interlocutoras/interlocutores que contribuíram com a pesquisa, as técnicas e instrumentos utilizados para coleta de dados, os procedimentos adotados para análise das informações produzidas e as considerações éticas que fundamentaram nossa caminhada.

No *Quarto Capítulo*, trazemos o referencial teórico a partir de uma reflexão histórico-conceitual da pandemia de Covid-19, enquanto fenômeno complexo e multidimensional, a partir da apresentação e discussão dos principais marcos históricos-legais e normativos, com a focalização das dimensões sanitárias, científicas, políticas, econômicas, sociais e ecoambientais da pandemia de Covid-19, as quais embasaram este trabalho. O *Quinto Capítulo* versa a respeito do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica, no qual realizamos uma discussão acerca da história, concepções e desafios do SUS, de maneira a compreender determinados marcos significativos, retrocessos e potencialidades que contribuíram, direta ou indiretamente, para o entendimento do Sistema Único de Saúde, enquanto ‘trincheira’ na pandemia de Covid-19. Nele, abordamos ainda, a Atenção Básica à Saúde, destacando sua importância e as suas conexões no cotidiano do SUS, bem como as suas práticas de produção do cuidado em saúde e processos de trabalho nos territórios no contexto da pandemia de Covid-19, com destaque para as conceituações de cuidado em saúde, enquanto categorias de análise.

No *Quinto Capítulo*, nos dedicamos aos resultados e discussões que foram produzidas a partir de diferentes estratégias de pesquisas documentais e coleta de dados no trabalho de campo. As informações foram organizadas em duas seções de análise. A primeira se refere a uma exposição de informações referentes ao município de Iranduba, com uma descrição de sua Rede de Atenção à Saúde e informações do cenário epidemiológico da pandemia no município. A segunda seção, denominada de ‘Estratégias utilizadas para reorganização do Processo de Trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS’, é assim composta: ‘Mudanças e Operacionalização dos fluxos de atendimentos e dos processos de trabalho na UBS’ (serviços já existentes na UBS, usuárias/usuários com sintomas de Covid-19 e vacinação para Covid-19); ‘Cuidados, promoção e educação em saúde no território’, e ‘Desafios para realização dos processos de cuidados em saúde’. Esta última, é formada pelas ‘Dificuldades para integralidade do cuidado na ABS’ e ‘vulnerabilidades e saúde’: vivências, experiências, sentidos de ser trabalhador da ABS na pandemia de Covid-19. Por fim, encerramos tecendo considerações provisórias e inconclusas acerca das principais informações produzidas pela pesquisa, destacando os aprendizados e realizando apontamentos para estudos futuros que visem ampliar a discussão.

1 OBJETIVOS

1.1 Geral

Compreender o processo de cuidado em saúde desenvolvido na Atenção Básica à Saúde (ABS) do município de Iranduba-AM durante a pandemia de Covid-19, segundo a perspectiva de trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na área.

1.2 Específicos

- Descrever a Rede de Atenção à Saúde do município de Iranduba (AM);
- Identificar ações e estratégias narradas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde para o desenvolvimento do processo de cuidado na ABS do município de Iranduba (AM) durante a pandemia de Covid-19;
- Analisar os desafios vivenciados no processo de trabalho e nas práticas cotidianas de cuidados na ABS do município de Iranduba (AM) durante a pandemia de Covid-19, a partir da perspectiva de trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na área.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

No presente estudo, partimos da compreensão de que não existe pesquisa desinteressada ou mesmo neutra, pois o pesquisador é sempre “um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras” (MERHY, 2004, p. 20).

Assim, nosso objeto investigativo demanda uma pesquisa de natureza qualitativa e colaborativa que oportuniza irmos ao encontro das/dos interlocutoras/interlocutores do estudo para escutá-los. Minayo (2000, p. 22) estabelece que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Para a sua realização, fizemos a opção pelo materialismo histórico e dialético que está presente em nossos estudos e pesquisas desde a formação inicial em Serviço Social. Por meio dele, assumimos o posicionamento da não neutralidade histórica e social, nele incluídos os processos de cuidados em saúde, também permeados e atravessados pelas historicidades e pelas não uniformidades, em contínuos movimentos e contradições presentes nas ações humanas.

Dessa forma, o fenômeno foi estudado de modo que nos possibilitou a compreensão das relações historicamente situadas, mas também das suas sucessivas contradições e aproximações. Ou seja, o método histórico-dialético não dispensa a apreensão de cada objeto em si mesmo, visto que ele proporciona um guia, uma espécie de quadro geral ou mesmo de orientação para o conhecimento da realidade, uma vez que em cada realidade necessitamos apreender as suas contradições e peculiares, os seus movimentos próprios, as suas transformações e as suas qualidades.

Portanto, segundo destaca Gadotti (2006), o método deve se subordinar ao conteúdo, ao objeto de estudo, à matéria pesquisada, para que assim possa permitir tanto uma abordagem quanto um estudo, os quais sejam eficazes para a compreensão dos aspectos da realidade estudada. As nossas implicações acerca desta temática de pesquisa são relevantes, uma vez que elas indicam o lugar de onde estamos ‘falando’ /escrevendo, bem como apontam para ‘o quê’ e ‘aquelas/aqueles’ que desejamos alcançar.

É nesse percurso, ou melhor, nessa trajetória de afetar-se, e de atravessar e ser atravessada pela pesquisa, que são reveladas as nossas próprias experiências, convertendo-se também em um estudo-reflexão-compreensão a respeito do que vimos, ouvimos e sentimos,

inevitavelmente perpassando, além da pesquisadora, a trabalhadora da Atenção Básica à Saúde que somos.

O nosso encontro com o tema da pesquisa ocorreu há cerca de dezesseis anos, quando, por meio de concurso público, tornamo-nos trabalhadora da saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), com atuação sistemática na Atenção Básica à Saúde, na qualidade de Assistente Social. Esse encontro denominamos de ‘encontro subjetivo’.

Aquele que afirmamos ser o ‘encontro objetivo’ com a pesquisa, veio a ocorrer quando ingressamos no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Estado do Amazonas, oportunizado pela orientadora, a professora doutora Sônia Maria Lemos. Tal encontro ocorreu durante as primeiras aproximações/orientações, realizadas ainda de forma remota, nas quais discutimos, para fins de estudo e pesquisa, temas, objetos, objetivos, expectativas, caminhos, percursos, a serem vivenciados no mestrado.

No decorrer desse caminhar acadêmico, conjunto e partilhado, marcado, desde o seu início, por construções, desconstruções, reconstruções, eis que, surge um desafiador convite: refletirmos e debruçarmos as nossas energias teóricas e empíricas para integrarmos o estudo da Fiocruz Amazônia, intitulado de ‘Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica à Saúde no Estado do Amazonas’.

Tal estudo tem como objetivo central, analisar as transformações sociais causadas pela pandemia na população em áreas de abrangência da Atenção Básica à Saúde no estado do Amazonas em doze municípios, sendo eles: Boca do Acre, Carauari, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Manicoré, Parintins, Presidente Figueiredo, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé. Esses municípios foram selecionados por serem referência para as nove regiões de saúde do estado do Amazonas.

Diante de tal convite e lisonjeada pela confiança-aposta realizada, aceitamos, prontamente, participar da pesquisa, visto que estávamos frente a uma oportunidade única para o nosso processo de construção enquanto pesquisadora e trabalhadora da saúde. Temos consciência da importância dos estudos e das pesquisas da Fiocruz Amazônia tanto no cenário regional quanto no nacional e internacional, com destaque para atuação do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), uma vez que o referido laboratório, tem um papel de grande relevância para a nossa região, com atividades de ensino, pesquisa e extensão que contribuem para a formação de trabalhadoras/trabalhadores em atuação no Sistema Único de Saúde, tornando-o mais justo e equânime.

Cumpramos ainda destacar, que a nossa trajetória tem sido forjada também nos encontros e desencontros marcados pelo trabalho na saúde, com a vivência na Atenção Básica à Saúde no Amazonas, ação que busca se pautar pela reflexão e pelo questionamento do saber/fazer/partilhar/construir sobre o cotidiano, as/os usuárias/usuários, o serviço de saúde, os processos de trabalho e de cuidado, a atuação profissional, o trabalhar em equipe, relacionando-os às questões dos processos de saúde-doença-cuidado, a partir das singulares e particularidades. Mas compreendendo-os enquanto integrantes de uma conjuntura maior, que reinterpreta práticas, que comunica assimetrias e confluências, e, ainda, que vivencia embates e transformações nas lutas do fazer cotidiano.

A partir dessa perspectiva de atuação profissional marcada por encontros/desencontros com os nossos processos formativos, sentimo-nos desafiadas a cursar o mestrado acadêmico. Nesse sentido, com relação a nossa trajetória acadêmica e de formação continuada, ressaltamos a participação em eventos científicos nacionais e internacionais, em especial, os Congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com apresentação e publicação de trabalhos nas modalidades trabalhos completos, resumos – expandidos e simples –, pôsteres e outros, que foram resultado de pesquisa e relatos de experiências, a partir da focalização da nossa construção e caminhada enquanto trabalhadora da saúde.

Desenvolvemos, ainda, estudos e pesquisas por meio da participação no Grupo de Pesquisa do Observatório da Violência de Gênero no Amazonas da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e no Projeto Tecendo Redes, Construindo Saberes: descolonizar, interculturalizar e democratizar para (in)surgir, (re)existir e (re)viver, da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – este último desenvolvido com estudantes indígenas. Essas participações têm oportunizado a realização de pesquisas que possibilitaram publicações individuais e coletivas e contribuíram/contribuem para o (re)pensar das nossas práticas e atividades profissionais, bem como se constituem enquanto espaços privilegiados de troca e amadurecimento pessoal e intelectual.

Partindo da nossa história de vida, aqui brevemente exposta, é que propomos a presente pesquisa intitulada ‘Cuidados à Saúde no contexto da Pandemia de Covid-19: vivências, experiências e sentidos de trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica à Saúde no município de Iranduba’, tecida a partir de um recorte do estudo já aqui referido e desenvolvido junto à Fiocruz Amazônia. Ela, conforme já afirmado, está vinculada ao LAHPSA que é coordenado pelo Dr. Júlio César Schweickardt e no qual estão envolvidos pesquisadores de outras instituições científicas e de pesquisa. Com a pretensão de construirmos respostas e alcançarmos os objetivos do nosso estudo, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual está

associada aos princípios da pesquisa colaborativa e que tem o condão de possibilitar a construção e a partilha coletiva de conhecimento, fazendo surgir novos saberes. De acordo com Dias (2003, p. 54), a pesquisa colaborativa:

[...] se baseia nas relações entre cada um dos participantes, [...] em que o conceito de “colaboração”, [está] baseado na igualdade de oportunidades dos participantes da interação em colocar em discussão sentidos/significados, valores e conceitos que vêm embasando suas ações, escolhas, dúvidas e discordâncias.

Iniciamos, assim, a nossa viagem na pesquisa. Ela tem em sua composição uma rede colaborativa viva/ativa de pesquisadores e pesquisadoras – alguns iniciantes, outros/outras com maiores experiências e horas de navegação. E continuamos a navegar, posto que estamos ainda em curso pelo vasto e intenso território de estudo da ‘Prevenção e controle da Covid-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas’, cuja base é uma rede científica de atores do mundo amazônico (SCHWEICRADT *et al.*, 2020). Integra essa rede a Fiocruz Amazônia, a Universidade do Estado do Amazonas e outras instituições de ensino e pesquisa, com o envolvimento de estudantes de graduação, mestrado e doutorado.

Ibiapina (2008) e Magalhães e Fidalgo (2010) nos ensinam que a construção coletiva do conhecimento e a intervenção sobre a realidade estudada são importantes características de uma pesquisa. Por esta razão, desde o seu início, o presente estudo tem se orientado por um processo compartilhado de construção dos fluxos, dos instrumentos de coleta, dos roteiros da pesquisa etc., os quais constituem contextos abertos onde todas/todos as/os interlocutoras/interlocutores podem falar, questionar, interagir e, principalmente, sentir-se, de fato, colaboradores da pesquisa em todas as suas fases e processos, e não somente na etapa de coleta de dados.

As nossas primeiras incursões no campo empírico desta pesquisa ocorreram em maio de 2021. Nessa fase inicial, participamos de encontros entre os/as pesquisadores/pesquisadoras, os quais ocorreram de forma remota, visto que ainda estávamos em um processo agudo da pandemia de Covid-19. Ele demandava cautela. Participaram do estudo pesquisadoras/pesquisadores de outros municípios e de outros estados brasileiros.

Nesses encontros, bem como nas disciplinas cursadas ao longo do mestrado, fomos construindo, dialógica e reflexivamente, o aporte teórico e metodológico da nossa pesquisa. Esses encontros possibilitaram a emergência das nossas categorias teóricas, orientadas por uma perspectiva materialista histórico-dialética, pois o presente estudo se fundamenta em uma realidade social marcada/constituída pelas suas contradições. Dessa forma foram se delineando os objetivos deste estudo, que agora se transformam nesta dissertação.

Os tipos de pesquisa utilizados foram a documental e a de campo. Na pesquisa do tipo documental, as fontes para coleta de dados baseiam-se em documentos, sejam eles escritos ou não, relativos à temática em estudo, os quais se constituem enquanto fontes primárias (SEVERINO, 2007). Os dados documentais desta etapa da pesquisa foram coletados nos sistemas de informações em saúde, em especial: no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS); no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); no Sistema e-Gestor Atenção Básica; no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP/AM); nos sítios eletrônicos da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES/AM), da Prefeitura Municipal de Iranduba e da Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba (SEMSA); nos Diários Oficiais do Estado do Amazonas e do Município de Iranduba; e, ainda, nos Planos de Contingência – Infecção Humana por Covid-19 da cidade de Iranduba (anos de 2020 e 2021).

Durante a pesquisa de campo, foram coletados os dados que subsidiaram as nossas análises e compreensões no presente estudo, etapa em que fizemos a utilização de técnicas de coleta de informações (MATOS; VIEIRA, 2001). O campo de pesquisa foi o município de Iranduba e as/os interlocutoras/interlocutores, foram as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde que atuaram na respectiva ABS entre março de 2020 e março de 2022 e que pertencem aos Distritos de Saúde Urbano, Rio Negro e Rio Solimões, os quais compõem as equipes de saúde urbana, rural e ribeirinha.

Com relação aos critérios de inclusão das/dos interlocutoras/interlocutores da pesquisa, estes deveriam:

- a) Possuir idade superior a 18 (dezoito) anos;
- b) Ser trabalhadora/trabalhador da Rede de Atenção Básica à Saúde do município de Iranduba;
- c) Aceitar participar da pesquisa.

Nesta pesquisa, a amostragem foi do tipo não probabilística por acessibilidade e por saturação, uma vez que compreendemos que, em pesquisas de natureza qualitativa e colaborativa, como se propõe o presente estudo, o critério numérico de interlocutoras/interlocutores não é um fundamento para se garantir representatividade, pois concordamos com Minayo (2000) quando afirma que amostragem significativa é justamente

aquela que possibilita abranger a problema em sua totalidade investigativa, bem como em suas múltiplas dimensões.

Para coleta de dados, os instrumentos utilizados foram a oficina e as entrevistas semiestruturadas, pautados na pesquisa participativa em saúde. A oficina participativa foi realizada a partir da utilização do método de Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOPP). Segundo afirmam Faquim, Buiatti e Frazão (2018, p. 3), o

[...] Zielorientiert Projectplanung (ZOPP) ou método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos é uma técnica de planejamento de intervenção social, criada e desenvolvida pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica na década de 1980 para atender à necessidade de ações mais efetivas ligadas aos fatores mais próximos às causas dos problemas, identificados por meio da escuta cuidadosa das pessoas envolvidas e beneficiadas pelos projetos sociais, como gestores, grupos beneficiários e técnicos responsáveis pela implementação, para construção conjunta de decisões.

Em se tratando das entrevistas, elas são instrumentos importantes de trabalho no campo das ciências sociais e da saúde, possibilitando o encontro entre duas pessoas para que uma delas possa se aproximar das informações relativas a determinado assunto, por meio de uma conversa de natureza dialógica. A entrevista é o desenvolvimento de uma focalização e valida um determinado ato social: a conversação (MARCONI; LAKATOS, 1999). Nas entrevistas semiestruturadas, as/os interlocutoras/interlocutores narraram tópicos referentes às temáticas em estudo, os quais foram estabelecidos, previamente, pela pesquisadora – em especial, aqueles voltados para as ações e estratégias desenvolvidas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS de Iranduba no processo de cuidado durante a pandemia de Covid-19.

Nos primeiros estudos realizados, dedicamo-nos a conhecer as características sociodemográficas e sanitárias do município de Iranduba para que assim pudéssemos compreender como vem sendo conduzido o enfrentando da pandemia. Nesse sentido, centramos nossa aproximação na análise: dos Planos de Enfretamento, decretos, portarias; dos serviços e das políticas públicas oferecidas pelo município no contexto pandêmico; do cenário epidemiológico; e de outras questões que julgamos igualmente pertinentes.

Partindo desse levantamento preliminar, realizamos análises descritivas e nos apropriamos de questões importantes para a pesquisa. Como fruto desse primeiro ‘mergulho’ no campo de pesquisa, produzimos, em parceria com outros autores, o artigo ‘Prevenção e Controle da Covid-19: as transformações das práticas sociais’, que está publicado no livro *Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percurso de uma pesquisa em ato*.

Partindo da compreensão de que as experiências são singulares, e, ao mesmo tempo, amparadas e constituídas pelas dimensões social, histórica e cultural, é que seguimos buscando

aproximações e pistas com o intuito de nossa consolidação enquanto pesquisadora, conhecendo com maior e melhor afinco a nossa temática de estudo. Dessa forma, aproximamos nossas focalizações em direção as/aos trabalhadoras/trabalhadores da saúde quando passamos a participar do projeto ‘Oficinas de Cartografia Social’, no qual a Fiocruz Amazônia, por meio do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, realizou formações e discussões com as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde do município Iranduba.

A pesquisa de campo foi realizada no território da Atenção Básica à Saúde de Iranduba, que atuaram/atuam no contexto de enfrentamento à Covid-19. As/Os interlocutoras/interlocutores da pesquisa foram trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica que integram-integraram as equipes urbana, rural e ribeirinha, vinculados aos seguintes Distritos de Saúde: Urbano, Rio Negro e Rio Solimões. Para a coleta de dados foram realizadas, entre os meses de abril a setembro de 2022, duas oficinas com a utilização do método de Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos. Esses eventos que funcionaram enquanto um espaço de troca de saberes e aprendizados, com a participação de nove trabalhadoras/trabalhadores da ABS na primeira oficina e onze trabalhadoras/trabalhadores na segunda. Enquanto sequência a coleta de dados, realizamos vinte e nove entrevistas semiestruturadas direcionadas por um roteiro. Todas as entrevistas e a oficina foram gravadas, com a anuência das/dos interlocutoras/interlocutores, mediante assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A primeira oficina realizada com as/os trabalhadoras /trabalhadores, pertencentes ao serviço de saúde, ligado ao Distrito Urbano, aconteceu na sede do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Nesse dia, as/os trabalhadoras/trabalhadores foram ‘disponibilizadas/disponibilizados’ para participarem da referida oficina pelo período matutino. E no turno vespertino, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas. As demais entrevistas e a outras oficinas, ocorreram nas Unidades ligadas ao distrito Rio Negro e Solimões, e foram realizadas na sede das UBS, a partir de agendamentos prévios.

As narrativas coletadas nas referidas atividades foram transcritas e sistematizadas com o apoio do Programa para Análise de Dados Qualitativos (NVIVO) versão 12 – Plus, para identificação e construção de uma nuvem com as 30 palavras mais recorrentes e significativas enunciadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores. Esta nuvem de palavras, juntamente ao cluster, contribuíram para a definição das categorias da análise de conteúdo que desenvolvemos e problematizamos a partir das teorizações de Bardin (2016) e Minayo (2008).

A análise de conteúdo, destaca Minayo (2008), é uma expressão relativamente recente e tem sido utilizada para o tratamento dos dados de pesquisa de natureza qualitativa,

demonstrando-se como um dos caminhos possíveis de pesquisa, com vistas à realização de inferências e interpretações a respeito de dados coletados em um determinado contexto, vindo a se constituir enquanto uma construção ao mesmo tempo especializada e científica (MINAYO, 2008). Bardin (2016, p. 44,) acrescenta que a análise de conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Entre as modalidades de análise de conteúdo, optamos pela análise do tipo temática, pois ela “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”, ou seja: o “tema” associa-se “a uma afirmação a respeito de determinado assunto” (MINAYO, 2008, p. 315,). Bardin (2016, p. 135) também ressalta que o tema é “uma unidade de significação” e, enquanto tal, possibilita o estudo de opiniões, de motivações, de atitudes, de conceitos, de valores, de tendências etc.

As narrativas coletadas na pesquisa de campo, foram transcritas e sistematizadas temático-categorialmente (BARDIN, 2016). Por fim, elas foram analisadas, sistematicamente, a partir dos materiais escritos a respeito da temática em estudo. Importante ressaltar que as formulações desenvolvidas buscam refletir não somente as elaborações teóricas e empíricas da pesquisadora, mas também as contribuições das/dos interlocutoras/interlocutores do estudo. De tal exercício de análise e interação, resultam as informações sistematizadas de pesquisa. Logo, a metodologia estabelecida fundamentou-se em uma perspectiva histórico-crítica de compreensão do objeto de pesquisa aqui proposto.

Das narrativas obtidas nas oficinas e nas entrevistas semiestruturadas, as quais foram transcritas, problematizadas e analisadas, emergiu da análise temática, as seguintes categorias analíticas e as suas respectivas subcategorias:

Estratégias utilizadas para reorganização do Processo de Trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS: a1) Mudanças e Operacionalização dos fluxos de atendimentos e dos processos de trabalho na ABS; a2) Cuidados, Promoção e Educação em Saúde nos territórios.

b) Desafios para realização dos processos de cuidados em saúde: Dificuldades para integralidade do cuidado na ABS: b1) Dificuldades para integralidade do cuidado ABS no contexto da pandemia de Covid-19; b2) Vulnerabilidades e saúde: vivências, experiências e sentidos de ser trabalhador/a da ABS na pandemia de covid-19.

Em relação as considerações éticas, a presente pesquisa foi submetida à análise e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas, conforme parecer de número 5.137.547 (anexos). Ela cumpre as recomendações legais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo que ressaltamos a importância do respeito aos princípios éticos, fundantes da construção do estudo aqui proposto. Oportuno destacar, ainda, que as/os interlocutoras/interlocutores da pesquisa não receberam qualquer tipo de benefício e/ou bônus enquanto forma de retribuição por terem aceitado colaborar com o estudo.

3 A PANDEMIA DE COVID-19 ENQUANTO FENÔMENO COMPLEXO E MULTIDIMENSIONAL: REFLEXÕES PARA UM DEBATE

Nesta seção, pretendemos contextualizar a pandemia de Covid-19 apresentando os seus marcos legais e históricos, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS), no intuito de aprofundar o debate sobre a sua complexidade e multidimensionalidade. Posteriormente, discutiremos a respeito das ocorrências iniciais da doença, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil e no Amazonas, quando direcionaremos as nossas reflexões sobre as dimensões da pandemia considerados os objetivos pretendidos neste capítulo.

3.1 Contextualização, marcos histórico-legais e recomendações

Na tentativa de nos aproximarmos das múltiplas e diversas reflexões que a pandemia de Covid-19 nos suscita e desafia, buscaremos empreender conceitualizações ampliadas, compreendendo-a enquanto fenômeno complexo, multidimensional e multifacetado. Dessa forma, privilegiamos em nosso percurso teórico e conceitual a reflexão a partir de elementos que compreendam a pandemia de Covid-19 em suas diversas dimensões, situando-a para além das questões sanitárias e relacionando-a com as suas consequentes dimensões políticas, econômicas, sociais, científicas e ecoambientais (SANTOS, 2020; FREITAS, *et al.*, 2020; BIRMAN, 2020; HARVEY, 2020; KRENAK, 2020; WERNECK, 2020; MACHADO, PEREIRA e FREITAS, 2022).

De acordo com Santos (2020), a presente situação pandêmica é o grande marco para o início do século XXI. Assim como foi a Primeira Guerra Mundial, para o século XX, e a Revolução Industrial, para o século XIX. A pandemia de Covid-19 se caracteriza enquanto um evento crítico e um episódio crucial, mas também como o marco/fato histórico que marca o início de um novo século, impondo desafios e impactando diretamente nas condições objetivas e subjetivas da vida das pessoas em todo o mundo, na organização da sociedade, ou seja, afetando a todas e a todos, porém com efeitos que são sentidos e vivenciados de forma desigual, diferenciada e iníqua.

No Brasil, os efeitos deletérios e as consequências da pandemia perduram no tempo, continuam a ser vivenciados e deixando marcas indelévels, uma vez que desencadeou mortes, adoecimentos, medos, lutos, asfixias, negação da ciência, perseguição a pesquisadoras e pesquisadores, contradições em práticas de gestão e assistência em saúde, tensionou e desnudou governos, possibilitou o aviltamento das desigualdades sociais e econômicas estruturais, gerou mudanças em variadas dimensões e escalas da vida humana (SANTOS, 2020; MARTINS *et al.*, 2021; BARRETO *et al.*, 2020). Por outro lado, a ciência avançou, produzindo vacinas em tempo recorde, ao passo que surgiram resistências de grupo populares e territoriais, mas também redes de solidariedade, fazendo a saúde chegar e vencer onde o Estado, por diversas vezes, se omitiu (REVISTA RADIS, 2020).

Inicialmente, acompanhávamos o noticiário curiosos e incrédulos, sem imaginar a gravidade do que viria pela frente: o surgimento de um novo ‘agente do coronavírus’, o Sars-CoV-2, a causa da ‘Doença do Coronavírus’, também chamada de Covid-19. Os primeiros casos foram reportados em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. A partir de então, a doença foi disseminada e transmitida de pessoa a pessoa, e se espalhou, rapidamente, pelo planeta (BRASIL, 2020).

Dada a sua gravidade, letalidade, transmissibilidade, dentre outros fatores, já em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou a epidemia de Covid-19, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Aos 11 de março de 2020, a situação foi caracterizada como pandêmica pela Organização, em decorrência da disseminação e da severidade da infecção em diversos países e continentes (OPAS, 2020; WHO, 2020).

Segundo nos ensina Porta (2014, p. 209), pandemia, no *Dictionary of Epidemiology*,

[...] é a ocorrência de um número de casos de determinada doença acima do esperado que atinge o mundo todo ou uma área muito ampla, atravessa fronteiras internacionais e geralmente afeta grande número de pessoas. Para que ocorra uma pandemia é necessária a conjunção de diversos fatores, relacionados ao agente infeccioso, aos animais humanos e não humanos envolvidos e ao ambiente, considerado não apenas no contexto físico, mas também na forma como o homem o ocupa e nele se movimenta.

Nesse sentido, vale destacar que, quando foi decretada a pandemia de Covid-19, a doença já se encontrava na maioria dos países europeus e gerava grandes crises nos Sistemas de Saúde da China, da Itália e da Espanha. O mundo se assustava e assistia atônito às proporções que o vírus estava tomando, espalhando-se rapidamente por diversos países, regiões e continentes. Já no mês de abril de 2020, a Covid-19 contabilizava, por exemplo, 59.266 mortes nos EUA, 27.359 na Itália, 23.822 na Espanha, 23.660 na França, 21.678 no Reino Unido,

70.331 na Bélgica, 6.341 na Alemanha, 4.633 na China e 5.017 no Brasil (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Werneck (2020) afirma que, naquele momento, já se evidenciava para a comunidade científica que a pandemia causada pelo Sars-CoV-2 se configurava como o maior desafio sanitário de nossa geração, não só porque se espalhava rapidamente em uma população altamente suscetível, mas principalmente porque não tínhamos os meios adequados – vacinas ou medicamentos – para o enfrentamento específico da doença pela falta de conhecimento sobre sua epidemiologia, fisiopatologia, microbiologia e imunologia (ANDERSON *et al.*, 2020).

De acordo com Galvão (2020), a resposta mundial à pandemia de Covid-19 contou com um bem público internacional que não existia na pandemia de Gripe Espanhola, em 1918, que é a Organização Mundial da Saúde. Em conjunto com a Organização das Nações Unidas (ONU) e a OPAS, a OMS envidou grandes esforços para que as respostas à doença tivessem um elevado grau de cientificidade, coerência e organização, especialmente no que se refere aos aspectos técnicos, quais sejam: aqueles relacionados as/aos trabalhadoras/trabalhadores da saúde e às iniquidades em saúde, à criação de fundos de solidariedade, ao financiamento de pesquisas científicas, bem como à elaboração e publicização de guias e orientações técnicas para as atividades de combate à pandemia.

Dessa forma, foram elaborados e publicados documentos que passaram a direcionar os países para a construção de seus planos de enfrentamento à pandemia de Covid-19. Durante todo o período pandêmico, a OMS direcionou, auxiliou e respaldou – e continua direcionando, auxiliando e respaldando – cientificamente as ações necessárias, por meio de publicações e estudos que sistematizam as proposições para a organização e a gestão dos sistemas de saúde, além de assessorar os países para a condução das estratégias de enfrentamento da doença.

Em consideração às orientações científicas e da Organização Mundial da Saúde, de forma gradativa, diversificada e heterogênea, foram sendo adotadas medidas sociais e de saúde pública, tais como: isolamento de casos; incentivo à higienização das mãos e à adoção de etiqueta respiratória, com a utilização de máscaras faciais caseiras; e medidas progressivas de distanciamento social – fechamento de instituições de ensino, adoção de trabalhos *home office*, proibição de eventos e de aglomerações, restrição de viagens e transportes públicos, até a completa proibição da circulação nas ruas). No entanto, mesmo entre os países que adotaram medidas semelhantes há resultados distintos, em razão, por exemplo, das dimensões culturais, socioeconômicas, geográficas, particularidades dos governos, dos sistemas políticos e de saúde, bem como das estratégias para a implementação das medidas (AQUINO *et al.*, 2020).

Ao analisarmos a experiência brasileira, identificamos dois importantes marcos legais, publicizados pelo Ministério da Saúde, em fevereiro de 2020, com o objetivo de orientar os processos decisórios e de enfrentamento ao Sars-CoV-2: a Portaria GM/MS nº 188/2020, a qual declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV); e a Lei nº 13.979/2020, que dispôs sobre as medidas para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do coronavírus e responsável pelo surto de 2019 (BRASIL, 2020).

Importante destacar que após a OMS ter decretado a pandemia de Covid-19, o governo brasileiro publicou diversas portarias, resoluções, instruções normativas e decretos atinentes à situação pandêmica. Porém, o aparato jurídico-normativo que ora se incorporava ao nosso ordenamento legal não se manteve distante das inconsistências e contradições das respostas dos entes públicos à pandemia de Covid-19, em curso no nosso país (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Já nos primeiros momentos, esperava-se que o Governo Federal, em cumprimento ao pacto federativo, assumisse o papel de coordenador das ações e estratégias de enfrentamento da crise sanitária que ora se instalava, com a realização de ações integrativas entre a União, os Estados e os Municípios. Entretanto, à medida que a pandemia avançava, verificava-se a frágil e fragmentada atuação do MS, indo de encontro a uma das suas funções precípua que, de acordo com a Lei nº 8.080/1993, é a de atuar na coordenação federativa e no fortalecimento de respostas aos sistemas de saúde em momentos de crise (VIEIRA; SERVO, 2020; SILVA, *et al.*, 2021).

Com relação à pandemia de Covid-19 no Amazonas, identificamos que, em 3 de fevereiro de 2020, foi criado o Centro de Operações de Emergência para o Enfrentamento da Covid-19 (COE-AM), no âmbito da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. No dia 13 de março foi registrado o primeiro caso de Covid-19: uma mulher vinda da Europa passou a apresentar sintomas e foi isolada e monitorada pelas equipes de saúde. Diante dessa ocorrência e do aumento exponencial de sintomas e casos, em 16 de março de 2020 foi decretado o Estado de Emergência em Saúde Pública no Amazonas (MANAUS, 2020; AMAZONAS, 2020a).

Nessa fase inicial, a doença teve como epicentro a capital, Manaus. Da mesma forma que aconteceu nas grandes metrópoles, a maior proporção de registros era nos bairros onde residia a população de maior poder aquisitivo, porém não tardou para que a disseminação atingisse as áreas manauaras mais pobres e populosas: em 28 de março de 2020, a transmissão comunitária foi reconhecida pelas autoridades públicas e sanitárias na capital do Amazonas.

A partir daí, a pandemia se espalhou, com o aumento significativo do número de casos nos 62 municípios amazonenses, intensificada, principalmente, pela malha fluvial amazônica. Vale destacar que o Estado do Amazonas é o estado brasileiro que abriga o maior quantitativo de grupos populacionais vulneráveis, como populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas etc., que, em muitos casos, ocupam áreas remotas e de difícil acesso (CORTÉS *et al.*, 2020).

3.2 Dimensões sanitárias da pandemia de Covid-19

Com a pandemia de Covid-19, fomos defrontados com uma gravíssima situação sanitária em que a necessidade de acesso aos serviços de saúde ocorreu de forma ininterrupta, impetuosa e em um ritmo muito acentuado, além de que, durante os períodos de maior incidência e letalidade da doença, vivenciamos e enfrentamos situações de ausência de vacinas, de terapêuticas específicas para a doença, de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), com submissão de trabalhadoras/trabalhadores a elevados níveis de estresse nos seus postos de trabalho e ao enfrentamento de muito medo e insegurança (GALVÃO, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020a).

A pandemia de Covid-19 desafiou e ainda desafia a humanidade, tensiona a ciência, governos, sociedades, instituições e trabalhadoras/trabalhadores da saúde. Ela exige respostas rápidas, especialmente dos serviços de saúde, que necessitam serem (re)organizados em suas dinâmicas, em seus processos de trabalho, para que possam responder aos desafios sanitários.

No entanto, muitos foram os desafios para que essas respostas fossem dadas de forma efetiva. Mesmo as sociedades que vivem em Estados ditos ‘desenvolvidos’, não possuíam sistemas de saúde robustos o suficiente, tampouco instrumentos jurídicos adequados para enfrentar a epidemia causada pela Covid-19, de forma democrática, transparente e eficaz (MORETTE *et al.*, 2021). Por outro lado, foi nesse contexto de extraordinários esforços da comunidade científica que se pesquisou, estudou e desenvolveu a vacina, ou melhor, as vacinas, a partir do entendimento do comportamento do vírus, o que, apesar de complexo, aconteceu em tempo recorde, quando se comparado a outras doenças (SANTOS; LOPES, 2021).

Ademais, situações de maior gravidade, como a enfrentada na Covid-19, demandam ações e atividades inter/transetoriais, mas também trabalhos de cooperação internacional, visto que a segurança almejada só será alcançada quando todos os habitantes do planeta estiverem, de fato, seguros e com saúde, especialmente no que se refere a esta pandemia, cujo

enfrentamento deve ser universal, integral e equânime, conquistado com vacinas para todas e todos (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

Além da sobrecarga nos serviços de saúde e suas/seus trabalhadoras/trabalhadores, levando-os a situações de insegurança, com colapsos e asfixias (OPAS, 2020), o enfrentamento da Covid-19 foi também marcado pela falta de insumos básicos, de estrutura física compatível com as necessidades conjunturais, bem como por um contexto de desinformação e iniquidades sociais (SILVA, *et al.*, 2020; FREITAS *et al.*, 2020), fazendo-se importante compreender a adoção de medidas que garantam não apenas o direcionamento eficaz das ações em saúde, mas a atuação de todos os setores.

Assim, é notório que medidas preventivas individuais e isoladas não seriam suficientes, exigindo outras de alcance comunitário. O enfrentamento à pandemia evidenciou a importância das ações coletivas e das articulações interinstitucionais, uma vez que o empenho de diversos setores, instituições e da população em geral foram – e são – cruciais para a redução dos impactos negativos da doença, em múltiplas ações reunindo os campos sanitário, social e econômico (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em se tratando de Brasil, em suas dimensões continentais, com aproximadamente 212 milhões de habitantes, a disseminação do coronavírus ocorreu em situações tão diversas quanto desiguais. Para além das condições individuais de saúde, genética, comorbidades e perfil etário, as situações geográficas/demográficas contribuíram para o entendimento das diferentes experiências sobre a pandemia de Covid-19 no país (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020).

Lembramos, por oportuno, que doença chegou aos países pelo deslocamento das classes mais abastadas, que se constituem como nós de redes de circulação e comunicação na escala nacional e global, servindo como plataformas de entrada e difusão para o Sars-CoV-2. Ele foi identificado em Wuhan (China) e ‘viajou’ para Milão (Itália), Nova Iorque (Estados Unidos), Mumbai (Índia), Cidade do Cabo (África do Sul) e São Paulo (Brasil) (WERNECK, 2020).

No território nacional não foi diferente. Os primeiros casos diagnosticados foram detectados em pessoas de classes sociais mais privilegiadas economicamente. Elas contraíram a Covid-19 no exterior. A partir desses casos iniciais, a doença se espalhou pelo Brasil através dos meios aéreos, terrestres e fluviais de transporte. Na região amazônica, avançou pelas vias fluviais nas embarcações com espaços compartilhados, o que parece ter contribuído para a sua propagação nas cidades e comunidades ribeirinhas (SANTOS; LOPES, 2021).

O primeiro caso da doença no Brasil foi notificado em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte, em 17 de março do mesmo ano – ambas as situações ocorridas no estado de São Paulo. Em poucos dias, a doença já era considerada de transmissão comunitária em todo o

país (BRASIL, 2020). A pandemia de Covid-19 se espalhou por um país marcado pela perda de direitos sociais, precarização do trabalho, crises econômicas e políticas, descrédito na política, desmonte e fragilização da capacidade de intervenção pública do Estado, ações de austeridade de um Estado mínimo – medidas que, dentre outras coisas, visavam à fragilização e ao desmonte do nosso Sistema Único de Saúde (MENDES; CARNUT, 2020; PORTO, 2020).

A situação pandêmica exigiu da população novas respostas e hábitos, à medida em que também ‘pressionava’ os sistemas de saúde. Para evitar a sua sobrecarga e retardar a disseminação do vírus, vários países implementaram medidas de restrição ao contato físico e/ou social, sendo recomendados/impostos desde o fechamento de escolas e estabelecimentos comerciais até a ‘quarentena’⁵ e o *lockdown*⁶. Entretanto, no Brasil, essas medidas de restrição aconteciam de forma tímida, determinadas por governos estaduais e municipais, e não a partir do governo federal (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022), trazendo grandes mudanças na vida das pessoas. Destacamos, ainda, que, para além das questões sanitárias, os impactos da epidemia reverberaram nas dinâmicas econômico-social e político-cultural das populações de todo o mundo, pondo à prova a governança dos países e das agências internacionais, e evidenciando os limites e fraquezas da globalização (SARTI *et al.*, 2020).

As medidas adotadas deveriam visar a ampliação de leitos, aquisição de equipamentos, providências farmacológicas, distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), pesquisa e desenvolvimento da imunização, além da necessidade de articulação de micropolíticas pautadas no cuidado humanizado, no vínculo e na comunicação eficaz entre as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde e as/os usuárias/usuários (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

No entender de Freitas *et al.* (2020), as principais medidas sanitárias, foram implementadas pelos estados brasileiros, acontecendo de maneira desigual e bastante distinta umas das outras, estando principalmente relacionadas com a Atenção Hospitalar, as Urgências e Emergências, a Atenção Primária, bem como com a Vigilância em Saúde, o que indica que não foram adotadas de modo comum e coordenado para o enfrentamento da pandemia.

Dentre essas medidas, destacamos: distanciamento e isolamento sociais; restrições à circulação e à aglomeração de pessoas; direito à informação e garantia do direito à informação e à comunicação das populações expostas; controle e fechamento de fronteiras; uso obrigatório

⁵ Consiste no isolamento de indivíduos saudáveis que tiveram contato com pacientes infectados ou estiveram em regiões com surtos da doença. Ela durava o período máximo de incubação de Covid-19, em torno de 5 a 12 dias.

⁶ É a medida mais rigorosa, com bloqueio total, imposta pelos Estados, e consistiu em restringir, ao máximo, a circulação da população em lugares públicos, sendo permitido a saída das residências apenas por motivos essenciais, como ir a uma consulta médica, farmácia ou supermercado.

de máscaras; atitudes de cunho coletivo e individual que propiciam a higiene coletiva de pessoas, tanto nos transportes, quanto em ambientes públicos (coletivos) ou particulares (privados); suspensão de atividades não essenciais e fechamento de serviços; incentivos e proteção à economia, às empresas e ao emprego; ações de proteção social, dentre outras (FREITAS, *et al.*, 2020; MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Tanto no Brasil quanto em outros países, sobretudo no primeiro ano da pandemia, as respostas sanitárias assistenciais estiveram prioritariamente centradas nos serviços hospitalares e na incorporação de tecnologias duras⁷, com ações voltadas para a ampliação do número de leitos de UTI e para a fabricação/aquisição de respiradores pulmonares, caracterizando-se também por menores investimentos na ABS e na capacidade de testagem (FAVORETTO, 2021; MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Ao tempo em que concordamos com a importância das questões relativas à adequada estruturação da atenção especializada junto aos casos mais graves da Covid-19, destacamos o potencial de cuidado da Atenção Básica à Saúde, pois ela tem o condão de contribuir, de modo efetivo e eficaz, inclusive em cenários pandêmicos. Outrossim, faz-se necessário dotar sistemas e instituições de saúde com apoio financeiro visando à oferta de uma atenção adequada e qualificada. Porém, o que ficou patente nesses tempos de pandemia foi o repasse de recursos centrados nos serviços hospitalares (GIOVANELLA *et al.*, 2021; MEDINA *et al.*, 2020).

Ressaltamos, ainda, as situações aviltantes a que a população do Amazonas foi submetida, em particular expressa pelo descaso e pela negligência de anos com a saúde pública do estado, seja pelos poucos serviços seja pela sua concentração na capital. A pandemia visibilizou, assim, que nenhum município do interior do estado dispunha de leitos de UTI, estando todos centralizados em Manaus. Isso contribuiu para o colapso dos seus serviços de saúde, fazendo com que pessoas morressem em casa, sem assistência médica, sem oxigênio em unidades hospitalares e até sepultadas em valas coletivas (LAVOR, 2021).

O Amazonas registrou 624.253 mil casos de Covid-19, com 14.407 vidas perdidas, até 12 de dezembro de 2022. Manaus foi um dos epicentros da Covid-19 no Brasil. A isto soma-se aquela que consideramos a maior e mais aviltante das negligências: a falta de oxigênio nas unidades hospitalares do estado entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021, vindo a causar

⁷ De acordo com Merhy (2002), tecnologia dura, leve-dura e leve são classificações das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão, como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

pânico, asfixia e mortes, elevando a patamares inimagináveis, a violação dos direitos humanos e, porque não dizer, do próprio direito à vida (FUNCIA, 2021; ORELLANA *et al.* 2020).

Quanto ao grande desafio imposto pela pandemia sobre as condições de vida e de trabalho das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram nos cuidados da população nos diversos serviços de saúde, que, de algum modo, já vivenciavam a precarização dos espaços de trabalho, destacamos que eles foram submetidos a maiores exposições e riscos de adoecimento, pois além do contato direto e da exposição a altas cargas virais, vivenciaram sobrecarga de trabalho, mudanças de protocolos e rotinas em um contexto marcado pela escassez de EPI, por medos, incertezas, desproteção e submissão a jornadas de trabalho extensas e estressantes, dentre outros fatores (NOGUEIRA *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020a; FREIRE, 2020; MARTINS; STÉLIDE, 2021; MARTINS *et al.*, 2021; FREITAS, *et al.*, 2020; FERLA *et al.*, 2020).

Esses fatos nos permitem afirmar que, mesmo diante de todas as dificuldades, das disputas de poder e de conhecimento que tiveram papel central no contexto pandêmico, ficou evidente a resolutividade, a potência e o comprometimento das/dos trabalhadoras/trabalhadores dos serviços de saúde, que resistiram, enfrentaram e combateram este vírus letal.

Decorridos trinta e dois meses da decretação da pandemia de Covid-19, o Brasil apresenta números que, mesmo estarrecedores, parecem estar longe de retratar a realidade vivida, com mais de 689 mil vidas perdidas e mais de 34,9 milhões de pessoas infectadas. Números que ainda estão em permanente crescimento, sendo que, das pessoas infectadas, quase metade apresenta alguma sequela. Evidenciamos, em todo o contexto pandêmico, diversos entraves e problemas em relação a subnotificações que resultaram em sub-registro de casos e vidas perdidas, opacidade ou mesmo indisponibilidade de dados e informações de forma transparente e oportuna, restrição dos dados, problemas, fragmentações e apagões gerados nos sistemas de informações, baixa cobertura de testagens, o que permite questionar a veracidade das informações apresentadas (AQUINO *et al.* 2020; MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Em seu estudo, Machado, Pereira e Freitas (2022) analisaram as estratégias de enfrentamento à Covid-19 em nove países – Alemanha, Argentina, Brasil, Canadá, China, Coreia do Sul, Espanha, México e Reino Unido –, a partir da governança e coordenação nacional, das medidas de contenção e mitigação e da resposta do sistema de saúde. Eles apontaram que a pandemia trouxe aprendizados fundamentais para se pensar as estratégias de enfrentamento, em especial nos seguintes âmbitos: governança e coordenação nacional; controle e propagação de

pandemia; fortalecimento do sistema de saúde; desenvolvimento tecnológico; proteção laboral e socioeconômica; comunicação com a sociedade; e diplomacia e cooperação global.

Nesse sentido, em que pese os diversos desafios, Freitas, Barcellos e Villela (2020) afirmam que o SUS deu respostas efetivas, não apenas no sistema hospitalar, mas também na Atenção Básica à Saúde – especialmente na condução da vacinação contra a doença –, na vigilância epidemiológica e nos sistemas de informação. Ou seja, apesar da instabilidade e das fragilidades das plataformas do ministério da saúde, o percurso epidemiológico, com os dados de incidência, letalidade, vidas perdidas, número de vacinados, recuperados, dentre outras informações, foram importantes para enfrentamento e planejamento das ações, recuo e/ou afrouxamento das medidas sanitárias.

Destacamos, ainda, em que pese todos os desafios, as pesquisas guiaram gestores públicos para uma melhor condução da pandemia no âmbito da saúde coletiva. Estudos associados a vertentes epidemiológicas, de planejamento e políticas públicas, de ciências sociais e humanas, desenvolvidos, incentivados e financiados por entidades, pesquisadoras/pesquisadores, instituições, associações e movimentos sociais, tais como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), as universidades públicas, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), dentre outros. Todos foram incansáveis, pois resistiam e enfrentavam, além da pandemia, a rede de infodemia⁸ de *fake news*, os negacionismos, a anticiência, que contribuíram para resistência da população na adesão às medidas de prevenção e vacinação (PALACIO; TAKENAMI, 2020; GALHARDI *et al.*, 2020).

Diante desse contexto conjuntural e estrutural adverso, faz-se imperioso colocar a saúde e o direito à vida acima de quaisquer outros interesses, sejam eles econômicos, políticos, societários. Ou seja, para organizar a gestão e a assistência, inclusive em contexto pandêmico, faz-se mister a adoção de políticas públicas bem programadas, organizadas e articuladas, as quais coloquem a ciência e as evidências científicas sempre na posição de orientadoras e balizadoras, para que assim se construam e se consolidem respostas mais efetivas.

⁸ O termo, segundo a Academia Brasileira de Letras (2020), é formado pela união de ‘info’ – informação – e ‘demia’ – do grego dêmos – ‘povo’ – associado ao sufixo – ‘ia’, utilizado nos termos médicos. Em definição semelhante, a infodemia corresponde a uma superabundância de informação – verdadeira ou falsa – que torna difícil o encontro de fontes e orientações confiáveis quando necessário (SHARMA *et al.*, 2020).

3.3 Dimensões: política, científicas, econômico-sociais e ecoambientais

No que se refere aos impactos e às dimensões políticas da pandemia de Covid-19, as consequências e os impactos gerados, tiveram relação diretamente proporcional ao modo como os governantes e líderes políticos gerenciaram os processos decisórios relativos à condução e ao enfrentamento da pandemia em seus territórios (BIRMAN, 2020).

Nesse sentido, as ações foram realizadas de modo diferenciado nos diversos países do mundo, alguns marcados pela adoção quase que imediata de restrições e medidas sanitárias recomendadas pela OMS e pelos cientistas⁹, até pela prevalência do negacionismo, patrocinado por pessoas e governantes públicos que insistiam, de forma reiterada e deliberada, em desacreditar orientações científicas¹⁰. Chegou-se até mesmo ao desenvolvimento de estratégias institucionais para se negar a propagação do coronavírus e até para associá-lo a outras doenças e questões de saúde, sem qualquer comprovação científica (BRUM, 2021).

Pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e intitulada ‘Direitos na Pandemia – Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil’, apresenta os impactos e as dimensões políticas, cronologicamente, desde março de 2020 até os primeiros 16 dias de janeiro de 2021:

A linha do tempo é composta por três eixos apresentados em ordem cronológica, de março de 2020: 1) atos normativos da União, incluindo a edição de normas por autoridades e órgãos federais e vetos presidenciais; 2) atos de obstrução às respostas dos governos estaduais e municipais à pandemia; e 3) propaganda contra a saúde pública, definida como o discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais, além de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica, com o propósito de desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas, e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública necessárias para conter o avanço da covid-19 (CEBES, 2021).

As situações acima descritas são ratificadas por Birman (2020), Brum (2021) e Santos (2020). Elas são parte de uma realidade vivenciada no Brasil, que associada à ausência de uma liderança nacional e a não condução da pandemia de Covid-19 a partir de evidências científicas,

⁹ Ver a matéria ‘Medidas adotadas por países contra a Covid-19’. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2020/03/25/medidas-adotadas-por-paises-contr-a-covid-19.htm>.

¹⁰ Ver ‘Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal’ (CAPONI, 2020).

mas sim a sua contínua minimização, fez a opção pelo desrespeito e pelas perdas de famílias. Bem como levou a ainda mais desamparo e infortúnios na vida dos residentes do nosso país.

Diante da leniência do governo federal frente à situação pandêmica, governadores e prefeitos judicializaram as relações federativas (STF, 2020). Assim, em 8 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal expediu, em caráter liminar, uma decisão determinando que o Governo Federal não interferisse nas decisões estaduais e municipais quanto às medidas de combate à Covid-19. O órgão garantiu a autonomia dos entes federados para que determinassem medidas sanitárias mais eficazes e benéficas às suas populações, considerando que “a atuação de Estados e Municípios, torna-se ainda mais crucial porque são as autoridades locais e regionais que têm condições de fazer um diagnóstico em torno do avanço da doença e da capacidade de operação do sistema de saúde em cada localidade” (STF, 2020, p. 2).

Nesse sentido, poderes executivos estaduais e municipais conseguiram, por via judicial, uma melhor articulação com a União (ministérios, secretarias e conselhos), em busca de outros resultados, para além das mazelas que a pandemia vinha acarretando. Um exemplo exitoso desse processo foi a constituição do Consórcio Nordeste, formado pelos nove estados da região, os quais se juntaram, pactuaram e organizaram um Comitê Científico formado por especialistas e cientistas chefiados pelo neurocientista Miguel Nicolélis.

Importante destacar que este episódio judicial intensificou o ambiente de incertezas e de instabilidades políticas no país, inclusive quanto à relação estabelecida pelo pacto federativo brasileiro. Acrescente-se a essa questão, a postura adotada pelo Presidente da República no contexto pandêmico, com discursos e atos que apontavam para o desprezo e o desrespeito à vida dos brasileiros e brasileiras, às memórias e histórias pessoais, chegando, no entender de Campos (2020), a ser um pesadelo macabro negacionista.

Os desprezos e desrespeitos não estavam restritos às suas manifestações públicas e narrativas negacionistas. Também durante a pandemia de Covid-19, o chefe do Executivo brasileiro protagonizou diversos conflitos com o Ministério da Saúde, órgão do seu próprio governo, o que levou a um período marcado pela constante troca de ministros. Desde o início do período pandêmico, o MS teve quatro gestores.

Isto porque, a despeito das determinações diretas do Executivo e da resistência de outros Ministérios, houve ministros como o médico e ex-deputado federal Henrique Mandetta e o também médico Nelson Teich que buscaram articular pautas e agendas para o MS em consonância com as orientações técnicas e científicas da OMS (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Após a saída deste último, o general de divisão do Exército Brasileiro, Eduardo Pazuello, que já ocupava a Direção de Logística, assumiu a pasta, demonstrando alinhamento com os discursos e atos do presidente da República desde o início de sua atuação. Com a saída de Pazuello, em fevereiro de 2021, depois da segunda grande onda de Covid-19, foi indicado para o MS o médico Marcelo Queiroga, o qual permanece na gestão do Ministério até os dias atuais (MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Quanto à dimensão de políticas e processos decisórios, reiteramos a importância do debate no bojo das questões Políticas Públicas, serem conduzidas enquanto Políticas de Estado e não de Governo, visto que suas conjecturas políticas/politiqueiras influenciam nas tomadas de decisões, de forma que as consequências dessa dimensão ainda é – e será – sentida nas e pelas vidas-famílias de muitos brasileiros e brasileiras.

Em diálogo com as dimensões anteriores, nesta, focalizaremos e apresentaremos/problematizaremos reflexões relativas às situações vilipendiosas vivenciadas com a pandemia de Covid-19 no Brasil, especialmente nos campos científicos, econômicos, sociais e ecoambientais. Pois, além de atingir a população, as consequências e os efeitos da chegada do vírus, gerou crises também nas instituições que produzem ciência, informação e conhecimento no Brasil, trazendo consequências, diretas e indiretas, para os/as cientistas/pesquisadores/pesquisadoras.

Essas situações foram potencializadas nos últimos três anos pela ascensão, ao Executivo federal, de um governo com propostas, pensamentos e ações alinhados com a extrema direita, o ultraneoliberalismo e o neofascismo. Desde que assumiu o cargo, o presidente Jair Bolsonaro – assim como seus ministros e secretários –, vinha prestando contas ao projeto/grupo de poder que o elegeu, caminhando a passos largos rumo à exacerbação do neoliberalismo, com o aprofundamento das contrarreformas e privatizações (BOSCHETTI; BEHRING, 2021).

Segundo afirmam Galvão-Castro, Cordeiro e Goldenberg (2022), é por essa razão que as instituições que produzem ciência vem vivenciando sucessivos cortes orçamentários, os quais já ultrapassaram as cifras dos 600 milhões de dólares. Soma-se a isso, os ataques à autonomia das universidades federais; as tentativas de institucionalização de uma política de negação da ciência; o não financiamento, coação, assédio, perseguição e impedimento de realização de estudos e pesquisas em universidades, fundações e institutos; dentre outros. E essas questões comprometem o desenvolvimento científico e o futuro do Brasil. Mais que isso, os ataques perpetrados pela administração federal brasileira afetam também a educação, a saúde pública, o meio ambiente, a cultura.

Concordamos com Porto (2020), quando destaca que, em meio à crise civilizatória brasileira, tivemos a pandemia. Paradoxal e diversamente ao que ocorria no Brasil, grandes potências financeiras, tecnológicas, educacionais e culturais, acreditavam na ciência, depositando nela as suas esperanças-expectativas e investindo centenas de milhares de dólares para que pesquisadoras e pesquisadores concentrassem seus esforços e se dedicassem à realização de estudos relacionados à pandemia de Covid-19: suas consequências; história natural da doença; mutações do vírus; epidemiologia, fisiopatologia, microbiologia e imunologia das vacinas; busca por medicamentos eficazes; planejamento de políticas públicas de combate à doença; impactos sociais; bem como outras temáticas importantes que mobilizaram o mundo científico visando à superação da catástrofe em curso.

E no Brasil, mesmo com a resistência de estudiosos brasileiros ante à publicidade estatal anticientífica e negacionista por parte da União, a realidade, quando comparada à de outros países de riqueza econômica próxima e até inferior, era a de uma competição desigual. Isto porque, nesses países existia estruturas e apoios capazes de alavancar estudos e descobertas, enquanto aqui, prevalecia a não disponibilização de recursos suficientes, a ausência de políticas de incentivo ao trabalho das/dos pesquisadoras/pesquisadores, abundantes ataques, perseguições e tentativas de desmoralização de cientistas... fatos que comprovam o escárnio com a ciência e com aquelas/aqueles que a fazem em nosso país (SANTOS; LOPES, 2021; GALVÃO-CASTRO; CORDEIRO; GOLDENBERG, 2022).

Nesse contexto de discussões científicas contrapostas aos desfechos e resultados da pandemia de Covid-19 no Brasil, com influência direta dos movimentos negacionistas, com apoio e participação assídua do então presidente da república, cumpre-nos destacar o recrudescimento do movimento antivacina, que teve repercussões na recusa da população não só ao imunizante para Covid-19, mas também em outras vacinas já há muitos anos consagradas no Programa Nacional de Imunização Brasileiro (PNI) (MOREL, 2021; GOMES *et al.*, 2021).

Ou seja, narrativas negacionistas prestaram – e ainda prestam – um desserviço à saúde pública, pois espalharam ideias como as de que os leitos dos hospitais estavam vazios, as pessoas morriam de outras patologias e as notificações passavam a ser de Covid-19, os caixões em cemitérios eram enterrados vazios, as vacinas traziam *chips* para alterar o DNA das pessoas, existiam conspirações políticas para enfraquecer a economia, dentre tantos absurdos e falácias reproduzidas em *fake news* cujos conteúdos se espalhavam rapidamente nas mídias sociais.

De acordo com Raffe (2019), a exacerbação do negacionismo tem relação direta com o crescimento da extrema direita. Os estudos sobre a Covid-19 pressupõem, assim, a imprescindibilidade da ciência, para além dos limites teóricos. Foi a pandemia que trouxe para

a centralidade do debate a constatação de que não existem caminhos possíveis e viáveis sem o conhecimento científico. Aqui, não estamos nos referindo somente à ciência das bancadas de laboratório, ou melhor, às biomédicas, mas a todas as outras, inclusive as humanas e sociais aplicadas, as quais nos possibilitam a construção de um mundo mais justo e igualitário.

Em se tratando da dimensão econômica, para a sua compreensão, partiremos dos estudos de Harvey (2020) Santos (2020) e Behring (2019, 2021), que analisam o neoliberalismo e as suas repercussões a partir da crise estrutural do capitalismo iniciada nos anos 1970, e passando por vários ciclos e crises, sendo a mais forte a ocorrida entre 2008 e 2009. Essas crises tiveram como consequência central uma intensa ofensiva contra as/os trabalhadoras/trabalhadores e seus direitos, pois uma das premissas do capital é o lucro a qualquer custo, mesmo que seja necessário a exploração da força de trabalho e a banalização da vida – o que foi evidenciado e escancarado durante a pandemia de Covid-19.

Nessa direção, em conformidade com os estudos de Harvey (2020, p. 1), em face das consequências e exigências de um mundo que vive em um sistema capitalista e se submete aos seus ditames, vivenciamos situações de verdadeira catástrofe. Pois,

[...] autoridades públicas e os sistemas de saúde foram, em quase todos os lugares, pegos em flagrante. Quarenta anos de neoliberalismo na América do Norte e do Sul e na Europa deixaram o público totalmente exposto e mal preparado para enfrentar uma crise de saúde pública desse calibre, apesar de sustos anteriores como a SARS e o Ebola fornecerem avisos abundantes e lições convincentes sobre o que seria necessário ser feito. Em muitas partes do suposto mundo “civilizado”, os governos locais e as autoridades regionais, que invariavelmente formam a linha de frente da defesa em emergências de saúde e segurança pública desse tipo, tinham sido privados de financiamento graças a uma política de austeridade projetada para financiar cortes de impostos e subsídios para as empresas e os ricos.

Essa é a lógica capitalista e neoliberalizante que continua a orientar a ‘política de um Estado mínimo’, a qual fortalece e necessita o ataque às políticas públicas e aos direitos sociais, propiciando, assim, a geração e a exacerbação das desigualdades e iniquidades socioestruturais produzidas na esteira do capitalismo, das quais fazem parte a produção e a reprodução da sociabilidade atual enquanto condição de sua existência. Nesse sentido, de acordo com Santos (2020, p. 5): “[...] quando a crise é passageira, ela deve ser explicada pelos fatores que a provocam. Mas quando se torna permanente, a crise transforma-se na causa que explica tudo o resto”.

Por isso, afirmamos que a primazia dos interesses do mercado e da intensificação dos lucros, colocou em risco tanto a sobrevivência humana quanto a do planeta, uma vez que os grandes capitais pressionaram os governos para não aderirem às medidas sanitárias e de

proteção da vida, visto que colocariam em xeque o seu ganho, independentemente da possibilidade da morte de centenas de milhares de pessoas. Essa pauta perpassou por todo o contexto pandêmico, pois em todas as suas ondas e alças epidemiológicas não importava quantas pessoas morriam diariamente – o que interessava ao capital era não perder os lucros.

De acordo com os estudos de Machado de Freitas (2022), após analisar as políticas de enfrentamento à Covid-19 em diversos países do mundo, afirma o autor, existir uma contradição entre economia e saúde. Em razão desta, eles falharam no enfrentamento da pandemia e prologaram as crises, pois os países que consideraram que não haveria economia sem condições de saúde adequada, não apenas demonstraram uma maior eficácia dos seus meios de atuação como retomaram as atividades econômicas de forma mais rápida.

É oportuno destacar que antes da pandemia o Brasil já vivenciava um cenário socioeconômico adverso, com crescimento do desemprego, aumento exponencial da informalidade de trabalho e da pobreza, intensificação da insegurança alimentar, proliferação da ‘uberização’, com a conseqüente precarização das condições de vida da população, dificuldade de acesso e manutenção das moradias e direitos sociais básicos, instituição da opressão pela violência e pelo medo, entre outras questões. Associadas a elas, o contexto político, econômico e social permeado de retrocessos, com a retirada de garantias e direitos da população, explicitou a existência da subordinação das políticas sociais às políticas econômico-fiscais, em sintonia com os ditames do mercado e do sistema vigente (CEPAL, 2021).

Foi nessa direção, de rendição e submissão às ordens e aos direcionamentos do neoliberalismo, que os países se enfraqueceram, tanto em suas atuações nas áreas das políticas públicas de proteção social quanto por terem cedido para que se realizasse o desmonte do sistema estatal. Exemplo do aqui exposto são as privatizações dos sistemas de saúde e/ou suas focalizações em ‘cestas mínimas de serviços privados de saúde’, as quais, em diversos países atravessados pela pandemia, revelaram-se veículo de desigualdades. Pois eles enfrentaram severas dificuldades de contingenciamento e manutenção da vida das pessoas, em razão do desmantelamento dos seus sistemas de saúde (BOSCHETTI; BEHRING, 2021).

Outra situação emblemática colocada à prova pelo nefasto desejo de lucro do capitalismo foi a experiência das nações mundiais nas aquisições de bens, serviços e tecnologias para o enfrentamento da Covid-19. Ela se tornou seara de disputas internacionais, comerciais, em meio à crise sanitária, ao passo que as vidas das pessoas foram secundarizadas, pois elas pouco ou nada importavam. Assim, os suprimentos, os respiradores, os equipamentos de proteção individual, os insumos dos testes para diagnóstico, as vacinas, dentre outros, passaram

a ser adquiridos pelos países que estivessem dispostos a pagar os maiores valores e, preferencialmente, de modo antecipado.

Nessa corrida, os países ricos foram privilegiados em detrimento daqueles que sequer possuíam recursos para manter seus sistemas de saúde em condições mínimas de funcionamento, particularmente os mais pobres. Dessa maneira, não foi construída uma saída igualitária e justa para as dificuldades, tampouco fora implementado um esforço multilateral integrado, o que se fazia necessário enquanto resposta global e efetiva à pandemia, mas que não interessava ao mercado (MCMAHON *et al.*, 2020; BIRMAN, 2020).

Nesse sentido, para Krenak (2020), a próxima missão do capitalismo é se livrar de ao menos metade da população do planeta, em particular os mais pobres e as minorias, e, infelizmente, a pandemia tem se configurado um ensaio sobre a morte. Por outro lado, a presente crise pandêmica tem evidenciado a imbrincada relação binária entre economia e saúde, pois, conforme já aqui destacado, os países que responderam de forma mais rápida, eficaz, eficiente e coordenada, foram os que obtiveram os resultados mais satisfatórios em relação ao retorno do seu desenvolvimento econômico, segundo indicam estudos realizados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) (WORLD ECONOMIC OUTLOOK, 2020).

Com relação às dimensões sociais da pandemia, iniciamos a discussão pela narrativa de que o coronavírus possui uma perspectiva democrática, em contraposição ao fato de as primeiras pessoas diagnosticadas no Brasil e no mundo pertencerem as classes sociais mais privilegiadas. Decerto, e utilizando metáforas em analogia a fenômenos amazônicos, podíamos até estar todos em um mesmo banzeiro, debaixo da mesma tempestade com grandes trovões, relâmpagos e céu fechado.

Porém, havia pessoas passando por ele em seus iates e mantendo seu conforto, outras em grandes navios, havia aquelas que estavam nos recreios, umas visitando e desfrutando de pequenas ilhas, como se o banzeiro¹¹ não fosse – ou não pudesse – atingi-las. Nele, porém, havia ainda mais gente: as pessoas dos barcos, muitas amontoadas em redes vivas em meio a motores, escadas, camarotes, cargas; as que estavam em suas voadeiras¹², rabetas¹³, catraias¹⁴, remando manualmente e buscando se manterem vivas diante de condições tão adversas e desafiadoras.

¹¹ Banzeiro é um termo amazônico para descrever o movimento das águas dos rios provocado pelas embarcações e pelo movimento natural das águas.

¹² Voadeiras são pequenas lanchas rápidas feitas de alumínio adaptadas para os rios amazônicos.

¹³ A rabeteta é um motor de 5,5 HP que utiliza uma hélice presa em um ferro longo, muito utilizada nos rios da Amazônia.

¹⁴ Catraia, ou catraio, é uma embarcação de pouco calado, movida a vela, a remo ou do tipo canoa motorizada.

Foram essas pessoas – dos barcos, voadeiras, rabetas e catraias – que continuaram trabalhando para levar os bens e serviços àquelas dos iates, dos grandes navios, das pequenas ilhas, dos recreios e, até, de casarões às margens dos rios. A elas se juntavam tantos outros totalmente à deriva, sem boias ou salva-vidas, agarradas a pequenas tábuas, no meio do banzeiro e na imensidão dos rios, lagos, igarapés¹⁵, paranás¹⁶, várzeas¹⁷, igapós¹⁸. Infelizmente, muitos naufragaram e foram levados pela correnteza para o fundo das águas, unindo-se ao espírito destas.

É com essa metáfora que afirmamos: sim, a pandemia atingiu/atinge toda a população. No entanto, seus efeitos foram – e são – sentidos e vivenciados de forma desigual, diferenciada, heterogênea, iníqua e socialmente perversa. Logo, a pandemia de Covid-19, desvelou e escancarou as vulnerabilidades sistêmicas e estruturais das políticas públicas, especialmente, para os grupos vulnerabilizados, seja em relação às condições de saúde, idade ou mesmo aos marcadores socioeconômicos, de gênero, classe, raça, etnia (LIMA, 2021).

Os estudos já apontavam que a carga de morbidade e mortalidade da Covid-19 recaía, principalmente, sobre os mais pobres, os negros, os povos e populações indígenas, os quilombolas, a população de rua, a ribeirinha, as mulheres, a comunidade LGBTQIA+, enfim, os considerados socialmente excluídos. Isto significa que a pandemia estava – e está – reforçando e ampliando as já inaceitáveis e estruturais desigualdades sociais existentes no Brasil, tanto na saúde, quanto na economia, nas relações de trabalho, na demografia, na territorialidade... (OLIVEIRA *et al.*, 2020; NASSIF-PIRES; CARVALHO; RAWET, 2020; SANTOS, 2020; MACHADO; PEREIRA; FREITAS, 2022).

Conforme afirma Santos (2020), as epidemias ou pandemias que a humanidade já vivenciou ao longo do tempo não matam tão indiscriminadamente quanto se imagina. Para ele, são mais violentas e produzem um maior número de mortes as discriminações, as violências e as exclusões sofridas por trabalhadoras/trabalhadores empobrecidos, mulheres, negros, indígenas, imigrantes, refugiados, populações de rua, idosos, os quais não passam despercebidos em razão dos seus marcadores sociais, de gênero, classe, raça e etnia.

Por outro lado, é imperioso registrar que a pandemia intensificou/intensifica as injustiças abissais e as vulnerabilidades características da modernidade capitalista e colonial excludente, racista, classista, machista, heteronormativa, patriarcal, marcada por uma bárbara

¹⁵ Riacho que nasce na mata e desemboca num rio.

¹⁶ ‘Braço’ de rio separado por ilhas, com saída pela montante e pelo jusante do mesmo rio.

¹⁷ Floresta de várzea. É um tipo de floresta de planícies inundáveis invadidas por enchentes sazonais na bacia Amazônica, ao longo de rios de ‘águas brancas’.

¹⁸ Área da Floresta Amazônica que permanece alagada mesmo durante a seca dos rios.

condição de desigualdade socioestrutural aprofundada pelo ultraneoliberalismo. Este que produz como consequências a degradação/retirada de direitos sociais, as altas taxas de desemprego/subemprego, a redução/negação de recursos financeiros para programas e projetos sociais... Questões essas, que definem a ordem social no Brasil e em outros países de capitalismo periférico-dependente, possuidores da estrutura fundante dos três unicórnios sociais: o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado (SANTANA; FERREIRA, 2020; SANTOS, 2021).

Concordamos com Demenech *et al.* (2020), quando afirma que as pessoas em maior desvantagem socioeconômica tendem a uma maior exposição diferencial ao vírus – tem habitações de pior qualidade, vivem com muitas pessoas em residências menores, utilizam transportes públicos com maior aglomeração e tem insegurança laboral, o que dificulta, e até inviabiliza, o distanciamento social –, a uma susceptibilidade diferencial – por causa de insegurança alimentar e com pouca qualidade nutricional, aumento do estresse psicológico e dificuldade de acesso a trabalhadoras/trabalhadores da saúde – e, portanto, a uma consequência também diferente – menor capital social e reduzidas opções de prevenção primária e tratamento.

Esses fatos nos permitem afirmar que diante das múltiplas implicações da pandemia de Covid-19 na vida de pessoas, potencializadas pelo isolamento social, pelos medos, lutos, pelo aviltamento das condições sociais, econômicas e pela ausência de políticas públicas adequadas de distribuição de renda e de enfrentamento e combate à crise sanitária, as populações que já vivenciavam cenários de acentuadas exclusões foram (re)expostas a novas expressões de aviltamento das questões sociais, as quais conduziram a contextos desafiadores e ainda mais excludentes (SPOSATI, 2020).

Contudo, mesmo frente aos cenários de pobreza, miserabilidade, insegurança alimentar e outras injustiças-iniquidades anteriormente expostas e existentes no Brasil, intensificadas na atual conjuntura, faz-se mister a intensificação de lutas, reivindicações, embates e pressões populares e políticas para que sejam planejadas, construídas e executadas medidas de proteção social que respeitem e cumpram o princípio constitucional e humano fundamental de proteção e manutenção da vida, para que assim as pessoas possam cumprir as medidas sanitárias e, portanto, conter a disseminação do vírus ao mesmo tempo em que continuam vivas.

Foi dessa forma que, no Brasil, depois de muitas pressões e reivindicações, porém de modo tímido e leniente, o Governo Federal instituiu o Auxílio Emergencial como uma medida compensatória objetivando amenizar as consequências econômicas e sociais da pandemia. Tal auxílio estava direcionado para a população em situação de vulnerabilidade, mas também para

aquelas que ficaram fora do mercado de trabalho, sem fonte de renda para garantirem, minimamente, o seu próprio sustento e de seus familiares.

Entretanto, seu processo de implementação e execução apresentou inúmeras falhas e foi incompatível com a realidade daqueles que deveriam ser atendidos. Pois, além de não possuírem acesso à internet, bem como vivenciarem dificuldades para efetuarem o cadastramento, a plataforma criada era instável e ou inoperante, vindo a gerar dúvidas tanto na finalização do cadastro quanto nos critérios de inclusão e exclusão de quem se colocava enquanto pretense beneficiário (BRASIL, 2020; NASSIF-PIRES; CARDOSO; OLIVEIRA, 2021).

Frente a isso, centenas de pessoas tiveram o auxílio negado sem qualquer justificativa, dado o desencontro de informações e a obscuridade no que se refere aos critérios de elegibilidade. Assim, e diante das incertezas e dificuldades da pandemia e, agora, da concessão ou não do Auxílio Emergencial, famílias passaram a enfrentar filas intermináveis em frente às agências da Caixa Econômica Federal (CEF), em busca de respostas (NASSIF-PIRES; CARDOSO; OLIVEIRA, 2021).

Cabe destacar, porém, que apesar de todas as fragilidades até aqui apresentadas, o Auxílio Emergencial foi a única alternativa de renda para muitas famílias em situação de vulnerabilidade social. Ele passou a ser a garantia para a manutenção das condições mínimas de sobrevivência das/dos beneficiadas/beneficiados, mas não foi capaz de impedir que a carga de morbimortalidade da Covid-19 fosse fortemente influenciada pelas desigualdades estruturais do país (NASSIF-PIRES; CARVALHO; RAWET, 2020). Pois enquanto pessoas morriam asfixiadas no Amazonas, outras seguiam em jatinhos ou em aviões fretados para São Paulo, o que evidenciava que éramos afetados pelo mesmo vírus, entretanto com vivências, experiências, enfileiramentos e atravessamentos diferentes, desiguais e iníquos.

É nesse sentido que concordamos com Santos e Cristo (2020, p. 1) quando estabelecem que toda quarentena é discriminatória: difícil para alguns e impossível para tantos outros, especialmente para aqueles cuja missão é torná-la possível ao conjunto da população, ou seja, “a pandemia não é cega e possui ‘alvos privilegiados’, o que induz à busca de soluções diferentes entre aqueles que possuem capitais sociais distintos.”

Importante destacarmos também, a atuação das redes de relação e dos movimentos sociais, que, em todo o país e em múltiplas frentes, se fizeram presentes com o objetivo de garantir as condições mínimas necessárias, chegando a locais onde o poder público ‘fechava os olhos’, insistindo em se fazer ausente. Essas redes e movimentos desenvolveram ações relevantes e atuaram, em razão da ausência do Estado, em cenários de pobreza, de insegurança

alimentar, de falta de itens básicos para a proteção contra a Covid-19, por meio da doação de máscaras, álcool e, principalmente, de alimentos para combater a fome das pessoas (FRANÇA FILHO; LEAL, 2020).

Por fim, em se tratando da dimensão ecológica e ambiental, partimos da compreensão de que as pandemias são reflexo das violações da natureza (SANTOS, 2020). Não é a primeira vez, que vivenciamos pandemias cujo nascedouro tem relação íntima com a forma como o ser humano se relaciona e se comunica com a natureza, exigindo uma transformação da relação de interesse e intersecção com o sistema capitalista em que estamos inseridos, o qual mata, degrada, expropria, polui, faz mau uso do meio-ambiente.

No Brasil, já convivemos com epidemias como a dengue, zika vírus, Chikungunya, que têm relação direta com o ambiente e sua degradação. Para Birmam (2020), se por um lado o setor econômico lamenta os efeitos financeiros negativos oriundos da conduta adotada por muitos países para o enfrentamento do coronavírus, por outro, o meio ambiente recebe um ‘alívio’ em razão da paralisação temporária do setor industrial, que há muito tempo é considerado um dos maiores poluidores, atuando contra a natureza de forma predatória e agressiva.

Nesse contexto, sabendo que a saúde humana é afetada por fatores de risco intrínsecos, como os genéticos, e extrínsecos, como os nutricionais e ambientais, podemos afirmar que o decréscimo das atividades comercial e industrial implicou, ainda que momentaneamente, em uma redução no impacto ambiental e em um aumento na qualidade de vida e na saúde das pessoas. Vale ressaltar que mesmo a legislação brasileira, em especial a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990, reafirmarem que o ambiente e o saneamento básico são meios determinantes e condicionantes da saúde, a realidade enfrentada é de um total descaso com essas áreas, principalmente nos últimos anos, marcados pela elevação exponencial dos índices de desmatamento, queimadas, grilagem, avanço do garimpo ilegal, poluição dos rios-terras-mares, dentre outros fatores (IPAM AMAZÔNIA, [s.d]).

Essas situações são vivenciadas em todo o Brasil, mas de modo mais intenso no estado do Amazonas, território que abriga grande sócio-bio-diversidade, com áreas remotas e de difícil acesso. Os povos que ne habitam, convivem, cotidianamente, em suas terras com a invasão de garimpeiros, madeireiros e grileiros, fatos que têm acarretado o aumento da violência, de conflitos e até de mortes, incentivados e patrocinados pelos discursos oficiais de autoridades que os estimulam ou mesmo os apoiam (CASTRO; LOPES; BRONDIZIO, 2020; FERRANTE; FEARNSSIDE, 2019).

É inegável que vivenciamos, no cenário atual, uma desestruturação dos órgãos e das normas de proteção ambientais brasileiras, dentre as quais citamos: exonerações de fiscais do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) por combaterem grileiros e garimpeiros em terras indígenas; descredibilização do Fundo Amazônia; ataque ao sistema de monitoramento por satélite de focos de incêndio e desmantelamento do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE); burocratização de ações de fiscalização; desmonte do Ibama e do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBIO); redução de participação da sociedade civil no Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA); extinção da Secretaria de Mudanças do Clima e Florestas do Ministério do Meio Ambiente; transferência para o Ministério da Agricultura do poder de conceder florestas públicas para produção madeireira e serviços florestais; dentre outros desmontes (FRATURAS AMBIENTAIS, 2020 ; FRAZÃO, 2020; REVISTA RADIS, 2020).

Destacamos, por fim, que essas são medidas surgidas e potencializadas em meio à crise pandêmica sob a lógica de ‘ir passando a boiada e mudando o regramento’, com a intenção deliberada de agredir o meio ambiente, a natureza e os ecossistemas. Elas também estão associadas aos interesses econômicos que financiam/promovem o negacionismo em relação às mudanças climáticas. Compreendemos, assim, que caso essas questões venham/continuem a ser efetivamente implementadas, aumentarão, consideravelmente, as vulnerabilidades e injustiças ambientais e sociais no nosso país, com a possibilidade de proliferação de doenças emergentes, do aumento das temperaturas e da destruição dos nossos biomas.

Compreendemos, que a presente contextualização da pandemia de Covid-19, a partir de seus marcos legais e históricos, e a reflexão das questões sanitárias, associadas as dimensões políticas, econômicas, sociais, científicas e ecoambientais, fundamentam o nosso entendimento de que essa situação pandêmica, em consonância com a compreensão da OMS e da OPAS, é sim, fenômeno complexo, multidimensional e multifacetado. E mesmo ela atingindo toda a população, os seus efeitos são vividos e experienciados de modo desigual, diferenciado, heterogêneo, iníquo e socialmente perverso, tanto no Brasil, quanto no Amazonas. No próximo capítulo, discutiremos a respeito das potencialidades e dos retrocessos, em tempos de Covid-19, da Atenção Básica à Saúde e do SUS.

4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: RETROCESSOS E POTENCIALIDADES EM TEMPOS DE CRISE E O SUS COMO TRINCHEIRA DA PANDEMIA DE COVID-19

4.1 História, concepções e desafios do sistema público de saúde brasileiro

A Política Pública de Saúde no Brasil foi desenvolvida por meio do Sistema Único de Saúde. Ela é uma política social potente e pujante prevista na Constituição Federal de 1988, documento que compreende a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Os princípios doutrinários e organizativos do SUS são: universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação popular. Sua implementação e estruturação foi consequência de intensa luta, iniciada na articulação com movimentos sociais, intelectuais e trabalhadoras/trabalhadores da saúde, a qual, posteriormente, expandiu-se e veio a se transformar no movimento chamado de Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹⁹ (PAIM, 2008).

Após a promulgação da Constituição, foi sancionada a Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990. Este ato normativo dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” do SUS (BRASIL, 1990). Importante destacar que, segundo afirmam Campos (2018) e Cohn (2013), mesmo após a aprovação desse marco legal, a ofensiva da agenda neoliberal presente nos cenários mundial e brasileiro sempre impôs óbices à plena implementação, tanto da Lei nº 8.080/1990 quanto de outros instrumentos legais que garantem um sistema universal de saúde para a população brasileira.

Compreendemos, tal qual Franco e Merhy (2013), que a construção do SUS produziu um impacto significativo na conceituação da saúde, bem como transformou os modos de se fazer, conceber, receber e gerar saúde pública no Brasil, pois alterou os cotidianos dos serviços de saúde, os processos de trabalho e significou um marco na promoção de direito e cidadania. O SUS se tornou, assim, um dos maiores e o mais complexo sistema de saúde pública do mundo,

¹⁹ A Reforma Sanitária Brasileira, teve por fundamento, a defesa do direito à saúde e a luta por mudanças no modo de organização econômica, meios de vida e, principalmente, a proposição de um sistema universal integral, igualitário e descentralizado. Segundo Paim (2021), o Sistema Único de Saúde foi um dos produtos gerados pela RSB, a qual transcende os limites da saúde, pois incorporou outros valores que inspiraram suas lutas, tais como: a igualdade, a equidade, os avanços na atuação do Estado e a emancipação dos sujeitos coletivos e individuais. Dela, participaram atores-sujeitos individuais e coletivos, na defesa de uma sociedade mais justa e inclusiva.

uma vez que abrange não somente os cuidados de assistência, como também a oferta de serviços, a prevenção de agravos e de doenças e a promoção de saúde, em uma perspectiva de atenção das demandas de usuárias/usuários, com o objetivo de alcançar uma melhoria na qualidade de vida nos âmbitos individual e coletivo.

É nesse sentido que afirma Machado (2005, p. 257):

A constituição do Sistema Único de Saúde representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência à saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade de atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram a ser paradigmas do SUS.

Nos anos que se seguiram a criação do SUS, foram construídos outros arcabouços jurídico-normativos com o intuito de regulamentar a sua estruturação e a sua consolidação, apontando na direção da descentralização, da regionalização e do financiamento. Conforme ressaltam Vieira e Servo (2020), por meio de leis, decretos, Normas Operacionais Básicas (NOBS)²⁰, do Pacto pela Saúde²¹, Pacto pela Vida²², Pacto em Defesa do SUS²³, Pacto pela Gestão²⁴, de políticas e programas, foi se construindo uma agenda comum a fim de cumprir os objetivos do SUS e, também, de possibilitar a sua operacionalização. Foi assim que, diante de um país de dimensões continentais, ousou-se instituir um sistema de saúde universal.

Destacamos, no entanto, que um dos grandes entraves no processo de implantação e consolidação do SUS foi (e continua sendo) o seu subfinanciamento, o qual, insistentemente, coloca em risco a existência e a potência deste sistema de saúde. Tal fato foi agravado com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que, ao instituir um novo regime fiscal no

²⁰ São instrumentos normativos com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para estados e municípios, de planejar ações de saúde e mecanismos de controle, dentre outros.

²¹ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre os entes federados de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e de alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ele também redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

²² O Pacto pela Vida significa o compromisso entre os gestores do SUS em torno das prioridades que apresentam impactos sobre a situação de saúde da população brasileira. Essas prioridades são: saúde do idoso; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção de saúde e fortalecimento da Atenção Básica.

²³ O Pacto em Defesa do SUS amplia o diálogo com a sociedade na defesa do Sistema Único de Saúde, resgatando o movimento da reforma sanitária brasileira, além de promover o desenvolvimento de ações que visem qualificar e assegurar o SUS enquanto política de Estado.

²⁴ O Pacto pela Gestão consolida, para União, estados e municípios, um conjunto de responsabilidades sanitárias relacionadas à descentralização, à regionalização, ao financiamento, ao planejamento, à programação pactuada e integrada, à regulação, à gestão do trabalho, à educação na saúde, à participação e ao controle social, além de estabelecer diretrizes nacionais para esses processos de gerenciamento.

Brasil, elevou a existência do SUS a cenários ainda mais desafiadores, com notórios e reais prejuízos para a redução das desigualdades e a oferta dos seus serviços. Isso acabou comprometendo a execução de políticas e programas sociais e prejudicando sobremaneira a efetivação e a garantia do direito à saúde no Brasil (PIOLA *et al.*, 2009; PIOLA, BENEVIDES, VIEIRA, 2018; MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

Após esta breve explanação sobre o processo conjuntural de implementação e execução do SUS, passaremos a focalizar e refletir acerca da centralidade da Atenção Básica à Saúde (ABS) e da configuração e sustentabilidade do SUS. Compreendemos que a ABS representa um importante ponto da atenção à saúde, pois permite maiores e permanentes contatos com a comunidade, por meio do reconhecimento do território e da utilização dos seus atributos e diretrizes, tais como: vínculo, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar-comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Oportuno destacar, desde já, que assumimos neste texto uma posição teórica em defesa da ABS, a exemplo de Oliveira e Pereira (2013) e Cecílio e Reis (2018), que sustentam uma ideia ampliada da atenção à saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017). Os autores consideram equivalentes os termos ABS e Atenção Primária à Saúde (APS), compreensão ratificada na PNAB de 2017 do Ministério da Saúde. Assim, Cecílio e Reis (2018, p. 4) apontam entenderem que

[...] o termo atenção básica à saúde [...] poderia ser considerado como uma espécie de diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária. Uma diferenciação não fortuita, mas fruto de processo político que encontra suas raízes na própria história do Movimento Sanitário Brasileiro, da construção do pensamento da Saúde Coletiva, e reforçado pelo posicionamento firme, determinado e suprapartidário de entidades fundamentais como o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do próprio Conselho Nacional de Saúde, mirando centralmente a utopia da construção de um sistema de saúde público e universal.

O termo APS será aqui utilizado, portanto, enquanto sinônimo de ABS, seja em citações diretas ou indiretas, pois “a adoção do termo ‘atenção básica em saúde’ é uma característica bem brasileira, em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de ‘atenção primária em saúde’” (CECILIO; REIS, 2018, p. 4) nos demais países. Ou seja, ela se diferencia tanto da perspectiva seletiva que a compreende como sendo de baixa complexidade e dedicada às populações em situação de vulnerabilidade social, quanto da que a considera o primeiro nível da atenção em saúde, composta por um conjunto de serviços básicos. Estas são compreensões assumidas por muitos países sob a chancela e a orientação de organismos internacionais, dentre

os quais destacamos o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (GIL, 2006).

Logo, a ABS que defendemos é a que resgata o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata²⁵, ou seja, a de uma atenção básica forte, produtora de cuidado, resolutiva, abrangente, integral, que atua por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, que se alicerça em uma perspectiva de direitos sociais, civis e humanos. Pensada e planejada a partir do/para o território no qual está inserida, estruturadora e organizadora dos serviços de saúde, a partir dos princípios destacados. É aquela que considera as diversidades e as heterogeneidades dos seus territórios. Assim, não é possível pensarmos em uma única ABS para todo o Brasil, tendo em vista as suas dimensões continentais e, portanto, a multiplicidade de diferenças ambientais, geográficas, demográficas, epidemiológicas e culturais do país (MENDES, 2018).

No Brasil, a ABS vem se desenvolvendo ao longo de aproximadamente 30 anos, na busca de um alinhamento com os princípios e as diretrizes da Carta de Alma-Ata. As primeiras manifestações ocorreram em 1991, com a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)²⁶, que antecedeu e contribuiu com a implementação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF). Este, em 1998, transformou-se na Estratégia Saúde da Família (ESF), marco de construção da Proposta Nacional de Atenção Básica visando à reestruturação do sistema e do modelo assistencial do SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2019; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Em 28 de março de 2006, a Portaria MS/GM nº 648 aprovou e implementou, enquanto política pública de Estado, a ‘Política Nacional de Atenção Básica [PNAB], estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da

²⁵ A Declaração de Alma-Ata foi adotada em setembro de 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata (atual Almati, cidade do Cazaquistão). Essa declaração expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Ela foi considerada a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da Atenção Primária em Saúde. Desde então, tem sido defendida pela OMS enquanto instrumento orientador da promoção de saúde de caráter universal.

²⁶ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1991. Ele surge como uma estratégia para fornecer cuidados em Atenção Primária à Saúde, a partir de pessoas da própria comunidade, as/os chamadas/chamados Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, restrito às áreas mais vulneráveis, sobretudo na Região Nordeste, eram atribuições das/dos ACS realizarem visitas domiciliares, atividades de promoção, prevenção e monitoramento da saúde, além de identificarem situações de risco e acompanharem grupos específicos.

Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)’ (BRASIL, 2006). No ano de 2011, a PNAB²⁷ foi revisada, quando ficou determinado que a

[...] Atenção Básica caracteriza-se por [...] uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas [...]. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, p. 19)

Vale ressaltar que a revisão de 2011 da PNAB trouxe outros importantes avanços para a organização das ações da ABS – em especial, para as populações amazônicas –, pois instituiu o financiamento e as regras para o credenciamento da ESF Ribeirinhas e da ESF Fluvial (ESFF). Elas foram regulamentadas pelos seguintes instrumentos normativos: Portaria nº 2.490/2011²⁸, Portaria nº 180/2011²⁹ e Portaria nº 941/2011³⁰ (EL KADRI, *et al.*, 2019). Essas foram inovações importantes e necessárias na ABS, pois os caminhos para a construção e a garantia da saúde coletiva na Amazônia para as/os amazônicas, em virtude das suas especificidades, peculiaridades, culturas, diversidades, singularidades, dimensões, constituem-se em um desafio diário.

É nesse sentido que concordamos com Schweickardt *et al.* (2016, p. 02) quando afirma que a

[...] Região Amazônica, pelas suas características geográficas e demográficas, tenciona por adequações na Política Nacional de Atenção Básica pela sua ampla diversidade. A Atenção Básica, como ordenadora do sistema de saúde, incorporou serviços e modelagens tecno assistenciais inerentes aos povos da floresta, como por exemplo, as Unidades de Saúde Fluviais e as equipes de saúde ribeirinhas, assim como outras modalidades próprias de serviço. O estado do Amazonas tem a gestão e a organização dos serviços orientadas pelo fluxo através das calhas de rio, que são o caminho do

²⁷ A Portaria nº 2.488/ 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

²⁸ A Portaria nº 2.490/2011 definiu os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

²⁹ A Portaria nº 180/2011 estabeleceu as normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de estabelecimentos e equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para as Populações Ribeirinhas nos municípios da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2011a).

³⁰ A Portaria nº 941/2011, estabeleceu normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos as equipes [sic] que farão parte da População Ribeirinha e Fluvial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2011b).

deslocamento das pessoas, sendo que cada município tem um grande número de rios, igarapés e lagos para circulações que buscam a oferta da atenção à saúde da população, como para as demais mobilidades que envolvem a vida no seu cotidiano. Por isso, compreender os efeitos de uma política nacional nos territórios específicos pode auxiliar sobre a reflexão política nacional da atenção básica, mas também sobre o sistema de saúde na perspectiva da integralidade do acesso, da assistência, da atenção e do cuidado. A diversidade é força de revigoração das políticas e a superação das desigualdades é um objetivo ético que requer grande conhecimento da realidade singular de cada território.

Diante desse contexto e com o objetivo de ampliar o acesso e reduzir as iniquidades sociais, foram implementadas outras políticas, programas, projetos e ações, com a intenção de consolidar a ESF e a ABS, enquanto propulsoras e reorientadoras do modelo assistencial no SUS. Segundo Arantes *et al.* (2016), essas políticas e programas se constituíram em marcos legais importantes para a concretização da descentralização e da produção de novas práticas profissionais e institucionais no fazer-dever da saúde pública brasileira. Elas potencializaram e promoveram a capacidade de articulação de ações entres várias áreas, tais como: educação em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários, reorganização da atenção à demanda espontânea, dentre outros. Nesse processo, inclusive, os municípios ficaram responsáveis pela implementação e pela execução da ABS no âmbito do SUS.

Também compreendemos, na direção apontada por Ferla *et al.* (2017) e Schweickardt *et al.* (2016), que é complexo produzir saúde e cuidado na ABS brasileira. Essa complexidade não advém da questão tecnológica, dos saberes especializados ou até mesmo dos equipamentos sofisticados, mas da dimensão teórico-epistêmica de uma realidade multiengendrada e, sobretudo, em permanente movimento e (re)significação.

Nesse sentido, compreendemos que a Atenção Básica é, ou deveria ser, a principal porta de entrada das/dos usuárias/usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da utilização dos seus serviços, programas e ações. Ela deve se voltar para o cuidado centrado nas pessoas em uma perspectiva continuada e duradoura que corresponda às necessidades de saúde de usuárias/usuários de determinado espaço-tempo.

É importante que ela se consolide enquanto um território de respostas e soluções, ao ponto de somente virem a ser referenciados aqueles casos incomuns ou de maior complexidade que exorbitem a sua área de competência. Isso porque, como ressalta Malta *et al.* (2016), é de responsabilidade da ABS a coordenação do cuidado e a integração com a comunidade, inclusive quando usuárias/usuários do seu território utilizam os serviços em outros níveis de atenção à saúde.

Esclarecemos aqui que, ao falarmos de território, não estamos nos referindo somente ao aspecto geográfico, mas também ao lugar de uso – onde os processos se constroem – e ao espaço social – constituído pelos fluxos e atravessamentos dos espaços-tempos nos quais vivemos, trabalhamos, sofremos, lutamos, sonhamos. O território é a semente-propósito das nossas ações e relações do hoje para a construção de um amanhã. Para Santos (2002), o território é o real, o lugar geográfico de lucro para uns poucos, mas onde, contrariamente, muitos insistem-persistem e lutam-vivem por seus direitos e garantias, mesmo diante das exclusões e injustiças.

Um desses territórios, caracterizado pela sua complexidade, é a região amazônica. Ele pode/deve ser pensado-vivido enquanto um território sociopolítico de presenças, não como um lugar de vazios e ausências. É um local de potências, de inovações e de estratégias para produção do cuidado em saúde, seja nas redes formais ou nas não-formais – estas denominadas em nosso estudo de “redes vivas”.

Assim, como nos ensina Schweickardt *et al.* (2016a), são as redes vivas que nos fazem compreender os modos de vida das populações ribeirinhas, os seus territórios, as suas estratégias, as suas redes de relações produzidas em busca de cuidado e saúde. São elas que nos permitem a compreensão e a discussão a respeito do fortalecimento das políticas públicas em territórios distintos.

E na tentativa de cumprir com a responsabilidade que a ABS tem na vida das pessoas e com a intenção de concretizar e fortalecer o SUS, é que outras políticas e programas foram surgindo e se incorporando, de modo transversal, ao escopo da ABS. Dentre esses, citamos:

a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);³¹

a Política Nacional de Humanização (PNH)³² – com ênfase no acolhimento, no matriciamento e na clínica ampliada centrada no sujeito;

³¹ A PNPS se caracteriza como sendo um conjunto de estratégias e formas de garantir que todos, independentemente do nível socioeconômico, tenham acesso à saúde. Ela consiste na garantia de um sistema amplo e transversal para firmar compromissos com os pactos sanitários para melhorar a qualidade de vida individual e coletiva do país.

³² Lançada em 2003, a PNH busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Para isso, produz mudanças nos modos de gerir e cuidar. A Política Nacional de Humanização estimula a comunicação entre gestores, trabalhadoras/trabalhadores e usuárias/usuários para construir processos coletivos de enfrentamento das relações de poder, trabalho e afeto, as quais, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde em seu trabalho e das/dos usuárias/usuários no cuidado de si (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³³ – que surgiu com o objetivo de ampliar a abrangência e a capacidade das ESF para atender as demandas das comunidades nas ações da Atenção Básica;
- o Sistema Nacional de Regulação (SISREG);³⁴
- o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);³⁵
- o Requalifica UBS;³⁶
- as Redes de Atenção à Saúde (RAS);³⁷
- o Programa Mais Médicos (PMM)³⁸ (MOROSINI; FONSECA, 2018; MELO *et al.*, 2018).

É oportuno destacarmos que, mesmo cientes da importância da consolidação de uma ABS que atue na perspectiva da continuidade e da integralidade do cuidado, ainda vivenciamos, depois destes quase trinta anos de implementação, muitos entraves e desafios de ordem financeira, simbólica e material. Estas são questões que precisam ser superadas para que possamos afirmar que a ABS dispõe de condições para assegurar uma das suas principais diretrizes: ser a coordenadora da rede de cuidados em saúde (CECÍLIO; REIS, 2018).

³³ O NASF foi criado pela Portaria MS/GM nº 154/2008, com o objetivo de aumentar a resolutividade e a capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população. Vale ressaltar que esse instrumento normativo foi revogado pela Portaria MS/GM nº 2.488/ 2011.

³⁴ O SISREG é um sistema web, o qual foi criado para gerenciar o Complexo Regulador. Por meio de módulos, ele permite desde a inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e na alta complexidade. Também regula os leitos hospitalares, objetivando uma maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e uma otimização na utilização dos recursos assistenciais, visando à humanização no atendimento.

³⁵ O PMAQ-AB tem por objetivo incentivar os gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos do seu território de abrangência. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

³⁶ O Requalifica UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde que busca a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica, e tem por objetivo criar incentivos financeiros para a reforma, ampliação e construção de UBS.

³⁷ As RAS, instituídas no âmbito do SUS por meio da Portaria MS/GM nº 4.279/2010 e consolidada pela Portaria de Consolidação nº 03/2017, tem por objetivo minimizar a fragmentação, qualificar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no SUS, assegurando as/aos usuárias/usuários um conjunto de ações e serviços integrados de qualidade e com efetividade e eficácia para que se possa buscar a integralidade no Sistema Único de Saúde. As Redes de Atenção à Saúde se organizam em redes temáticas da seguinte forma: Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rede Cegonha); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2017).

³⁸ O PMM foi criado pela Medida Provisória (MP) nº 621/2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871/2013. O Programa Mais Médicos tem a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS. Ele se somou ao conjunto de ações e iniciativas do Governo Federal voltadas para o fortalecimento da Atenção Primária no Brasil, a qual é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades brasileiras.

Por outro lado, reconhecemos os avanços obtidos após a reorientação do modelo assistencial, a partir da implantação da ABS, em especial com o aumento significativo da cobertura da ESF. Pesquisas apontam que as principais conquistas da ABS são aquelas relacionadas à redução das iniquidades em saúde e às mudanças epidemiológicas, como é o caso do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).

De acordo com os estudos de Pinto e Giovanella (2018), por exemplo, o ICSAB teve uma redução de 45% entre os anos de 2001 e 2016. Esse fato, inclusive, pode ter ligação direta com os cuidados da ABS e, também, com outros indicadores, tais como a redução na mortalidade infantil e a condução bem-sucedida do Programa Nacional de Imunização – o qual foi incorporando inúmeras vacinas, ao longo dos anos –, dentre outros indicadores (HONE *et al.*, 2017).

Mesmo com tais avanços, no atual momento, estamos vivenciando retrocessos nas políticas públicas, em razão da intensificação da agenda ultraneoliberal ofensiva e conservadora, que estamos vivenciando desde 2016. Ela busca reduzir os investimentos públicos em saúde e educação, e pautar, em suas ações e planos, políticas de ataque intenso e agressivo aos direitos e garantias já conquistados, conduzindo a uma real retirada de direitos sociais e humanos, o que afeta diretamente a existência e a continuidade do SUS.

Dentre os exemplos desse retrocesso estão as medidas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº 95/2016 – já aqui referida –, que inviabiliza diretamente o SUS e outras políticas socioeducacionais. Também nessa direção, é importante ressaltarmos as significativas alterações na PNAB (2017) e a reformulação de atos normativos – portarias, resoluções, orientações – pelo MS, as quais vêm implementando mudanças tanto organizativas quanto conceituais, políticas e estratégicas.

Dessa forma vão sendo atacados, desestruturados e fragmentados o cuidado à saúde e a própria saúde pública brasileira. Ou seja: está em curso a prática de um desmonte do modelo assistencial de orientação comunitária, na ABS e no SUS, o qual é um fundamento estruturante da agenda da saúde cuja universalidade é um dos alicerces. Tais ameaças e retrocessos, segundo Massuda *et al.* (2020), anunciam de modo reiterado o perigo real de voltarmos a ter uma atenção à saúde do tipo médico-centrada.

Outro exemplo das mudanças em andamento é a extinção do financiamento do NASF para os municípios, fato que tem conduzido à precarização deste serviço, com a redução do número de agentes comunitários de saúde nas equipes da ESF. Uma pesquisa nacional de saúde, realizada pelo IBGE (2019), aponta: a diminuição do número de visitas domiciliares mensais realizadas pelos ACS e pelas equipes da ESF; a possibilidade de cadastramento de equipes da

ABS sem a presença das/dos trabalhadoras/trabalhadores que as integram; a diminuição da carga horária das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde; a finalização do Programa Mais Médicos (PMM), o que deixou centenas de municípios brasileiros sem médico (GIOVANELLA, 2021; MELO *et al.*, 2018).

Ainda nesse contexto de retrocessos, destacamos a implantação, a partir de 2019, do Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria MS/GM nº 2.979/2019. Essa portaria alterou o modelo de financiamento e custeio da ABS e estabeleceu o repasse de recursos financeiros com base no cadastramento da população, na avaliação de desempenho das equipes e na adesão a programas específicos, a serem definidos pelo MS (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020). Compreendemos que essa forma de financiamento pode ser uma ameaça à existência e à continuidade da ABS, uma vez que poderá fragilizar ou até anular os princípios universalista e integral do SUS.

Frente aos retrocessos e descontinuidades, faz-se necessário, em nossa compreensão, fortalecer e ampliar os espaços da sociedade e das/dos trabalhadoras/trabalhadores nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, para que, assim, iniciemos-continuemos movimentos de permanente luta e resistência na sociedade, nos estados e nos municípios, com o apoio da população, em defesa do SUS. Essas lutas e resistências poderão ter como pauta o aumento de recursos financeiros para pesquisas e produções científicas na área da saúde, o combate ao negacionismo, à anticiência e ao obscurantismo que têm dominado instituições e pessoas públicas do nosso país, dentre outras agendas.

Foi nesse cenário de mudanças na política pública, de enfraquecimento e de fragilização da ABS e do SUS, aqui problematizados, que a pandemia de Covid-19 encontrou o sistema público de saúde brasileiro, em 2020. Dito isto, compreendemos que o percurso histórico de construção, reconstrução e desconstrução da ABS, no Brasil, é uma discussão que se faz necessária para que possamos problematizar sua atuação no contexto de crise sanitária global. Assim, na próxima seção buscaremos refletir sobre a sua importância e sobre os seus desafios, vivências e experiências no enfrentamento à pandemia de Covid-19.

4.2 Atenção Básica à Saúde e suas práticas de cuidado no contexto da pandemia de Covid-19

4.2.1 Notas sobre o conceito de cuidado em saúde

Com o objetivo de ancorar teoricamente as nossas discussões sobre o processo de cuidado na ABS no município de Iranduba durante os dois primeiros anos da pandemia de Covid-19, realizaremos uma breve discussão sobre o conceito de cuidado em saúde no Brasil, apresentando o arcabouço teórico que fundamenta as análises e as reflexões desta pesquisa. O conceito de cuidado em saúde aparece na literatura científica de forma multifacetada, polissêmica e marcada por uma pluralidade de discursos. Trata-se de um assunto que circula de modo transversal e transdisciplinar aos estudos sobre processos saúde-doença e é apreendido em múltiplos níveis de existência, dado que opera distintos níveis de realidade (ALMEIDA FILHO, 1997; 2000b).

Na área da saúde coletiva, mais precisamente, as concepções sobre o cuidado em saúde se constroem a partir de três dimensões: a técnico-científica, a subjetivo-relacional e a sócio-política (CRUZ, 2009). Para pensarmos o cuidado em saúde, devemos considerar, portanto, não apenas as questões relativas aos procedimentos técnicos e burocráticos da cura de uma enfermidade, mas também “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2), de modo que “o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo” (SILVA *et al.*, 2013, p. 287). Dessa forma, “o que nos dá identidade de trabalhadores de saúde é o fato de que, de um modo ou de outro, nosso trabalho resulta em cuidado” (CECILIO; LACAZ, 2012, p. 8).

Afirma Cruz (2009), que neste campo de atuação profissional, o cuidado é produzido no encontro entre as pessoas, especialmente entre as que buscam cuidados e aquelas instituídas no ofício de cuidar. Essas confluências são atravessadas por tecnologias, saberes, técnicas, normas, sistemas, culturas, afetos e subjetividades. De caráter assimétrico, os encontros acontecem porque o agente que precisa de cuidados se coloca – e/ou é colocado – sob a responsabilidade daquele que deve cuidar. Assim, o cuidado em saúde é um acontecimento permeado por um conjunto articulado de ações, eticamente, comprometidas, “perpassado pelos

valores de solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença, e democracia” (PAIM, 2006, p. 134).

Para Ayres (2009), o cuidado é um construto filosófico e uma atitude prática produzido nas mais diversas ações terapêuticas. Ou seja, trata-se de uma interação entre duas ou mais pessoas com o objetivo de estabelecer uma cura, um bem-estar. O cuidado assim, longe de ser um conjunto de procedimentos e técnicas voltadas para o reestabelecimento da saúde, é o entrelaçamento de uma compreensão filosófica e prática da realidade mediada por saberes específicos. Neste sentido, ressaltam Zoboli (2007) e Moreira e Franco (2016): o ato de cuidar é o encontro entre quem cuida e quem é cuidado, no sentido de acompanhar e fomentar a saúde e o bem-estar. Assim, envolvendo preocupação e responsabilidade com o outro, o cuidado implica em ações éticas e interativas que vão para além das normativas e tecnicidades, sempre levando em consideração as singularidades e as subjetividades.

Segundo destacam Melo *et al.* (2018), o cuidado em saúde é compreendido enquanto uma prática social. Ele não é um valor em si. Isso significa que as práticas de cuidado não podem ser definidas *a priori*, mas sim em ato, no encontro. Ou seja, determinadas práticas de cuidado tem a possibilidade de produzir efeitos nefastos, ao passo que outra podem contribuir com a defesa de valores que defendemos e acreditamos. É nesse sentido que concordamos com os autores, pois acreditamos em um cuidado em saúde para além de atos prescritivos. E mais: o modo de cuidado baseado na potência de vida das pessoas baseia-se na perspectiva de que é importante valorizar e reforçar a capacidade de se viver e de se produzir (novos) sentidos para a vida individual e coletiva.

Nesse sentido, o cuidado em saúde é uma ação e, para existir, deve ser praticado. Daí a importância de se pensar nos processos de trabalho em saúde. No sistema público brasileiro, o cuidado em saúde pressupõe um trabalho multiprofissional e coletivo que supere o corporativismo e as ações hiperdirecionadas, visando à compreensão e à resposta às demandas de saúde trazidas pelas/pelos usuárias/usuários.

Para isso, os processos de trabalho devem considerar as múltiplas e heterogêneas formas de cuidar das diversas áreas de conhecimento, bem como respeitar os saberes e as práticas advindas das vivências e experiências das/dos usuárias/usuários. É no encontro entre as/os trabalhadoras/trabalhadores e entre as/os trabalhadoras/trabalhadores e as/os usuárias/usuários que a prática de cuidado em saúde acontece, sempre perpassada pelos modos de sentir, representar e vivenciar as necessidades, de forma que o processo de trabalho em saúde está intimamente interligado com cuidado em saúde (MERHY, 2013).

Faz-se importante destacar que a expressão ‘processo de trabalho em saúde’ se refere a uma dimensão microscópica do trabalho em saúde, consistindo na prática cotidiana de produção e consumo de serviços de saúde por meio das/dos trabalhadoras/trabalhadores. Assim, uma vez que os serviços se organizam visando atender às demandas ou até mesmo a identificar novas necessidades e criar processos de trabalho mais convenientes de acordo com a ocasião, fica nítida a relação direta entre o trabalho e as necessidades humanas (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Nesse sentido, (re)afirmamos que os processos de trabalho em saúde pressupõem o trabalho vivo em ato. E segundo destaca Merhy (2002), apesar de a lógica capitalista de distanciamento, objetividade e neutralidade entre pensar e agir estar muito presente no campo da saúde, especialmente durante a formação profissional, ela acaba se dissolvendo nas práticas cotidianas. Isso porque, como já apontado, o trabalho nessa área acontece em um ‘encontro’ dotado de tecnologias, técnicas e saberes, mas também de culturas, imprevistos, subjetividades e improvisos, que trazem vida ao ato de cuidar.

Para Faria e Araújo (2010), o trabalho em saúde pressupõe interação entre as pessoas e é dependente das potencialidades instituintes dos encontros realizados nos serviços de saúde. Por isso o consideramos um lugar privilegiado para a construção de novos saberes e de sujeitos protagonistas, favorecendo o intercâmbio entre as/os trabalhadoras/trabalhadores e a comunidade. Isso, entretanto, provoca um tensionamento, já que o “profissional da saúde pública vive [...] neste campo de tensões em que uma formação profissional tecnicista se mostra insuficiente para efetivar o projeto de democratização da saúde desejado desde os primeiros movimentos populares e na criação do SUS” (MORSCHER; BARROS, 2014, p. 938).

Ressalta Merhy (1997), por sua vez, que as relações do cotidiano do serviço que fundamentam a organização dos processos de trabalho e a produção da saúde – por ele chamadas de micropolítica do trabalho em saúde – são imprescindíveis e devem ser entendidas para que sejam promovidas mudanças reais nas formas de se produzir saúde.

Essa produção e reprodução das relações dos cotidianos de trabalho, varia de acordo com as características dos serviços de saúde e seus territórios. Isso fica bastante evidente quando resgatamos as categorias de tecnologias de saúde construídas por Merhy (1997), já referidas neste estudo. São elas: a) tecnologia dura, b) a tecnologia leve-dura, c) e a tecnologia leve. Para ele, apesar das diferenciações, tais categorizações são sempre interrelacionadas, e que as tecnologias leves no cuidado em saúde são importantes para a construção de um espaço relacional trabalhadora/trabalhador-usuária/usuário saudável e eficaz.

No caso dos serviços de saúde da ABS, as tecnologias leves são a principal força-motriz para a produção de cuidado. Elas compreendem o acolhimento, a integração, a formação de vínculos, o espaço para encontros e escuta, o respeito e a valorização à autonomia, a cooperação e a corresponsabilização, o uso de habilidades de comunicação para adequada expressão verbal, o bom humor, a empatia e a postura ética.

Entretanto, elas se tornam um desafio quando as formações de trabalhadoras/trabalhadores não preparam o acadêmico para permitir que o encontro terapêutico tenha também subjetividades, afetos, cultura e diálogo. Nesse sentido, o plano micropolítico na ABS deve fabricar territórios existenciais, onde ocorrem os processos de subjetivação, e, em cada território, são produzidos encontros, com seus limites e possibilidades, a partir das relações de poder e de resistência ao poder neles mediadas (FEUERWERKER, 2014).

É nesse sentido que afirmamos que as formas de existir/resistir e as possibilidades de existências se fazem importantes no processo de cuidado em saúde, visto que o processo de trabalho em saúde é um espaço-tempo permeado por tensões, invenções, experimentações de atos e ações cuidadoras ou mesmo as suas negações. E estas ocorrem em razão da rudeza ou insensatez dos momentos vivenciados na contemporaneidade, marcados pela negação de direitos fundamentais, precarização do direito ao trabalho e dos vínculos empregatícios das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, os quais tem se agravados e acentuados nesses tempos da pandemia de Covid-19. Entretanto, seguimos luta-busca para que possamos construir-promover em um Sistema Único de Saúde cada vez justo, igualitário, equânime e integral.

4.2.2 Práticas de cuidado da Atenção Básica à Saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-

19

Buscaremos aqui, problematizar a respeito da importância da ABS, enfatizando o lugar que ela ocupou – e ainda ocupa – no enfrentamento à pandemia de Covid-19, evidenciando suas estratégias, desafios, vivências e experiências na produção de cuidado em saúde nos territórios de sua atuação. Para isso, utilizaremos enquanto campo de estudo, documentos oficiais produzidos pelo Ministério de Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Observatório Covid-19 da Fundação Osvaldo Cruz.

E esses documentos são: o Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde (MS, 2020); o Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde (CONASS; CONASEMS, 2020) e as Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19 (OBSERVATÓRIO COVID FIOCRUZ, 2020). A partir das informações disponíveis nos referidos documentos, estabeleceremos um diálogo entre as mesmas e os constructos teóricos que fundamentam a presente pesquisa.

É indiscutível, que a pandemia de Covid-19 trouxe profundas consequências para a sociedade brasileira. Contudo, os serviços de saúde, especialmente aqueles ligados ao SUS, foram os que mais sofreram os impactos: sejam eles diretos ou indiretos. Durante a crise sanitária, em virtude de sua ampla estrutura nacional e a extensa capilaridade regional, o sistema público de saúde e as/os suas/seus trabalhadoras/trabalhadores foram pressionados a responderem de modo rápido e eficaz às contingências e vivências impostas pela Covid-19. Além disso, o SUS era – e ainda é – o único recurso de apoio à saúde a que milhares de famílias brasileiras têm acesso (MARTINS; STÉLIDE, 2021; MARTINS *et al.*, 2021; FREITAS, *et al.*, 2020; FERLA *et al.*, 2020).

Desconsiderando – e até descumprindo – as características do sistema de saúde brasileiro e as orientações científicas, as estratégias e as concepções desenvolvidas pelo governo brasileiro para o enfrentamento da crise sanitária, priorizaram a intervenção individual e o atendimento hospitalar. Isso fica evidente a medida que observamos que a maioria dos investimentos financeiros foram realizados em leitos de UTI, hospitais de campanha, respiradores e outros itens de cuidados hospitalares, fatos que contribuíram para a desarticulação da ABS em muitos estados e municípios do Brasil (MEDINA, *et al.*, 2020; FAVORETO, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021). De acordo com especialistas, essa decisão não levou em consideração o comportamento da doença e as características do SUS, pois, antes mesmo de o vírus ser confirmado no país, já se sabia que a Covid-19 é uma doença de alta transmissibilidade, mas que pode ser evitada ou se manifestar de forma leve.

Dados da OMS (2020) demonstram, por exemplo, que cerca de 80% das pessoas diagnosticadas com Covid-19 podem ser assintomáticas ou oligossintomáticas, e que somente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar. Dos pacientes hospitalizados com dificuldades respiratórias, ainda segundo o organismo internacional, um número não superior a 5% pode necessitar de suporte ventilatório.

Essas informações corroboram com as críticas feitas por muitos estudiosos ao governo brasileiro, quais sejam: investir prioritariamente em tratamentos e equipamentos hospitalares

era considerada uma estratégia contraproducente, em especial, quando se possui um sistema capilarizado e com experiência em educação em saúde e um histórico de êxito da ABS na atuação em epidemias anteriores – por exemplo, o combate à dengue, à H1N1, ao zika vírus, dentre outras –, e também quando as ações em nível de atuação da atenção básica tiveram uma importância fundamental (SARTI *et al.*, 2020).

Em termos práticos, o que se observou nos dois primeiros anos da pandemia de Covid-19 foi uma espécie de desconsideração das estratégias comunitárias e intersetoriais em detrimento de um alto investimento no setor terciário, resultando com que o Brasil perdesse a oportunidade de adotar medidas, verdadeiramente, efetivas de enfrentamento à pandemia (BASILE, 2020; TEIXEIRA; *et al.*, 2020b; GIOVANELLA *et al.*, 2021; MEDINA, *et al.*, 2020).

Apesar da estratégia de investimentos priorizar o setor hospitalar, em termos práticos, a ABS acabou se tornando um eixo fundamental para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Pois, além de responder direta e inevitavelmente à população, diante dos casos da doença, os serviços da ABS mantiveram os cuidados em saúde já cotidianamente oferecidos, especialmente aqueles relacionados às condições crônicas e a outros agravos de saúde. Para tanto, de acordo com Giovanella *et al.* (2021a) e Sarti *et al.* (2020), a ABS precisou (re)organizar os seus processos de trabalho, com vistas a oferecer uma qualificação para suas/seus trabalhadoras/trabalhadores. E, assim, responder aos muitos desafios a ela impostos durante a crise sanitária. As estratégias implementadas pela ABS no período, foram:

- identificação, monitoramento, tratamento e gerenciamento dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19;
- busca ativa de pessoas que tiveram contato com aqueles casos confirmados para a realização de testagem;
- estratificação dos casos de Covid-19;
- orientação quanto ao isolamento social;
- realização de ações visando à vigilância no território;
- orientação da população por meio da educação em saúde para a adoção de medidas de prevenção;
- realização da imunização contra a Covid-19;
- manutenção dos cuidados e serviços já realizados no âmbito da ABS.

E com a finalidade de direcionar as ações da ABS, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o MS elaborou o Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus na atenção primária. Ele estabeleceu as atribuições dos serviços de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família para o manejo e o controle da infecção por Covid-19.

Esse documento foi um dos instrumentos norteadores para que gestores e trabalhadoras/trabalhadores da saúde que atuaram – e/ou atuam – na ABS dos municípios brasileiros pudessem reestruturar seu sistema de trabalho, repensando de forma sistematizada os instrumentos e as orientações clínicas para o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde durante a crise. Logicamente, diante da dinamicidade, e das novas orientações e da produção contínua de conhecimento que acompanhou o movimento do comportamento do vírus e da pandemia, o referido protocolo passou por diversas mudanças ao longo do tempo e teve suas versões atualizadas, o que exigiu dos gestores e trabalhadoras/trabalhadores da saúde uma constante revisão do manejo clínico do coronavírus (MARINELLI; ALBUQUERQUE; SOUSA, 2020).

O protocolo trouxe, em linhas gerais, os conteúdos relativos à educação em saúde e à educação permanente em saúde, com a proposição da realização de cursos online a respeito do manejo clínico da síndrome gripal. Além disso, o documento estabelecia:

- o fluxograma de Manejo Clínico na Atenção Primária em Transmissão Comunitária e no Fluxo do Fast-track;
- o isolamento domiciliar e o monitoramento;
- a alta do isolamento para os casos leves;
- o encaminhamento e o transporte para os centros de referência ou serviços de urgência para casos graves;
- a notificação dos casos;
- a atuação com abordagem sindrômica na transmissão comunitária;
- as orientações sobre o uso de máscaras;
- a regulamentação do teleatendimento;
- as orientações relativas ao afastamento das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde com sintomas de Covid-19 ou por integrarem o grupo de risco – seja por possuírem 60 anos ou mais ou em razão de apresentarem alguma condição de doença e/ou estado de saúde que seja enquadrado enquanto risco (BRASIL, 2020b).

Vale ressaltar que a complexidade do enfrentamento à pandemia de Covid-19, não cabe em protocolos padronizados. Dessa forma, cada município teve que desenvolver um processo de reorganização do trabalho das equipes que atuaram – e atuam – na ABS, com vistas a implementar as melhores estratégias de cuidado e de acordo com as necessidades e as realidades e demandas locais de cada território. Deve levar em consideração as especificidades de cada local, o comportamento da pandemia, a estrutura física dos serviços e as condições de trabalho das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, uma vez que muitas das orientações lá descritas eram – e ainda são – inviáveis de serem executadas (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

A realidade trazida pela pandemia de Covid-19 evidenciou a necessidade e a importância de se desenvolver uma Educação Permanente em Saúde (EPS)³⁹, especialmente em cenários de crise sanitária. Por terem como base uma doença até então desconhecida, os estudos científicos eram realizados, revisados, publicados e seus resultados colocados em prática quase que instantaneamente. Considerando que a medicina ocidental é baseada em evidências, em face das constantes pesquisas e dos novos conhecimentos produzidos, eram necessárias atualizações técnicas contínuas para o manejo do cuidado em saúde na pandemia (SANTOS *et al.*, 2021).

Nesse sentido, para o enfrentamento de um novo vírus altamente transmissível, foi preciso criar estratégias para a formação de trabalhadoras/trabalhadores da saúde de modo ágil e contínuo. Formação essa que deveria ser atenção e cuidado por parte dos gestores, com comunicações objetivas e fundamentadas na ciência. E assim, foram desenvolvidas múltiplas estratégias para a capacitação contínua das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde.

Elas consideravam o cenário de emergência, que diminuía o espaço para discussões e dúvidas, e, também, o grande volume de publicação de documentos, protocolos, guias de orientação, fluxograma e notas técnicas. Em um contexto tão adverso, a alternativa considerada mais viável e necessária para a continuidade do processo de EPS foi o uso das tecnologias digitais, cujas atividades envolviam as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde e a comunidade (SILVA *et al.*, 2020). Por isso concordamos com Teixeira *et al.* (2020), que a pandemia de Covid-19 foi um grande desafio para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, pois gerou

³⁹ A Educação Permanente em Saúde se baseia nas Portarias GM/MS nº 198/2004 – que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNSPS) – e GM/MS nº 1996/2007 – que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Sistema Único de Saúde, como estratégia, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadoras/trabalhadores.

muita insegurança, medo, elevação da carga horária de trabalho/estudo, aumento do estresse e exaustão física e mental, dentre outros.

A ABS também possuiu um Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, com a intenção de que gestores estaduais, municipais e trabalhadoras/trabalhadores do SUS tivessem acesso a maiores orientações para o desenvolvimento de suas ações de cuidado durante a pandemia.

Ele foi elaborado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em parceria com o MS. Nele, gestores e trabalhadoras/trabalhadores da ABS encontravam orientações atinentes às ações e às atividades da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), focalizado em sete passos: 1) o fortalecimento da APS; 2) o monitoramento dos casos de síndrome gripal (SG) e o acompanhamento das altas de síndrome respiratória aguda grave (SRAG); 3) a organização da gestão; 4) a vacinação rápida e segura; 5) a comunicação; 6) a promoção e a prevenção; 7) a reabilitação e as complicações pós-Covid-19.

O guia trouxe ainda informações para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS no tocante a:

- orientações quanto aos atendimentos de criança e adolescente;
- saúde da Gestante e Puérpera;
- saúde sexual e reprodutiva;
- controle do câncer de colo uterino e mama;
- atenção à saúde bucal e saúde mental;
- saúde da pessoa idosa;
- saúde da pessoa com hipertensão;
- população em situação de rua;
- população indígena;
- Centros comunitários de referência para enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020).

Além de todo esse aparato de orientações e informações trazidas pelos documentos referidos – Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus e Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde –, os gestores e as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS também tiveram acesso a uma série de

recomendações para a reorganização dos serviços durante a crise sanitária. Estas foram elaboradas pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz e divulgado em maio de 2020. No documento é destacado a importância da ABS no enfrentamento da pandemia e elencado eixos e diretrizes para a organização das UBS e das equipes da ESF, a saber: a) organização da UBS enquanto ‘ambiente seguro’; b) ações de vigilância e promoção de saúde, c) organização do cuidado integral das/dos usuárias/usuários e famílias atendidas na APS; e d) continuidade dos cuidados e serviços rotineiros (ENGSTROM *et al.*, 2020).

Esses três documentos apontam para a necessidade de uma reorganização das RAS durante a crise sanitária e indicavam orientações que embasavam gestores e trabalhadoras/trabalhadores da saúde diante do contexto extremamente adverso. Ressaltamos, por oportuno, que todos eles foram construídos a partir do conhecimento e da capilaridade dos territórios e da vigilância epidemiológica, fato que auxiliou e contribuiu nas tomadas de decisão, com vistas a garantir práticas de cuidado em saúde das/dos usuárias/usuários e da segurança das/dos trabalhadoras/trabalhadores.

Estudos evidenciaram que para responder à magnitude das demandas impostas pela pandemia de Covid-19, se fazia imperioso a realização de ações planejadas em dados epidemiológicos, reorganização dos serviços, destinação de recursos financeiros suficientes, capacitação permanente das/dos trabalhadoras/trabalhadores, teste diagnóstico em larga escala e disponíveis em todas as unidades, readequação dos espaços físicos das UBSs, fluxos e protocolos objetivos, medicações, quantidade de trabalhadoras/trabalhadores suficientes, dentre outras ações (SARTI *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; BOUSQUAT *et al.*, 2020; DAUMAS *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020; CAMPOS, 2020).

Ressaltamos, por oportuno, que em face da heterogeneidade das realidades em que a ABS está inserida, ou seja, nos mais 5.570 municípios brasileiros, não existe uma única forma de organização dessas redes de cuidado. Desta feita, cada município precisa realizar o seu próprio processo de reorganização do trabalho, das suas equipes e instituições, com a intenção de implementar as melhores respostas e as estratégias necessárias para o cuidado à saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Em geral, os municípios necessitam levar em consideração as necessidades da sua população, as suas diversidades e as realidade locais dos diferentes territórios nos quais está inserida, dentre outros.

Essas questões são ratificadas por Schweickardt *et al.* (2022), que, ao analisar as estratégias de enfrentamento à pandemia de Covid-19 em municípios do interior do Amazonas, destacam a existência e a implementação de estratégias diferenciadas, de acordo com a realidade de cada município. Assim, considerando os documentos citados ao longo dessa seção

e os construtos teóricos acerca do assunto, podemos compreender a atuação da ABS no contexto da pandemia de Covid-19, observando seis grandes áreas temáticas, a seguir explicitadas:

a) Organização da UBS enquanto ambiente seguro e organização dos processos de trabalho.

Diante da crise sanitária desencadeada pelo ‘novo’ vírus com alta taxa de transmissibilidade e visando garantir a segurança de usuárias/usuários e trabalhadoras/trabalhadores da saúde, foi necessário rever e reestruturar a atuação da ABS em todo território brasileiro, mas sem perder de vista as especificidades regionais e locais. A condução da micropolítica de (re)organização dos processos de trabalhos e da gestão dos cuidados à saúde nos serviços de saúde na ABS no país, principalmente nos dois primeiros anos da pandemia, esteve direcionada pelos cenários epidemiológicos da Covid-19, os quais erma considerados desde a organização interna das/dos trabalhadoras/trabalhadores até a maneira como os serviços deveriam ser executados.

De modo prático, a (re)organização dos processos e fluxos de trabalho na atenção básica passou pela necessidade de adaptação das estruturas físicas. Nesse sentido, e em razão das especificidades de cada UBS, foram estruturados fluxos de atendimento distintos, tais como: em determinados locais, por exemplo, foi necessário a instalação de tendas externas e a implantação de consultórios ao ar livre; enquanto em outros, houve a separaram de unidades exclusivas para os atendimentos de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 (TASCA, 2020; ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Uma outra estratégia também muito comum para gerenciar o fluxo de atendimento e evitar o contágio nas UBS, foi a separação dos atendimentos, com a criação de espaços específicos para pessoas sintomáticas respiratórias (SR) suspeitos de Covid-19. Neste caso, a recomendação era que não houvesse alteração das/dos trabalhadoras/trabalhadores, tampouco das/dos pacientes entre as demais áreas. Ainda foram criadas, novas, sinalizações, as quais indicavam como e quem poderia circular nos espaços, a partir do critério de separação da população com e sem sintomas (MENDONÇA *et al.*, 2020; VITÓRIA; CAMPOS, 2020). Um ponto importante na gestão de crise nas UBS, foi a criação de protocolos sobre higiene e desinfecção dos ambientes pelos órgãos fiscalizadores.

Vale ressaltar por fim, que as mudanças de fluxos nos processos de trabalho e no atendimento iam para além das questões operacionais, pois se relacionavam com a ambiência, a atuação e a rotina das/dos trabalhadoras/trabalhadores, especialmente, com as questões práticas dos atendimentos e das produções de cuidado no território. Entretanto, o cumprimento

dos protocolos não era viável em determinadas realidades de municípios brasileiros, pois o espaço físico de muitas UBS não comportava criação de tendas, separação de espaços, ou mesmo não possuía trabalhadoras/trabalhadores suficientes para garantir a demanda de atendimentos (TASCA, 2020; ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

b) Ações de vigilância, vigilância em saúde nos territórios, promoção da saúde no território.

Os estudos de Teixeira *et al.* (2020b), Giovanella *et al.* (2021a) e Patiño-Escarcina e Medina (2022) apontam para a importância de uma articulação e integração entre a ABS e a Vigilância em Saúde (VS) – seja a Vigilância Epidemiológica (VE) ou mesmo a Vigilância Sanitária (VS) – como estratégia fundamental para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia nos municípios e comunidades.

Ela deve ser realizada de modo coordenado com o território, conter ações de promoção e prevenção a partir de ações de educação em saúde⁴⁰, fechamento de fronteiras (quando ainda não existia a vacina disponível), dentre outras. Porém, quando a integração não se concretizava de modo eficiente e relevante, pouco se produzia a respeito da articulação com os municípios. Possivelmente, essa tenha sido a consequência da insuficiente valorização dada à ABS/APS no Brasil, em especial à Vigilância em Saúde. E isso acarretou com que o fortalecimento das ações de vigilância se constituísse em um aspecto importante para o aprimoramento da saúde no país (PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022).

Destacamos, ainda, nessa área, que as equipes da ABS detinham experiências, vínculos com as/os usuárias/usuários e potencial para prover a informação e a educação em saúde na comunidade e nos serviços essenciais, como: farmácias, mercados, feiras, embarcações, além de uma atuação de combate as *fakes news*. Também se fizeram importantes o aproveitamento de recursos de comunicação coletivos existentes – rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc. –, com o objetivo de abordar a situação epidemiológica do território e divulgar/sensibilizar para a adoção de medidas de proteção – distanciamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos, imunização contra a Covid-19 –, bem como promover o cadastramento das famílias (LOTTA *et al.*, 2020).

⁴⁰ Tais ações eram realizadas por meio de identificação de casos; testagem e busca ativa de contatos; apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; notificação de casos; e ações de educação em saúde que potencializavam recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade, tais como: rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som.

c) Apoio aos grupos em situação de vulnerabilidade social e de condições de saúde.

Um aspecto de dificuldade e desafio encontrado pela ABS, foi a não adesão, pela população do território, às orientações das/dos trabalhadoras/trabalhadores a respeito do distanciamento social, uso de máscara e álcool em gel. Os motivos para essas resistências, no curso da pandemia, foram apontados pela literatura especializada, relacionadas a questões socioculturais, econômicas e a propagação de informações falsas (*fake news*), que alimentavam o negacionismo. Frente a isso, a ABS passou a atuar tanto no enfrentamento da pandemia quanto na elaboração de táticas e estratégias para superar essas dificuldades junto aos grupos populacionais (PALACIO; TAKENAMI, 2020).

Mais uma frente de atuação da ABS ocorreu por meio de ações de apoio aos grupos em situação de vulnerabilidade social ou de saúde, no território de sua abrangência. Elas se concretizavam a partir da mobilização de redes de apoio, de lideranças e de organizações (igrejas, associações, comércio, transporte e mídias locais), assim como também, pelo estabelecimento de ações intersetoriais entre os NASF, os CRAS e outras redes sociais locais. Esses apoios se efetivaram por meio de orientações quanto aos programas de transferência de renda – auxílio emergencial e outros –, distribuição de cestas básicas, e de itens de proteção: máscaras, álcool em geral, material de higiene... (GIOVANELLA *et al.*, 2021; SEIXAS *et al.*, 2021).

d) Cuidado individual dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

Conforme já exposto nessa dissertação, a pandemia de Covid-19 impôs desafios para os trabalhos realizados pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS e exigiu uma reorganização dos fluxos de atendimento das/dos usuárias/usuários. De um modo geral, nas UBS, houve a implementação de um fluxo específico de atendimento para o cuidado das/dos usuárias/usuários sintomáticos com quadros leves da doença e o encaminhamento daqueles que demandavam maiores cuidados e atenção em saúde.

Assim, na avaliação e no acompanhamento dos casos, foi necessário que os agentes públicos disponibilizassem, para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, dispositivos que auxiliassem no seu trabalho, a exemplo de oxímetros e medicamentos (MEDINA *et al.*, 2020). No que se refere aos cuidados, eles se davam a partir das orientações aos pacientes a respeito das ações a serem realizadas em casa, da necessidade de cumprir quarentena, bem como sobre os riscos de desenvolverem quadros graves de Covid-19.

Com relação as visitas domiciliares, estas continuaram sendo realizadas, especialmente com aquelas/aqueles usuárias/usuários que não possuíam condições de se deslocarem para a UBS e/ou que não disponham de meios para manterem uma comunicação à distância com as ESF e os ACS. Para tanto, foi imprescindível que as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde tivessem garantido os seus deslocamentos e o acesso facilitado a EPI (CABRAL *et al.*, 2020).

Outra estratégia utilizada pelas UBS para garantir, tanto o cuidado de casos suspeitos quanto e/ou os confirmados de Covid-19, foi o teleatendimento. Por meio de telefonemas, chamadas de vídeo e troca de mensagens, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde avaliavam, à distância, a evolução e a gravidade da doença, sem, assim, colocarem em risco a segurança da saúde da/do paciente e da comunidade. Importante ressaltar que essa modalidade de atendimento deveria seguir os protocolos disponíveis, os quais ainda serão explicitados neste capítulo (RODRIGUES *et al.*, 2020).

e) Continuidade do cuidado integral as/aos usuárias/usuários – e suas famílias – atendidas/atendidos na ABS/organização do fluxo de vacinação para a Covid-19.

Um aspecto que deve considerado nesta área temática, é a importância da continuidade dos cuidados as/aos usuárias/usuários que já realizavam acompanhamento na ABS. Entretanto, somos cientes que a crise sanitária exigiu o isolamento social enquanto forma de prevenção, diminuição do contágio e redução da necessidade por assistência hospitalar (CAETANO *et al.*, 2020), questões que impactaram os fluxos de atendimento nas UBS.

Todavia, mesmo com a necessidade contextual, esses fatos interferiram nos cuidados com as/os usuárias/usuários em tratamento de doenças crônicas, gestantes e outros serviços da ABS. Dados de pesquisa já apontavam a fragmentação e a descontinuidade de muitos serviços da atenção primária e, em situações mais extremas, houve até o fechamento de unidades e o redirecionamento de equipes de saúde para os polos de atendimento e atenção a pacientes com sintomas respiratórios (SILVA-ROOSLI, 2021; SEIXAS *et al.*, 2021).

Nesse sentido, compreendemos que a suspensão ou a descontinuidade de serviços e acompanhamentos gerou consequências tanto para as/os usuárias/usuários – agravamento da situação de saúde ou mesmo a morte – quanto para a saúde pública – aumento da morbimortalidade por outras causas. E esse problema no atendimento as/os usuárias/usuários com doenças crônicas tornou-se ainda mais complexo à medida que consideramos que pessoas com comorbidades tendem a desenvolver maiores complicações, caso contraíam Covid-19, o que também eleva, exponencialmente, o risco de morte.

Em face da necessidade de se reduzir o fluxo de pessoas nas UBS e, assim, não descontinuar os cuidados à saúde, identificamos, nas práticas das unidades, a utilização da tecnologia da informação e comunicação enquanto estratégia para a condução de atendimentos no SUS. Tal prática proporcionou alterações no processo de trabalho e cuidado à saúde, situação identificada a partir da adoção do teleatendimento.

Este tipo de atendimento, também chamado de telemonitoramento, telemedicina, teleorientação e telessaúde, foi autorizado pela Portaria nº 467/2020. Publicada pelo Ministério da Saúde (MS, 2020) como uma resposta às demandas trazidas pela pandemia de Covid-19, ela se caracteriza pela utilização dos recursos tecnológicos de comunicação – telefone, computador, internet, aplicativos de conversa e de vídeo chamada – para o atendimento médico à distância. De acordo com a Portaria, o objetivo era garantir o acesso à saúde da população sem impactar na propagação do coronavírus. Com relação ao SUS, ele também foi utilizado para o rastreamento dos casos de Covid-19, o acompanhamento dos grupos de riscos e de usuárias/usuários de doenças crônicas que já eram usuárias/usuários da ABS (NETTO *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Ressaltam Caetano *et al.* (2020), que durante a crise sanitária, o uso da telessaúde foi fundamental para a diminuição da circulação de pessoas nos serviços de saúde e, conseqüentemente, para a minoração dos riscos de contaminação por Covid-19. Eles afirmam ainda, que tal recurso tecnológico auxiliou no acesso das pessoas ao atendimento médico, especialmente naquelas regiões que apresentam uma estrutura médico-hospitalar precária. Também contribuiu para o atendimento de pacientes com comorbidades preexistentes que se arriscariam à infecção da doença caso comparecessem às consultas presenciais (CAETANO *et al.*, 2020).

Um limite a ser destacado acerca do teleatendimento é que ele não se aplica a todas/todos as/os usuárias/usuários do SUS, pois muitas pessoas no Brasil não têm acesso às tecnologias necessárias para a sua efetiva utilização. Exemplo disso, é o interior do estado do Amazonas, onde os serviços de telefonia móvel e internet, não têm cobertura suficiente e adequado e, mesmo existindo, uma grande parcela da população não possui recursos para custeá-lo. Nesse sentido, ao nos referirmos ao uso do teleatendimento enquanto estratégia de saúde pública, estamos considerando a realidade de infraestrutura de cada UBS e das/dos usuárias/usuários daquela área de cobertura, onde se faz necessário realizar adaptações, de acordo com as características do território e da população.

Outro modo para garantir a continuidade dos cuidados das/dos usuárias/usuários e suas famílias, foram as visitas domiciliares. Estas, quando realizadas, se destinavam,

prioritariamente, às pessoas em situação de risco, sendo considerado o estado de saúde ou o quadro de vulnerabilidades social. E estes eram aquelas/aqueles que estavam ‘sem contato’, ou melhor, que não respondiam às ligações, não utilizavam/dispunham de tecnologias de comunicação, como idosos e outros. Assim, as equipes da ABS, em especial os ACS, por conhecerem o território, suas populações e suas vulnerabilidades, foram fundamentais nesse tipo de atuação e abordagem comunitária (DUARTE *et al.*, 2020).

Importante estratégia de atuação da ABS, ocorreu durante as ações de vacinação contra a Covid-19. Ela foi responsável pela organização e pela execução de todo o processo de imunização, orientado pelo Programa Nacional de Imunização. E, segundo afirma Souza *et al.* (2021), essa estratégia foi fundamental para o controle da pandemia de Covid-19. Por fim, ressaltamos, que diante das dificuldades, parte do cotidiano das equipes da ABS se dedicou a criação de estratégias para a manutenção da abrangência, da atuação e da longitudinalidade dos serviços em seus territórios, especialmente, nos dois primeiros anos da pandemia de Covid-19, quando foram registradas as grandes ‘ondas’ epidemiológicas, as quais afastaram as/os usuárias/usuários dos serviços da ABS.

f) Segurança da/do paciente e da/do trabalhadora/trabalhador em saúde.

Uma medida importante adotada nas unidades da ABS para atendimento das/dos usuárias/usuários com Covid-19, está relacionada com a aquisição de insumos necessários para a segurança das/dos pacientes e da/do trabalhadora/trabalhador da saúde. Dentre esses equipamentos, destacamos: oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) – apropriados para todas/todos as/os trabalhadoras/trabalhadores. Assim, o manejo dos equipamentos e da própria doença tornou-se mais seguro, a partir do momento que as/os trabalhadoras/trabalhadores das UBS foram formados e informados a respeito do comportamento da doença, da utilização adequada dos materiais, do estudo de casos e protocolos clínicos atualizados, fundamentados em conhecimento científico (TASCA, 2020; ENGSTROM *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Compreendemos, tal qual Souza, Leal e Mascena (2021) e Teixeira *et al.* (2020a), que o uso do EPI para as/os trabalhadoras/trabalhadores da ABS é primordial para a garantia da segurança dessas/desses trabalhadoras/trabalhadores, pois minimizam a possibilidade de contaminação. A utilização de máscaras do tipo N95, a proteção facial ou óculos de proteção, o avental, o gorro, as luvas... são utensílios indispensáveis nas rotinas diárias das/dos trabalhadoras/trabalhadores, tanto nas atividades intramuros, quanto naquelas realizadas externamente. Entretanto, essa não foi a realidade em muitos serviços de saúde públicos e até

mesmo privados, especialmente nos primeiros meses da pandemia, posto que o seu consumo aumentou em escala global e exponencial, gerando escassez no mercado (BOUSQUAT, *et al.*, 2020).

A partir dessas grandes áreas temáticas, construídas segundo os documentos e os construtos teóricos citados ao longo desta seção, procedemos a uma análise dos impactos da pandemia de Covid-19 na ABS, bem como das estratégias de cuidados utilizadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde nas UBS. Os desafios enfrentados pelas equipes da ABS, foram – e continuam a ser – de múltiplas ordens, em especial, para colocar em prática todas as atividades e expectativas demandadas tanto pela população quanto pela gestão. Entretanto, as orientações, as indicações, os guias, os manejos... não dispõem dos apoios necessários para serem implementados, pois se vive-convive com a falta de estrutura física, equipamentos, insumos, dentre outros.

Somado a essas questões, a ABS enfrentou também a falta de trabalhadoras/trabalhadores, pois aquilo que já era uma realidade antes da pandemia, se agravou, em razão dos adoecimentos delas/deles ou por serem afastados uma vez que pertenciam ao grupo de risco ou, ainda, por terem suas vidas perdidas em decorrência da Covid-19. O aumento da demanda, a falta de coordenação, a ausência de definição de políticas objetivas para apoiar e garantir o isolamento na quarentena, as dificuldades importantes na continuidade do cuidado, a falta de EPI, foram entraves significativos e rotineiros vivenciados-experenciados pelas equipes de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

É indiscutível que a ABS teve – e tem – papel central na organização das respostas à pandemia, bem como demonstrado plasticidade e resiliência para se adaptar-reorganizar em contextos de crise. Em suas possibilidades, ela foi produtora e promotora de cuidados nos territórios, especialmente, quanto ao processo de imunização contra a Covid-19 e ao fortalecimento das redes de solidariedade entre as/os trabalhadoras/trabalhadores e usuárias/usuários. Foram – e continuam sendo – tempos desafiadores que exigem reinvenção dos processos de trabalho na área da saúde. Compreendemos que o momento atual, mesmo com o arrefecimento da pandemia, ainda persistem desafios para o SUS.

Enfim, sabemos que, além dos entraves e das dificuldades enfrentadas, novos obstáculos se somaram ao sistema público de saúde brasileiro. Dentre eles, podemos citar: o surgimento de variantes do vírus no Brasil, o atraso na aquisição de vacinas e no processo de imunização, o número expressivo de pessoas que manifestam recusa à vacinação ou apresentam esquemas vacinais incompletos, as sequelas da Covid-19 na vida das pessoas, o agravamento das questões de saúde mental, as demandas reprimidas de atendimentos de média e alta complexidade, as

desassistências de pessoas com doenças crônicas e/ou transmissíveis, dentre outros (CAPONI, 2020). Essas questões evidenciam que as demandas por saúde continuam a requerer, do SUS e de suas/seus trabalhadoras/trabalhadores, a atuação permanente, o reconhecimento e os investimentos financeiros condizentes com suas demandas e importância no cenário brasileiro.

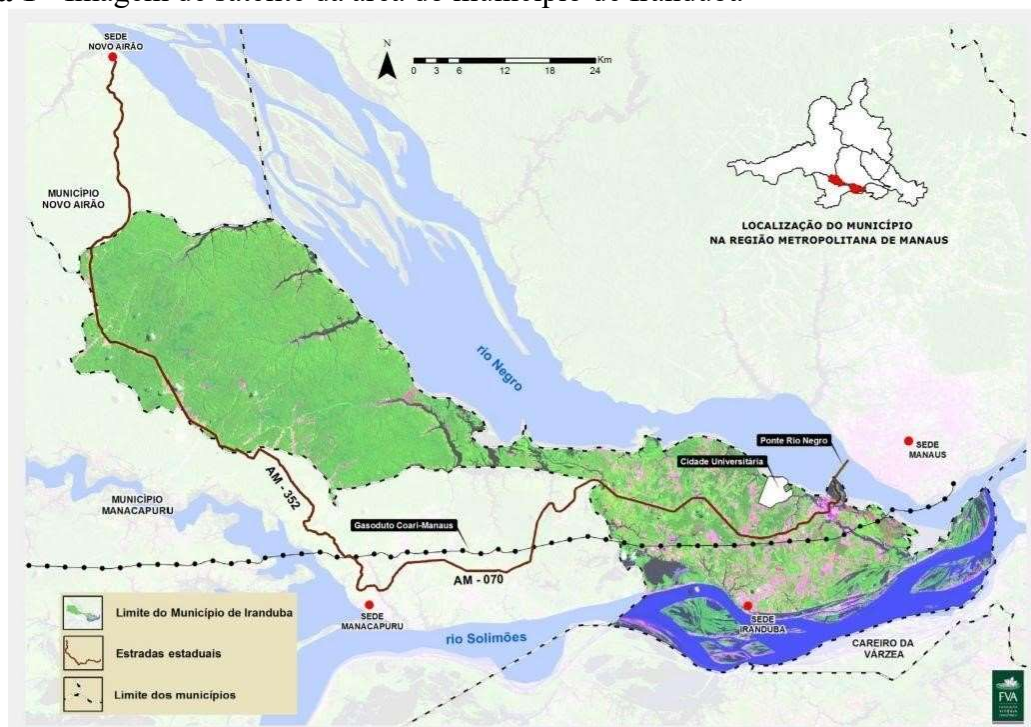
5 FOI EM IRANDUBA, NOS FIXOS E NOS FLUXOS: RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O município de Iranduba: sua rede de atenção à saúde e a pandemia de Covid-19

A Covid-19 é um fenômeno de escala global, porém seus efeitos são vivenciados em contextos locais (MENDENHALL, 2020). Ela acarretou diversos impactos nas populações, em especial as que vivem em situações socioeconômicas vulneráveis. As desigualdades estruturais e as consequências da determinação social na saúde, acentuadas na pandemia, podem acarretar efeitos de natureza absoluta e/ou contextual. Em sua forma absoluta, eles estão relacionados à distribuição de renda nos desfechos dos processos saúde-doença.

Levando-se em conta os efeitos contextuais da Covid-19, o lócus desta pesquisa foi a cidade de Iranduba, localizada no interior do estado do Amazonas, pertencente à Regional de Saúde de Manaus e Rio Negro e à Microrregional de Saúde de Manaus. A seguir (Figura 1), temos uma representação dos limites territoriais de Iranduba.

Figura 1 - Imagem de satélite da área do município de Iranduba



Fonte: Rodrigues *et al.* (2014, p. 3).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que o município apresenta uma área territorial de 2.216,817 km² e uma população estimada de 49.718 mil habitantes (IBGE, 2021). Quanto à densidade demográfica, Iranduba apresenta uma taxa de 18,42 hab./km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) está calculado em 0,613, considerado médio pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (IBGE, 2010).

Apesar dessas informações oficiais, é oportuno destacarmos que esses dados sociodemográficos podem não representar a atual realidade de Iranduba. Isso porque entre a realização do último censo demográfico divulgado e o momento da escrita desse texto ocorreram importantes mudanças estruturais na região, tais como a construção da Ponte Jornalista Phelippe Daou, sobre o Rio Negro, e a duplicação da Rodovia Manuel Urbano. Por terem impactado diretamente na circulação da população, consideramos que tais acontecimentos influenciaram/influenciam tanto os dados sociodemográficos do município quanto o índice de IDHM (LOUZADA; SANTOS, 2016).

Os indícios a respeito da desatualização dos dados disponibilizados pelo IBGE ficam perceptíveis quando observamos aqueles disponíveis no sistema de informações do E-Gestor da Atenção Básica (Sistema E-SUS AB) de Iranduba, utilizado pelo município para encaminhar as informações de cadastros, perfil epidemiológico e procedimentos em saúde realizados no âmbito da Atenção Básica. No ano em curso, por exemplo, o Sistema E-SUS AB emitiu um Relatório de Cadastros Individuais contendo 70.462 usuárias/usuários ativos, número muito superior à última estimativa populacional do IBGE.

Dessa forma, é necessário compreendermos que, se estas informações do Sistema E-SUS AB estão atualizadas, é devido ao trabalho de diferentes trabalhadoras e trabalhadores da saúde, a exemplo dos/as agentes comunitários/as de saúde. No sentido de fortalecer a AB de Iranduba, principalmente durante a pandemia de Covid-19, houve uma intensificação no processo de cadastramento de moradores da zona rural por causa da vacinação contra o coronavírus, alcançando, inclusive, as pessoas que não acessavam os serviços de saúde municipais, além dos novos moradores de Iranduba.

Utilizaremos no presente estudo, portanto, os dados obtidos a partir do Sistema E-SUS AB, e não aqueles formulados pelo IBGE. O Relatório de Cadastro Individual do E-SUS AB datado de março de 2022 informa que Iranduba possui 84.222 inscritos. Oportuno ressaltar que identificamos um dado relevante para a nossa pesquisa, coletado no Relatório de Cadastros Individuais de Iranduba: parcela significativa da população do município - cerca de 96,70% - depende do sistema público de saúde. Ou seja, somente 3,30% possui plano de saúde privado,

fato que aponta que os serviços de saúde do SUS, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19, foram/são essenciais neste município.

A população de Iranduba é, assim, majoritariamente usuária do SUS, em suas diversas áreas de atenção. Essa situação corrobora com estudos e com dados de registro de estabelecimentos de saúde no CNES/DATASUS, os quais indicam que a maioria dos serviços ofertados no interior é de natureza pública. Dessa forma, compreendemos que o SUS, teve/tem um papel preponderante na vida da população irandubense.

Esta breve exposição das informações referentes ao município de Iranduba tem o objetivo de trazer considerações pertinentes para nos localizarmos-situarmos no espaço-tempo da pesquisa, bem de como de contribuir-problematizar o nosso caminhar nesse percurso de encontros-desencontros e de produção de conhecimentos. A seguir, procederemos à apresentação-problematização da Rede de Atenção à Saúde do município e de como ela atuou no contexto da pandemia de Covid-19.

A Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba (SEMSA) realizou, nos anos de 2019 e 2021, mudanças no processo de descentralização e distritalização da sua Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tais alterações visavam a facilitar o diálogo entre a gestão, as/os usuárias/usuários e as/os trabalhadoras e trabalhadores da saúde, bem como a qualificar os processos de trabalho. Descentralizada, a RAS de Iranduba é composta, atualmente, pelo Distrito de Saúde Urbano, o Distrito de Saúde Rio Solimões e o Distrito de Saúde Rio Negro.

A RAS de Iranduba está, assim, caracterizada por demandas de populações urbanas, rurais e ribeirinhas. Vale destacar que estas últimas se encontram dispersas em áreas de ramais, principalmente nas encostas dos rios e nas proximidades de igarapés e lagos. De acordo com o Sistema E-SUS AB e o SISAB, o município conta com a seguinte Rede de Atenção em Saúde:

- a) um Departamento da Atenção Primária à Saúde (DAPS);
- b) três Distritos de Saúde – Urbano, Rio Negro e Solimões;
- c) vinte e três Equipes de Saúde da Família (ESF);
- d) vinte e três Equipes de Saúde Bucal (ESB);
- e) uma equipe do Melhor em Casa;
- f) uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD);
- g) uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP);
- h) um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- i) dezoito Unidades Básicas de Saúde (UBS) – seis delas com adesão ao Programa Saúde na Hora;

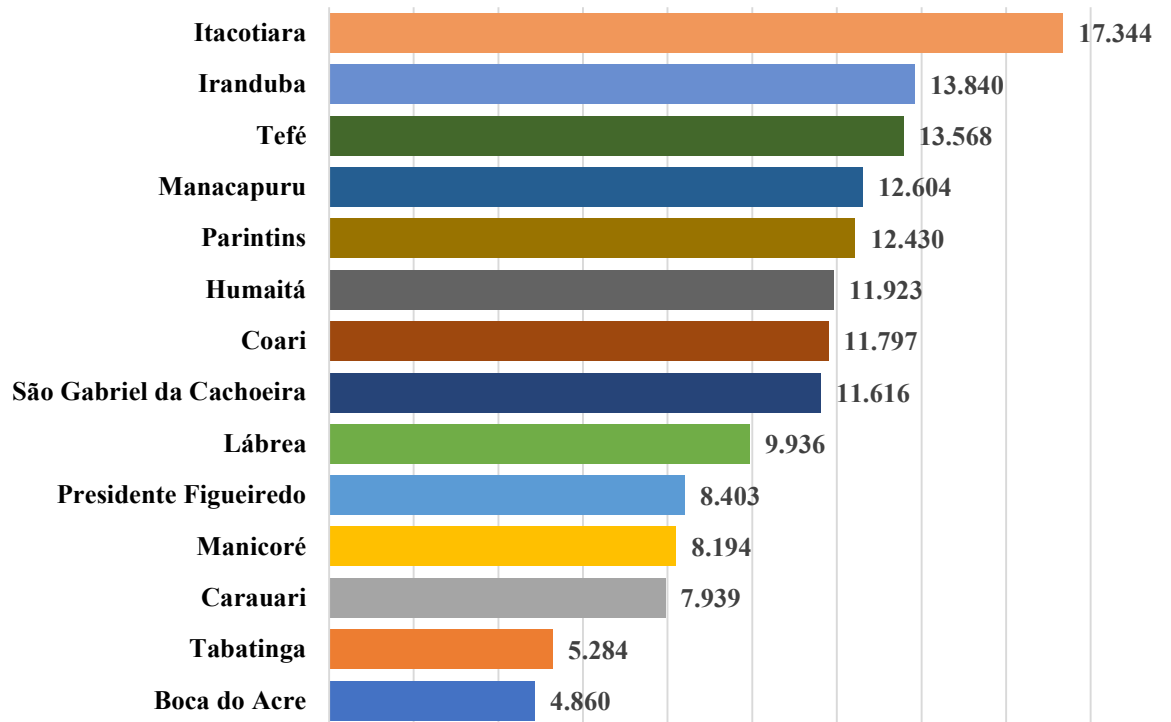
- j) uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBS-Fluvial);
- k) uma Unidade Hospitalar;
- l) Coordenação das Redes de Atenção à Saúde, com um coordenador para cada uma das cinco redes prioritárias (Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e Rede de Saúde Materno-Infantil).

Dados obtidos por meio do Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica, também indicam que o município possui vinte e três equipes da AB, o que corresponde a 70,11% de cobertura de Atenção Básica em sua rede de saúde (BRASIL, 2022). Encontramos coberturas semelhantes quando a comparamos com os números do estado do Amazonas, que figuram em 77,32% (BRASIL, 2022), e da região de saúde do entorno e do alto Rio Negro, em Manaus, que apresenta 69,85% de cobertura, compreendendo também o município de Iranduba.

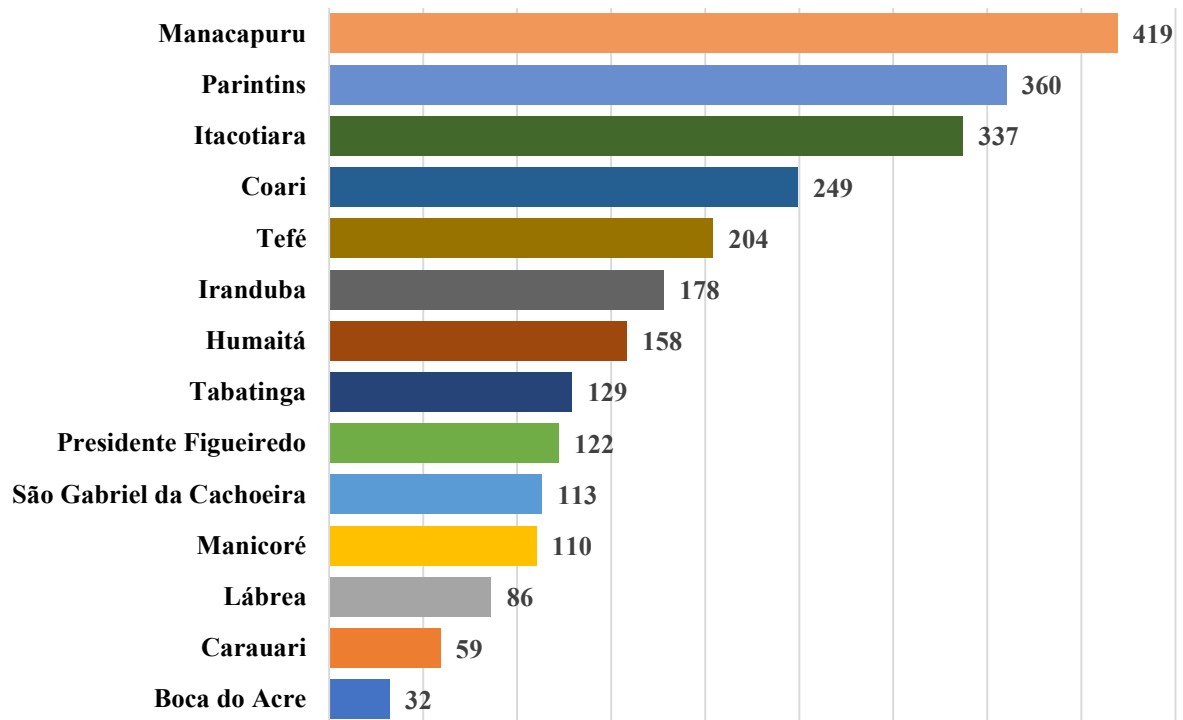
Em relação à pandemia, Iranduba foi considerado um território de grande incidência e circulação do coronavírus, uma vez que faz parte da região metropolitana de Manaus, um dos epicentros da Covid-19 no Brasil. Assim como ocorre com outros municípios da região, o acesso à capital amazonense se dá por via terrestre e por rotas fluviais pelos Rios Negro e Solimões. Iranduba é, assim, um entreposto de acesso entre a capital e as cidades do interior do Amazonas, e é por onde circulam um grande quantitativo de pessoas (ALEIXO *et al.*, 2020).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba e da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP/AM), o primeiro caso confirmado na cidade foi notificado em 4 de abril de 2020. A partir desta data, o município começou a apresentar altos índices de incidência e de letalidade pela doença, ocupando, entre março de 2020 e agosto 2022, a segunda posição entre os municípios do interior do Amazonas em número de casos e a sexta, no quantitativo de vidas perdidas por Covid-19. Até o dia 12 de dezembro de 2022, foram notificados 34.609 casos na cidade, dos quais, 13.840 foram confirmados e 178 pessoas tiveram as suas vidas interrompidas em razão da doença (BRASIL, 2022).

Os gráficos a seguir (1 e 2) apresentam os municípios do interior do Amazonas com os maiores números de casos confirmados de vidas perdidas por Covid-19.

Gráfico 1 - Casos confirmados de Covid-19 em municípios do interior do Amazonas

Fonte: Brasil (2022).

Gráfico 2 – Vidas perdidas por Covid-19 em municípios do interior do Amazonas

Fonte: Brasil (2022).

5.2 Resultados do campo empírico

Iniciamos a análise⁴¹ das entrevistas e das duas oficinas realizadas com as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde do município de Iranduba. Nosso objetivo, neste início, foi identificar as 30 palavras mais recorrentes e significativas, formadas a partir de três letras, enunciadas pelas/pelos interlocutoras/interlocutores. A definição desse quantitativo foi estabelecida em virtude dos descritores com menor número de letras ser formada por tal número de letras – tais como: mãe, nós e UBS. Por palavras significativas, compreendemos aquelas que denotam ou exprimem um conteúdo relevante a partir da associação que possui com as demais⁴² e que contribuiriam para auxiliar na definição das categorias da análise de conteúdo que nos propusemos a desenvolver e analisar.

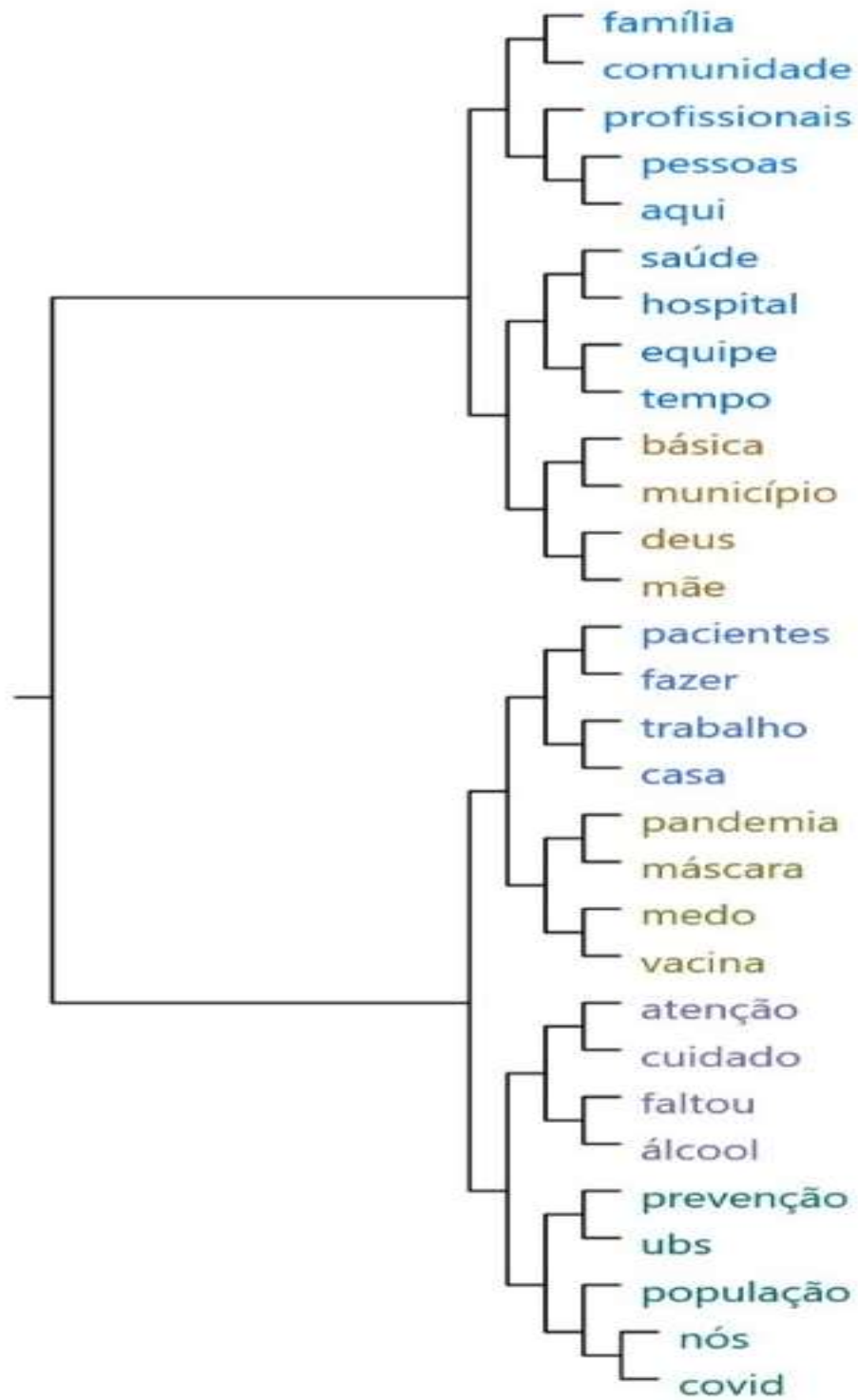
Os resultados obtidos, após exclusão das palavras não significativas⁴³, estão ilustrados nas imagens a seguir. A primeira (Figura 2) apresenta a associação de palavras significativas, que aponta como essas palavras se relacionaram nas narrativas das/dos interlocutoras/interlocutores do nosso estudo. A segunda imagem (Figura 3) exhibe a nuvem de palavras – recurso que ilustra os resultados de forma mais evidente, pois quanto mais vezes a palavra aparece no texto, maior é o seu tamanho.

⁴¹ Essa análise foi realizada com o auxílio do Programa para Análise de Dados Qualitativos (NVIVO) Versão 12 – Plus.

⁴² A associação e a análise entre as palavras também são realizadas pelo programa NVIVO, quando da construção do Cluster de Palavras, o qual, neste estudo, chamaremos de *Associação de Palavras Significativas (Enunciações – Entrevistas e Oficinas)*.

⁴³ Algumas palavras aparecem com mais frequência, mas são todas conjunções e/ou preposições. Deixamos de fora porque não são relevantes para a análise da pesquisa.

Figura 2 - Associação de Palavras Significativas (Enunciações – Entrevistas e Oficinas)



Fonte: Banco de dados da autora (2022).

2 - No caso de **básica e município**, bem como **Deus e mãe**, elas estão relacionadas, diretamente, àquelas que compõem o grupo anterior. Sendo que as duas primeiras – **básica e município** – se relacionam tanto a Atenção Básica à Saúde de Iranduba quanto ao território de atuação e/ou de vivência, conforme já explicitado. Com relação aos termos **Deus e mãe**, existe uma associação com os ideais de proteção, agradecimento e cuidado. Elas trazem, também, marcadores de religiosidade, fé e espiritualidade, narrados-evocados pelas/pelos interlocutoras/interlocutores, diante de contextos tão adversos e desafiadores, como é o caso da pandemia de Covid-19. Por outro lado, também é possível pensarmos que ao não encontrarem alternativas e recursos de proteção, acolhimento e cuidado, recorrem à força-poder que a palavra Deus pode representar e contar com uma ajuda não concreta em si, mas calcada na crença de que alguém intervém-protege para a resolução de uma situação tão grave.

3 - Os termos **pacientes, fazer, trabalho, casa, pandemia, máscara, medo e vacina**, evidenciam os sujeitos, os espaços-tempos laborativos e de vivência-convivência, o vivido, os novos hábitos-condutas, os sentimentos, os objetos, os desejos, a ciência, os lócus do saber-**fazer** que se (des)encontraram nos cotidianos do **trabalho** das/dos nossas/nossos interlocutoras/interlocutores. Observamos, a partir dessa correlação, as interações nas estratégias e nos desafios dos processos de cuidados em saúde implementados pelas equipes da ABS em Iranduba, no contexto da crise sanitária causada pela **pandemia** de Covid-19. Essas palavras narradas pelas/pelos interlocutoras/interlocutores da pesquisa, nos desafia a refletimos a respeito da complexidade instituída pela emergência sanitária da Covid-19, onde **trabalho** pode significar **fazer**, e o **medo** de ao **fazer** se contaminar e levar o vírus para **casa**. A **pandemia** impôs novos hábitos: o uso da **máscara**... A palavra **pacientes** pode significar as/os usuárias/usuários, mas também familiares, colegas, amigos... Um misto de **trabalho**-responsabilidade e **medo**, conflitando entre estar, **fazer**, proteger, cuidar.

4 - As interações e correlações das palavras desse último conjunto de enunciações-narrativas representam a centralidade da nossa pesquisa: **atenção, cuidado, faltou, álcool, prevenção, UBS, população, nós e Covid**. Aqui, podemos perceber as tramas-tessituras do **cuidado** e da **atenção** na **UBS** emergindo da/na prática, sem tempo para uma preparação-formação das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde. O **nós** se associa a estas/estes trabalhadoras/trabalhadores, promotores-produtores do **cuidado** e da **prevenção** para a **população**. E **população** pode indicar também as/os usuárias/usuários, aquelas/aqueles que recebem o **cuidado** e a **prevenção**. Podemos inferir que essas palavras, embora estejam em um grupo citado em menor intensidade entre as/os interlocutoras/interlocutores, elas estão na base da compreensão do que significa o **cuidado** realizado pelos serviços de saúde. Atentar aos sinais

e sentidos do que está posto em *cuidado*, falta-*faltou*, nas interrelações entre as/os trabalhadoras/trabalhadores e a *população*, em um *nós*, com os poucos recursos no enfrentamento à pandemia, na dissolução dos conflitos entre ser/estar, cuidar/ser e *cuidado*. Revela ser uma “complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2). Compreendemos que as enunciações-narrativas que integram esse conjunto, buscam retratar um processo *coletivo, plural*, mas também *singular* de enfrentamento à *Covid-19*, por meio, inclusive, da *prevenção* e da comunicação em saúde e do *cuidado*. Um trabalho que foi permeado por desafios, aqui representados pela palavra *faltou* – e *faltou* muita coisa: inclusive o interesse de adquirir-produzir *vacina*. O *álcool*, também contido no *faltou*, pode representar não apenas um insumo antisséptico, mas também proteção, *medo*, *cuidado*, esperança, especialmente, quando ainda não havia vacina. A interação dessas palavras mostra os fluxos entre os *profissionais da saúde* e suas *equipes* – mesmo com o *medo* permeando o processo. Mas com o saber-aprender-fazer a (re)organização do *trabalho em hospital, UBS, Atenção Básica, comunidade, casa*, e ainda, sensibilizar a *população* quanto à importância da *prevenção* no *município* de Iranduba e na adesão da vacina.

Diante dessas análises iniciais, e considerando as questões da pesquisa, emergiram do campo – entrevistas e oficinas – as seguintes categorias temáticas, a saber:

a) Estratégias utilizadas para a reorganização do processo de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS: a1) Mudanças e operacionalização dos fluxos de atendimentos e dos processos de trabalho na ABS; a2) Cuidados, promoção e educação em saúde nos territórios.

b) Desafios para a realização dos processos de cuidados em saúde: dificuldades para a integralidade do cuidado na ABS: b1) Dificuldades para a integralidade do cuidado na ABS no contexto da pandemia de Covid-19; b2) Vulnerabilidades e saúde: vivências, experiências e sentidos de ser trabalhadora/trabalhador da ABS na pandemia de Covid-19.

Compreendemos que a (re)organização dos serviços da Atenção Básica à Saúde, diante da nova conjuntura, não foi um processo simples. Inicialmente, as dúvidas sobre o comportamento do vírus e sua transmissibilidade obrigaram gestores e trabalhadoras/trabalhadores da saúde do município de Iranduba a planejarem e colocarem em prática, quase que imediatamente, mesmo sem maiores conhecimentos científicos acerca da doença, ações de combate, prevenção e cuidado contra o Sars-CoV-2. Com a chegada do vírus e a instalação da doença no território, questões relativas à inadequação das estruturas das UBS, à falta de formação-qualificação das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, às dificuldades

de aquisição de EPI, o número limitado e o adoecimento de trabalhadoras/trabalhadores da saúde... trouxeram consigo desafios para a criação-manutenção dos fluxos de trabalho que mantivessem os atendimentos das demandas dos serviços e aqueles relativos à Covid-19.

Com a pandemia em curso, as/os interlocutoras/interlocutores da pesquisa narraram, um aumento crescente das demandas de trabalho, somados aos medos e desafios em escala pessoal e familiar. Isso exigiu das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde uma maior plasticidade, com a proposta-imposição de assumirem um lugar de multitarefa. Realizada essa contextualização, seguiremos, nas seções seguintes, com as análises-compreensões do campo empírico, a partir das oficinas participativas e das entrevistas semiestruturadas, associadas às observações descritas no caderno de campo.

5.3 Estratégias utilizadas para reorganização do processo de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 na ABS

5.3.1 Mudanças e operacionalização dos fluxos de atendimentos e dos processos de trabalho na UBS

Vimos que a pandemia de Covid-19, causada pelo Sars-CoV-2, com sua alta taxa de transmissão e mortalidade, exigiu uma reorganização dos serviços de saúde nunca experienciada, demandando intervenções e adequações nos processos de trabalho em todos os níveis da área da saúde, inclusive na Atenção Básica à Saúde. As equipes desta, mais especificamente, precisaram criar formas de trabalho, respeitando os protocolos de biossegurança que alinhassem seu papel no enfrentamento da crise sanitária e no cuidado integral e regular com a saúde da população que já era usuária dos serviços da ABS. É sobre as estratégias utilizadas pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores da saúde para a reorganização dos processos de trabalho da Atenção Básica à Saúde do município de Iranduba (AM) que esta seção tratará.

A reorganização dos processos de trabalho e dos fluxos de atendimento no contexto da pandemia de Covid-19 configurou-se como o ponto de partida fundamental para a continuidade dos cuidados em saúde. Ela teve também o objetivo de auxiliar na prevenção de agravos à saúde

das trabalhadoras e dos trabalhadores que prestaram/prestam o cuidado. Estabeleceram estratégias, de acordo com o que foi possível dentro das condições estruturais, logísticas e técnicas, para manter a atenção à saúde das/dos usuárias/usuários do território e o distanciamento social, principal medida de prevenção à propagação da Covid-19, especialmente nos momentos iniciais na pandemia, quando ainda não existiam vacinas (HELIOTERIO *et al.*, 2020).

Habitualmente, as Unidades Básicas de Saúde realizam atendimentos a um número expressivo de pessoas nos mais diversos serviços e programas ofertados e executados no âmbito da ABS. Com a emergência da pandemia de Covid-19, no entanto, fez-se necessária uma reorganização dos fluxos de trabalho, considerando aspectos como os serviços já desempenhados anteriormente, a biossegurança de usuárias/usuários e trabalhadoras/trabalhadores da saúde e os atendimentos das novas demandas advindas da crise sanitária.

A priori, com o objetivo de evitar aglomeração nas UBS, as atividades grupais foram suspensas, as consultas eletivas diminuíram, e a maior atuação do trabalho das equipes passou a ser o atendimento de pessoas com sintomas de Covid-19 e da população considerada de risco. Os atendimentos de pré-natal e puericultura, por exemplo, foram mantidos, mas, a partir daquele momento, com dia e hora previamente agendados. Quanto as/aos usuárias/usuários que tiveram seus atendimentos prejudicados durante os dois primeiros anos de pandemia, pela maior suscetibilidade ao vírus, tentou-se a adoção de estratégias para minimizar os efeitos negativos dessas ‘desassistências’, buscando garantir a manutenção do cuidado às demandas prioritárias, tais como: determinados atendimentos foram revertidos com a busca ativa para acompanhamento e monitoramento a distância, visitas domiciliares e prorrogação da validade das receitas, consultas agendadas, entre outras.

No caso de Iranduba, informações encontradas na pesquisa de campo e ratificadas por dados documentais apontam que, em fevereiro de 2020 – antes da OMS declarar oficialmente a crise sanitária como pandemia –, a gestão da Secretaria Municipal de Saúde iniciou um processo de organização das estratégias para combater o cenário epidemiológico que se anunciava. Para isso, começaram as primeiras reuniões de planejamento e organização de estratégias, nas quais estavam envolvidos integrantes dos serviços da RAS de Iranduba, a Vigilância em Saúde, a Vigilância Epidemiológica, a Atenção Básica e os Distritos de Saúde.

A partir das reuniões iniciais de planejamento, a equipe de gestão da SMS-Iranduba, estabeleceu uma série de encaminhamentos para o enfrentamento da pandemia no âmbito local, dentre as quais citamos: a) reorganização dos fluxos de atendimento e serviços; b) preparação

para as oficinas de educação em saúde com a finalidade de orientar as equipes de saúde; c) adoção de tratativas para a elaboração de um plano de contingência municipal de combate ao coronavírus; d) indicação das necessidades de compra de produtos, medicamentos e equipamentos para enfrentar a iminente emergência sanitária; e) contratação de trabalhadoras/trabalhadores para reforçar os atendimentos, principalmente os hospitalares.

De acordo com as/os interlocutoras/interlocutores, o foco maior das ações era a preparação para a chegada da Covid-19, estando previsto o uso de recursos provenientes do governo federal, por meio do Ministério da Saúde. Assim nos informa a/o Interlocutora(r) 5 (ENTREVISTA, 2022):

Primeiro, nós tivemos um trabalho anterior ao primeiro caso de Covid aqui, de escrever junto com uma colega enfermeira o plano de contingência de Covid. Então nós tivemos todo esse trabalho, de escrever esse plano, de fazer solicitação de compras, de equipamentos e tal... Antes do primeiro caso. E nos disseram na SMS que os recursos para ações e compra dos materiais seriam encaminhados pelo MS [Ministério da Saúde].

O vírus chegou a Iranduba e, em pouco tempo, a Covid-19 já se instalava na cidade. As informações abaixo, da/do interlocutora/interlocutor, evidenciam a rapidez do alastramento da doença e os próprios passos para seu enfrentamento:

Na época, não teve realmente tempo de capacitar. Porque assim... quando o Estado convocou os municípios para uma reunião, para que a gente começasse a elaborar um plano, para que a gente começasse a fazer as mudanças... Na verdade, essa era uma situação que a gente achava que nem ia chegar aqui tão rápido, porque ela estava lá na China. Porém, assim, em um piscar de olhos, enquanto a gente achava... E de uma semana para outra já estava fazendo o plano de ação e aí se pensou em uma capacitação. Primeiro com os profissionais que atuavam dentro da Secretaria, para que eles fossem multiplicadores. Porque só uma pessoa não iria ter condições de capacitar todo mundo. Aí chegou três equipes, por exemplo. E quando a gente chegou lá, a gente já estava apagando incêndio, pois o negócio começou a pipocar por aqui... E aí, a gente também por proximidade com a capital, fomos um dos primeiros municípios a ter caso positivo confirmado de Covid-19 (Interlocutora(r) 3, ENTREVISTA, 2022).

As primeiras mudanças na reorganização dos processos de trabalho em saúde em Iranduba vieram logo em seguida e atingiram, inicialmente, a própria gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Em março de 2020, os gestores municipais decidiram ocupar o Centro Educacional em Tempo Integral Prof.^a Maria Izabel Desterro e Silva, transformando-o, interinamente, em sede daquela SMS e em gabinete de crise e combate local à Covid-19. Nesse novo espaço, ocorreram as reuniões a respeito das ações de enfrentamento, das questões

envolvendo as instalações das⁴⁴ barreiras sanitárias, a orientação e o acompanhamento das equipes de saúde, a definição dos materiais que deveriam ser utilizados, a reorganização dos processos de trabalho, dentre outras.

Isso é ratificado nas falas de interlocutoras/interlocutores da pesquisa, que assim explicitaram:

Porque a gente estava lá cuidando do nosso foco maior... era Covid, Covid, Covid, entendeu? Criamos o *call center*, então tinha que estar ligando para as comunidades para ver as questões das barreiras para não entrar nas comunidades, então tivemos um trabalho externo, fizemos barreira na ponte, então todo o processo de trabalho que a gente estava, virou tudo em função do Covid (Interlocutora(r) 4, ENTREVISTA, 2022).

Primeiro nós tivemos de escrever o plano de contingência de Covid. Mas não foi somente isso não, teve muito trabalho, muito mesmo, que nós nem pensávamos nem tínhamos feito tanto. E quando começaram a acontecer os casos a secretaria mudou de lugar. Ela não ficou onde era a sede. A central da crise foi lá na escola de tempo integral, porque estava sem aula e era um horário num lugar mais arejado e tal. Então isso mudou bastante os processos... (Interlocutora(r) 8, ENTREVISTA, 2022).

Durante a pandemia [...] a gente trabalhava num setor e daí todo mundo passou para um local só. Teve bastante mudança. Na época da pandemia, todo mundo foi destinado para trabalhar junto em uma escola, que era no CETI [Centro Educacional de Tempo Integral]. E houve bastante aglomeração. Foi bem complicado porque todo mundo tinha medo, tinha medo da aglomeração, mas estava lá aglomerando. E, assim, todo mundo adoeceu nessa época. Tipo assim: todo mundo estava doente, não sabia que estava, porque estava tudo misturado... e essa mudança foi bem complicada (Interlocutora(r) 19, ENTREVISTA, 2022).

De acordo com as/os interlocutoras/interlocutores, as mudanças, mesmo que necessárias, ocorreram com muitas dificuldades, tanto no âmbito do planejamento quanto da execução do Plano de Contingência Municipal contra a Covid-19, apesar da ‘nova sede’ possuir uma estrutura física maior e comportar inúmeras atividades. Destaca-se ainda, enquanto elemento de dificuldade, as questões relacionadas à reorganização dos novos processos de trabalho e à chegada da doença em Iranduba, que, de acordo com os dados obtidos na pesquisa de campo, ele foi um dos primeiros municípios do interior do Amazonas a ter casos confirmados da doença. As mudanças repentinas e abruptas nas rotinas e nos fluxos, incluindo a alteração do local de trabalho também são disparadores de sentimentos e dificuldades, tanto para assimilar os novos processos-procedimentos quanto para se aceitar as consequências que as mudanças acarretam, inclusive em momentos de intensa preocupação e demandas, como no caso de uma pandemia.

⁴⁴ Barreiras sanitárias para controlar o fluxo de chegada e saída de pessoas, diminuindo a possibilidade de contágio e de disseminação da Covid-19, contando com trabalhadoras/trabalhadores da ABS que também orientavam a população quanto às medidas de prevenção e propagação da Covid-19.

Seguindo as solicitações e as orientações da FVS-RCP/AM, em 13 de março de 2020, foi apresentado o Plano de Contingência Municipal, o qual, posteriormente, foi sendo atualizado segundo o cenário epidemiológico do município. O Plano visava, naquele momento, preparar a Rede de Atenção à Saúde, até então composta por: a) Coordenação de Atenção Primária, b) Coordenação de Educação Permanente, c) Coordenação de Vigilância em Saúde, d) Coordenação de Enfermagem do Hospital Regional Hilda Freire, e) Coordenação do CAPS, f) Coordenação do Programa Melhor em Casa, g) Coordenação do NASF. Destacamos também que, durante o contexto da pandemia, a equipe da Defesa Civil também se uniu à RAS, cuja fundamentação do trabalho reforçava a tríade ‘isolamento social’ – para autoproteção e proteção dos demais, ‘diagnóstico precoce’ e ‘tratamento imediato’.

Além de estabelecer ações e medidas protetivas no curso da pandemia de Covid-19, o Plano também incluiu um conjunto de respostas e ações, de acordo com os seguintes níveis: a) Alerta – situação na qual se encontrava o município em março de 2020; b) Perigo Iminente; c) Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Importante ressaltar que, frente ao acelerado avanço da doença na região, algumas ações não foram efetivadas a contento, ao passo que outras foram sendo incorporadas. Isso aconteceu em razão da dinamicidade do contexto pandêmico, bem como das dificuldades logísticas, gerenciais, financeiras e políticas que a Federação, estados e municípios enfrentavam naquele momento.

No dia 17 de março de 2020, após a apresentação do Plano de Contingência Municipal, e antes da confirmação do primeiro caso de Covid-19 em seu território, a situação de emergência em Iranduba foi instaurada por meio do Decreto nº 18/2020. Este tinha por intenção orientar as ações de combate a disseminação e a proliferação do coronavírus, recomendando a adoção de medidas preliminares, naquele momento consideradas necessárias. Vale ressaltar que, a partir deste, outros decretos e portarias municipais foram sendo instituídos pelos gestores locais e pelas autoridades sanitárias, com a intenção de organizar os fluxos e os planejamentos das políticas públicas de enfrentamento da Covid-19 na cidade.

Nesse período, a doença já se espalhava pela região, foi quando os gestores pensaram em estabelecer unidades de referência e específicas para o atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19, deixando as outras demandas e a realização de barreiras sanitárias nas entradas da cidade e das comunidades para as/os trabalhadoras/trabalhadores das demais UBS do município. Isso trouxe alguns questionamentos, já que o modelo pretendido poderia trazer sobrecarga de trabalho para as unidades de referência e para o hospital. Outra medida adotada, e considerada impopular, foi o fechamento de determinadas Unidades Básicas de

Saúde, com a finalidade de deslocar as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde para atuarem em barreiras sanitárias nas estradas da municipalidade.

Contudo, com o avanço da doença e a sobrecarga dos serviços de saúde, a SMS-Iranduba e o gabinete de crise e combate local, decidiram que os atendimentos aos casos de Covid-19 deveriam ser realizados em todas as UBS e no Hospital Hilda Freire. Mas, reiteramos que

no início foi pensado em tirar algumas unidades para serem referência, ou seja, atender só Covid-19, somente o público com Covid. E fecharam umas unidades. Os comunitários reclamaram... E assim, não deu certo, que nem a gente falou, logo no primeiro momento. E a maioria foi para barreiras nas estradas... Como eu disse, unidades ficaram fechadas. Na época, inclusive, o hospital estava pedindo socorro, porque não tinha profissionais na unidade, em pleno atendimento... Então assim, foi uma coisa que complicou, que poderia logo no início... Poderiam estar ajudando mas acabou sobrecarregando demais. Eles estavam sobrecarregados porque algumas unidades estavam fechadas (Interlocutora(r) 4, OFICINA, 2022).

Com a instalação da crise sanitária e visando manter a segurança das/dos usuárias/usuários e das/dos próprias/próprios trabalhadoras/trabalhadores da saúde, foi necessário repensar, de modo célere, algumas questões, quais sejam: aplicação de estratégias para evitar o contágio; mudanças nos fluxos das unidades de saúde; e adaptações nos processos e nas condições de trabalho, para o acolhimento dos casos suspeitos e confirmados. As/Os usuárias/usuários, por exemplo, foram ‘obrigadas/obrigados’ a usarem máscara de proteção e passaram a ser recebidos na parte externa da UBS, em ambiente aberto com livre circulação de ar. Nas unidades onde não eram possíveis a organização de estruturas para os atendimentos em ambiente externos, buscou-se instalar fluxos diferenciados dentro das Unidades Básicas de Saúde, com o intuito de não aglomerar as/os usuárias/usuários.

Os acolhimentos destas/destes, iniciavam com um processo de escuta e triagem, após o qual eram encaminhados para o atendimento específico. Esse primeiro momento da pandemia trouxe incertezas e inseguranças para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, até porque “era algo novo, que a gente não sabia lidar, sabia muito pouco. Então, a questão foi de tentar organizar o fluxo para receber os pacientes que estavam cometidos de Covid... No início foi um pouco complicado” (Interlocutora(r) 4, ENTREVISTA, 2022). Até porque

Nessa situação era cobrada, era cobrada o uso da máscara. Eram muitas orientações... era feita uma triagem na recepção e dependendo da situação de cada um, aí sim, se encaminhava para o enfermeiro ou para o médico (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

Em termos de fluxos de trabalho, foram mantidos os atendimentos essenciais, com a priorização das demandas espontâneas e a diminuição de consultas presenciais eletivas. Criaram-se também, linhas de atendimento, priorizando os casos de tuberculose, bem como a vacinação e o pré-natal. Já em casos suspeitos e/ou confirmados de infecção pelo Sars-CoV-2, existia protocolo específico de atendimento e encaminhamento, para que se evitasse novas contaminações e a piora do paciente. Quando perguntados sobre as mudanças nos processos de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19, nossas/nossos interlocutoras/interlocutores, responderam:

Nós limitamos, com alguns atendimentos voltados a algumas situações. Abria mais Covid mesmo, tudo estava voltado mais para Covid. Mas atendemos as gestantes, hipertensos e crianças, mas tudo limitado por conta dessa situação. E essas foram as mudanças na rotina do trabalho. Na verdade, mudou tudo, toda a nossa rotina de trabalho foi mudada (Interlocutora(r) 1, ENTREVISTA, 2022).

Houve muitas mudanças, várias mudanças... Principalmente nos atendimentos! Nós tivemos que adotar protocolos de controle, diminuimos nossas demandas de atendimento específicas, aquelas que não fossem Covid (Interlocutora(r) 2, ENTREVISTA, 2022).

Houve mudança... Até porque mudou completamente a rotina dos programas de antigamente, pois a prioridade foi a pandemia. Isso mudou até os nossos modos de pensar... Nós éramos assustados tanto em casa como na rua. O uso de máscara foi a primeira. Também teve com relação as questões das demandas das pessoas que vinham com sintomas e nós tínhamos que separar elas dos demais, mas sem deixar de dar uma assistência aos outros (Interlocutora(r) 23, ENTREVISTA, 2022).

O cuidado com os usuários foi a grande preocupação. Alguns chegavam sem máscara, ou já passando mal... Nós tentávamos ajudar, isolando dos outros pacientes (Interlocutora(r) 24, ENTREVISTA, 2022).

Foi montado um fluxograma dentro das unidades para a gente que estava trabalhando com todos os programas que tinham dentro da UBS e que são oferecidos pela atenção primária. Além disso, tinha a questão dos pacientes que entravam com a síndrome respiratória. E nesse momento estava fazendo teste de Covid, por isso também foram vários fluxos montados na questão de manter as medidas de prevenções, que eram orientações, como a lavagem das mãos, máscaras... Basicamente isso (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

No entanto, identificamos uma divergência entre o factível e o orientado – disposto – em notas técnicas e protocolos:

O problema é que nós não estávamos preparados na época e com condições de oferecer para os trabalhadores tudo aquilo que o protocolo pedia de início. Eu acho que não tinha nenhum município que estava preparado para isso, até a própria capital, [Manaus], não estava (Interlocutora(r) 2, OFICINA, 2022).

No início, a gente seguia em algumas unidades fazendo o fluxo de entrada... Para separar pacientes de sintomas de gripe e não gripais. Porque as pessoas iam continuar

procurando a unidade de saúde. Porém a gente não conseguiu fazer isso em todas as unidades, que nem ela falou! Porque a coisa foi afunilando de uma forma tão grande, que não deu tempo de fazer isso, e a gente acabou fazendo priorizando o serviço (Interlocutora(r) 4, OFICINA, 2022)

Teve uma organização... Assim, como eu te falei, teve tudo para um canto só! Quero dizer assim: teve e não teve uma... ou melhor, aquela organização [ênfase nesse último termo]. E assim, acabou que aglomerou bastante, mas tinha os cuidados, porém eles não eram suficientes (Interlocutora(r) 19, ENTREVISTA, 2022).

Nos locais de atendimento, foi colocado divisória entre os pacientes, mas às vezes acontecia de algum paciente querer ser atendido somente pelo médico tal... E isso as vezes complicava e tínhamos que conversar com ele, acalmar, entender, essas coisas... Também teve palestras sobre as técnicas de prevenção contra a Covid (Interlocutora(r) 24, ENTREVISTA, 2022).

Acho que essa dificuldade foi para receber toda essa demanda de pessoas com sintomas. E ainda ter que assistir os demais que também precisavam da nossa ajuda (Interlocutora(r) 23, ENTREVISTA, 2022).

Houve também a modificação na rotina de trabalho e na distribuição das salas de atendimento, em uma tentativa de manter uma equipe e um espaço específicos para os casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19. As consultas eram realizadas em salas previamente preparadas, com a disponibilização de álcool em gel 70% e a manutenção do distanciamento entre paciente e a/o trabalhadora/trabalhador da saúde. Esta/Este, por sua vez, utilizava Equipamentos de Proteção Individual (EPI). O objetivo primordial era tentar diminuir, ao máximo, o risco de contaminações e aglomerações dentro da UBS. Todavia, os dados da pesquisa demonstraram que a total separação de casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19 nem sempre funcionou, pois o número limitado de trabalhadoras/trabalhadores e o aumento da demanda impediram, muitas vezes, a formação de mais de uma equipe de trabalho. As informações a seguir, apontam nessa direção:

Quando começou a pandemia, nós tivemos que dividir a UBS: uma parte para o atendimento da Covid e a outra para os demais atendimentos. Mas, mesmo sendo dividido, era um lugar único! E de certa forma, nós sempre estávamos juntos. A gente fez essa separação, mas os profissionais eram os mesmos: eu atendia um paciente com Covid, depois eu saía de lá para atender outro que podia não estar com Covid (Interlocutora(r) 6, ENTREVISTA, 2022).

Devido a pandemia, a gente teve um cuidado maior com certos tipos de pacientes, por exemplo: um hipertenso, uma grávida, uma criança, principalmente os idosos... Eles eram separados dos pacientes que apresentavam sintomas. Tinha um espaço para tratar os pacientes com síndrome gripal e tinha um médico para cada caso específico (Interlocutora(r) 24, ENTREVISTA, 2022).

Usamos a estratégia de manter o distanciamento. Montamos uma sala especialmente para Covid, que ficava na UBS com álcool, máscara e outros EPI. Montaram também, um outro local que tinha o álcool e outros equipamentos. E foi essa a estratégia que

nós usamos: manter o distanciamento, usando os equipamentos e orientando a cada um que entrava na UBS (Interlocutora(r) 7, ENTREVISTA, 2022).

Assim, no caso dos pacientes, a gente colocou para vir um em cada dia, para não vir todo mundo junto, porque se não ia aglomerar (Interlocutora(r) 27, ENTREVISTA, 2022).

Destacam Andres, Carlotto e Leão (2021): com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado da população e de atender os casos leves de Covid-19, e, também, na tentativa de se evitar que as/os usuárias/usuários sobrecarregassem desnecessariamente os serviços de maior complexidade, a reorganização do processo de trabalho na ABS, reiterada pelas/pelos interlocutoras/interlocutores da pesquisa, foi realizada em muitos municípios.

O atendimento das demandas comuns da Atenção Básica à Saúde também precisou passar por profundas mudanças. O primeiro passo foi identificar as consultas prioritárias e estabelecer novos fluxos de atendimento para essas/esses usuárias/usuários. Neste sentido, a reorganização dos processos de trabalho dentro das UBS priorizou a continuidade do atendimento de pacientes grávidas, de crianças e de idosos, sempre tentando separá-los das/dos usuárias/usuários que apresentavam sintomas de Covid-19. Foi relatado, por outro lado, que, durante os picos nas ‘ondas’ da doença, os demais programas realizados dentro das unidades de saúde precisaram ser interrompidos, com o estabelecimento do foco para casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19.

Dois motivos foram apontados pelas/pelos interlocutoras/interlocutores: o aumento da demanda de usuárias/usuários com a síndrome respiratória e a preservação dos não contaminados. Assim afirmam:

Primeiramente, o fluxograma de entrada na UBS tinha locais específicos para cada comorbidade e Covid: os que apresentavam sintomas da Covid eram atendidos em espaços abertos... E tivemos que introduzir Centros de Covid próximos da UBS, tivemos que nos qualificar, pois era algo novo e ninguém sabia como tratar os pacientes da maneira certa, às vezes não tinha médico, tinha só a gente aqui... Aí, com a chegada da vacina, foram diminuindo os casos de Covid (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

No tempo mesmo... Quero dizer assim: quando o pico estava daquele jeito, os programas [se referindo aos outros serviços de saúde na UBS] fizeram uma parada e ficou focado mais só na Covid. Até por conta da contaminação, para não colocar as pessoas com Covid junto com as outras que não estavam. Somente depois, é que *‘bota fulana para fazer teste de Covid e as outras vão ficar na Atenção Básica para não parar’* [mudança da entonação da voz, associada a uma gesticulação intensa, para enfatizar a informação]. Mas por um tempo parou, os programas tiveram que parar (Interlocutora(r) 20, ENTREVISTA, 2022).

Outro aspecto relevante que já fazia parte do escopo das atividades da Atenção Básica à Saúde diz respeito às atividades de Prevenção e Educação em Saúde, tanto no espaço interno das UBS (quando as/os usuárias/usuários se deslocavam até lá) quanto nas atividades externas realizadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores. Porém, com a pandemia de Covid-19, essas atividades foram intensificadas e, inclusive, direcionadas para as formas e medidas de prevenção da Covid-19, com o incentivo ao distanciamento social e a importância da sensibilização quanto à gravidade do momento que vivenciávamos. Sobre esta temática, as/os interlocutoras/interlocutores relatam:

Assim... A gente teve mais um cuidado orientando o paciente com o uso da máscara, usando álcool em gel, não deixando fazer aquela aglomeração, tendo um pouco, na verdade pouco não, e sim muito mais de cuidado... Porque antes da pandemia só quem usava máscara era quem atendia o paciente. Agora não, era todo mundo. E, também, a gente orientava o paciente a vir de máscara para a UBS e para qualquer outro lugar, principalmente em locais fechados. Sim, era orientado principalmente no uso de máscara e não fazer aglomeração (Interlocutora(r) 27, ENTREVISTA, 2022).

A prevenção que a gente fazia era palestra mesmo, com o paciente e a paciente mesmo. Porque não dava tempo para gente fazer somente uma palestra. Assim, cada paciente que chegava a gente já fazia as orientações (Interlocutora(r) 6, ENTREVISTA, 2022).

Primeiramente, a preocupação foi no cuidado com os pacientes, na prevenção, para sanar todas as dúvidas que eles tinham sobre a doença: de como se proteger, de como se tratar... A Atenção Básica veio atuando tanto na prevenção quanto no acompanhamento daquele paciente. Por isso te digo: Atenção Básica [para um pouco e fica em silêncio]... Ela foi importante tanto na prevenção, como no cuidado com os pacientes (Interlocutora(r) a 11, ENTREVISTA, 2022).

É como falo, a gente trabalhava sempre com a questão da orientação, trabalhava bastante, para que eles fizessem o uso correto dos equipamentos de máscara, do álcool em gel e outros. Porque os nossos usuários são idosos e hipertensos, e a aglomeração deles eram bem maior... Então, assim, a gente tentava orientar algo que era bem importante para eles. A gente tenta orientava para que eles tomassem cuidado com a saúde e aí a gente fazia a nossa parte, para que eles fizessem a deles (Interlocutora(r) 19, ENTREVISTA, 2022).

O cuidado com os usuários era muita coisa. Mas a gente falava muito do uso das máscaras, do álcool em gel... Estava o tempo todo ali, orientando... Na maioria das vezes, a gente fazia os atendimentos lá atrás [fazendo referência e apontando para um local próximo de onde conversávamos] para não aglomerar aqui dentro. Era no ar livre mesmo (Interlocutora(r) 20, ENTREVISTA, 2022).

Compreendemos que a educação em saúde é um dispositivo primordial em qualquer situação que produza cuidado e, em tempos de pandemia de Covid-19, mostrou a sua potencialidade no contexto pandêmico. Pois, mesmo que as recomendações fossem o distanciamento e o isolamento social enquanto medida preventiva, as/os usuárias/usuários continuavam a buscar os serviços de saúde, uma vez que as suas necessidades permaneceram a

afetá-las/los. E a produção do cuidado em tempos de pandemia, a partir da educação em saúde e das tecnologias leves, é fundamental (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

Ainda com relação às estratégias de reorganização dos processos de trabalho na ABS, destacamos que a partir de agosto de 2020, o município credenciou, junto ao Ministério da Saúde, dois Centros de Atendimento para o Enfretamento da Covid-19. Esses centros foram classificados no Tipo I e, de acordo com a Portaria MS nº 1.444/2020, funcionavam na UBS Nilza Domingues – localizada na sede do município – e na UBS Valdenize Trindade – situada no distrito de Cacau Pireira. Esses serviços atuavam de forma paralela aqueles já ofertados pela Estratégia Saúde da Família.

A UBS Nilza Domingues e a UBS Valdenize Trindade foram reestruturadas e nelas implantadas duas alas, com fluxos específicos e diferenciados: uma destinada ao atendimento de pessoas com sintomas respiratórios e Covid-19; outra voltada à atuação da ESF. Essa experiência foi, posteriormente, adotada em outras Unidades Básicas de Saúde de Iranduba, dentre as quais destacamos as UBS de São Francisco, Nova Veneza e Artur Freire.

Essas informações foram ratificadas pelas/pelos interlocutoras/interlocutores do estudo, que assim afirmaram:

Os Centros de Atendimento à Covid-19 em Iranduba foram instalados na UBS Nilza Domingues e na UBS Valdenize Trindade. E para a implantação deles, foram feitas mudanças, pois neles continuaram os atendimentos das equipes da Saúde da Família... Do modo como a UBS Nilza Domingues e a UBS Valdenize Trindade passaram a trabalhar, foi a forma que foi ampliada para outras unidades. Lembro aqui que esse modo de trabalho foi colocado nas Unidades São Francisco, Nova Veneza e Artur Freire (Interlocutora(r) 26, ENTREVISTA, 2022).

Nas outras UBS, se continuava atendendo às demandas de rotina dos usuários, pois os Centros de Covid aqui [se referindo ao município de Iranduba] era a UBS Nilza Domingues e também a UBS Valdenize Trindade. Mas quando as pessoas que procurava uma UBS que não era referência para Covid, e elas tinham sintomas de Covid, as equipes das UBS mobilizavam os profissionais de referência de atendimento de Covid-19, para realizarem o teste e as outras atividades que tinham que ser tomadas nesses casos (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

Diante de tais afirmações, compreendemos que essas foram as ações de trabalho das equipes de saúde de Iranduba no decorrer dos demais meses do ano de 2020. Entretanto, com o agravamento do cenário pandêmico no Amazonas no início de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde realizou uma reestruturação no Plano de Contingência Municipal. Nele, foram priorizadas as ações que já estavam sendo realizadas junto aos grupos de risco, em cumprimento ao padrão epidemiológico brasileiro e às regras do processo de imunização.

Com as Unidades de Saúde em colapso, as respostas e ações de combate à crise vivenciada precisavam ser efetivadas. Assim, a retomada dos serviços passou a ocorrer fora das UBS, em conformidade ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Consonante ao orientado, o Centro de Referência para Testagem de Síndromes Gripais Leves e Moderadas da sede do município de Iranduba foi instalado no Centro de Convivência do Idoso Honorina Lopes. Nele, eram realizados testagens e diagnósticos, bem como funcionava uma farmácia que distribuía medicações destinadas ao tratamento dos sintomas da doença.

Em março de 2021, nesse mesmo espaço, passou a funcionar o Centro de Reabilitação para Pessoas com Sequelas da Covid-19, formado por uma equipe multiprofissional. Além dos Centros de Referência, também atuavam as UBS – dentre elas, a UBS Artur Freire, Unidade de Saúde mais próxima do Hospital Regional Hilda Freire – que atendiam as demandas não hospitalares dos casos de Covid-19. Também para o enfrentamento da Covid-19, na área de abrangência da UBS Vitória Paz – distrito de Cacau Pirera – foi instalado o Centro de Referência para Testagem de Síndromes Gripais Leves e Moderadas na Escola Estadual Senador João Bosco Ramos de Lima, no qual se realizavam testagens, diagnósticos, apoio farmacêutico, assistência médica e de enfermagem, para casos suspeitos ou confirmados da doença.

Outra estratégia de atuação foi a instalação, em março de 2021, do Centro de Referência para Testagem de Síndromes Gripais do Centro de Convivência do Idoso Honorina Lopes, que juntamente com o Centro de Referência para Testagem de Síndromes Gripais Leves e Moderadas da Escola Estadual Senador João Bosco Ramos de Lima, passou a realizar atendimentos as/aos usuárias/usuários que apresentavam sequelas pós-Covid-19 e vivenciavam dificuldades para realizarem as atividades da vida cotidiana.

Em alguns meses, pesquisas científicas e a própria vivência das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde trouxeram mais segurança e tranquilidade para enfrentar um contexto tão adverso. Destaca-se que, com a chegada dos imunizantes para Covid-19, em janeiro de 2021, todo o processo de planejamento, organização, armazenamento e execução somou-se aos outros serviços de atendimentos realizados nas UBS, trazendo, por um lado, alívio, e, por outro, novos desafios para as/os trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica. É nesse sentido que nos afirmam as/os interlocutoras/interlocutores:

Teve algumas situações que foram ajustadas, logo depois da pandemia. Chegaram as vacinas e nós começamos a trabalhar na vacinação. As orientações a gente continua dando (Interlocutora(r) 6, ENTREVISTA, 2022).

Eu trabalho mais na sala da vacina, aí a sala da vacina ficou mais restrita para vacina de Covid. Aí já parou mais a rotina, as vacinas das crianças já ficou mais... porque o foco agora era a vacina da Covid (Interlocutora(r) 18, ENTREVISTA, 2022).

De início teve muita coisa, muito medo... Mas com a chegada da vacina, as orientações que eram feitas, fomos lutando contra a Covid. Mas assim, quando veio a vacina, eram muito pouco, depois quando foi aumentando tivemos que pensar como fazer para vacinar a população (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

No começo as pessoas não queriam tomar vacina. Tivemos que planejar e dizer para a população da importância de se vacinar. Para mim o medo da vacina era muito ligado por ser uma vacina nova, das coisas que o povo falava dela... E isso dava medo. Por isso foi importante fazer campanhas, vacinar em vários locais e conversar com as pessoas (Interlocutora(r) 3, ENTREVISTA, 2022).

Diante dessas situações, as equipes de saúde de Iranduba continuaram desenvolvendo ações de cuidado e de enfrentamento à pandemia no município, pois, mesmo com as dificuldades e enfrentando tempos de enchentes, em janeiro de 2021 foi iniciado o processo de imunização. De acordo com o Plano Municipal Operacional da Campanha de Vacinação de Iranduba, ele tem por objetivo elaborar ações estratégicas e programar a logística para vacinar a população das zonas urbana, rural e ribeirinha, as quais deveriam – e foram – realizadas pelas equipes da ABS. O município apresentou, em dezembro de 2022, o índice de 78,20% de esquema vacinal primário. A imagem a seguir (Figura 4) ilustra um dos modos organizados, estruturados e utilizados pelas equipes de saúde de Iranduba no processo de imunização.

Figura 4 - Implantação do Protocolo de Imunização em Iranduba

'Fluvi-thru' vacina ribeirinhos contra a Covid-19 no interior do AM

Iranduba implantou atendimento diferente para vacinar a população em mutirão realizado neste sábado (10). Outros quatro municípios também participam da ação.

Por G1 AM

10/07/2021 17h11 · Atualizado há um ano



Ribeirinhos são vacinados no Rio Solimões, durante mutirão de vacinação contra a Covid-19 em Iranduba — Foto: Divulgação

Fonte: Portal G1 AM (2021).

Ao longo do tempo, no entanto, as equipes conseguiram se organizar com a nova rotina, trazendo consigo desafios práticos para a criação/manutenção dos fluxos de trabalho que mantivessem os atendimentos das demandas comuns dos serviços de saúde e aqueles relativos à Covid-19, situações que passaram a exigir das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde uma maior capacidade de adaptação e, ainda, para assumirem o lugar de multitarefas.

5.3.2 Cuidados, promoção e educação em saúde no território

Com relação aos aspectos relacionados aos processos de trabalho na ABS, houve a necessidade de se reorganizar os serviços que aconteciam, para além dos muros das UBS, já que eles também têm o papel estruturante nos cuidados em saúde realizados pelas equipes da Atenção Básica. A presente seção trata especificamente das ações desenvolvidas por meio de visitas domiciliares, visitas peridomiciliares, educação e promoção de comunicação em saúde, busca ativa, atendimento *online* e teleatendimento, além da vigilância territorial nas comunidades no contexto da pandemia de Covid-19. Como todas essas atividades foram – e são – realizadas no território e considerando o contexto sanitário adverso, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde da Atenção Básica à Saúde precisaram se adaptar para garantir a segurança de todas/todos as/os envolvidas/envolvidos, enquanto mantinham vivo o vínculo entre a comunidade e as unidades de saúde.

Em Iranduba, as formas de cuidar no território precisaram passar por intensas transformações. Diante das limitações do contexto pandêmico, e visando manter a segurança e a saúde de todos, as/os interlocutoras/interlocutores relataram o uso das tecnologias leves⁴⁵ (MERHY, 2002, 2007) como a principal estratégia de trabalho. A ideia era estabelecer novos procedimentos de cuidado em saúde, com a centralidade em orientações padronizadas quanto à higienização pessoal e do domicílio, o uso de máscaras, à manutenção do distanciamento social, à busca ativa de usuárias/usuários com Covid-19, e o acompanhamento contínuo de usuárias/usuários idosos/idosos e/ou com doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes. Para tanto, muitas das atividades foram mediadas por ferramentas tecnológicas.

De acordo com a/o Interlocutora(r) 9, já no início da pandemia havia a indicação da conduta a seguir: “uma enfermeira [disse]: ‘a partir de hoje vocês não vão visitar os pacientes de vocês. Vocês têm WhatsApp?’ [Respondi:] ‘tenho!’. Pois a partir de hoje você não vai ter mais contato com as pessoas... só através do WhatsApp. Vocês se comunicam, vocês fazem a revisão” (ENTREVISTA, 2022). Essas informações expressam a implementação de uma mudança significativa na rotina de atuação das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, especialmente nos momentos iniciais da pandemia de Covid-19: o estabelecimento do distanciamento social e a inserção de uma ferramenta tecnológica na manutenção do cuidado.

É possível observar ainda, no trecho da fala, como as relações foram impactadas, na forma e no modo de acontecer. Foi assim, segundo afirma Cabral *et al.* (2020) e ratificadas pelas informações coletadas com as/os interlocutoras/interlocutores da presente pesquisa, que

⁴⁵ As tecnologias leves consistem nas relações de interação e subjetividade, as quais possibilitam produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização, sendo estas produzidas no trabalho vivo em ato (MERHY, 2002, 2007).

o celular, o computador e os aplicativos de comunicação *online* se tornaram intermediários para o atendimento de usuárias/usuários em tempos de distanciamento social, auxiliando na divulgação de orientações corretas, de acordo com as autoridades sanitárias, com base em protocolos e evidências científicas.

Inúmeros municípios brasileiros estabeleceram estratégias de acordo com as suas realidades locais para implementarem o uso de tecnologias digitais no atendimento à população (GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021), sendo que uma das mais comuns foi o atendimento por meio de telefone e/ou internet (ESTRELA *et al.*, 2020; XIMENES NETO *et al.*, 2020; FARIAS *et al.*, 2020). Nesse tipo de atendimento, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde mantinham um contato contínuo com as/os usuárias/usuários através do celular e/ou do computador. Essas ações foram fundamentais para o acompanhamento dos casos suspeitos de Covid-19, mas também para a manutenção dos cuidados de outras doenças, reduzindo o risco de transmissão do vírus. Bem como, constitui-se na possibilidade de manter vivos os laços já estabelecidos entre os serviços de saúde e as/os usuárias/usuários.

Nesse contexto, o aplicativo WhatsApp foi uma ferramenta bem acolhida/utilizada pela comunidade para a prática dos atendimentos de saúde a distância. Por meio dele, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde puderam encaminhar-receber mensagens instantâneas de texto – e/ou de voz – com a/o usuária/usuário, compartilhar documentos, fotos e vídeos, além de formar grupos de conversa (CASTRO *et al.*, 2020). Entretanto, ressaltam Engstrom *et al.* (2020) e Cabral *et al.* (2020), por outro lado, que mesmo se reconhecendo a importância das estratégias do atendimento a distância em contexto pandêmico, a escassez de equipamentos e de acesso à internet em muitas UBS brasileiras, requereu um necessário e um maior investimento para atender à comunidade (CABRAL *et al.*, 2020).

No caso de Iranduba, especificamente, identificamos que, logo após a decretação da pandemia no município, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do gabinete de crise, montou uma espécie de *call center* na sede da escola onde estava instalada, temporária e provisoriamente a SMS. Esse *call center* ficou sob a responsabilidade das/dos trabalhadoras/trabalhadores da equipe multiprofissional que, antes da pandemia, atuavam no NASF.

Ele tinha como objetivo inicial, orientar as pessoas sobre qualquer situação relacionada à pandemia de Covid-19. Também disponibilizava atendimentos de saúde mental – com psicólogos – para pessoas em crise de pânico e/ou outro adoecimento emocional relacionado ao contexto de isolamento social. Apresentamos a seguir, relatos das/dos

interlocutoras/interlocutores, a respeito das estratégias e da criação de um ambiente de monitoramento e orientação *online*:

Criamos o *call center*, então tinha que estar ligando para as comunidades para ver as questões das barreiras, para não entrar nas comunidades... Então, tivemos um trabalho externo, fizemos barreira na ponte, e todo o processo de trabalho que a gente estava fazendo, virou tudo em função do Covid (Interlocutora(r) 4, ENTREVISTA, 2022).

No teleatendimento que a gente construiu aqui, nós tínhamos quatro números que serviam para as pessoas denunciarem aglomerações, espaços abertos, enfim. E também para pedirem orientação, atendimento... Teve um período que ele tinha teleatendimento médico intermediado por tecnologia, atendimento de enfermagem e psicológico, orientação social... Tinham vários profissionais atuando naquele teleatendimento médico e eles também realizavam plantão noturno para quem precisava de uma orientação ao longo da madrugada (Interlocutora(r) 19, OFICINA, 2022).

Teve a questão da gente fazer a indicação com os pacientes e ver quem estava precisando do apoio psicológico e teve esses aí [fazendo referência ao *call center* e os teleatendimentos]... Muitos comunitários me relataram desse atendimento pelo telefonema que receberam (Interlocutora(r) 8, ENTREVISTA, 2022).

O *call center* funcionou, assim, como um espaço de cuidado, exercendo atividades de vigilância em saúde, orientação sobre a Covid-19 e atendimento individual a distância. Os atendimentos mais próximos da população, por outro lado, ficaram a cargo das/dos trabalhadoras/trabalhadores das UBS, a partir do acolhimento das demandas físicas, visitas e/ou teleatendimentos. Quanto ao uso do teleatendimento nas UBS, a ideia partiu da organização interna de cada equipe, usando os recursos das/dos próprias/próprios trabalhadoras/trabalhadores, como os seus telefones celulares.

Diante do desafio do distanciamento social e da necessidade de se manter os cuidados da população, foram as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde que construíram formas-modos de manter contato com as/os usuárias/usuários, “por conta da praticidade e do isolamento porque as pessoas não podiam sair” (Interlocutora(r) 24, ENTREVISTA, 2022). Foi assim que elas/eles decidiram utilizar telefonemas e aplicativos de mensagens enquanto mecanismo de atendimento e orientação:

A gente fazia muita orientação. Na verdade, as pessoas ficaram com medo, se isolaram e até para receber a nossa visita era difícil. Mas a gente procurou sempre orientar. Então a gente usava mais o telefone. Ligava, usava o *zap* [denominação utilizada para o WhatsApp], sempre ia ao domicílio. Mas sempre tendo os cuidados de como proceder e informar o que eles estavam sentindo, onde eles podiam procurar socorro e ajuda. Então, essa era uma das formas que a gente fazia em relação a isso (Interlocutora(r) 1, ENTREVISTA, 2022).

Sabe, a gente orientava para eles ficarem em casa: *‘Fiquem na casa de vocês! Precisando da gente, liga que a gente vem aqui para resolver o problema’* [altera o

modo de falar, buscando explicar a forma como passava as informações para as/os usuárias/usuários]. A gente alertava para eles não sair de casa sem necessidade, que eles tinham filho pequeno em casa, tinham idosos para cuidar... Por isso a gente dizia: *'Fiquem em casa'*. Nós utilizamos muito o WhatsApp para comunicar, para orientar, era até uma forma de estar perto, sabe! (Interlocutora(r) 7, ENTREVISTA, 2022).

Olha, a gente usava muito o telefone da gente. Para muita coisa: para consultar ele por telefone, para ver como é que estava, chamar a ambulância de lá... E quando precisava, a gente pegava esse paciente e transportava para unidade hospitalar (Interlocutora(r) 21, ENTREVISTA, 2022).

No caso das/dos trabalhadoras/trabalhadores das UBS, o uso de ferramentas tecnológicas serviu como facilitador do trabalho. Essa estratégia possibilitava diminuir a presença de usuárias/usuários nas instituições – e, conseqüentemente, os riscos de transmissão do vírus – sem negligenciar os cuidados necessários da população. De acordo com Gonçalves (2020), que analisou contextos semelhantes, se por um lado o uso de ferramentas tecnológicas proporcionou uma intensificação da precarização das condições de trabalho, por outro, foi fundamental para evitar aglomerações nas UBS, minimizar os riscos à saúde de trabalhadoras/trabalhadores e usuárias/usuários e, também, garantir o atendimento/acompanhamento das/dos pacientes. Vale ressaltar ainda, que os recursos tecnológicos para o atendimento a distância foram muito utilizados, não somente em casos suspeitos de Covid-19 – ou de outra Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – mas também de doenças crônicas que necessitavam de um monitoramento contínuo (CAETANO *et al.*, 2020; GERALDO; FARIAS; SOUSA, 2021).

Vale ressaltar que o uso de ferramentas tecnológicas não aconteceu apenas dentre as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba. Pois segundo destacam Palácio e Takenami (2020), a pandemia de Covid-19 foi a primeira grande crise sanitária de interesse internacional da era das mídias sociais, o que promoveu uma oportunidade *sui generis* para a rápida distribuição de informações em tempo real e facilitou o fortalecimento da cooperação humanitária de caráter local, regional, nacional e internacional ao combate da problemática. Por outro lado, embora as tecnologias da comunicação sejam reconhecidamente indispensáveis nesse momento de crise sanitária – com isolamento social, quarentena e distanciamento social interferindo nas sociabilidades – e contribuam para práticas inovadoras de educação em saúde, podem também ser uma poderosa ferramenta para a divulgação de informações duvidosas, mentirosas e não confiáveis.

Nesse sentido, o processo de divulgação de informações em saúde em Iranduba fez o papel, não apenas de orientar as pessoas sobre a Covid-19, mas também de combater as notícias falsas amplamente veiculadas nas redes sociais. Ancoradas em conhecimentos científicos, todas

as informações necessárias e relevantes foram amplamente divulgadas por meio de vídeos, textos, áudios, estudos científicos, animações, simulações e sistemas de monitoramento, compartilhados em aplicativos de mensagens, mídias sociais, portais de notícias e imprensa tradicional. Assim afirmam nossas/nossos interlocutoras/interlocutores:

A gente fazia uma divulgação na página da Secretaria de Saúde do Município, da Semsu. O secretário sempre fazia uns vídeos, falando da situação do Covid, da questão da prevenção, atualizando a comunidade em relação ao número de pessoas que a gente estava tendo com Covid, dos cuidados que deveriam ter, da questão do isolamento social, essas coisas. Também a gente conseguiu, na época, fazer chamadas e acompanhar os usuários. De gravações a um carro de som volante. Ele saía na comunidade, falava da situação, do que era, o modo de transmissão, da prevenção que teria que ser feito... Falava do isolamento, pedidos para as pessoas permanecerem em suas casas ou saírem se realmente fosse necessário (Interlocutora(r) 14, OFICINA, 2022).

Tiveram vários, viu! Mídia, quero dizer. Principalmente, muita divulgação em redes sociais... E vídeos informativos, até mesmo quando nós não estávamos indo nas casas, mana (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

Em questão de comunicação foi mais nas redes sociais e por *zap* [referência ao WhatsApp] também. Nas UBS mesmo, que estavam funcionando, tinham muitas orientações sobre a questão da Covid... Somente... (Interlocutora(r) 25, ENTREVISTA, 2022).

Na era da informação, mais do que nunca, o enfrentamento de uma doença como a Covid-19 passou necessariamente pela comunicação em saúde, confirmando sua capacidade de atuação e de transformação social nessa área, uma vez que a interação entre trabalhadoras e trabalhadores e usuárias/usuários foi possibilitada por outros meios-recursos, favorecendo o cuidado de forma compartilhada. Compreendemos que a comunicação em saúde faz parte dos cotidianos das trabalhadoras e dos trabalhadores da ABS e ganhou, ainda mais relevância, no contexto da pandemia.

As ações preventivas e orientadoras levavam as informações para as populações de várias formas, com a intenção de oferecer informações fidedignas e confiáveis sobre a Covid-19. Buscava a condução de ações e táticas para o enfrentamento da doença. E, em nossa compreensão, a comunicação em saúde facilitou a adaptação/(re)organização dos processos de trabalho na ABS, contribuindo para a resolução de problemas impostos pela crise e promovendo a interação intersetorial entre saúde e população. Ela contribuiu, também, para que a população tivesse acesso facilitado a informações confiáveis, com o intuito de atenuar os impactos causados pelas *fake news*. Acreditamos, assim, que, devido ao seu impacto frente à comunidade, sua aplicabilidade pode ser revista e amadurecida, de forma que se torne eficiente para a promoção e a melhoria da saúde da população em outros contextos sanitários.

Outra estratégia utilizada pela Atenção Básica à Saúde de Iranduba para promover cuidados em saúde durante a pandemia, foi a atuação das/dos Agentes Comunitários de Saúde nos territórios. Trabalhando em parceria com as/os trabalhadoras/trabalhadores atuantes nas UBS e com outros setores da saúde, as/os ACS potencializaram a efetivação das ações realizadas de modo remoto, já que eles conhecem, de forma aprofundada, as necessidades da população com as quais elas/eles atuam, a partir de um olhar diferenciado para as/os usuárias/usuários que mais precisam de atenção e dos cuidados nesse momento.

Segundo as/os interlocutoras/interlocutores, essa proximidade entre trabalhadoras/trabalhadores da saúde e comunidade, facilitou a adesão das/dos usuárias/usuários às medidas preventivas contra a doença, diminuiu os efeitos das notícias falsas e auxiliou no acesso dos novos fluxos de atendimentos do SUS, minimizando os efeitos nocivos da crise sanitária e das *fake news*. Foram principalmente as/os ACS que mantiveram o vínculo com a população, acompanharam os seus territórios de atuação, colaboraram para a identificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19, e, não menos importante, para a manutenção dos cuidados das/dos pacientes com comorbidades. E nesse sentido, narraram as/os interlocutoras/interlocutores:

Visitas orientando sobre o cuidado a distância. Como eu falei para você: principalmente com os nossos pacientes com comorbidade, a orientação, isso aí era *'todo dia indo lá para fazer a prevenção'* [fala pausada com ênfase na frase indicando a importância da ação] e sempre estava orientando. Para nós isso era importante porque a gente tinha que está ali cobrando, até para eles não esquecer [*sic*]. E como eu já falei: dos nossos pacientes idosos, diabéticos, hipertensos, acamados, as crianças menores... foi essa a nossa atuação, no meu ponto de vista sempre ali cobrando e orientando (Interlocutora(r) 15, ENTREVISTA, 2022).

O trabalho da rotina, a gente fazia. Mas tinha que fazer mais... A gente tinha que fazer a busca ativa das pessoas com Covid para poder levar o tratamento e isso era importante fazer (Interlocutora(r) 28, ENTREVISTA, 2022).

Nós conscientizamos, indo nas casas, fazendo esse acompanhamento. Muito Agentes de Saúde fazem esse acompanhamento na visita domiciliar, davam orientação para as famílias, procurava saber como é que estava às famílias, para orientar os familiares... Dizia para não deixar ter muito contato com os idosos, com as pessoas de vulnerabilidade, que tivessem comorbidades. Também para isolar essas pessoas! Para que elas não tivessem a doença... Então, estávamos tentando conscientizar as famílias. A gente dizia que eles tinham que dar e ter um certo cuidado, com seus familiares, olhar com cuidado quem tivessem alguma comorbidade (Interlocutora(r) 8, ENTREVISTA, 2022).

A gente desenvolveu o acompanhamento, a orientação... E em casos mais agravados, pedia o envio de um socorro mais rápido. A gente sempre teve presente nessa situação toda. Porque assim, a gente se mobilizava! Todos nós, toda a equipe estava indo sempre nas casas. Por mais que tivesse essa rejeição, a gente estava orientando, mas teve sim rejeição... Mas a gente estava ali, presente (Interlocutora(r) 26, ENTREVISTA, 2022).

Diante do exposto, para conseguir cobrir o território em contexto tão adverso, a estratégia foi dividir as equipes de saúde a fim de “atualizar os cadastros, realizar busca ativa de vacina, levando vacina, busca ativa de prevenção de saúde para hipertensos, diabéticos... E a estratégia era dividir a equipe em três, quatro, no que fosse possível” (Interlocutora(r) 13, ENTREVISTA, 2022). Assim, a promoção de cuidado na ABS buscava equilibrar as necessidades contextuais de distanciamento social e a manutenção dos atendimentos em saúde. Nesse processo, as/os ACS se consolidaram como principal elo entre a UBS e as/os usuárias/usuários, pois conforme destacam: “nós tivemos que ir nas casas levar a médica [...]. A gente mandava a doutora renovar a receita e depois a gente levava, para quem não viesse na UBS” (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022). A expressão *‘levar a médica’* corresponde a uma figura de linguagem – ou uma força de expressão – para se referir ao elo de ligação estabelecido entre usuárias/usuários e UBS por intermédio das/dos ACS, a fim de evitar que as pessoas fossem às unidades de saúde sem a devida necessidade.

Vale ressaltar que a permanência das/dos trabalhadoras/trabalhadores nos territórios também foi ressignificada. Em razão do risco iminente de contaminação, a orientação era não entrar nas casas das pessoas, utilizar EPI e manter um distanciamento seguro. Pois “nas estratégias, no começo, eles pediram para gente fazer as buscas ativas [...]. E, também, não chegar muito perto dos comunitários. E se desse, para gente usar a forma do telefone como comunicação para chegar até eles, era isso para fazer” (Interlocutora(r) 22, ENTREVISTA, 2022). Logo, reiteramos que as ferramentas tecnológicas foram fundamentais, também, para as/os trabalhadoras/trabalhadores que atuaram nas ruas, com a adoção das visitas peridomiciliares.

De múltiplas formas-modos, o objetivo da ABS de orientar as/os usuárias/usuários sobre a saúde/adoecimento – individual, familiar e pública – na pandemia de Covid-19, fora atingindo, a partir da facilitação dos fluxos de atendimento do SUS, mas também pela atuação comprometida das/dos Agentes Comunitários de Saúde. É nesse sentido que nos informam as/os interlocutoras/interlocutores:

A minha preocupação também era com o pessoal da comunidade. Sempre que a gente ia nas casas, a gente não podia mais entrar nas casas das pessoas e tinha que ficar fora. Tinha que conversar de fora, por causa da contaminação e a gente não sabia quem estava doente. Se a gente também estava... Tinha gente que aparecia com sintomas e outros que não tinham sintomas... Então, se a gente ia nas casas das pessoas, conversava de longe, porque não podia entrar. Mas a gente ia, acompanhava! Agora nós não podemos fazer a visita assim, de perto, dentro da casa. Tem que ser só de longe ou por telefone e vai indo, dando certo (Interlocutora(r) 16, OFICINA, 2022).

Aconteceu de forma, de dentro das unidades, e ia orientando os pacientes que chegavam, fazia visitas domiciliares junto com os ACS. Da mesma forma, quando a gente não podia entrar na casa, nós usávamos os meios de comunicação, houve WhatsApp, mensagem, ligação... E assim a gente interagia com os pacientes, as ACS, a equipe do hospital, do transporte... Foi tudo assim: um conjunto que se uniu para a gente trabalhar nesse momento aí (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

Os pacientes que eu acompanhei, eu acompanhei o tempo todo! Eu tenho muita foto minha quando eu trabalhava na comunidade. Eu era como se fosse alguém que ia para a lua, viu [risos]. Eu me cuidava, usava todos os equipamentos e os EPI direitinho. Com medo desse solzão, eu ia igual essas mulheres que iam para lua, ia toda equipada (Interlocutora(r) 9, OFICINA, 2022).

Afirma Bezerra *et al.* (2021), que a aproximação entre trabalhadoras/trabalhadores da saúde e comunidade gera inúmeros benefícios para a população. Da mesma forma, Czeresnia e Freitas (2009) ratificam em seus estudos que as ações preventivas em saúde têm como propósito evitar a manifestação ou disseminação de doenças específicas, objetivando reduzir a incidência e a prevalência nas populações. Tendo em vista a criação de um vínculo de confiança e respeito mútuo entre trabalhadoras/trabalhadores e comunidade, a ABS é um ambiente propício para a promoção da educação em saúde e tem sido destacada por seu potencial no esclarecimento da população sobre a Covid-19 (GIOVANELLA *et al.*, 2020). Fortalecer os seus serviços é, inclusive, uma estratégia eficaz para o combate dos efeitos deletérios das notícias falsas, as quais dificultam a implementação das ações de promoção da saúde coletiva.

Um grande desafio contemporâneo que atrapalhou o enfrentamento da pandemia de Covid-19 foi a onda disseminadora de informações e notícias falsas via internet e WhatsApp. Paralelamente à crise sanitária, a OMS tem enfrentado outra epidemia: a proliferação desenfreada de informações falsas com relação a saúde. Esse movimento, também conhecido como *fake news* ou movimento ‘anticiência’, tem mudado a forma como os indivíduos se relacionam com a saúde, questionando a confiabilidade da ciência na luta contra a Covid-19 e interferindo, negativamente, no bem-estar da população. Nesse contexto, os estudos de Misquita *et al.* (2020), Duarte *et al.* (2020) e Rios *et al.* (2020), apontam para a proliferação de *fake news*, enquanto elemento dificultador para um enfrentamento eficaz da pandemia. No entender delas/deles, a divulgação massiva de notícias falsas prejudica o fazer de trabalhadoras/trabalhadores, pesquisadoras/pesquisadores e gestores da saúde, uma vez que esse tipo de conteúdo costuma ir de encontro as medidas de prevenção e corrobora com o seu descumprimento pela população (PALACIO; TAKENAMI, 2020).

No caso de Iranduba, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde não se preocuparam apenas com o avanço da pandemia no território, mas também com a resistência da população em adotar medidas de cuidado em saúde, especialmente aquelas relacionadas à prevenção e de

combate a Covid-19. Além disso, elas/eles ainda precisaram lidar com as *fakes news*, as quais têm atrapalhado o processo de enfrentamento à pandemia e são um obstáculo ao trabalho de educação em saúde realizado pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores da área. Segundo as/os interlocutoras/interlocutores da pesquisa, parte da população, por exemplo, não acreditou na gravidade do vírus e se recusou a mudar suas formas de sociabilidade durante a pandemia. Por isso, foi necessário a realização de um trabalho educativo, o qual informasse, constantemente, à população sobre as medidas de prevenção, tais como: usar máscaras, lavar as mãos e manter o distanciamento social, quando possível. Essas atividades aconteceram por meio digital, mídias eletrônicas, redes sociais... mas também de porta em porta, “muitas vezes sendo aceito, muitas vezes não..., mas o foco sempre foi a informação, a orientação” (Interlocutora(r) 11, ENTREVISTA, 2022).

Assim, além de uma maior exposição à contaminação nas ruas, as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde precisaram administrar as recusas: “as pessoas não deixava entrar não. Expulsavam a gente. Quando abria a porta, tinha uma grade... Falavam: ‘Oi, não precisa não’ tipo assim! Então, passamos muitos constrangimentos. Foi uma luta muito grande assim... Foi uma batalha, verdadeiramente” (Interlocutora(r) 18, ENTREVISTA, 2022). Nas entrevistas e nas duas oficinas realizadas, o medo da contaminação e a descrença em relação a pandemia, foram as principais justificativas das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde sobre tais comportamentos.

Os trechos abaixo expõem as dificuldades de se orientar a respeito da Covid-19 em contextos marcados pela desinformação:

No começo, eles aderiram bem, porque teve gente que estava morrendo, realmente. Mas aí, depois de um tempo, pararam de respeitar, por pura ignorância mesmo dessas pessoas. Eles só acreditavam na doença quando acontecia com alguém da família deles ou com eles mesmos, até mesmo o meu marido era assim. Eles acreditavam mais nas informações que vinham da comunidade porque estava acontecendo. Eles estavam vendo o que estava acontecendo e a gente sempre orientando. Todo mundo vendo o que estava acontecendo (Interlocutora(r) 22, ENTREVISTA, 2022).

Nós nunca deixamos de fazer esses tipos de ações: orientação e prevenção para eles. Então, assim, da parte deles, eles são muito ignorantes. A gente não entende, sabe? Parte deles não querem nem saber. Tem alguns pacientes que a gente pega, que são bonzinhos, que querem ajuda, mas outros não. É difícil (Interlocutora(r) 5, ENTREVISTA, 2022).

Quando a gente ia distribuir alimentos, como alguns não assistiam televisão, eles achavam que não era nada grave. A gente tentava orientar eles, mas tinha uns que nem atendia a gente. Já outros, fingiam que não estava acontecendo nada. Aí, quando vinha para UBS, a gente sempre lembrava que tinha que vir de máscara e tudo (Interlocutora(r) 28, ENTREVISTA, 2022).

Eu vejo que o vírus se dissemina por causa disso: porque tem pessoas conscientes, mas tem outras que não são. Então, mesmo com orientação, visita, informação, tem uns que não acredita, não se cuida, aí o vírus se espalha rápido (Interlocutora(r) 21, ENTREVISTA, 2022).

Sim, houve sim! Houve as ações que a gente tinha que fazer. Nosso trabalho do dia a dia que a gente tinha que enfrentar: ir nas casas mesmo sendo rejeitada (Interlocutora(r) 15, ENTREVISTA, 2022)

A falta de corresponsabilidade coletiva de usuárias/usuários ao não aderirem às medidas preventivas contra a Covid-19 foi pauta de inúmeras narrativas das/dos interlocutoras/interlocutores. Mesmo nos momentos mais difíceis da pandemia, elas/eles insistiam em não seguir as orientações, podendo se tornarem potenciais disseminadoras/disseminadores da doença. Isso acabou sobrecarregando ainda mais as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde das UBS, já que precisaram intensificar as ações de vigilância e sensibilização da população quanto à gravidade da crise sanitária. Para as/os interlocutoras/interlocutores, enquanto trabalhadoras e trabalhadores da saúde, elas/eles não podiam se limitar apenas à identificação dos problemas que rodeavam os territórios, mas também implementar estratégias baseadas na ciência, as quais tivessem um impacto social significativo na vida e na saúde das pessoas, comunidades e sociedade como um todo.

Com o passar do tempo, as pessoas aceitaram serem vacinadas após um processo de convencimento e sensibilização realizado pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores da ABS, especialmente pelos Agentes Comunitários de Saúde, como também, em razão do aumento dos casos confirmados e de mortes. No entanto, apesar de determinados avanços, a recusa da vacinação continuou sendo um problema para a equipe da UBS, emergindo como problemática, amplamente, discutida durante as oficinas realizadas para nesta pesquisa. Destacaram que:

Aqui no município foi bom, a questão da vacinação. Mas é como eu falei, a questão religiosa, e acontecia muito... Assim, a população em si, tinha muito medo do noticiário, da televisão... Dizia: *'Aí, porque fulano tomou a vacina e morreu'*, *'Ai, não vou tomar porque minha religião não permite'* [ênfase nas frases apontado falas e justificativas de quem não acredita na vacina]. Essa situação da mídia aí... Ela complica muito o trabalho da saúde, porque os mitos, eles tão aí... Agora, ultimamente aqui na UBS tem gente que, tipo, já é idoso mesmo e não tinha tomado nem a primeira dose e agora tem procurado bastante. Ultimamente, graças a Deus, eles tão com a mente aberta (Interlocutora(r) 23, OFICINA, 2022).

Porque que hoje a gente cita muito essa rejeição das pessoas com relação à vacina, eles acham que essa vacina não tem eficácia para doença... Acham que a vacina, ela não tem essa eficácia toda e ainda mais que, tem a CoronaVac, a AstraZeneca, a Janssen e a Pfizer, que são quatro vacinas diferentes e aí eles dizem: *'qual é a melhor?'* Tinha gente que queria ficar escolhendo a vacina para tomar. Sempre ficavam na dúvida de qual tomar e perguntavam: *'tem eficácia ou não?'* (Interlocutora(r) 6, OFICINA, 2022).

A respeito da vacinação [...], no começo, quando começou tudo, ninguém queria porque aconteceu isso e aquilo. Dizia que *'o pastor falou que ia acontecer isso e aquilo'*. Inclusive teve uma mãe que veio vacinar as crianças dela, mas antes ela não se vacinou de jeito nenhum por causa do pastor. Mas agora, ela veio. E isso é uma coisa que não dá! Para se bater de frente com religião, não dá. Cada um acredita no que quer! Agora não, ela veio, ela trouxe as crianças dela e a gente ficou até meio assim... Antes, eles debatiam muito sobre isso, mas depois ficou tendo muita procura. Mas também ainda tem muita gente que nem tomou a primeira dose ainda (Interlocutora(r) 22, OFICINA, 2022).

As pessoas recebem aqueles vídeos no WhatsApp, aí mostram para a gente, e dizem: não vou tomar. Gente que acredita. Pessoas jovens... Falam que a vacina que veio da China, que vira um chip e rouba todos os dados... Quantas mentiras a gente viveu da pandemia da Covid, pandemia de *fake news*, pandemia da desinformação. E quem tá no *front*, todo dia somos nós (Interlocutora(r) 7, OFICINA, 2022).

Primeiro dia que veio a vacina, veio para cá, para o posto. E cada ACS tinha que levar na comunidade para eles aplicarem nos idosos. Aí eu levei! Eu estava com uns quatro idosos, fui na casa de uns dois... Aí, na casa de outra, quando eu cheguei parece que ela viu um fantasma: *'Não, não, eu não quero! Saia daqui! Leve esse pessoal! Não entre!'*, disse ela bem nervosa. Ela se desesperou, ela disse: *'Eu não quero morrer agora!'* Porque se ela tomasse a vacina, ela acreditava, como ela era [inaudível]... Ela falou que tinha medo de ser cobaia e morrer. Aí ela expulsou todo mundo. E ela tinha o quê, uns setenta anos (Interlocutora(r) 13, OFICINA, 2022).

Por outro lado, algumas/alguns trabalhadoras/trabalhadores destacaram que as vulnerabilidades sociais e econômicas também interferiram bastante na adesão da população de Iranduba às medidas sanitárias:

De maior impacto, eu acho que foi, para mim, o financeiro. Além da saúde, o maior impacto foi de saúde. Devido a isso teve o financeiro e muitas pessoas ficaram sem trabalhar, perderam sua renda, passaram por uma dificuldade financeira. Ou então, ficaram sem comer, sem ter uma boa alimentação, sem ter condições de comprar uma medicação, entendeu? Então, o quê impactou muito, foi a falta de estrutura, o financeiro. Nós não estávamos preparados, foi muito rápido. Então, até a gente conseguir se estruturar, impactou muito na saúde e na parte financeira (Interlocutora(r) 25, ENTREVISTA, 2022).

Na verdade, as mudanças que eles sofreram é que muitos pegaram Covid e não tinha dinheiro suficiente para comprar o oxigênio. Que na verdade, que muitos no hospital não conseguiam... Então, eles ficavam *'doidos'* [ênfase no termo], pedindo ajuda para cá, para lá... Na nossa área mesmo, eles pediam ajuda da gente, para a gente ajudar comprar oxigênio, para ajudar para eles comprarem. Porque eles não tinham, entendeu? (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022).

A mudança social é porque as famílias se aglomeraram muito. E sem condição financeira, o gasto aumentou. Porque elas não tinham como sair e as pessoas ficaram presas, isoladas, quero dizer, dentro de casa. E a condição financeira e social delas foi se agravando. Então meu ponto de vista dessa situação é essa: a questão social (Interlocutora(r) 14, ENTREVISTA, 2022).

Teve muito desemprego. Aqui, na nossa comunidade, o povo é mais autônomo, vendedores ambulantes... Aí eles ficaram sem vender porque não podia. E quando a gente ia fazer visita, a gente via muitas famílias passando fome (Interlocutora(r) 26, ENTREVISTA, 2022).

Eu compartilhei essa experiência... A gente tem muitos pacientes vulneráveis por conta do local que moram. E muitas vezes é alugado, só é um quarto e às vezes eram três, quatro pacientes na mesma casa. E acabava que todos se contaminaram por essa situação, por não ter o local adequado para morar e para se cuidar também (Interlocutora(r) 16, ENTREVISTA, 2022).

Dessa forma, ao discutirmos questões sanitárias na pandemia, é preciso considerarmos as vulnerabilidades sociais que as equipes da ABS encontravam em seus territórios de atuação, as quais refletem nas condições de vida e moradia das/dos usuárias/usuários, contribuindo, negativamente, na adoção das medidas preventivas em relação à Covid-19.

Os modos de vida/existência e resistência no mundo, produzem representações e subjetividades distintas, relacionando-se diretamente na adesão ou não das informações, especialmente, quando elas estão distantes das realidades vivenciadas pela população. E ainda têm relação direta sobre como as pessoas constroem os seus modos de vida e como apreendem as realidades vividas. Assim, a maneira que as pessoas constroem seus modos de vida está relacionada com o quanto se sentem envolvidas nos processos de apreensão da realidade em seus aspectos físicos e simbólicos, e com o quanto se percebem detentoras da capacidade de nela intervir para transformá-la (LATGÉ; ARAÚJO; SILVA-JÚNIOR, 2020; LEMOS; HIGUCHI, 2015).

O enfrentamento da pandemia de Covid-19 é um processo complexo, de múltiplas e heterogêneas variáveis. Não diz respeito, apenas, a difusão de informações adequadas sobre o uso de máscaras, lavagem das mãos e distanciamento social, existem diferentes questões e nuances que interferem na mudança/manutenção de práticas sociais das pessoas (LATGÉ; ARAÚJO; SILVA JUNIOR, 2020), principalmente para aquelas que não possuem condições objetivas de se adequar às prescrições das medidas, em particular, as sanitárias. Por isso, o alcance resolutivo das ações de prevenção requer das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde a compreensão da dimensão cultural dos territórios nos quais estão inseridos. Daí a importância do trabalho realizados pelas/pelos ACS, pois elas/eles podem potencializar essas práticas, utilizando os seus conhecimentos das realidades de cada família, suas culturas e as singularidades de cada microárea dos territórios (CABRAL *et al.*, 2020).

Com o início da vacinação, entre fevereiro e março de 2021, as/os interlocutoras/interlocutores também relataram dificuldades com pessoas que recusavam o imunizante. Os motivos apontados, conforme já apresentado em depoimentos aqui expostos, para a recusa eram: o receio da população em relação às vacinas – consequência da proliferação de *fake news* –, questões de ordem religiosa, considerar que as vacinas foram descobertas de forma muito rápida e por isso não teriam eficácia, e a incongruência entre as falas emitidas pelo

presidente da República e as disposições de decretos, portarias e protocolos. Entretanto, com o tempo, e diante das exigências da vacinação de instituições públicas e privadas, bem como o trabalho de orientação das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, especialmente das/dos ACS, as pessoas passaram a aceitar e cumprir a vacinação. Esse avanço não acabou com o problema em torno da dela, tanto que a imunização foi temática recorrente e amplamente discutida durante as oficinas.

Com relação aos principais obstáculos vivenciados pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores da saúde nos serviços desenvolvidos diretamente nos territórios, estes foram: a) as/os usuárias/usuários viam as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde enquanto potenciais transmissores do vírus e tinham receio de recebê-las/los; b) as/os trabalhadoras/trabalhadores tiveram que se adaptar a novas formas-modos de trabalho e de relacionamento com as/os usuárias/usuários; c) o uso de EPI, por vezes, gerava medo na população; d) recusa de orientação, atendimento e imunização por causa de *fake news*. Tais desafios trouxeram consigo a necessidade de se estabelecer diálogos contínuos dentro e fora da equipe, no sentido de desenvolverem soluções para a manutenção dos cuidados em saúde nos territórios.

Assim, as limitações e as fragilidades das atividades externas nos territórios, ou seja, para além dos muros da UBS, e o componente coletivo dos processos de trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 aparecem enquanto temas de estudo na literatura científica. Segundo Fernandez, Lotta e Correa (2021) e Gonçalves (2020), houve uma diminuição importante da atuação das equipes da Atenção Básica nos territórios, principalmente no momento inicial da pandemia. E os motivos são vários, dentre os quais destacamos: as fragilidades do serviço, o contexto adverso e inseguro da crise sanitária, a falta de trabalhadoras/trabalhadores, a escassez de equipamentos de segurança e estrutura básica, e a falta de políticas públicas que legitimassem o trabalho fora dos muros das UBS (MUGNATTO, 2020; SOARES; COSTA, 2020).

Outra vertente de estratégias de cuidados em saúde que predominou nas falas das/dos nossas/nossos interlocutoras/interlocutores, foi a vigilância territorial, com atuação sistemática e promoção de barreiras sanitárias nas entradas das comunidades, nas feiras e na saída da Ponte Jornalista Phelippe Daou, a qual liga o município de Iranduba a Manaus. As ações adotadas na vigilância territorial foram: a) a utilização de carros de sons nas comunidades com as orientações; b) a realização de visitas de orientação em comércios quanto aos cuidados nos estabelecimentos, a fim de para orientar sobre ao uso de álcool em gel 70%, de máscara para funcionários e clientes. Além disso, a atuação mais específica da Vigilância Sanitária, sempre

em parceria com as equipes da ABS, foi por meio das visitas aos balneários, a fim de garantir o cumprimento do *lockdown*. Nessa direção, afirmam:

Nas barreiras, como é que se diz... Fomos conversando, orientando as pessoas sobre a importância do cuidado de ficar em casa [...]. De cuidar da imunidade, tudo relacionado à prevenção da Covid, entendeu? (Interlocutora(r) 2, ENTREVISTA, 2022)

A intervenção que acredito que teve, foi quando foi montado realmente as barreiras. Dentro do meu território onde eu atuo, vinham muitas pessoas de Manaus para fazer festas em finais de semana. E com aquilo, as famílias, que a gente tinha vulneráveis, se contaminaram por aquelas pessoas que vinham. E nessa coisa, muita gente sabia que estava e outras que não estavam (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

Houve as ações que a gente tinha que fazer. Era o trabalho na Barreira, o nosso trabalho do dia a dia que a gente tinha que enfrentar. Ir nas casas, mesmo sendo rejeitada. E no mais, foram as ações que a gente tinha que fazer na Barreira. Na Barreira era assim: a gente era orientada para ir ao carro e orientar sobre a higienização das mãos com álcool, uso da máscara... (Interlocutora(r) 15, ENTREVISTA, 2022).

A vigilância do nosso município tem vários setores. A gente teve que trabalhar também nos pontos turísticos. E a gente decidiu fazer um trabalho com a Vigilância Sanitária. Ela não parava: era toda hora denúncia, denúncia, denúncia... Vigilância Sanitária indo fechar balneário, bar... Então assim, a gente teve uma população adoecida psicologicamente pelo medo. Do mesmo modo, a gente teve uma população que não estava nem aí. Uns de 20 anos, não faziam nada, e levava a Covid. Muitos jovens tiveram esse pensamento, faziam festinha e levava a Covid para dentro de casa. E foram os idosos que sofreram essa consequência (Interlocutora(r) 13, OFICINA, 2022).

Bom, a gente tinha carros de som passando com as orientações. A gente teve essa equipe que foi contratada. Também serviu para ir no comércio, distribuir panfleto e distribuir álcool. A gente ficava na feira, para poder as pessoas entrarem todo mundo de máscara. Então, houve todo um trabalho junto aos comerciantes, porque muitos comércios no primeiro momento ficaram abertos, mas depois com o agravamento foi determinado fechar. E as pessoas tiveram muita resistência nesse fechar o comércio. Então, tinha muita gente da saúde na rua, nas barreiras, distribuindo panfletos, orientando o uso do álcool, limpando os carros, higienizando carros... Houve um movimento bem grande. Foi construído, inclusive, um boneco gigante, daqueles bonecos de Carnaval, para chamar a atenção da população. Ele estava vestido de ACS, para sair na rua para chamar a atenção da população com relação a Covid (Interlocutora(r) 28, ENTREVISTA, 2022).

Implantar novas tecnologias nos processos de trabalho nos sistemas de saúde, possibilitou a ampliação do alcance do serviço, proporcionou a troca de informações e orientações qualificadas, diminuiu a demanda recebida na UBS, facilitou o fluxo do atendimento das pessoas, e promoveu a vigilância em saúde durante a pandemia. Esses resultados demonstram, que o investimento em recursos para a promoção de tecnologias leves, pode impactar positivamente nos serviços de saúde, não somente durante um período de crise sanitária. Além disso, as novas tecnologias permitem que trabalhadoras/trabalhadores

afastadas(os), que se enquadram no grupo de risco ou que por algum motivo estejam impedidos de ir ao campo, possam atuar por acesso remoto (SARTI *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, destacamos que a educação em saúde realizada pela ABS em Iranduba, foi um ponto significativo e fundamental de cuidado. No âmbito desta temática, exemplificamos as seguintes atividades: o estímulo a mudanças comportamentais da população, especialmente em relação ao distanciamento social; a higienização das mãos; a utilização de máscaras e álcool gel. No que se refere às ações coletivas no território, utilizando-se ou não de ferramentas tecnológicas enquanto mediadoras, as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde promoveram o cuidado no enfrentamento à pandemia, empregando tecnologias simples e de custo baixo financeiro. Apesar de todos os demais desafios enfrentados para possibilitar essas novas formas de cuidados em saúde, compreendemos que os resultados alcançados foram – e são – significativos dentro e fora da Atenção Básica à Saúde.

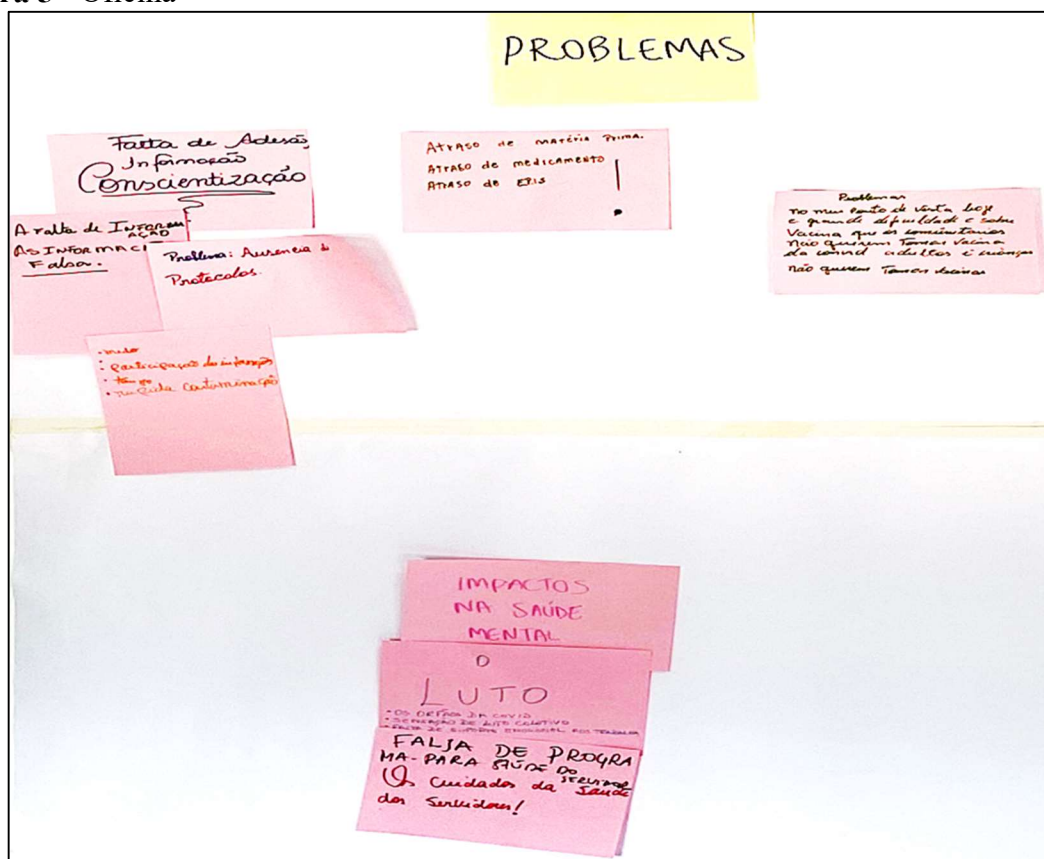
As compreensões e as enunciações das/dos interlocutoras/interlocutores aqui expostas e discutidas, apontam e afirmam que os contextos e as vivências foram desafiadores, mas também caracterizados por potências e ressignificações dos processos de trabalho e das práticas de cuidado. É nesse sentido que ratificamos a importância de se considerar as particularidades e as conjunturas locais, apostando no diálogo enquanto recurso potente para o desenvolvimento de ações intersetoriais, as quais visem à qualificação profissional e à melhoria dos serviços ofertados. Isto significa, que destinar um tempo para atividades sob esse viés, poderá contribuir, significativamente, com os cuidados em saúde, razão pela qual, compreendemos ser uma possibilidade e/ou prioridade para as/os trabalhadoras/trabalhadores.

5.4 Desafios para a realização dos processos de cuidados em saúde

Para as construções e reflexões contidas nesta categoria, intitulada de ‘Desafios para a realização dos processos de cuidados em saúde’ na ABS no município de Iranduba, foram consideradas as entrevistas realizadas com as/os trabalhadoras/trabalhadores. As reflexões que iremos desenvolver na presente seção, são provenientes dos processos construtivos e coletivos desenvolvidos nas oficinas realizadas com as/os trabalhadoras/trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, as quais tinham por objetivo central pensar e refletir a respeito dos principais problemas e desafios enfrentados nas práticas cotidianas das/dos trabalhadoras/trabalhadores para o cuidado em saúde no contexto da pandemia de Covid-19.

Da leitura dos materiais coletados, emergiu a categoria de análise ‘Desafios para Operacionalização do Processo de Cuidado em Saúde na ABS no contexto da Pandemia de Covid-19’, dividida nas respectivas subcategorias: ‘Dificuldades para integralidade do cuidado da ABS no contexto da pandemia de Covid-19’ e ‘Vulnerabilidades e saúde: vivências, experiências e sentidos de ser trabalhadora/trabalhador da ABS durante a pandemia de Covid-19’. Compartilhamos abaixo a imagem (Figura 5) de uma das atividades realizadas nas oficinas, na qual as/os nossas/nossos interlocutoras/interlocutores apontaram-expressaram os principais desafios, e sobre os quais discorreremos nas próximas sessões deste estudo.

Figura 5 - Oficina



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.4.1 Desafios para integralidade do cuidado na ABS de Iranduba durante a pandemia de Covid-

A integralidade na atenção à saúde é um princípio do SUS e, portanto, é uma das premissas orientadoras de políticas, ações e serviços no campo da ABS. Neste sentido, o sistema de saúde brasileiro estabelece que a produção de cuidado das/dos usuárias/usuários deve ser integral. Ou seja, a partir das demandas e necessidades da população, são criados eixos estratégicos de cuidado em saúde para se atuar nos processos de saúde-doença, sempre considerando as dimensões biopsicossociais e culturais dos indivíduos. Nesse sentido, a integralidade no Sistema Único de Saúde, de partir da necessidade de realizar ações que, com base nas especificidades das pessoas, articulem os diferentes pontos do sistema de saúde mobilizado por intermédio de suas/seus trabalhadoras/trabalhadores e tecnologias (SILVA; SENNA, 2007).

Compreendemos, tal qual Mattos (2006), que o princípio da integralidade se expressa na organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde e nas práticas das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, em uma busca contínua, por ampliação e aprimoramento da atenção à saúde, na qual trabalhadoras/trabalhadores e gestores devem estabelecer constantes diálogos com as pessoas, suas necessidades dos serviços de saúde e os territórios que integram. Por isso, a necessidade e importância de articulação entre as demandas espontâneas e as programadas, de forma a apreendê-las da população, considerando as situações já conhecidas e aquelas que ainda estão por vir. Nesse sentido, segundo afirma Damasceno *et al.* (2020), se faz importante a comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando a Atenção à Saúde por meio da ampliação do acesso aos serviços para os usuários e a longitudinalidade do cuidado, visando o alcance da integralidade”.

Apesar de os dispositivos legais determinarem a integralidade como um importante ponto para a garantia do direito à saúde integral da população brasileira, ele sempre possuiu inúmeros desafios de implementação e manutenção. Destacamos, aqui, um deles: a reestruturação de diferentes instituições, serviços, ações e práticas de saúde, levando-se em consideração as especificidades e heterogeneidades dos contextos, grupos populacionais e territórios (CAMPOS, 2003). Assim, se a integralidade sempre foi um desafio para o sistema de saúde brasileiro, como a ABS produziu cuidado em saúde integral em meio a um contexto tão adverso e único, como foi a pandemia de Covid-19?

Partimos da compreensão que as respostas a essa inquietação deve considerar os impactos profundos e complexos causados pela pandemia de Covid-19, nos mais diversos campos da vida humana e na área da saúde, mais especificamente, pois a rápida transmissibilidade e disseminação do Sars-CoV-2, desencadeou desafios inimagináveis para os processos de trabalho e para a operacionalização da promoção de cuidado integral em saúde no

Brasil e no mundo. Logo, se faz oportuno e necessário falarmos a respeito dos desafios e obstáculos experienciados pelas trabalhadoras e pelos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, ao desempenharem suas atividades laborais nas rotinas e nos cotidianos dos seus serviços.

Os primeiros desafios enfrentados pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde em Iranduba, vinculam-se a rapidez da chegada do Sars-CoV-2 em seus territórios de atuação, o desconhecimento da doença e a dificuldade de se promover uma Educação Permanente em Saúde apropriada para tal situação. Na mesma proporção em que os primeiros infectados adentravam os serviços de saúde da cidade, as/os trabalhadoras/trabalhadores recebiam orientações iniciais de como conduzir e cuidar desses casos. “A gente foi aprendendo, fazendo [...]. Então, a gente perdeu... Por mais que a gente tivesse preparado o plano de contingência, tudo... Mas ficou um delay, assim de... *‘como que a gente vai fazer?’*” (Interlocutora(r) 1, OFICINA, 2022). Diante desse contexto, a implementação de uma EPS, foi, assim, uma estratégia desafiadora, no sentido de se tentar alcançar o maior número de trabalhadoras/trabalhadores da saúde, em um menor espaço de tempo possível e em um período no qual pouco se sabia muito sobre a(s) variante(s) do coronavírus, ao passo que se desenvolviam em ‘tempo real’, pesquisas acerca do tema.

Cumprido destacar, que no início da crise pandêmica, as informações pertinentes foram repassadas por meio de notas técnicas do Ministério da Saúde, rodas de conversas e mensagens encaminhadas via WhatsApp. Nossas/Nossos interlocutoras/interlocutores relatam:

Na verdade, para cursos não houve tempo no início da pandemia. Mas depois, a gente foi aprendendo com o processo de trabalho e, realmente, a gente conseguiu. A gente conversava, recebia informação pelo telefone, por mensagem... E capacitar, somente foi o pessoal... os coordenadores... e três unidades, equipes de saúde... Porque, quando a gente viu, o Covid já estava dentro do município. E aí, a gente aprendeu muita coisa na prática. Na época, a gente conseguiu capacitar algumas equipes. Que a gente começou de lá para cá [se referindo a sede do município de Iranduba]. Por lá ser mais próximo da capital (Interlocutora(r) 8, OFICINA, 2022).

Inclusive, na época não teve realmente tempo de capacitar. Porém, assim, num piscar de olhos, no processo de uma semana, estava fazendo o plano de ação. Seguindo orientação do MS, da SES, do município... E aí, criou uma capacitação: primeiro com os profissionais que atuavam dentro da secretaria, para que eles fossem multiplicadores. Porque só uma pessoa não ia ter condições de capacitar todo mundo. E chegou a ir em três equipes por exemplo. E quando a gente chegou lá, a gente já estava apagando incêndio. E realmente não teve tempo. O problema é que nós não estávamos preparados, na época, com condições de oferecer para os trabalhadores tudo aquilo que o protocolo pedia de início. Eu acho que não tinha nenhum município, que estava preparado para isso, até a própria capital [fazendo referência a Manaus] (Interlocutora(r) 21, OFICINA, 2022).

Rápida foi a contaminação. Quero colocar aqui, que a contaminação foi muito rápida... É porque são tantas coisas... E depois, quando a gente vai escrever, é aí que a gente precisa ter o máximo de informações, quando está escrito. Foi rápida a transmissão

do vírus. E não deu tempo para fazer curso não. A gente recebia orientação do que fazer pelo telefone, perguntava também. E tudo era muito rápido... E quando a gente imaginava no outro dia já tinha dez, no outro dia tinha quinze. E gente lá, a gente vivencia (Interlocutora(r) 3, OFICINA, 2022).

Em Iranduba, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde foram surpreendidas(os) com a rápida chegada do vírus. O não-saber e as tragédias divulgadas por veículos de comunicação ao redor do mundo causaram inicialmente muito insegurança e medo. Pois, no “momento que começou, eu lembro que a minha enfermeira disse: *‘tem um caso na tua área’*. Eu disse: *‘enfermeira, eu não tenho a capacidade e coragem de ir sozinha. Ir lá para ver se é’*. Eu não tinha um psicológico forte para ir e enfrentar isso, assim, logo no início” (Interlocutora(r) 5, ENTREVISTA, 2022). Por outro lado, com um maior conhecimento sobre a doença e o vírus, a divulgação de orientações mais confiáveis e científicas e a própria necessidade de intervenção nos territórios, as inseguranças foram se transformando em ações de cuidado mais integradas e comprometidas.

Para as nossas/nossos interlocutoras/interlocutores, mesmo se fazendo ausente uma formação-qualificação para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde antes dos primeiros casos confirmados de Covid-19 no município, é importante destacar, que houve, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Iranduba, ações e atividades de EPS, realizadas, desde o início da crise sanitária, especialmente, por meio de orientações diretas, reuniões, rodas de conversas, treinamentos básicos, palestras e mensagens via WhatsApp. E nessa direção, afirmam:

Eles reuniram toda a equipe... E nos orientaram, fizeram umas pequenas orientações de como ia funcionar o trabalho naquele momento para a gente combater o Covid-19. A enfermeira [...], sempre nos orientava em relação a situação de como a gente proceder, de como a gente ia realizar o nosso trabalho em relação ao Covid-19 (Interlocutora(r) 9, ENTREVISTA, 2022).

Logo no início, nós não tivemos capacitação para isso. Mas a gente foi capacitado sim! Teve uns enfermeiros que foram indicados para trazer para gente essas informações. E, dentro da UBS mesmo, com nossos enfermeiros, a gente fazia roda e conversava para ver como é que a gente ia fazer a nossa ação na área. Para poder focar neles, sobre a Covid com eles... Porque a nossa preocupação foi muito alta... Porque em minutos, de um passa para outro: tipo, agora que um está com Covid, quando chega mais na frente, um dia só, já tem outro com Covid também (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

Como era algo novo, ninguém sabia muito bem como tratar. E foram mais palestras sobre a Biossegurança, a prevenção... Então, sempre teve orientações. De vez em quando, sempre alguém vinha para orientar, como eram os testes, por exemplo. Porque eles são diferenciados (Interlocutora(r) 20, ENTREVISTA, 2022).

Curso não, mas sempre estava saindo normas técnicas da FVS [referência a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto]. E, em cima

dessas normas, a gente e a coordenação montava as estratégias e repassava para os enfermeiros. E, assim, a gente ia lidando no dia a dia. E passamos através de WhatsApp, como nós deveríamos fazer. E, logo no início, nós fomos chamados para sabermos como nós iríamos trabalhar. A questão de como era o vírus e a questão da nossa integridade. A questão de manter as normas de prevenção. E, daí para frente, foi junto com as normas de técnicas que iam saindo. A gente ia se baseando em cima delas. E assim, a gente foi fazendo nosso fluxograma (Interlocutora(r) 25, ENTREVISTA, 2022).

No primeiro caso, nós tivemos só um pouco de orientação. O básico para podermos conseguir ir trabalhar aqui no nosso município. E poder enfrentar essa pandemia... Os procedimentos de testes, fazer os testes porque nós não tínhamos ainda na vacina, os cuidados para prevenção, os protocolos de distanciamento... Isso ia ajudando a equipe a tentar fazer o controle, as certificações e a conscientizar a população (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

Quanto aos assuntos mais tratados na EPS, as/os interlocutoras/interlocutores destacaram os seguintes: uso e aplicação de testes; formas de prevenção e os novos protocolos de Covid-19; manejo com pacientes de Covid-19; reorganização dos processos de trabalhos e novos fluxos para divisão das/dos usuárias/usuários; uso de EPI; procedimentos sobre vacinas e segurança no trabalho; autocuidado, dentre outros.

Ao passo que as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde reconheciam as ações de EPS, elas/eles também deixavam explícitas em suas narrativas o quanto as medidas acabaram sendo superficiais e insuficientes. Em vários momentos nas entrevistas e oficinas, por exemplo, elas/eles relataram as suas inseguranças diante da crise sanitária, mesmo com as orientações recebidas, e aquelas que aprenderam nas vivências e nas práticas. A Covid-19 exigia um aprimoramento de trabalho contínuo e ágil, com um olhar atento e cuidadoso por parte das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde e gestores. Para tanto, era preciso desenvolver a promoção em EPS, fundamentada na ciência e em uma velocidade que, muitas vezes, era impossível de alcançar. Além disso, pela conjuntura vivida, era diminuído o espaço para discussões e dúvidas, e o grande volume de documentos, protocolos, guias de orientação, fluxogramas e notas técnicas publicadas, por vezes, sobrecarregava as/os trabalhadoras/trabalhadores.

Vivendo essa realidade desafiadora e complexa, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde relataram, ainda, que encontraram dificuldades para se adequarem ao que era posposto pela coordenação e pelos protocolos de saúde nos espaços-tempos das UBS e do município de Iranduba. Para eles, havia uma desproporção entre o impacto da crise sanitária, aquilo que era indicado pelas autoridades, e o que era possível ser feito com as ferramentas à disposição, tanto em relação aos recursos quanto aos conhecimentos. Tais desafios foram mais graves na fase inicial da pandemia e, contribuíram, para inviabilizar a integralidade dos cuidados em saúde no município de Iranduba. Nossas/Nossos interlocutoras/interlocutores afirmam:

A coordenação vinha e orientava como que a gente tinha que proceder. Mas às vezes ficava um pouco vago. Eles falavam, mas nem todas se adequam à realidade porque cada uma era uma realidade. A gente agiu conforme as condições que a gente tinha e a estrutura que tinha (Interlocutora(r) 11, ENTREVISTA, 2022).

Era complicado... Às vezes, saía algum protocolo do Ministério da Saúde que, por exemplo, para a gente aqui da área do Amazonas, é muito difícil trabalhar na forma que eles colocaram. A realidade do município, por exemplo... O município de Iranduba é muito extenso. Tipo assim, tem comunidades no Rio Negro que é quase chegando em Novo Airão. E, às vezes, tipo assim, é muito complicado. Lá em Iranduba, na sede de lá, a unidade fica localizada num local, mas elas têm mais de 12 comunidades dentro do Rio para cobrir. Então, assim, é diferente... De quem está aqui, que tem um território bem delimitado ali, que consegue ir a pé, com mais facilidade (Interlocutora(r) 26, OFICINA, 2022).

As/Os interlocutoras/interlocutores, apontaram, nesse sentido, que as estratégias de enfrentamento da pandemia de Covid-19 nem sempre trouxeram os resultados esperados em Iranduba. Ressaltaram a ausência de protocolos bem definidos, os quais orientassem as equipes no município, e isso foi compreendido e afirmado enquanto um fator complicador no processo de trabalho de combate e de prevenção da Covid-19. Esse contexto se anunciou ainda mais complexo e desafiador, quanto da identificação explícita e real da desarticulação entre a ABS e a Vigilância em Saúde, especialmente na fase inicial da pandemia:

Então, assim, foi uma situação bem difícil. E, também, porque quem estava trabalhando a questão da Vigilância Sanitária... A gente não estava tendo o mesmo pensamento com a coordenação da Atenção Básica na época. Isso dificultou muito o processo de trabalho... Porque a gente pensava... Se montava uma estrutura de uma forma e aí a Atenção Básica entendia de outra. E a gente inviabilizava a questão dos protocolos. Não fechava os protocolos de saúde. E os atendimentos aconteciam de forma diferenciada. Isso que apareceu no nosso município (Interlocutora(r) 14, ENTREVISTA, 2022).

Eu acredito que foi um erro que a gente cometeu no início. A questão do entendimento da situação: algumas equipes entendiam de uma forma, outras entendiam de outra. E a questão da Atenção Básica com a Vigilância [Sanitária]... A gente teve alguns entraves. E aí, eu acho que dificultou passar, realmente, para os demais profissionais da ponta o que a gente precisava fazer. Inclusive a questão de protocolo de medicamento, também para medicação (Interlocutora(r) 27, ENTREVISTA, 2022).

Outro desafio enfrentado pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde em Iranduba, foi a escassez – em escala global – de insumos, medicamentos, equipamentos de proteção individual e outros materiais necessários para atender de forma eficiente a população. Por se tratar de uma emergência sanitária de alcance global, a pandemia de Covid-19 trouxe consigo a dificuldade de se equilibrar a necessidade de manter o distanciamento social e de se aumentar a produção de equipamentos, insumos e medicamentos para abastecer os serviços de saúde de todo o mundo (GUIMARÃES *et al.*, 2020; FERNANDES; ORTEGA, 2020). Inicialmente, as

indústrias e os governos se viram de ‘mãos atadas’ para conseguirem atender toda a demanda de saúde que o contexto exigia. Em Iranduba, não foi diferente: relatos das/dos interlocutoras/interlocutores apontam para problemas de falta desses materiais, bem como a dificuldades de disponibilidade de leitos, de testes para Covid-19, de cilindros de oxigênio e de estruturas físicas para o aumento no atendimento das/dos usuárias/usuários.

Essas questões, ainda segundo as/os interlocutoras/interlocutores, limitaram, significativamente, a atuação das/dos trabalhadoras/trabalhadores, conforme destacado nas falas a seguir:

Logo no começo da pandemia, fui pega de surpresa... Porque foi muito rápido. Então, faltou muito oxigênio para as pessoas. Assim, essa parte que faltou e foi muito em cima da hora. Eles tentaram ajudar, nós tentamos ajudar, nós tentamos ajudar ao máximo, mas assim, não foi o suficiente (Interlocutora(r) 2, ENTREVISTA, 2022).

Faltou mais preparo que plano de ação [...]. Nós tivemos pouco preparo... E a logística muito complicada, os materiais quando chegava aqui, era com mais dificuldade... Medicação, equipamento de proteção... tudo era mais difícil para cá (Interlocutora(r) 5, ENTREVISTA, 2022).

Mas tem coisas que são especificamente de vocês... Que vocês vivem mais facilidade, porque é de Manaus. Então, assim, aqui [se referindo a Iranduba] foi um dos municípios mais afetados, onde a Covid logo chegou. E, assim, também não tínhamos leito de UTI, como também outros os municípios do Amazonas no tempo da Covid. E cada município foi fazendo sua familiaridade e foi pensado nas estratégias. A gente tinha que subir, todo dia era uma luta diferente (Interlocutora(r) 18, OFICINA, 2022).

Primeiro, foi a questão da ausência de testes. Que faltou em tudo que era lugar. O município [de Iranduba] queria comprar e, às vezes, não conseguia... E não era só com os testes não: era medicamento, era equipamento, era insumo, era material, era tudo! Até oxigênio... Muitos passaram por isso (Interlocutora(r) 4, OFICINA, 2022).

O que faltou foi uma dinâmica, assim, que não pertence a nós. Foi mais a falta de insumos. Até tinha, mas não para suprir a população toda. O maior desafio é que era uma doença, assim, nova. E ninguém sabia como lidar, principalmente no começo. Ninguém sabia lidar, o medicamento para usar, fazer teste porque não tinha, esse foi o maior desafio (Interlocutora(r)16, ENTREVISTA, 2022).

A provisão e aquisição de EPI, segundo as/os interlocutoras/interlocutores, foi a uma das principais dificuldades advindas com a pandemia. Para elas/eles, sua escassez se deu pelo aumento da demanda entre as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde e a alta procura da população. Isso impactou, diretamente, nas condições de trabalho e no controle para combater e tentar minimizar a propagação do vírus. Todavia, esclareceram em suas falas, que tal situação não ocorreu por responsabilidade da gestão da saúde municipal, mas sim, em razão da dificuldade de aquisição desses produtos no mercado, dada a sua escassez e a alta demanda:

A gente estava aqui mais no papel de tentar cuidar dos pacientes também. Eles faziam a parte deles, de tentar de alguma forma, passar informação e tentar ter ali o seu equipamento de proteção... Até certo tempo, era um pouquinho difícil da gente ter esses equipamentos, a gente encontrou um pouquinho dessa dificuldade também e os pacientes também tiveram um pouquinho também (Interlocutora(r) 14, ENTREVISTA, 2022).

O que faltou, entre aspas, o ponto negativo, em alguns momentos, não em todos, foi a questão do material. Nós tivemos um pouquinho, assim [utiliza os dedos indicador e polegar da mão direita, para demonstrar a quantidade]. Mas não foi só a nossa unidade não. Eu digo no geral, digo na saúde geral. Nós tivemos a questão dos equipamentos que, às vezes, faltava. E a gente tinha que dar um jeitinho aqui e ali de comprar a proteção, a máscara ou então o gorro, a luva, o álcool... E foi no Brasil todo! Teve a questão dos leitos também, que nós tivemos uma dificuldade muito grande. O oxigênio também... Mas hoje eu acredito que nós já estamos bem-preparados para essa questão (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022).

Mas, assim, acho que o suporte de EPI foi o que mais faltou. Acho que essa foi a dificuldade: para receber toda essa demanda de pessoas com sintomas e ter que assistir os demais que também precisavam da nossa ajuda. Mas faltou material para trabalhar. E tínhamos que nos virar. Porque eu acho, que tinha muita gente para eles darem atenção e a gente ficava por último. Havia muita gente passando dificuldade, não sabíamos o que fazer para ajudar (Interlocutora(r) 22, ENTREVISTA, 2022).

Teve a escassez de material... Mas antes da pandemia, a gente tinha em muita quantidade. Aí, depois da pandemia, quando as pessoas começaram a adoecer, e eram muitas mesmo, os equipamentos faltaram também. Então, a maior dificuldade foi a falta de material: às vezes até a própria máscara a gente tinha que comprar para poder vir trabalhar, porque não tinha, faltou mesmo! O município [de Iranduba] até tentou comprar, mas não tinha... (Interlocutora(r) 28, ENTREVISTA, 2022).

Nós ficamos muito soltos, tanto que o primeiro paciente foi o que morreu. Logo após, a gente isolou os familiares... E o que nos faltou mais aqui, foi a testagem de massa... Se a gente tivesse testado mais pessoas, a gente teria evitado mais agravamentos. Mas além de faltar insumos, faltou testes também... E como fazer então? (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

Diante desse contexto, a reestruturação dos serviços de saúde da ABS não foi um processo simples. Inicialmente, as dúvidas sobre o comportamento do vírus e sua alta transmissibilidade obrigaram gestores e trabalhadoras/trabalhadores da saúde do município de Iranduba a colocarem em prática um planejamento recém-elaborado – quase que imediatamente – mesmo sem maiores conhecimentos científicos acerca da doença. Segundo as/os interlocutoras/interlocutores, as principais dificuldades, problemas e desafios na realização de suas funções durante os dois primeiros anos da pandemia, foram:

- a) o pouco conhecimento sobre a doença e o despreparo profissional para seu enfrentamento,
- b) a gravidade da situação e o alto risco de contaminação,
- c) a rapidez da chegada da pandemia de Covid-19 em seus territórios de atuação,
- d) a falta de insumos, medicamentos e EPI,

- e) a desarticulação das ações da Atenção Básica à Saúde e da Vigilância Epidemiológica, e
- f) a dificuldade de realizar Educação permanente.

Identificamos que esses desafios precarizaram a garantia da integralidade do cuidado, diante de tantos obstáculos apresentados e impostos às/aos trabalhadoras/trabalhadores, usuárias/usuários e gestões locais do Sistema Único de Saúde. Compreendemos que, em parte, esse problema surgiu em decorrência da ausência de uma política nacional objetiva de enfrentamento à pandemia de Covid-19, na qual o Ministério da Saúde atuasse de modo a construir ações coordenadas e federativas. Também é possível observar ao longo do conteúdo dessa sessão como as palavras significativas, que iniciaram as nossas análises, são evidenciadas nas narrativas, corroborando e reafirmando os desafios e as potencialidades das/dos trabalhadoras/trabalhadores e dos serviços de saúde, dos sentidos dos trabalhos vivos nos territórios.

5.4.2 Vulnerabilidades e saúde: vivências, experiências e sentidos de ser trabalhadora/trabalhador da ABS durante a pandemia de Covid-19

Ao longo desse estudo, buscamos apresentar e problematizar os processos de mudanças – muitos dos quais podem ser considerados complexos e desafiadores – que permearam a atuação da Atenção Básica à Saúde no município de Iranduba, com a emergência da pandemia de Covid-19. Essa conjuntura, inesperada e intensa, causou efeitos significativos em todos os aspectos da vida das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde: na saúde física e mental, na segurança, nos modos de vida, na comunicação, nas relações sociais e familiares, na continuidade dos cuidados com os outros e do autocuidado, dentre outros.

Nesta seção, construiremos reflexões acerca das implicações diretas e indiretas da crise sanitária na vida das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde que atuaram na ABS de Iranduba, ao longo da crise sanitária causada pela Covid-19. Para além dos desafios já explicitados na seção anterior, de características mais societárias, organizacionais e sistêmicas, nosso intento, agora, é refletirmos a respeito das ações e dos efeitos nas práticas cotidianas das/dos trabalhadoras/trabalhadores e, também, em suas vidas.

Oportuno ressaltar, que as nossas reflexões não pretendem abranger a completude ou mesmo expor todos os desafios impostos as vidas das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde no contexto pandêmico. Bem como, não se propõe a desenvolver argumentações-discussões sobre os problemas já vivenciados nos processos de trabalho em saúde, anteriores à crise pandêmica de Covid-19. Sabemos que, por mais que pretendamos compreender-descrever-interpretar as realidades das/dos interlocutoras/interlocutores – e o faremos de forma empática, aproximada e comprometida, em diálogo com a literatura já existente – ela será sempre, uma compreensão-descrição-interpretação da/do outra/outra. Pois, somente quem vivenciou as experiências de ter sido trabalhadora/trabalhador da saúde na linha de frente do enfrentamento à pandemia de Covid-19, sabe – e pode – expressar com mais fidedignidade os sentimentos e pertencimentos que os atravessam-mobilizam.

Iremos, portanto, após o exercício da escuta comprometida-empática realizadas durante as entrevistas e oficinas, procedemos a escrita-visibilização dos desafios anunciados pelas/pelos interlocutoras/interlocutores da pesquisa, considerando as principais questões explicitadas durante os encontros-desencontros do trabalho de campo. E eles foram os seguintes: a) aumento das demandas de trabalho; b) medos e desafios nos âmbitos pessoal e familiar; c) restrições de contatos com familiares, pelo medo de adoecê-los; d) formas de autocuidado e de cuidado com os outros; e) número limitado de trabalhadores; f) adoecimento de trabalhadores, tanto de Covid-19 quanto de outros agravos de saúde; g) ausência de uma política ou programa que cuidasse das/dos trabalhadoras/trabalhadores, em razão do grau de estresse e adoecimento vivenciados por elas/eles.

Considerando que a pandemia gerou preocupação e apreensão, quase generalizada, na população, essa situação não foi diferente com as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde. Sua ocupação laboral, considerada serviço essencial para a sociedade, aumentava, consideravelmente, o próprio risco de contágio (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020). As incertezas e as inseguranças eram generalizadas, tanto pelas dificuldades, já explicitadas e discutidas neste estudo, sobre como enfrentar um vírus novo, quanto pelo medo de se expor e expor seus familiares ao risco de adoecimento e morte.

Por isso, as/os trabalhadoras/trabalhadores, em determinados casos e situações, e motivados pelo desejo de proteção, afastaram-se de seu núcleo familiar, isolaram-se... o que tornou o processo ainda mais desafiador, e até mesmo sofrido. E nesse sentido, concordamos com Fortuna (2020), uma vez que, o contexto vivenciado, especialmente, pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, ao produzir sentimentos de medo, angústia, esgotamento emocional, estresse, desânimo e sofrimento, demandava dos gestores uma atenção e cuidado, e

não atitudes despreocupadas e negligentes, até porque, a possível negligência com esse coletivo de trabalhadoras e trabalhadores da saúde pode implicar um paradoxo para as próprias instituições de saúde: não cuidar dos que cuidam.

As narrativas das/dos interlocutoras/interlocutores apontam para um sofrimento causado por um contexto tão insólito. Sentimentos de medo, preocupação, angústia e insegurança se intensificaram entre as/os interlocutoras/interlocutores, motivados, principalmente, pela possibilidade, real e cotidiana, de se contaminarem e transmitirem-contagiarem seus familiares e a população que elas/eles atendiam. Assim, narraram:

Mudou tudo na pandemia, até os nossos modos de pensar. Éramos assustados, tanto em casa, como na rua, no trabalho... (Interlocutora(r) 23, ENTREVISTA, 2022).

O distanciamento, a gente teve que ter. Isso para mim foi, sei lá... Não gosto nem de falar nessas coisas. É que nem eu estava falando aqui com a colega: a gente vinha trabalhar, mas com aquele medo: *'Poxa, a gente vai trabalhar'* [ênfase na frase com um tom de voz que expressava contrariedade]. A gente está aqui conversando com um paciente, mas a gente não sabe se o paciente está contaminado ou não, e acaba pegando. E a gente chega em casa e tem que ter cuidado com os filhos (Interlocutora(r) 15, ENTREVISTA, 2022).

Eu tive medo. Não por mim, mas de perder meus familiares. Então, assim, foi aquela questão de mexer muito com o psicológico. E eu sei que aconteceu muito isso com os pacientes: só tinham um sintoma simples e já chegavam aqui nervosos, preocupados se estavam com Covid e com medo de evoluir para um possível óbito. Então, assim, um problema muito forte, foi a questão do psicológico sim (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022).

Da minha família, eu tinha o maior cuidado. Que era só eu e meus filhos. Eu tinha esse cuidado todo porque ficava só eles. Eu tinha medo de chegar a passar para eles. E graças a Deus ninguém lá em casa ficou ruim (Interlocutora(r) 21, ENTREVISTA, 2022).

Aquele medo das meninas sair daqui e aí o medo delas se contaminarem. Porque tinha esse medo... Tanto que até em uma das situações eu disse: *'ninguém vai sair daqui, vamos montar uma estratégia por telefone, assim e assim, todo mundo vai se paramentar'*. Porque era uma coisa que a gente não sabia. E uma das primeiras visitas que teve – hoje a gente até acha graça – a gente entrava no carro para poder fazer as visitas daquela forma. Hoje a gente fala isso, mas no momento de aflição é muito triste. Você está na situação... Eu me ponho como força da família... Porque a gente não sabe o dia de amanhã. E aí, você ouvir relatos das situações que aconteceram, preocupava mesmo (Interlocutora(r) 10, OFICINA, 2022).

Os sentimentos expressados-vivenciados pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde e a própria realidade na pandemia, levaram as/os interlocutoras/interlocutores entrevistadas(os) a mudarem suas relações familiares, afastando-se e/ou mantendo a restrição de contato, enquanto forma de proteção. E para Feliciano (2020, p. 129), essas ações e atitudes das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde lembra e reafirma que elas/elas são humanos e

possuidores de humanidade, portanto, “estão sujeitos aos mesmos sentimentos que todas as pessoas, [e] o fato de escolherem esta categoria profissional não retira deles a ‘humanidade’”.

Importante ressaltar, que a falta de uma orientação centralizada e coordenada por parte do Ministério da Saúde evidenciou também ser motivo e gerador de insegurança, pois, à ‘deriva’, cada município precisou tomar as decisões que impactaram na vida das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde e da população em geral. Expor a família, mais do que a si mesmos, era uma das maiores preocupações, que se interrelacionava com a magnitude e a dimensão da responsabilidade que lhes eram atribuídas no exercício das suas funções. Ao se isolarem dos seus familiares, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde experimentaram-experenciaram a dualidade, muitas vezes contraditória, proteção-solidão:

O cuidado com a saúde dos familiares. Toda essa norma passava a eles. Que no momento só mora eu e o meu esposo. A gente se cuidava. Eu e ele. Passei a não ir mais na casa da minha avó, nem dos meus pais. No início da pandemia, eu lembro que, quando eu comecei a trabalhar, eu chegava em casa... Meu quintal é assim, que nem esse aqui, que dá acesso de uma rua para outra a casa, que é a da minha mãe, aqui a é minha para cá [demonstra com as mãos a proximidade e localização das casas]. Então assim, eu conversava com a minha mãe do portão de casa e eu no quintal dela. E ela ia contando como ela estava. Então assim, no início eu passei mais de dois meses sem ter contato com a minha mãe... Porque... Por ela ser idosa, ter hipertensão, tem diabete e eu tinha medo. Eu não queria, era uma coisa que eu coloquei na minha cabeça... Eu não queria ter o risco da minha mãe adoecer, ir a óbito e de eu me sentir culpada de ter levado o vírus. Porque eu tinha contato com vírus todos os dias (Interlocutora(r) 10, OFICINA, 2022).

Eu tomava um banho de álcool e esperava uma meia hora para poder me aproximar dos meus filhos. Na unidade, era de máscara, era de touca e álcool direto! E o Senhor ia me guardando (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

Chegava e tomava banho logo para não ter perigo. E eu morava com meus pais. E, então, assim, eu tive que sair de lá para não ter muito contato com eles por causa do trabalho. E o uso de máscara e álcool em gel a todo tempo, e chás... Eu estava trabalhando, mas sempre me cuidando. Mas eu evitei contato com a minha família. Eu me sacrifiquei por um ano de ver a minha mãe. Eu via distante, mas não entrava na casa dela. Para tentar proteger ela. Porque eu vi tantas pessoas, assim, conhecidas que tiveram seus familiares... Eu perdi familiares! Eu perdi uma tia... E eu ficava pensando: *‘se eu passar, eu que tenho contato direto com os pacientes, se eu passar isso para minha mãe, eu vou ser a responsável’*. Isso é uma coisa que realmente mexe com a gente. E só há pouco tempo que eu vim realmente ter mais contato com ela. Mas até hoje eu evito de ir lá (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022).

O cuidado em casa, principalmente no início. Chegava em casa tirava a roupa, tomava um bom banho. Havia meio que um distanciamento com nossos filhos por proteção (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

Uma temática que também foi recorrente nas entrevistas e nas oficinas, foi a questão sanitária da Covid-19 e o aumento da carga de trabalho. Se por um lado houve uma maior priorização da questão pandêmica, com novas demandas nos serviços de saúde, por outro,

houve a necessidade das equipes manterem a continuidade das ações já existentes. E o acúmulo de muitas atividades, foi se configurando em um cenário cansativo e sobrecarregado para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, conforme destacam:

Na pandemia, a gente trabalhava de domingo a domingo. A gente só dormia em casa.. Mas agora, não é de segunda à sexta, no mesmo horário normal de trabalho. Mas durante a pandemia, era assim: de domingo a domingo (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022).

O trabalho ficou mais carregado para nós porque, quando começou a pandemia, colocaram nós para ir para barreira. A gente trabalhava de segunda à sexta... E ainda trabalhava no sábado e domingo, ali na barreira. E ficou muito sobrecarregado e foi muito cansativo (Interlocutora(r) 2, ENTREVISTA, 2022).

Então, nesse tempo, [...] eu trabalhava na semana. Mas no domingo eu também ficava lá no João Bosco, no Centro de Covid (Interlocutora(r) 9, ENTREVISTA, 2022).

O aumento da carga de trabalho associado às demandas dele decorrentes, estabeleceram um outro nível de investimento pessoal e de desgaste físico e mental. Nesse aspecto, a situação de exaustão físico-mental das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba, não se diferencia das de outras regiões do país. Sabemos que parte importante dessas/desses trabalhadoras/trabalhadores, historicamente, não tem a remuneração condizente com as atividades que realizam e, também, aquela necessária para as suas subsistências, ou melhor, existências. E assim, quando conseguem, acumulam empregos ou mais horas de trabalho remunerado, com a intenção de conseguirem melhores condições de vida.

A precariedade do trabalho, anterior à pandemia, somou-se às especificidades da crise sanitária, aumentando o estado de exaustão das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde (MACHADO *et. al.*, 2021), especialmente, daquelas/daqueles que vivenciam, diária e diretamente, com a população e os territórios vivos. Por esse motivo, se faz importante a valorização e o cuidado de todas/todos as/os trabalhadoras/trabalhadores das equipes de saúde, em todos os momentos, e não somente durante as ocorrências-vivências de crises sanitárias. Compreendemos, tal qual Mendes (2015), que cuidar e valorizar as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde, contribui para a superação dos desafios instalados, inclusive nos momentos de crise.

As entrevistas e oficinas revelaram, ainda, que, por residirem no mesmo território de sua atuação e de exercício do seu trabalho, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde desenvolveram, em diversas situações, atividades e ações para além dos seus horários regulares e/ou contratuais. Isso porque, por vezes, em momentos de urgência/emergência, aquela/aquele trabalhadora/trabalhador era a única possibilidade de cuidado que a população dispunha,

especialmente, nas áreas rural e ribeirinha. É nesse sentido que relatam as/os nossas/nossos interlocutoras/interlocutores:

Quando veio a segunda onda, que foi em 2021, eu peguei, meu marido e meus dois filhos pequenos pegaram [Covid-19]. Só que, assim: nesse tempo, não tinha muito o que fazer. Só mesmo aquelas medicações... E eu também não podia ficar afastada, porque eu morava na comunidade. Então, sempre o pessoal estava batendo lá na minha porta, sábado ou domingo (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

Pelo fato da gente não ter parado e morar na comunidade... A gente ficou 24 horas trabalhando, praticamente... Porque era toda hora o telefone tocando. E a pessoa no telefonema perguntava: *'ai, meu pai passou mal, o que que eu faço?'* Era isso, entendeu? Mas graças a Deus a gente conseguiu reverter o quadro, conversando, orientando, falando... Então assim, eu ajudei muita gente. Principalmente quando eu morava lá [se referindo a comunidade na qual trabalha]. Cuidei de muita gente à noite. Quando as pessoas estavam com falta de ar... E a gente ia, chamava a ambulância. Muitas vezes eu ajudei a enfermeira lá. Ela ajudou muito a gente a fazer a medicação para tentar ajudar. A gente teve um óbito só, dentro da comunidade. Porque a gente pegava muito antes de agravar. Quando já estava com o primeiro sinal clínico, a gente já levava para o hospital (Interlocutora(r) 11, ENTREVISTA, 2022).

Diante de todas as situações expostas acima, fica evidente a importância e o papel estratégico das equipes da ABS no cuidado e no enfrentamento da pandemia, mesmo frente a todos os desafios e a falta de apoio, especialmente por parte do Governo Federal, como já explicitamos, reiteradamente, ao longo desta dissertação. Nas oficinas e entrevistas, as narrativas das/dos interlocutoras/interlocutores da Atenção Básica à Saúde, apontaram dificuldades nas medidas de controle e proteção à saúde das/dos trabalhadoras/trabalhadores, o que contribuiu-possibilitou a disseminação-transmissão do vírus no ambiente de trabalho e o afastamento das/dos trabalhadoras/trabalhadores, sem falar da necessidade do retorno precoce às atividades em alguns casos, fatos que produziram lacunas para a ocorrência de agravos à saúde das/dos demais parceiras/parceiros de trabalho.

Isso evidencia o impacto da debilidade de ações e de intervenções no âmbito da vigilância em saúde das/dos trabalhadoras/trabalhadores, conforme assim relatam:

Quase todos os dias eram funcionários entrando em atestado, foi uma loucura... (Interlocutora(r) 11, ENTREVISTA, 2022).

E chegou uma época que, dentro da nossa unidade, foi que nem um tabuleiro de dominó: foi de um por um [se referindo as/aos trabalhadoras/trabalhadores da saúde que foram adoecendo]. A gente olhava e as peças e iam caindo. Começou pelo X, depois na Y, depois já era a Z... Aí as pedrinhas do tabuleiro foram caindo: uma por uma. Quatro pessoas para dar conta da unidade... Ficou assim... Foi quando tivemos que fechar e vir para cá... Aí, foi quando chegou a dona SL, a ELG... Assim, chegou mais ajuda. Mas, no restante da equipe, era toda variada, toda! Nós pensamos em algum momento que nós iríamos perder a dona SB, pelo estado que ela ficou. A dona R também ficou muito crítica... É tanto que ela, a dona R, foi se recuperando e pegou

de novo. Então é uma situação que ficou bem caótica para o nosso lado (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

A dificuldade - eu posso falar - na nossa equipe... Ela era de vinte e uma pessoas. E uns foram adoecendo... E quando a gente viu, ficamos apenas em quatro. E depois ficou firme e forte, foi isso... (Interlocutora(r) 14, ENTREVISTA, 2022).

A gente ficou muito sozinho, porque a maioria dos profissionais ficaram com Covid e iam para casa. E a gente ficava assim, com quadro bem reduzido. Aí, tinha que 'se virar nos trinta' para dar conta, pois a demanda era muito grande. Essa foi uma das principais dificuldades (Interlocutora(r) 20, ENTREVISTA, 2022).

Tem hora que a gente não se conhece. Teve hora que deu vontade de chutar o balde. Pensei: '*vou chutar porque ninguém me ajuda nisso, ninguém me ajuda nisso*' [falapensamento, emocionada, por se sentir sem cuidado]. Eu adoeci, ninguém comprou remédio para mim. Eu tive que tirar do meu bolso... Eu tive que tirar do meu bolso, com meu salário abençoado... Para mim sobreviver, pagar remédio, pagar isso, pagar aquilo e não tem nenhuma ajuda. E nessa hora, você tem que exercitar a sua fé, exercitar tudo aquilo que pode te ajudar, se pegar com Deus mesmo. Aí, tu consegue passar, superar aquele período, vamos dizer... O momento mal que a gente está passando. Então, agradeço muito por isso... Porque eu aprendi muito com isso. Então desculpa... [contém um choro após a exposição da narrativa e fica um pouco em silêncio] (Interlocutora(r) 13, ENTREVISTA, 2022).

Muitos profissionais adoecendo... Além do adoecimento, o medo por causa disso, pânico... Porque eu fui uma das primeiras pessoas também da saúde que pegou Covid. E, na época, eu fiquei com muito medo. 'Banho de medo', crise de ansiedade, entendeu? Teve um dia que chorei e dizia: '*meu Deus, eu não vou aguentar*' [modo de expressar as dores física e emocionais sentidas]. Eu me tremia, eu chorava e eu pedia forças... Até para que eu conseguisse continuar ajudando alguém que estava necessitando... Que estava pior... (Interlocutora(r) 4, ENTREVISTA, 2022).

Situações semelhantes às relatadas por nossas/nossos interlocutoras/interlocutores foram apontadas na pesquisa realizada pela Fiocruz⁴⁶, intitulada 'Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19', na qual Machado *et al.* (2021), afirma que em um ano de pandemia, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde estavam "esgotados". No caso daquelas/daqueles que atuavam em Iranduba, são perceptíveis, em suas narrativas, as exaustões, os sofrimentos, os esgotamentos... que, associado a um contexto de incertezas, perdas de pessoas – amigas/amigos, conhecidos/conhecidas, parceiras/parceiros de trabalho, familiares... – contribuíram para o adoecimento, não somente físico-mental, mas também psicológico. Elas/Elas destacam:

Um outro impacto em relação... Assim, quero dizer... É a questão da sobrecarga de trabalho, sabe? Isso houve em cima dos profissionais de saúde. E, também, a questão psicológica, que muitas pessoas vêm enfrentando. Essas questões de crises de ansiedade, pânico, a gente tem muitos profissionais adoecidos... Inclusive, foi o período que eu mais desenvolvi doenças e que eu aumentei o meu autocuidado, porque a gente cuidava das pessoas e cuidávamos de nós mesmos e dos nossos familiares.

⁴⁶ Pesquisa realizada por meio do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP).

Então, houve muito essa pressão psicológica de cuidarmos mais dos outros que de nós mesmos (Interlocutora(r) 3, ENTREVISTA, 2022).

Perdemos uma colega mesmo... De profissão! Que foi uma coisa assim que abalou muito a gente. Mas, assim, a gente não teve tempo de chorar... Não teve tempo de velar luto de ninguém. Foi ali... Nós velamos, nós choramos, nós sofremos todo mundo junto... Terminou aquele momento... Esses coitados... A gente sabe, exatamente, que... Eu acho assim, que é uma das causas que contribuiu muito hoje... A gente tem um número muito grande, eu digo assim, de profissionais da saúde com problemas psicológicos e de ansiedade, por conta das coisas vivenciadas na pandemia (Interlocutora(r) 4, OFICINA, 2022).

As narrativas acima, demonstram o quando a crise sanitária foi impactante na vida das/dos interlocutoras/interlocutores desta pesquisa, carregadas, conforme já destacamos, de medos, exaustões, anseios, sofrimentos, angústias, esgotamentos, desejos, sobrecargas... No que se refere aos efeitos da pandemia de Covid-19, esses sempre devastadores – conforme ouvimos-sentimos de nossas/nossos interlocutoras/interlocutores – seja do ponto de vista social ou emocional:

Na minha vida, nunca, tinha visto tanta gente morrer! Me assustei de uma tal forma, que para onde a gente virasse naquele hospital [início de um choro emocionado]... Durante o dia, eu estava na UBS e a noite no hospital. E chegou uma noite que a gente virava para cá, tinha um morto, de novo virava para lá, outro morto, de novo, mais um morto, virava para... E você aí, no meio procurando palavras para consolar a pessoa... Que você está ao lado, que você conhece... [a fala é interrompida por um incontido choro emocionado. E todas/todos na oficina também choram... Surge, sem qualquer planejamento ou intenção estabelecida previamente, um abraço coletivo de cuidado e acolhimento das vivências-perdas que pertenciam a todas/todos os presentes] (Interlocutora(r) 8, OFICINA, 2022).

O registro acima simboliza as situações vividas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde que estavam presentes na oficina, mas não somente. O momento gerou uma profunda e sincera sensibilização e empatia, que nos impulsionou, involuntariamente, a ir ao encontro da/do interlocutora/interlocutor que expressou-manifestou-vivenciou tais sentimentos-emoções. E essa situação culminou em um abraço coletivo, pois aquele era um sentimento-pertencimento que atravessava a todas/todos nós, enquanto trabalhadoras/trabalhadores da saúde, usuárias/usuários e cidadãos/cidadãos.

Em seus estudos e pesquisas, Figueiredo Júnior *et al.* (2021), problematiza o adoecimento físico-mental e psicológico das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, as/os quais estiveram, diretamente, envolvidos na assistência e no cuidado a usuárias/usuários com Covid-19. Ele evidencia que o grande número de informações a respeito da doença e o número elevado de vidas perdidas em curto espaço de tempo, eram capazes de gerar uma sensação de fragilidade e, muitas vezes, causavam reações psicossomáticas, que se confundiam com os

sinais e os sintomas de Covid-19. Essas situações, também relatadas pelas/pelos interlocutoras/interlocutores desta pesquisa, geraram crises de ansiedade nas/nos trabalhadoras/trabalhadores da saúde e, por vezes, interferiram, diretamente, na prática dos cuidados as/aos pacientes. Isso demonstra, que essas vivências-experiências não são, únicas e exclusivas, das/dos nossas/nossos interlocutoras/interlocutores, mas sim, das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde que vivenciaram-enfrentaram-combateram – e ainda o fazem – a pandemia de Covid-19.

Em seu estudo, Machado *et al.* (2021), afirma, que o contexto adverso de uma crise sanitária global causada por um vírus inicialmente desconhecido, altamente transmissível e capaz de matar, somado ao exercício profissional extenuante, tem provocado exaustão mental, física e emocional nas/nos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, especialmente, naquelas/naqueles que atuaram – e atuam – na linha de frente. Situações essas vividas também em Iranduba, segundo afirmaram/reatfirmaram as/os interlocutoras/interlocutores da nossa pesquisa. Importante destacar também, que os dados da pesquisa da Fiocruz, realizada pela CEE e a ENSP, indicam que 95% das/dos trabalhadoras/trabalhadores tiveram suas vidas, significativamente, alteradas; 50% delas/deles ressaltaram altas jornadas de trabalho; e 45% precisam de mais de um emprego para sobreviver. Vivências-experiências que se aproximam – ou mesmo se igualam – aquelas das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba. E mais: os dados da pesquisa demonstram-evidenciaram, que, além da sobrecarga causada pela pandemia, quase metade das/dos respondentes da pesquisa, vivenciavam um contexto de exploração do trabalho e com baixa remuneração (MACHADO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, concordamos com Machado *et al.* (2021b, p. 1), que passados

um ano de caos sanitário, [...] a realidade daqueles profissionais que atuam na linha de frente, [são] marcados pela dor, sofrimento e tristeza, com fortes sinais de esgotamento físico e mental. Trabalham em ambientes de forma extenuante, sobrecarregados para compensar o elevado absenteísmo. O medo da contaminação e da morte iminente acompanham seu dia a dia, em gestões marcadas pelo risco de confisco da cidadania do trabalhador (perdas dos direitos trabalhistas, terceirizações, desemprego, perda de renda, salários baixos, gastos extras com compras de EPIs, transporte alternativo e alimentação).

Assim, tal qual identificado na pesquisa de campo – entrevistas e oficinas – desta dissertação, os dados apresentados pela Fiocruz/CEE/ENSP, demonstram que as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde vivenciaram riscos iminentes em seus espaços-tempos de trabalho, marcados pela constante falta, limitação e/ou inadequação do uso de EPI. Além disso, o “medo das meninas sair daqui e aí o medo delas se contaminarem” (Interlocutora(r) 10,

OFICINA, 2022), a atuação e o cuidado “conforme as condições que a gente tinha e a estrutura que tinha” (Interlocutora(r) 11, ENTREVISTA, 2022), o “[...] pouco de orientação. O básico para podermos conseguir ir trabalhar aqui [...]” (Interlocutora(r) 29, ENTREVISTA, 2022)”, dentre outros, emergem enquanto questões importantes, as quais se aproximam e dialogam com os resultados da pesquisa da Fiocruz/CEE/ENSP. No entanto, diferentemente dos dados do nosso estudo realizado em Iranduba, esta aponta, ainda, uma denúncia sobre a insensibilidade de gestores diante das necessidades laborais das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde (MACHADO *et al.*, 2021).

Compreendemos, do mesmo modo que Fortuna (2020), que o cuidado passa, necessariamente, pelo ato de cuidar do cuidador. Quando os sentimentos de insegurança, impotência, medo, angústia, tristeza, cansaço... são acolhidos e problematizados nos contextos de trabalho, a/o trabalhadora/trabalhador da saúde e os gestores conseguem compreender com melhor facilidade o sentido do cuidado para a/o usuária/usuário, pois, “[s]e o mesmo se sente ouvido, isto poderá ajudá-lo a ampliar a sua escuta, o seu olhar e o acolhimento, portanto, é necessário que aquilo que o desafia no cotidiano da prática em saúde tenha espaços de reflexão” (FELICIANO *et al.*, 2020, p. 130). E nessa direção, afirmamos: se faz necessário, urgente e oportuno, a implementação de ações e de práticas de acolhimento, segurança e promoção da saúde da/do trabalhadora/trabalhador nos espaços-tempos da Atenção Básica à Saúde, durante e depois do período da pandemia de Covid-19.

Com relação às ações de autocuidado, prevenção e controle da própria saúde, as/os interlocutoras/interlocutores narraram mudanças, muitas das vezes drásticas e severas, em suas práticas sociais diárias, principalmente, com o autocuidado físico, tanto no ambiente de trabalho quanto em seus domicílios:

Então... O que eu usava... O meu banheiro, era fora da minha casa. Quando eu saía, já deixava minha toalha fora, para eu tomar meu banho e já deixar a minha roupa dentro da máquina, já com sabão em pó, tudinho! E como eu aprendi: primeiro tirar a roupa e não a máscara, lavar as mãos... E porque Deus me deu essa sabedoria! E até hoje eu não peguei Covid e ninguém da minha família. Meu esposo mesmo já está na terceira dose, meus filhos já estão tudo vacinado (Interlocutora(r) 9, ENTREVISTA, 2022).

O meu autocuidado era esse: toda vez que terminava minha atividade de trabalho, chegava em casa, tirava a roupa, sapato... Tudo ficava fora e aí eu já corria direto para o banheiro. Terminando de tomar o banho, já fazia a lavagem das minhas roupas naquele momento, para que não deixasse ali, para aquele vírus não ir se proliferando... Todas as medidas que foram faladas, a gente pegava e fazia com esse autocuidado. Todo tempo era uma preocupação com a minha avó idosa (Interlocutora(r) 10, ENTREVISTA, 2022).

Eu tomava banho de álcool todo dia. Quando eu chegava em casa, eu não entrava com a roupa que eu ia para o trabalho... Tirava no quintal e tinha que entrar despida.

Entrava, tomava um banho de álcool... Era sempre em casa, não deixava estar na rua... Era álcool em gel nas coisas dentro de casa. Era água sanitária para limpar o chão, os banheiros, as maçanetas, era banho e tinha que ser um banho bem tomado. Não andar em qualquer lugar, não ficava na rua e nem na janela. Eu não deixava... Que eu tinha muito medo de perdê-los! E nós sabíamos da gravidade da situação (Interlocutora(r) 12, ENTREVISTA, 2022).

Eu tive bastante cuidado. Eu sempre fui meio psicótica. Até hoje eu sou. Onde eu chego aqui, eu limpo tudo. Eu sempre tô com o álcool. Mas é sempre assim: eu gasto $\frac{1}{4}$ de álcool. Eu sou daquelas que fica limpando tudo com álcool, se eu vou no banheiro eu limpo (Interlocutora(r) 14, ENTREVISTA, 2022).

A gente chegava na casa da gente, passou o dia trabalhando... Chegava, tirava e deixava a roupa lá fora, para não entrar contaminada. E orientar nossos filhos também... Já tinha uma garrafinha de álcool para sempre passar na mão. Porque a gente saía na rua bem de sapato e esse sapato podia está contaminado. Tudo isso... A gente tinha essa proteção. E aqui no posto, era do mesmo jeito: todo mundo de máscara, passando álcool a todo momento, para não se contaminar (Interlocutora(r) 16, ENTREVISTA, 2022).

De início, eu fiquei bem psicopata com relação ao cuidado. Eu usava o álcool direto, usava a máscara... Eu comprei todo o equipamento necessário. Eu evitei contato com a minha família. Chegava em casa, não entrava porque tinha um banheiro fora... Tirava a roupa e tomava banho. Colocava a roupa num saco e já levava para máquina. Então, assim, tentei ficar bem regrada. Para tentar [evitar] ao máximo de contaminar a minha família, as pessoas conhecidas (Interlocutora(r) 17, ENTREVISTA, 2022).

As/Os interlocutoras/interlocutores relataram, também, que recorreriam à fé, à religiosidade, à espiritualidade, à sabedoria popular... com o intuito de buscar forças, e, mesmo, uma qualidade de vida – mental e psicológica. Enfim, formas-modos outros para diminuir/atenuar o risco de adoecimento e, conseqüentemente, a intensidade do trabalho e suportar o distanciamento de familiares. Assim expressaram: “Eu saía de casa, entregava minha vida na mão de Deus” (Interlocutora(r) 15, ENTREVISTA, 2022) e “Minha mãe era quem cuidava de mim. Em casa, ela fazia remédio caseiro. Orava por mim! Para eu poder estar aqui na UBS” (Interlocutora(r) 24, ENTREVISTA, 2022).

Essa busca, por outro lado, vinha acompanhada de uma ausência de ações de promoção, prevenção e vigilância da saúde das/dos trabalhadoras/trabalhadores de Iranduba. Mesmo diante das expressões-manifestações da necessidade de cuidados demonstradas-evidenciadas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores em razão do complexo, extenuante e desafiador contexto sanitário pandêmico vivido:

A gente faz isso com o usuário. Porém, a gente não tem quem faça isso por nós, como profissional [...]. Porque, quando você precisa de um exame, você joga no sistema, você não tem condições de pagar... São caríssimos os exames de imagem, por exemplo. Eu estou há anos, com problema na coluna e não consegui fazer a ressonância... Porque, quando eu fui fazer o orçamento, estava dando dois mil e pouco... E eu não consegui, por exemplo, o dinheiro [...]. Então... E deveria exigir o protocolo... O módulo, sabe... O programa, uma prioridade no serviço [para

trabalhadora/trabalhador da saúde], entendeu? Porque a gente também adocece Interlocutora(r) 1, ENTREVISTA, 2022).

Então, nesse cuidado aí, faltou para nós profissionais da saúde. Teve colegas aí, que até hoje ainda está com o psicológico bem ameaçado. Eu hoje graças a Deus, agradeço muito a Deus, a equipe maravilhosa coma as minhas colegas... Me acolheram nos momentos que eu mais precisei Interlocutora(r) 8, ENTREVISTA, 2022).

Identificamos, que a falta de cuidado para com as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde em Iranduba e a gravidade do contexto sanitário global, foram questões importantes para as/os interlocutoras/interlocutores.

Nesta seção, foi possível nos aproximarmos e construirmos-visibilizarmos compreensões possíveis de como as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba vivenciaram os primeiros anos da pandemia de Covid-19, atuando na linha de frente. Os enfrentamentos não ocorreram apenas em relação ao vírus, mas também aos sofrimentos desencadeados por uma crise sanitária sem precedentes na contemporaneidade e pela incapacidade-desinteresse dos agentes públicos em desenvolverem ações articuladas de caráter nacional, estadual e local, com vistas a diminuir e/ou mitigar a transmissão do vírus, bem como, promover ambientes saudáveis e acolhedores para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde. Concordamos com Branco e Tavares (2020), ao afirmarem que para se enfrentar uma pandemia de grandes proporções, é importante a construção de políticas de saúde abrangentes e acolhedoras, bem como, uma estrutura hospitalar, eficiente e eficaz, integrada ao sistema de saúde. Logo, reafirmamos, que políticas públicas de saúde, pensadas-implementadas, de modo integrado, e coordenadas pela Atenção Básica à Saúde, poderiam ter possibilitado resultados diferentes, com menores perdas e danos, com a consequente redução dos impactos nas vidas das pessoas e das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde.

Assim, ao serem convidadas/convidados-motivadas/motivados a refletirem a respeito dos contextos e experiências vividas, as/os interlocutoras/interlocutores narraram as limitações e as complexidades da prestação de cuidados em um momento de acentuado medo e angústia de contaminação e da morte, sobretudo em uma conjuntura sociopolítica adversa – negacionismo, anticientificismo, *fake news*... –, como a vivenciada nesses ‘*tempos políticos findos*’ no Brasil. Para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba, essas questões fragilizaram-dificultaram, ainda mais, os processos de trabalho, acarretando situações de desassistências – como a experienciada-vivida em Manaus –, agravamentos de quadros-situações clínicas de pacientes, além da precarização dos acompanhamentos das/dos usuárias/usuários da ABS.

Ressaltamos, por fim – não no sentido de fim-conclusão, mas de encerramento de uma fase-ciclo – que não foi nossa intenção exaurir as análises-compreensões de todas as experiências-vivências das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde em seus processos de trabalho durante a pandemia de Covid-19. Mas sim, o de compreender o processo de cuidado em saúde desenvolvido na Atenção Básica à Saúde do município de Iranduba-AM durante a pandemia de Covid-19, segundo a perspectiva de trabalhadoras/trabalhadores que atuaram na área, explicitando-visibilizando, mas também semeando-trilhando, narrativas-vivências a respeito dos impactos-desafios da pandemia nas atuações das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de Covid-19, anunciada e reconhecida pela Organização Mundial da Saúde enquanto Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, no início do ano de 2020, tem sido considerada a mais letal dos últimos tempos, e, segundo estimativas da própria OMS (2022), interrompeu mais de 15 milhões de vidas no mundo. E foi essa crise sanitária, de dimensões e impactos globais, a temática de estudo da presente pesquisa, a qual se propôs a compreender o processo de cuidado em saúde desenvolvido na Atenção Básica à Saúde do município de Iranduba, Estado do Amazonas, durante a pandemia de Covid-19, a partir das narrativas das/dos trabalhadoras/trabalhadores que atuaram no seu combate e prevenção. Para tal intento, foi realizada uma pesquisa qualitativa de natureza colaborativa no território da ABS de Iranduba. As/Os interlocutoras/interlocutores da pesquisa foram trabalhadoras/trabalhadores que, durante a crise sanitária, integraram as equipes urbana, rural e ribeirinha, vinculados aos distritos de Saúde Urbano, Rio Negro e Rio Solimões de Iranduba.

Considerando o contexto da crise e as consequências causadas pelo Sars-CoV-2, nesta dissertação escolhemos a perspectiva teórico-política e as reflexões histórico-conceituais que a compreendem enquanto fenômeno complexo e multidimensional. Partimos da discussão dos principais marcos históricos-legais e normativos, com focalização nas dimensões sanitárias, científico-políticas, econômico-sociais e ecoambientais da pandemia de Covid-19. Seguimos o percurso, e, nos encontros-desencontros epistemológicos, buscamos identificar e aprofundar as discussões na área da saúde, bem como, nos propomos a debater a respeito das práticas de cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde e na Atenção Básica à Saúde durante a pandemia, para, posteriormente, descrevermos a Rede de Atenção em Saúde de Iranduba, analisarmos as ações e as estratégias narradas pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde para o desenvolvimento dos processos de cuidado em saúde na ABS do município e identificarmos os desafios vivenciados no processo de trabalho e nas práticas cotidianas de cuidados em saúde na Atenção Básica à Saúde.

A pesquisa evidenciou que as/os trabalhadoras/trabalhadores da ABS tiveram que (re)organizar os processos de trabalho para enfrentar a pandemia de Covid-19, em meio a um cenário de medos, angústias e incertezas, marcados pela fragilidade-desinteresse na gestão da crise sanitária pelo Ministério da Saúde e a aposta no negacionismo e na anticiência por parte de agentes do poder executivo federal brasileiro. Com relação aos processos de trabalho da Atenção Básica à Saúde, particularmente em Iranduba, identificamos que eles foram

significativos e relevantes para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, uma vez que contribuíram para minimizar-atenuar os graves e pérfidos efeitos da crise sanitária na região. Oportuno destacarmos também, que o presente estudo, percorreu o caminho-compromisso de visibilização das experiências-vivências das/dos nossas/nossos interlocutoras/interlocutores que, por vezes, não tiveram os cuidados e os acolhimentos necessários – seja político ou financeiro – para que pudessem atuar com/em melhores condições de trabalho. Os resultados de pesquisa indicam-apontam para a possibilidade de construção de políticas de saúde no contexto da ABS, de forma a fortalecê-la, promovê-la, provê-la... não somente em situações de crise.

Assim, compreendemos, tal qual as nossas/nossos interlocutoras/interlocutores, a necessidade das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS de Iranduba, considerarem a realidade dos contextos amazônicos ao transformarem as normativas em práticas. As narrativas da pesquisa fizeram emergir a compreensão de que as dificuldades das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde em colocar em prática protocolos, ocorrem em razão de que essas normatizações-orientações, desconsideram-negam as peculiaridades dos territórios que, muitas das vezes – ou quase sempre – estão diluídos-invisibilizados, tanto objetiva quanto subjetivamente, nos fluxos-protocolos das normas nacionais/internacional. Um exemplo disso é que as práticas de saúde na Amazônia são, constantemente, atravessadas pelas dinâmicas dos ciclos das águas, muitas vezes ignorada. No caso de Iranduba, em particular, se fez necessário, inclusive, a implantação do Fluvi-Thru, no qual as equipes de saúde, em umas das maiores enchentes vividas no Amazonas, navegaram por rios, lagos, igarapés, paranás, várzeas, igapós... para vacinarem as populações ribeirinhas.

A pesquisa apontou também, que mesmo diante da existência de dados-informações que dialogam com o Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde (MS, 2020), com o Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde (CONASS; CONASEMS, 2020) e com as Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS do Observatório Covid-19 da Fiocruz, foram, também, construídas uma pluriversidade de ações. Estas, entremeadas de sentidos e singularidades, os quais são próprios e pertinentes do fazer saúde na Amazônia e da multiplicidade de mediações diversas dos cotidianos dos serviços, visto que enfrentar uma pandemia, nos moldes da Covid-19, não cabem só em protocolos padronizados e universalizantes.

Com relação aos cuidados em saúde, as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde de Iranduba, apoiadas-orientadas pelas administrações-gestões das Unidades Básicas de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, narraram a realização de ações de gerenciamento do risco de

contaminação por Covid-19, a partir da criação-implementação de protocolos de atendimento orientados por indicações-fundamentações científicas de cuidado, para assim, evitar-minimizar a transmissão-proliferação do vírus. No trabalho de campo – entrevistas e oficinas realizadas – as/os interlocutoras/interlocutores evidenciaram-anunciaram arranjos diferenciados que as equipes de saúde precisaram assumir, ‘lançando mão’, ou melhor, fazendo uso de uma atuação no campo da micropolítica do cuidado e das tecnologias leves, com a utilização do diálogo e visitas domiciliares, visitas peridomiciliares, educação e promoção de comunicação em saúde, buscas ativas, atendimento *online* – especialmente com o apoio WhatsApp – e teleatendimento.

Houve também, a vigilância territorial nas comunidades, com a instalação de barreiras sanitárias no contexto da pandemia de Covid-19. Pois os territórios se movimentavam constantemente, exigindo-requerendo das práticas de saúde que elas fossem, também, adaptáveis e em permanente movimento. Essa diversidade de atividades-ações, implicam, diretamente, no modo de se produzir os cuidados, seja no acesso aos serviços de saúde ou na diversidade de vidas que são produzidas nesses territórios. Ressaltamos ainda, que essas atividades-ações das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde da ABS de Iranduba, contribuíram-possibilitaram para minimizar-atenuar os riscos de propagação do vírus nos territórios, reduzindo, em determinados momentos, a pressão sobre outros equipamentos de saúde do município.

A pandemia causada pela Covid-19, agravou problemas que já faziam parte das rotinas das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde. E isso não foi diferente em Iranduba. Segundo as/os interlocutoras/interlocutores da pesquisa, dentre os problemas, destacam-se: a) a inadequação das estruturas de determinadas Unidades Básicas de Saúde – especialmente para implementar os fluxos previstos-prescritos nos protocolos nacionais; b) a dificuldade de realizar Educação Permanente em Saúde, em virtude da ausência de formações-informações das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, no momentos iniciais da crise pandêmica; c) a dificuldade de aquisição de equipamentos de proteção individual; d) o número limitado de trabalhadoras/trabalhadores da saúde, situação agravada quando da existência-ocorrência de adoecimentos e afastamentos do trabalho; f) alta demanda de trabalho em razão de uma busca cada vez maior das/dos usuárias/usuários; g) falta de estrutura adequada e acolhedora para as/os usuárias/usuários e também para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde; h) escassez de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, voltadas para as/os trabalhadoras/trabalhadores da saúde. Tais fatores, somados aos desafios próprios de uma crise sanitária – como a necessidade da criação-manutenção de novos fluxos de trabalho, o aumento das demandas de trabalho, as restrições de contatos com familiares pelo medo de adoecê-los,

as mudanças nas formas de autocuidado e de cuidado com os outros, os medos e os desafios em escala pessoal e familiar – geraram impactos, preocupantes e até devastadores, nas condições de saúde física e mental das/dos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, os quais requerem atenção, cuidado e acolhimentos pelos órgãos-instituições de saúde.

Mesmo diante da magnitude dos problemas da pandemia e dos desafios vivenciados pelas/pelos trabalhadoras/trabalhadores da saúde, as narrativas das/dos interlocutoras/interlocutores demonstraram potencialidades nas/das práticas em saúde. E nesse sentido, reconhecemos o compromisso e a resiliência de cada trabalhadora/trabalhador. O nosso caminhar, conjunto-coletivo-partilhado e comprometido, pelas trilhas da pesquisa nos revelou lacunas, desafios e possibilidades de invenção-reinvenção de processos de cuidados em saúde. Frente a dimensão dos desafios já explicitados e problematizados nesta dissertação, é importante ressaltarmos-narramos-visibilizarmos que as/os trabalhadoras/trabalhadores da ABS, com o apoio e a colaboração da gestão e demais componentes da RAS de Iranduba, assumiram-avocaram a plasticidade nos processos de trabalho nesses tempos de pandemia de Covid-19.

Na perspectiva do cuidar de si e dos outros, e dada as condições possíveis-existent, se reinventaram para acolher-cuidar das/dos usuárias/usuários, das/dos trabalhadoras/trabalhadores e garantir o acesso e o atendimento integral das necessidades das comunidades, sempre na tentativa – apesar dos óbices-obstáculos explicitados-evidenciados na pesquisa – de atuarem na busca da integralidade do SUS. Esses arranjos-estratégias contribuíram para a ampliação do acesso as demandas nos serviços de saúde. Por outro lado, compreendemos que não é possível assumir, cientificamente, os processos de trabalho em torno dos cuidados em saúde, e cair na romantização das práticas ou na produção de heróis histórico-mitológicos. Isso apagaria-negaria as lutas das/dos trabalhadoras/trabalhadores por melhores condições de trabalho e pela defesa de um Sistema Único de Saúde, verdadeiramente, universal, equânime e integral.

A pesquisa se entrelaçou, profundamente, com as nossas experiências de vida e de trabalho. Vivenciamos a pandemia de Covid-19 em todas as suas dimensões, especialmente, enquanto pesquisadora e trabalhadora da Atenção Básica à Saúde. Por isso, concordamos com João Alexandre Barbosa, quando no prefácio do livro *Memória e Sociedade – Lembranças de Velhos* de Ecléa Bosi, afirma que “narrar é também sofrer quando aquele que registra a narrativa não opera a ruptura entre sujeito e objeto”. Dessa forma, estão integradas/integrados em mim, todas/todos os atravessamentos-sentimentos do ESTAR pesquisadora e SER trabalhadora da saúde em um contexto tão adverso para estes dois afazeres-fazeres como foi na pandemia. Em

algum lugar de nós, por isso, entendemos as/os interlocutoras/interlocutores para além dos dados-narrativas.

Por outro lado, enquanto parte inevitável dos estudos científicos, a pesquisa realizada para esta dissertação tem suas lacunas e limitações. O trabalho de campo foi, sabidamente, qualitativo e se ateve as/aos trabalhadoras/trabalhadores da ABS de um único município amazônico: I-R-A-N-D-U-B-A, que na língua tupi-guarani, significa ‘lugar com muitas abelhas e mel’. Aquelas, são/foram as/os nossas/nossos interlocutoras/interlocutores e este, as suas ações-estratégias de cuidado-acolhimento inventivas de combate-luta contra a Covid-19. Cumpre ainda destacar, que os nossos encontros-desencontros de pesquisa, não nos permite universalizar-generalizar os seus resultados para contextos mais amplos da região. Não é possível também inferir questões mais gerais sobre o SUS na pandemia de Covid-19, já que existem outros serviços em Iranduba ainda não estudados. Entretanto, ela aponta olhares, inspiram abelhas, pois tem cheiro de mel... Por isso, indicamos-sugerimos outros olhares-pesquisas acerca da atuação do Sistema Único de Saúde na pandemia, considerando os atores-sabores e contextos-colmeias, para que compreendamos de forma cada vez mais extensa e viva esse momento histórico tão desafiador. Por fim, destacamos a dificuldade – ou nossos sabores-dessabores – de trabalharmos enquanto mulher-mãe-pesquisadora-trabalhadora em plena pandemia de Covid-19, que ora era o nosso objetivo de estudo e pesquisa ora era o obstáculo para a construção desta dissertação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; R., L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 12, 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00208720.

ALEIXO, N. C. R.; et al. Pelos caminhos das águas: a mobilidade e evolução da COVID-19 no estado do Amazonas. **Revista franco-brasileira de geografia**. n. 45, 2020. Doi: <https://doi.org/10.4000/confins.30072>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/30072>. Acesso em: 23 ago. 2022.

ALMEIDA FILHO, N. **Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto**. Rio de Janeiro: RAP, Vol. 34, Nº 6, 2000b.

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1997.

ALMEIDA, D. A. R.; et al. Prevenção e Controle da COVID-19: as transformações das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no município de Iranduba, Amazonas. In: Schweickardt, Júlio César (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022.

ANDERSON, R; et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?. **The lancet**. v. 395, n. 10228. 2020.

ANDRES, S. C.; CARLOTTO, A. B.; LEÃO, A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **Aps em revista**, v. 3, n. 1, p. 09–15, 2021. Doi: 10.14295/aps.v3i1.137. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/137>. Acesso em: 23 out. 2022.

AQUINO E; et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**. v. 25, Supl. 1, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2021.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. & Saúde Coletiva**; v.21,n.5, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015215.19602015Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2020.

BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19. **Aps em Revista**. v. 2, n.1, 2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.62>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

BARRETO M. L., et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Rev Bras Epidemiol**. v. 23, 2020. Doi: 10.1590/1980-549720200032. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6rBw5h7FvZThJDcwS9WJkfw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

BASILE, G. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903557&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 22 abr. 2022.

BEZERRA, I. N. M.; et al. Integração ensino e serviço no contexto da pandemia de COVID-19: relato de experiência da práxis dos residentes sanitários na vigilância epidemiológica. **Vigil Sanit Debate**, v. 9, n. 1, p. 55–60, 2021. Doi: 10.22239/2317-269x.01771. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1771>. Acesso em: 9 dez. 2022.

BIRMAN, J. **O trauma da pandemia do coronavírus**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/9324> Acesso em: 20 maio 2022.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem?. **Serviço Social e Sociedade**, v. 1, p. 66-83, 2021.

BOUSQUAT, A.; et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS: relatório de pesquisa. **Rede de Pesquisa em APS Abrasco**, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RelatórioDesafiosABCovid19SUS.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BOUSQUAT, A.; et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, 2021. Doi: 10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira: Avaliação por Convidados Externos e Consulta Pública**. Brasília: 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SA_PS.pdf. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. **Covid-19: guia orientador para o enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde**. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

_____. **Decreto nº 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. DOU- Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília – DF, 2020a.

_____. **Lei nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **E-Gestor atenção básica**. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **SISAB**. 2022. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 abr. 2022.

_____. **Portaria GM/MS nº 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: 2008.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2006.

BRUM, E. **Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”**. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>. Acesso em: 25 nov. 2022.

BUENO, F.T.C.; SOUTO, E.P.; MATTA, G.C. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. in: MATTA, G.C.; et al. (ed). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-03.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

CABRAL, E. R. M.; et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1–12, 2020. Doi: 10.31005/iajmh.v3i0.87. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>. Acesso em: 23 out. 2022.

CAETANO, R.; et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, 2003. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKSVP8p46sNFLPG43Pfbf8B/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

CAMPOS, G.W.S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. 1-5, 2020. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00279. Disponível em: <https://www.tes.epsvjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/754>. Acesso em: 22 jun. 2022.

_____. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZPyBXcTXwZvLh5H9PDzvxpn/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**. v. 34, n. 99, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>

CASTRO, F.; LOPES, G. R.; BRONDIZIO, E. S. The Brazilian Amazon in Times of COVID-19: from crisis to transformation?. **Ambient. soc.** V.23, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200123vu2020L3ID>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/3g5ndNDxcFjzsdJMjYQDbQ/?lang=en>. Acesso em: 25 nov. 2022.

CEBES. **Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”**. 2021. Disponível em: <https://cebes.org.br/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-coronavirus/26666/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. **Pre-print em análise**, v. 91, n. 5, p. 287, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/160>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CECILIO L.C.O, LACAZ F.A.C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.

CECÍLIO L.C.O.; REIS, A.A.C. Quatro apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 8, 2018. Doi: 10.1590/0102-311X00056917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQzhrJN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CECÍLIO, L. C. de O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CEPAL. **Resumo Executivo: panorama social da América Latina 2020**. Santiago: Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica, 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo>. Acesso em: 22 ago. 2021.

CIRINO F.M.S.B., et al. Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da Covid-19: A Experiência De Diadema, SP. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 16, n. 43. 2021. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)266](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)266).

COHN, A. Reformas da saúde e desenvolvimento: desafios para a articulação entre direito à saúde e cidadania. In: COHN, Amélia (org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

CORTÉS, J. J. C.; et al. A Pandemia pelo Sars-CoV-2 no Estado do Amazonas. In: FREITAS, C. M., BARCELLOS, C., VILLELA, D. A. M., (ed). **Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/zx6p9/pdf/freitas-9786557081211-10.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2022.

CRUZ, M. C. C. **O Conceito de Cuidado à Saúde**. 2009. 150 f. il. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10398>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

DAMACENO, A. N.; et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e14, 2020. Doi: 10.5902/2179769236832. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36832>. Acesso em: 18 out. 2022.

DAUMAS, R. P.; et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n. 6, 2020.

DEMENECH, L. M.; et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil Income inequality and risk of infection and death by COVID-19 in Brazil. **Rev Bras Epidemiol**. v. 23, 2020.

DIAS, Elen. **Falar ou não falar?: eis a questão**. 2003. 199 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, 2003. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/93898>.

DUARTE, R. B.; et al. Agentes Comunitários de Saúde frente à COVID-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1, p.252-256. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3597/837>. Acesso em: 25 nov. 2022.

EL KADRI, M. R. A.; et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface**, v. 23, p. 1-14, 2019. Doi:

<https://doi.org/10.1590/Interface.180613>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/jJWLyMsndVmG3N9BTc5M4GG/?lang=pt> Acesso em: 13 jun. 2020.

ENGSTROM, E. et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp., 2020.

ENGSTROM, E.; et al. **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. 2020. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-Covid-19>.

ESTÁCIO, M. A. F. Apresentação (em protesto). **Extensão em Revista**, n. 6, p.7-13. 2021.

ESTRELA, F.M.; et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Rev Saúde Coletiva**. v.30, n. 2, p. 1-5. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200314&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 16 nov. 2022.

FAQUIM, J. P. S; BUIATTI, N.B.P.; FRAZÃO, P. O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. **Saúde debate**. v. 42, n. 117, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811704>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FQJ4WnV3Hk8YPQJNRZFh7hp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 maio 2020.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**. v. 19, n. 2. 2010.

FARIAS, L. A. B. G.; et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. Doi: 10.5712/rbmfc15(42)2455. Disponível em:
<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455>. Acesso em: 9 dez. 2022.

FAVORETO, C. A. O. Atenção primária forte: elemento central no combate à pandemia de Covid-19. In: TEIXEIRA, C. P. et al. (Orgs). **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020.

FERIGATO, S.; et al. The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10263, 2020.

FERLA A. A.; et al. Una paradoja civilizatoria: la pandemia como desafío a la enseñanza y al trabajo en salud y como afirmación de las vidas. **Revista Saúde em Redes**. v. 6, Supl. 2, 2020.

_____. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, 2020. DOI:
<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis**, v. 30, n.3. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300308&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2022.

FERRANTE L.; FEARNSIDE, P.M. Brazil's new president and 'ruralists' threaten Amazonia's environment, traditional peoples and the global climate. **Environmental Conservation**, v. 46, n.4, p.261–263. 2019. Doi: 10.1017/S0376892919000213. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/environmental-conservation/article/brazils-new-president-and-ruralists-threaten-amazonias-environment-traditional-peoples-and-the-global-climate/F5C1E42BF9F6E6BDDDB957B87601FC4F7>. Acesso em: 24 ago. 2022.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.

FORTUNA, C. M. Neither heroes, nor new nor normal: the pandemic and professional nursing practices. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 2., 2020. Doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206426>. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6426>. Acesso em: 29 nov. 2022.

FRANÇA FILHO, G. C.; LEAL, L. P. Solidariedade democrática em movimento: respostas à grande crise da pandemia de Covid-19. **Nau Social**. v. 11, p. 281-291, 2020. Doi: <https://doi.org/10.9771/ns.v11i21.38630>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/38630>. Acesso em: 22 abr. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco, T. B. & Merhy, E. E. (Orgs.), **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013.

FRATURAS AMBIENTAIS: consequências para o futuro pós-Covid-19. 2020 1 vídeo (1:24:14 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=girtggdZZNk>. Acesso em: 31 jul. 2020.

FRAZÃO, M. **Desmatamento e queimadas expõem atraso brasileiro na política ambiental**. 2020. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50049>. Acesso em: 22 out. 2020.

FREITAS, C. M. de; et al. COVID-19 as a global disaster: challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. **Ambient. Soc.**, v. 23, 2020.

FREITAS, M. Covid-19 no Brasil – Algumas lições da pandemia: In: **Sessão científica III: lições aprendidas com a pandemia de Covid-19**. [S.l.: s.n.], 2022. 1 vídeo (2:45:13). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UGHlkU7NAfs>. Acesso em: 19 set. 2022.

FUNCIA, F. R. **Tragédia de saúde de Manaus**: mais uma consequência do desfinanciamento do SUS e pelo descaso com o direito à vida pelo governo brasileiro. 2021. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-01-janeiro-2022>.

GALVÃO, L. A. Resposta à pandemia da Covid-19 pela OMS e Opas. In: BUSS, Paulo M.; FONSECA, Luiz Eduardo (org.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2020.

GALVÃO-CASTRO, B.; CORDEIRO, R. S. B.; GOLDENBERG, S. Brazilian Science under continuous attack. **The Lancet**, v. 399, n. 10319, 2022. Doi: 10.1016/S0140-6736(21)02727-6. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S0140673621027276/fulltext>. Acesso em: 7 jun. 2022.

GERALDO, S. M.; FARIAS, S.J. M.; SOUSA, F.O. S. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e42010817359-e42010817359, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17359.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad Saúde Pública**. v. 22, n.6, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2020.

GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Saúde Pública**. v. 34, n.8, 2018. Doi: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 22 jun 2020.

GIOVANELLA, L. et al. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no SUS**. São Paulo: USP; Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: UFBA; Pelotas: UFPEL, 2020.

_____. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**. v. 45, n. 130, 2021. Doi: 10.1590/0103-1104202113014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h3krqJq9WY9wcs5L49TqJ7d/abstract/?format=html&lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2021.

_____. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.3, 2019. Doi: 10.1590/0102-311X00012219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt> Acesso em: 22 jan. 2021.

GOMES, C.; et al. Movimentos antivacina: dilema social contrapontos da história. **Cadernos de estudos culturais**. v. 2, n. 26. 2021. Doi: <https://doi.org/10.55028/cesc.v2i26.11950>. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/cadec/article/view/11950>.

GONÇALVES, N. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? **J Manag Prim Health Care**, v.12, 2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1028>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GUIMARÃES, F. G. et al. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia Covid-19: relato de experiência. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.128.

HARVEY, D. **Política anticapitalista em tempos de Coronavírus** – Blog da Boitempo. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/03/24/david-harvey-politica-anticapitalista-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em: 30 maio 2022.

HELIOTERIO, M. C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00289. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YCVxkfvBRNszyvFddBwJhkd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

HONE, T.; et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med.** v.14, n.5, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002306>. Acesso em: 28 set. 2022.

IBIAPINA, I. M. L. **Pesquisa Colaborativa: investigação, formação e produção de conhecimentos**. Brasília: Líber Livro Editora. 2008. v. 1.

IRANDUBA. **Plano de contingência municipal de Iranduba para infecção humana Coronavírus Covid-19**. Iranduba: Prefeitura de Iranduba. 2020.

_____. **Plano de contingência municipal de Iranduba para infecção humana Coronavírus Covid-19**. Iranduba: Prefeitura de Iranduba. 2021

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LATGÉ, P. K.; ARAÚJO, D. N.; SILVA-JÚNIOR, A. G. Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de Covid-19: a experiência das comunidades de Niterói, RJ. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 122-127, jun. 2020. Doi: 10.14295/aps.v2i2.110. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/110/61>.

LAVOR, A. **Amazônia sem respirar: falta de oxigênio causa mortes e revela colapso em Manaus**, 2021. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/amazonia-sem-respirar>. Acesso em: 30 mar. 2021.

LEMOS, S. M.; HIGUCHI, M. I. G. Compromisso socioambiental e vulnerabilidade. **Ambiente & Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 123-138, jul./dez. 2011. Doi: 10.1590/0102-311X00088920.

LIMA, A. L.S.; et al. Covid-19 nas favelas cartografia das desigualdades. In: MATTA, G.C.; et al. (orgs.). *Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 111-121, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 31 out. 2022.

LOTTA, G. et al. **Impactos da Covid-19 nos profissionais da saúde pública – 2ª fase.** [S.l.]: FGV, 2020.

LOUZADA, C. O.; SANTOS, E. C. Reconfiguração Espacial do município de Iranduba, com a inauguração da Ponte Rio Negro. **Revista Cesumar**, v. 21, 2016.

MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M.. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Doi: <https://doi.org/10.7476/9786557081594>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf> Acesso em: 22 maio 2022.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, R. Crônica jurídica de uma tragédia anunciada. Como as normas publicadas pela União levaram o Brasil à catástrofe sanitária e humanitária da Covid-19 (Entrevista especial). **IHU On-Line**. 2021. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/606582-cronica-juridica-de-uma-tragedia-anunciada-como-as-normas-publicadas-pela-uniao-levaram-o-brasil-a-catastrofe-sanitaria-e-humanitaria-da-covid-19-entrevista-especial-com-fernando-aith>.

MAGALHÃES, M. C. C.; FIDALGO, S. S. Critical Collaborative research: focus on meaning of collaboration and on mediational tools. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, v. 10, n. 3, p. 773- 797, 2010.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n.1, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>. Acesso em: 22 mar. 2020.

MARINELLI, N. P.; ALBUQUERQUE, L.P.A.; SOUSA, I. D. B. Protocolo de manejo clínico do COVID-19: por que tantas mudanças?. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1220>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1220>. Acesso em: 22 fev. 2021.

MARTINS, A. B., et al. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf> acesso em 22 maio 2022.

MARTINS A. B.; STÉDILE, M. A. **A pandemia e o mercado da saúde no Brasil**: in *A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologia no cotidiano*. São Leopoldo: Oikos, 2021.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 25, n. 4.2020 Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MATOS, K, S, L; VIEIRA, S, V. **Pesquisa Educacional O Prazer De Conhecer**. Fortaleza: Demócrito Rocha 2001.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 41-66, 2006.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MEDINA, M. G.; et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

MELO, Eduardo Alves; et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/> Acesso em: 22 nov. 2022.

MENDENHALL, E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. **The Lancet**. v. 396, n.10264. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32218-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32218-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32218-2/fulltext). Acesso em: 22 maio 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**. v. 22, n. 46, 2020. Doi: 10.26512/ser_social.v22i46.25260. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 30 maio 2022.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. v. 42, n. spe 1, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s115.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. In: ENCONTRO ESTADUAL PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2018, Salvador. **Apresentação Consultor CONASS**. Salvador: [s.n.], 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/eugenio_vilaca.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

MENDONÇA, C. S.; et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia da COVID-19. **Aps Em Revista**. v. 2, n. 1, p. 33–37, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.63. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/63/46>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MERHY, E. (Coord). Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Projeto de Pesquisa – CNPq. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013.

MERHY E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. **Hucitec**, v. 1, 2004.

_____. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKOCAMPOS, Rosana T. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p. 113-150. 2002.

_____. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia. A luta do CEBES*. 1997.

MERHY, Emerson E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos, fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISQUITA, M. S.; et al. Atendimento de gestantes na atenção primária a saúde pela enfermagem durante a pandemia do SARS-COV-2. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 269, 4723-4730. 2020.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trab. educ. saúde**, v. 19, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/>. Acesso em: 26 nov. 2022.

MORETTE, P.; et al. Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia. In: MARTINS, Aline Blaya, et al. **A pandemia e a saúde coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em debate*. v.42, n.esp, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018S117. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/32156/Morosini%20e%20Fonseca%20ACS%20Invent%3%a1rio%202018.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n.9, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n9/e00040220/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. **Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde**, 2014 *Saúde Soc.* v.23, n.3, p.928-941, 2014.

MUGNATTO, S. **Agentes comunitários de saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção.** Agência Câmara de Notícias. 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/666263-agentes-comunitarios-de-saude-reclamam-da-falta-de-equipamentos-de-protecao>.

NASIF-PIRES, L.; RAWET, E. L.; CARVALHO, L. B. Multi-dimensional inequality and COVID-19 in Brazil. **Investigación Económica**, v. 80, n. 315, p. 33-58, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rie/article/view/77390>. Acesso em: 25 nov. 2022.

NASSIF-PIRES, L.; CARDOSO, L.; OLIVEIRA, A. L. M. de. Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza. **Nota de Política Econômica**, n. 010, 2021. Disponível em: <https://madeusp.com.br/wp-content/uploads/2021/04/NPE-010-VF.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.

NETTO, J. T.; et al. Tecnologia digital para o enfrentamento da Covid-19: um estudo de caso na atenção primária Digital. **Saúde Debate**. V.45, n. esp.2, 2020. Doi: 10.1590/0103-11042021E204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PMQBkSmxTnpZkGwx69fHtLh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

NOGUEIRA, M. L.; et al. **Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C.. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família **Rev Bras Enferm.** v.66, n. esp., 2013. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 12 jun. 2020.

OPAS Brasil. **Folha informativa - COVID-19.** Doença causada pelo novo coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19>. Acesso em: 19 abr. 2020.

ORELLANA, J. D. Y.; et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n.7, 2020.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** EDUFBA, 2006.

_____. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PALÁCIO, M.A.V; TAKENAMI, I. COVID-19: o desafio para a educação em saúde, **Vigil. sanit. Debate**. v.8, n. 2 p.10-15, 2020.

PATIÑO-ESCARCINA, J. E.; MEDINA, M. G. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde em Debate**. v. 46, n. spe1, 2022. Doi: 10.1590/0103-11042022e108. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5vRB5v5MbRJySkTxF9DTWb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2022.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.htm>. Acesso em: 16 set. 2022.

PERES, J. L. P.; et al. **Comorbidades sociais e Covid-19: a desigualdade como desafio da gestão pública em tempos de crises**. Brasília: Enap, 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2022.

PIOLA, S. F.; et al. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S.l.]: CEPAL:IPEA, 2009.

PIOLA, S.F.; BENEVIDES, R. P. S; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Rio de Janeiro, IPEA, 2018. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf. Acesso em: 25 out. 2022.

PORTA, M. **A Dictionary of epidemiology**. United States of America: Oxford, 2014. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Dictionary-Epidemiology-Miquel-Porta/dp/0199976732?asin=B00LJ48C4C&revisionId=c9663dd4&format=1&depth>. Acesso em: 20 mar. 2020.

PORTO, M. F. No meio da crise civilizatória tem uma pandemia: desvelando vulnerabilidades e potencialidades emancipatórias. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade**. v. 8, n. 3, 2020. Doi: 10.22239/2317-269x.01625. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570566811002/html/>. Acesso em: 11 jan. 2021.

RAFFS, L.. Negar a violência do passado e do presente é um risco para a democracia. **Jornal da USP**, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/negar-a-violencia-do-passado-e-do-presente-e-um-risco-para-a-democracia/>.

REVISTA RADIS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002 - . Versão online. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis216_web.pdf. Acesso em: 22 mar 2022.

RIOS, A. F. M.; et al. Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: Relato de experiência de um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666/836>. Acesso em: 22 jul. 2022.

RODRIGUES, A.P; et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do

município de Vitória-ES. **APS em revista**. v.2, n.2, p.189-196.2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100>.

SANTANA, J. V.; FERREIRA, B. J. P. Crise do capital e impacto da covid-19 na vida dos trabalhadores: desigualdades socioterritoriais na periferia e em regiões do Brasil. **O Social em Questão**. Ano 24, n. 49, 2021. Doi: 10.17771/PUCRio.OSQ.51117. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/51117/51117.PDF>. Acesso em: 30 nov. 2022.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde Soc**. v. 10, n.1, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TtG3vHtK7wSZcbZVHjHsGQH/?lang=pt> Acesso em: 22 jan. 2020.

SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org). **Reflexões E Futuro**. Brasília: conselho Nacional de Secretários de saúde, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-1150771>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra, Almedina, 2020.

_____. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, K.O.B. et al. **Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19**. v.36, n.12.2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178320>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1260/trabalho-saude-e-vulnerabilidade-na-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SARTI, T. D.; et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 29, n. 2, 2020. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SCHWEICKARDT, J. C.; et al. O “programa mais médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Saúde em redes**. v. 2, n.3. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3p328-341>. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163611/001020009.pdf?sequence=1> Acesso em: 15 mar. 2020.

_____. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. Porto alegre: Redeunida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Vidas-Indigenas-Importam.pdf> Acesso em: 22 maio 2022.

SEIXAS C.T., et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface**. v. 25, supl. 1, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqrwmbMNTTtmpxth/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2022.

SEVERINO. A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C. R. D. V; et al. Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n.2, 2021 Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310204>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PQw8XtjBptqYfRBWCH89pnN/?lang=en>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SILVA, G F; et al. Educação permanente em saúde aliada ao uso de tecnologias digitais para o enfrentamento da Covid-19 em Cascavel/Pr. **Fag Journal of Health**. v. 2, n. 4, 2020. Doi: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i4.281>. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/281>. Acesso em: 22 dez. 2020.

SILVA, K. L; SENNA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA-ROOSLI, A. C. B. 11 de março de 2020: o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) interpelado pela pandemia da Covid-19, **Laboreal**, v. 17 n.1, 2021. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/17693> acesso em: 20 jun. 2021.

SOARES C.B.; PEDUZZI M.; COSTA, M.V. Nursing workers: Covid-19 pandemic and social inequalities. **Rev Esc Enferm USP**. v.54, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020ed0203599>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/TkQMY6gqJnXwpRzkGQN8V6P/?lang=en>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **Journal of Management & Primary Health Care**. v. 12, p. 1–11, 2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.998>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/998>. Acesso em: 27 set. 2021.

SOUZA, R.A; LEAL, A.A.F.; MASCENA, G.V. Uso de equipamentos de proteção individual na atenção primária durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. **Arquivos catarinenses de medicina**. V. 50, n. 2, 2021. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/985>. Acesso em: 22 jan. 2022.

SOUZA; S. S.; et al. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. **Journal Health NPEPS**. V. 6, n. 1, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104994>. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994/3938>. Acesso em: 12 out. 2021.

SPOSATI, A. O. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. **NAU Social**, v. 11, n. 20, p. 101–103, 2020. Doi: 10.9771/ns.v11i20.36533. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36533>. Acesso em: 21 set. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, R. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. **Seminário Virtual Rede APS Abrasco**, [S. l.: S.n.], 2020.

TEIXEIRA, C. P. et al. (Orgs). **COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020b.

TEIXEIRA, C.F.S., et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. [S.l.]: **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.25, n. 9. 2020a. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

TRINDADE, N. Palestra de abertura. In: **Cenários Epidemiológicos da Covid-19 no Brasil: tendências e impactos na sociedade**, [S.l.: s.n.], 2020. 1 vídeo (2:26:48 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9eAhJi-XnBk>. Acesso em 1º maio 2021.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia Covid-19. **Saúde debate**. v. 44, n. esp., 2020. Doi: 10.1590/0103-11042020E406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwf/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 23 mar. 2022.

VITÓRIA, A. M.; CAMPOS, G. W. S. Dica do gestor: Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. **Consemssp. Org** 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/dicadogestor-so-com-aps-forte-o-sistema-pode-ser-capaz-de-achatar-a-curva-de-crescimentoda-pandemia-e-garantir-suficiencia-de-leitos-uti/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WERNECK, G. L. Epidemiological scenarios de Covid-19 in Brazil: trends and impacts on society. In: **Cenários Epidemiológicos da Covid-19 no Brasil: tendências e impactos na sociedade**. [S.l.:s.n.], 2020. 1 vídeo (2:26:48 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9eAhJi-XnBk>. Acesso em 1º maio 2021.

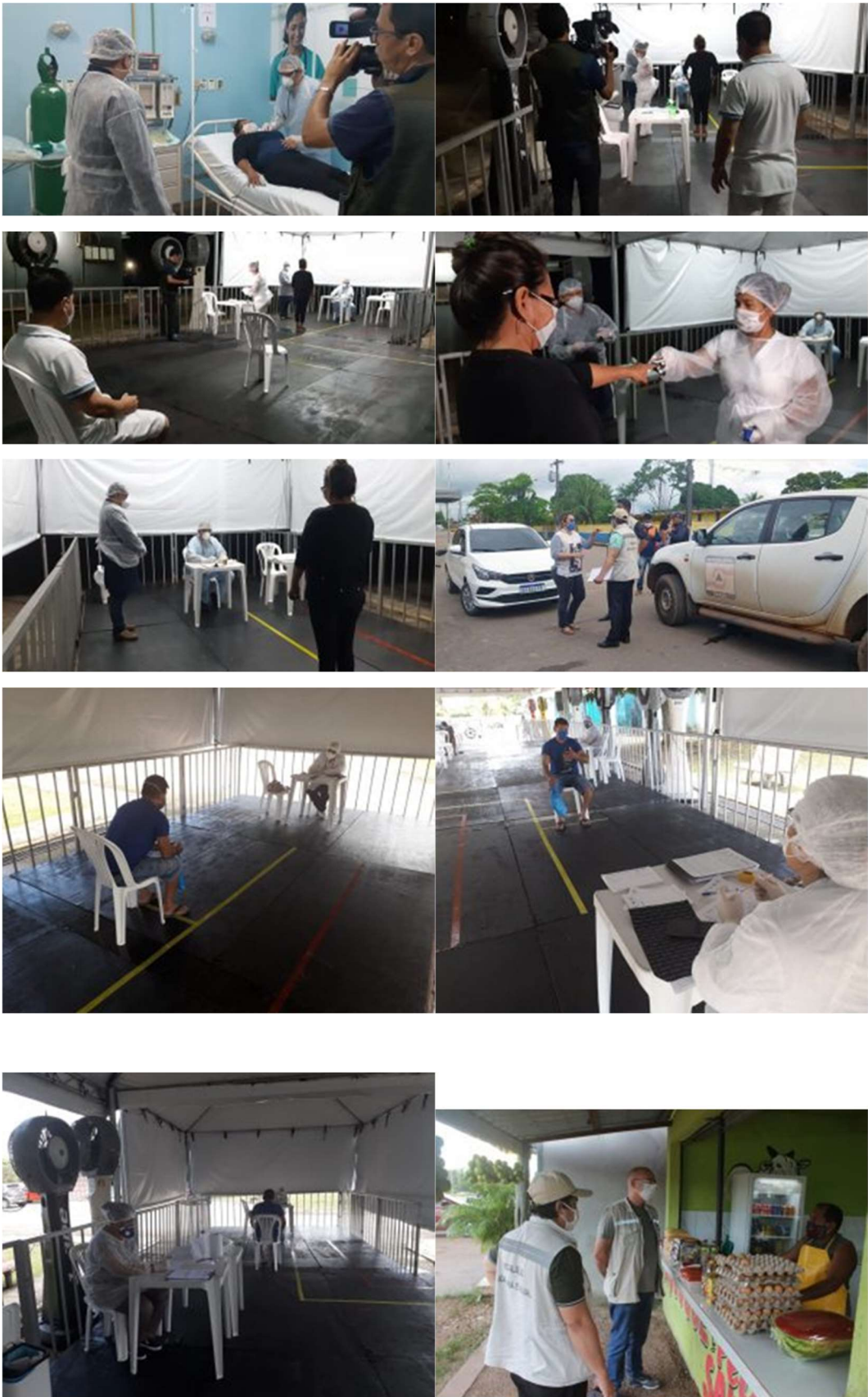
WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de Covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV), **World Health Organization**, 2020a.

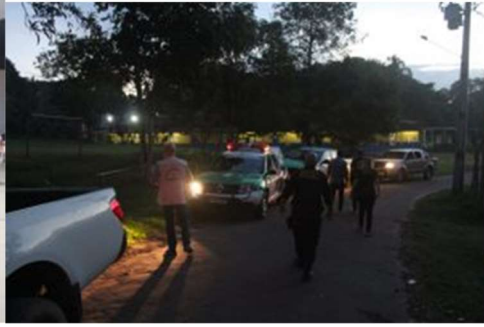
_____. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. **World Health Organization**, 2020b.

XIMENES NETO, F. R. G.; et al. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.1. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3682>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ANEXO A – Fotos das ações de combate e prevenção a Covid-19 em Iranduba







ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção e controle da COVID-19

Pesquisador: Júlio Cesar Schweickardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51941321.4.0000.5020

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.137.547

Apresentação do Projeto:

Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas

4 DETALHAMENTO DO ESTUDO

4.1 Resumo

A proposta do projeto é analisar como se deu a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas, ao mesmo tempo buscaremos descrever as principais ações de contingência para combater a pandemia pelas secretarias municipais do Estado nos diferentes territórios da Amazônia. Buscaremos contribuir com as secretarias municipais de saúde na discussão das estratégias de enfrentamento da COVID-19 e na produção de material educativo para que as equipes de saúde e para a população. O foco desse projeto está na Atenção Básica porque é a coordenadora do cuidado, portanto tem o papel de articular com as outras áreas de atenção como a vigilância em saúde e hospitalar. Assim, é urgente o fortalecimento da Atenção Básica porque as estratégias de enfrentamento da Covid-19 se darão no território de vida das pessoas, sendo necessário dialogar com os seus modos de vida. A metodologia de abordagem quanti-qualitativa, oportunizará a participação ativa por meio dos grupos focais. A coleta de dados acontecerá com atualização de questionário a ser enviado aos usuários da atenção básica, no primeiro momento. No segundo momento serão realizadas oficinas

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.137.547

Pendência 7: os TCLEs adicionados carecem de componentes indispensáveis ao TCLEs como determinado nos itens IV.3.a até IV.3.h. da Res. do CNS No.466 de 2012. Por exemplo: não consta no TCLE o direito a ressarcimento como determinado no item IV.3.g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes. Solicita-se esclarecimento e adequação. Resposta dos pesquisadores: Em relação aos componentes indispensáveis ao TCLE como determinado nos itens IV.3.a até IV.3.h. da Res. do CNS No. 466 de 2012, informamos que:

- a) No TCLE, tais informações estão contidas no item "São direitos seus", com a seguinte redação:
- "I) Receber antes de responder às perguntas do questionário/formulário ou entrevista, o TCLE para a sua anuência.
 - II) Ter acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.
 - III) Esclarecer suas dúvidas e ter o tempo que for necessário para a tomada de decisão em participar ou não da pesquisa.
 - IV) Responder ou não a todas as perguntas (mesmo que seja considerada obrigatória) contidas no instrumento de coleta de dados da pesquisa, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal.
 - V) Retirar o seu consentimento e interromper a sua colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem penalização nenhuma e sem prejuízo a sua saúde ou bem estar físico;
 - VI) Receber assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, nos termos do item II.3 da Resolução CNS 466/12, no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.
 - VII) Requerer indenização por algum dano decorrente da participação na pesquisa, através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19);
 - VIII) Receber ressarcimento de gastos pelo coordenador – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transportes e alimentação, como preconiza a Resolução CNS 466/12;
 - IX) Se desejar, a qualquer momento e sem nenhum prejuízo, solicitar a retirada do consentimento de utilização dos dados coletados, faça seu pedido no link <https://forms.gle/uKxhV9Y8DFMLN7Kw8>.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO C – Roteiro das oficinas



Orientações para facilitadores

Sobre a oficina

1. Observar o Roteiro da Oficina (Anexo 1);
2. Levar consigo o **kit oficina** (tarjetas, papel 40 kg, pinceis, fita crepe, caderno de anotação, papel A4, lista de frequência impressa, TCLE impresso);
3. Ao chegar no município, contactar o representante institucional ou apoiador local; identificar o local da oficina e organizá-lo;
4. Passar a lista de frequência de participantes nos dois períodos (manhã e tarde);
5. Fotografar as atividades da oficina;

Sobre as entrevistas

6. Levar consigo o **kit entrevista** (caneta, roteiro de entrevista impresso, TCLE impresso, prancheta, Carta de Anuência);
7. Realizar as entrevistas ao final da oficina (entrevistar pelo menos 2 ACS, 1 gestor e 5 demais profissionais);
8. Após a aceitação, o pesquisador deverá solicitar a assinatura do(a) usuário(a) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso e informar que irá gravar as respostas para transcrevê-las posteriormente;
9. Ligar o gravador de voz no celular e iniciar a entrevista registrando o nome do entrevistado, data e local no início da gravação;

Após a oficina e entrevistas

10. O facilitador deverá digitar as transcrições nos links
 - Profissionais de saúde <https://forms.gle/iZkCHZtWCuYcZ1CA8>
 - Gestores <https://forms.gle/sW1LR92BrnuozJRm9>
11. Devolver no LAPHSA:
 - Kit entrevista
 - Kit oficina
 - Cartão de embarque original (avião, lancha ou ônibus)
 - Relatório de Viagem (sigfaepam) a ser assinado no Laphsa
 - Recibo de diárias (sigfaepam) a ser assinado no Laphsa
12. Enviar no e-mail lahpsa.saladeaula@gmail.com, com assunto “Oficina – nome do município”
 - Áudios das entrevistas até 7 dias após a oficina
 - Imagens e vídeos até 7 dias após a oficina
 - Relatório da oficina até 15 dias após a oficina
 - Capítulo de Livro (primeira versão) até 30 de julho de 2022
 - Capítulo de Livro (versão final, após avaliação dos editores) até 30 de agosto de 2022
13. Oficina de escrita do Capítulo de livro – 5 e 6 de julho
 - Os facilitadores de cada município devem preparar uma apresentação das informações sobre a oficina, análise das entrevistas e banco do seu município

Sobre o Capítulo de Livro

1. Você pode convidar outros autores, totalizando no máximo 8 autores por capítulo
2. O capítulo deve ser elaborado com os resultados da oficina, incluindo as entrevistas realizadas.
3. Deverá ser em português, entre 10 e 15 laudas
4. Formato editável (DOC, DOCX), com fonte Times New Roman 12, espaçamento simples, entre parágrafo 6pt, respeitando-se o máximo de palavras definidas, que compreendem o corpo do texto, as notas e as referências;
5. Folha de rosto com mini currículo dos autores (máximo de 5 linhas), incluindo instituição e e-mail de contato.
6. Os títulos devem ser centrados, em caixa alta, tamanho 14 pt, negrito e subtítulos em negrito, tamanho 12pt.
7. Identificação do(s) autor(es) após o título, alinhado à direita, tamanho 12pt.
8. Os manuscritos deverão ter Resumo, Introdução, Desenvolvimento e Considerações Finais.
9. As referências devem ser formatadas no padrão APA (www.apa.org)
10. Notas de rodapé: colocar numeração automática, ao pé da página, alinhamento justificado, 10 pt. Sugerimos restrição no uso de notas de rodapé, por conveniência na diagramação.
11. Uso de Imagens: poderão ser incluídas fotos ou desenhos que ilustrem a narrativa. As imagens deverão estar em alta resolução (300 dpi).



Anexo 1 - ROTEIRO DA OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Projeto: Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do Amazonas

Objetivo: Avaliar os efeitos das informações e propor estratégias de prevenção da COVID-19 que dialoguem com os modos de vida da população.

Moderação: Equipe de Pesquisa do Projeto

Participantes: Profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), coordenação da Vigilância em Saúde, coordenação da Atenção Básica em Saúde, Gestão municipal.

Preparação do material e escolha do ambiente da oficina: O local onde será feita a oficina deve comportar todos os convidados. É importante que as cadeiras sejam móveis para organizar em roda ou formar grupos. O local pode ser fechado ou aberto, no entanto, é essencial que haja espaços para fixar os cartazes de cada etapa e que todos os participantes visualizem todas as etapas.

Materiais necessários:

- ✓ 10 folhas de papel madeira ou papel 40kg
- ✓ Tesoura
- ✓ Fita crepe
- ✓ Pinceis coloridos ponta grossa
- ✓ Tarjetas de 5 cores diferentes (Podem ser feitas de papel A4 colorido cortado ao meio)
- ✓ Tarjetas com os sinais: "STOP" (o grupo decidiu não aprofundar a discussão); "*" (problema central)
- ✓ Tarjetas com os títulos: PROBLEMAS, CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS OU EFEITOS, ÁRVORE EXPLICATIVA DE PROBLEMAS, AÇÕES, METAS/PRODUTOS.

A realização da Oficina

A. Acolhimento dos participantes

Realizar uma dinâmica ou exercícios de aquecimento (quebra-gelo):

Em uma folha de papel, o facilitador emite o comando para que cada participante desenhe uma parte do rosto. A cada rodada a folha de papel circula entre os participantes.

Ao final, solicitar que cada participante fale sobre sua percepção durante a dinâmica e dê um nome para sua obra de arte que deverá ser registrado no relatório. É importante que os participantes justifiquem o nome escolhido.

Enfatizar a obra coletiva, em que cada um realiza uma parte, contribuindo com o desenvolvimento do todo.

B. Identificação dos participantes

Solicitar que os participantes registrem em uma tarjeta NOME, FUNÇÃO/ATUAÇÃO, EXPECTATIVA

Em seguida, cada participante fixa as tarjetas no painel e começam as apresentações.

Ao final, o facilitador valoriza a diversidade dos participantes.

C. Identificação dos problemas

Intencionalidade: Estimular a identificação dos problemas decorrentes da pandemia no seu território e município.

Passo 1: Cada participante registra na tarjeta um problema no serviço relacionado à pandemia de COVID-19

É importante lembrar aos participantes:

1. Escrever só um problema por tarjeta;



2. Um problema NÃO É a ausência de uma solução, mas sim um estado negativo existente;
3. O problema pode ser uma barreira de acesso aos serviços e de informação.

Passo 2: Em seguida, estimular que o grupo faça a revisão dos problemas para agrupamento por temas. Identifique o PROBLEMA CENTRAL - O Problema central é aquele que representa o cerne da questão, em análise. Pode não ser o mais importante, em termos de atuação. Deve ser aglutinador. Devemos procurar nas suas causas, onde atuar. A identificação do problema central é um recurso didático para facilitar a análise das relações causa-efeito.

Passo 3: Construção da Árvore explicativa dos problemas

- a. Identificar e organizar as CAUSAS imediatas abaixo do problema central e as das causas mediatas, abaixo dessas e assim por diante, através de um encadeamento lógico de causa-efeito;
 - b. Construir um diagrama, em forma de ÁRVORE, situando os problemas com suas relações de causa-efeito. O caule será o PROBLEMA CENTRAL; as raízes CAUSAS; a copa EFEITO/CONSEQUÊNCIAS;
 - c. Definir os EFEITOS/CONSEQUÊNCIA do problema central
 - d. Organizar os EFEITOS/CONSEQUÊNCIA
- e. Examinar a árvore de problemas, verificando se as relações de causa-efeito estão corretas e se é necessário acrescentar alguma causa e/ou efeito/consequência importante.

Passo 4: Elaboração do plano para a resolução dos problemas

Com base no problema central e nas causas identificadas serão formulados objetivos (O), e para cada objetivo serão formuladas ações (A) e metas/produtos (M).

Por exemplo, se o problema é “Falta de comunicação entre os setores”, os demais serão:

(O1) Promover a comunicação institucional entre gestores e trabalhadores de saúde.

(A1) Realização de encontros de equipe para discutir ideias e soluções;

(M1) Incluir na agenda da unidade 1 encontro de educação permanente por mês. Observar que as metas devem ter prazos específicos para acontecerem.

(P1) Elaborar 1 catálogo de cards com informações sobre a COVID-19 para inclusão semanal na nas redes sociais

(P2) Produzir 6 vídeos informativos por semestre sobre discussão de casos pela equipe de saúde por semestre

D. Sistematização das Demandas (modelo de Matriz)

O preenchimento da matriz é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do planejamento. Deve-se buscar o maior detalhamento possível visando evitar o imprevisto e a assegurar a execução das ações por intermédio dos responsáveis no prazo estabelecido e com os recursos disponíveis.

Objetivos	Matriz		
	Ação	Metas	Produtos

Após a oficina

O facilitador solicita aos participantes que escrevam na tarjeta uma frase sobre uma experiência marcante na Pandemia. Em seguida, cada participante lê sua tarjeta e conta sua experiência. Após, a exposição o facilitador solicita que cada participante escreva a experiência (de 2 a 5 laudas) e envie para o e-mail do lahpsa.saladeaula@gmail.com. No momento do envio, indicar o nome e o município.

Avaliação da oficina (Que bom, Que Pena e Que Tal)

Após a realização da oficina, uma estratégia de avaliação ou feedback dos participantes é a técnica “que bom, que pena, que tal”. Cada participante escreve em uma tarjeta o que para si corresponde as tarjetas “que bom”, “que pena” e “que tal”.

ANEXO D – Roteiro de entrevistas

2ª FASE

Nº: 2022 - _____G

Título Pesquisa: Prevenção e controle da COVID-19: a transformação das práticas sociais da população em territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde no Estado do

Roteiro de Entrevista - Profissionais de Saúde e Gestores

- **Data da entrevista:**
- **Entrevistador(a):**

I – Perfil do entrevistado

Código ID:

Município:

Estado:

BLOCO A**Informações sociodemográficas**

1 Nome completo:

2 Unidade/Equipe:

3 Sexo: Feminino Masculino Não Binário Outro NR

4 Data de nascimento: Responder no formato: dd//mm/aaaa.

5 Qual o seu grau de escolaridade?

 Não escolarizado (a) Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Técnico incompleto Técnico completo Superior incompleto Superior completo

6 Qual é sua situação de contratação do trabalho atual?

- Servidor Efetivo
- Cargo Comissionado
- Bolsista
- Celetista
- Outros

7. Qual a sua profissão/ocupação?

8. Qual a sua função/cargo?

BLOCO B

Informações pessoais e familiares sobre COVID-19

9. Contraindo o COVID-19?

- Sim Não Não sabe

10. Apresentou sintomas?

- Sim Não

Quais?

11 Alguém da família foi contaminado?

- Sim Não Não sabe

12 Você ou alguém da família precisou ser internado?

- Sim Não Não sabe

13 Durante o período em que teve COVID-19, você ou alguém da família precisou de cuidados psicológicos?

- Sim Não Não se aplica

14. Algum colega de trabalho faleceu de Covid-19?

- Sim Não

15. Tomou as doses da vacina?

- Duas doses e dose de reforço
- duas doses
- uma dose

- () nenhuma dose
- () Não quer responder

BLOCO C

Transformações sociais devido à COVID-19

16. Houve mudanças nos processos de trabalho durante a Pandemia de Covid-19? Se sim, pode indique as mudanças?

- 17 O seu local de trabalho ofereceu curso, treinamento ou espaço de conversa sobre a organização do trabalho para o enfrentamento à Covid-19? Pode exemplificar?

- 18 Que estratégias de Educação/Comunicação em saúde a equipe utilizou no território para prevenção da Covid-19 junto à população?

19. Na sua opinião, quais foram as mudanças sociais de maior impacto para a população do seu território no enfrentamento à pandemia?

20. Houve alguma ação de mobilização da população no seu território de solidariedade recíproca para o enfrentamento à pandemia? Qual(is)?

20. Na sua opinião, quem mais sofreu ou ficou mais vulnerável com a pandemia?

21. O serviço de saúde no qual você atua desenvolveu alguma ação de apoio específica à população mais vulnerável? Qual(is) ?

22. O que aprendemos com a pandemia?

23. O que faltou para que os serviços de saúde pudessem ser mais resolutivos no enfrentamento da pandemia? O que erramos enquanto profissionais de saúde?

24. Alguma questão a acrescentar?