



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA  
COVID-19 NA CIDADE DO RECIFE: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES CLÍNICA,  
SOCIAL, SUBJETIVA E DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Bianca Carvalho de Assis

Recife

2024

Bianca Carvalho de Assis

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA  
COVID-19 NA CIDADE DO RECIFE: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES CLÍNICA,  
SOCIAL, SUBJETIVA E DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Projeto de pesquisa para Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Bernadete Perez Coêlho

**Coorientadora:** Gabriella Morais Duarte Miranda

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Assis, Bianca Carvalho de.

A atenção primária à saúde no enfrentamento à pandemia de covid-19 na cidade do Recife: uma análise das dimensões clínica, social, subjetiva e de vigilância à saúde / Bianca Carvalho de Assis. - Recife, 2025.

102f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Orientação: Bernadete Perez Coêlho.

Coorientação: Gabriella Morais Duarte Miranda.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Atenção Primária à Saúde; 2. Pandemia por Covid-19; 3. Território Sociocultural; 4. Subjetividade. I. Coêlho, Bernadete Perez. II. Miranda, Gabriella Morais Duarte. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

Bianca Carvalho de Assis

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA  
COVID-19 NA CIDADE DO RECIFE: UMA ANÁLISE DAS DIMENSÕES CLÍNICA,  
SOCIAL, SUBJETIVA E DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Projeto de pesquisa para Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Bernadete Perez Coêlho

**Coorientadora:** Gabriella Morais Duarte Miranda

Aprovada em: 04 de outubro de 2024

BANCA EXAMINADORA

---

Maria Rita Donalísio

---

Petrônio José de Lima Martelli

Dedico este trabalho às profissionais de saúde que atuaram no enfrentamento à pandemia de covid-19, lidando com os novos desafios em saúde e, além, com a incerteza e insegurança perante a doença e a morte.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às profissionais que estiveram ao meu lado nos anos mais assombrosos da minha vida profissional, atuando na linha de frente da covid-19, de 2020 a 2021, na Unidade Básica de Saúde Francisco Pereira Lima em Arapiraca, Alagoas.

Agradeço às trabalhadoras e usuárias que aceitaram participar dessa pesquisa e rememorar um período tão desafiador quanto doloroso, a fim de produzir não apenas um registro do período, mas uma análise que aponta aprendizados para um futuro.

Agradeço aos colegas, professores e corpo administrativo do PPGSC UFPE, que contribuíram diretamente para a minha formação como mestre.

Agradeço às professoras Bernadete Perez e Gabriella Moraes pelo acolhimento e orientação, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

Por fim, agradeço a meu companheiro, minha família e meus amigos que foram abrigo e desembocadura de todos os sentimentos que escrever este trabalho suscitou e suscitará em mim.

*“Venho dias a fio  
De medo em medo  
De nada em nada  
Volto igual à ida  
Não fui ferida  
Não fui curada [...]”*

*May Honorato, Primeiro diário da água, p. 46*

## RESUMO

A pandemia de covid-19 deflagrada em março de 2020 provocou uma crise sanitária que extrapolou o campo da saúde, com impactos severos na organização da sociedade, agravando crises nas esferas econômica, política e social. Entendida como sindemia, a crise amplificou a carga de doenças nas populações, gerando novos desafios em saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), capilarizada nos territórios mais vulneráveis do país, encontra-se em lugar privilegiado e guarda atributos fundamentais para abordagem dos problemas emergentes e agravados pela sindemia. O objetivo deste estudo foi analisar as respostas da APS da cidade do Recife no enfrentamento à pandemia de covid-19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância. Trata-se de um estudo de caso, de método qualitativo, que analisa a atuação da APS nos territórios periféricos do Recife, por meio de entrevistas em profundidade com usuários e profissionais de unidades de saúde da família (USF), durante os anos de 2020 e 2021. As respostas da APS do Recife à pandemia de covid-19 foram de cunho assistencial, individual e curativista, com centralização dos atendimentos de covid-19 e descontinuidade dos serviços ofertados tradicionalmente pela ESF que durou mais de um ano. As estratégias de avaliação e comunicação de riscos foram heterogêneas e incipientes, demonstrando o enfraquecimento da orientação comunitária e como a vigilância à saúde se colocou apartada dos territórios. Por outro lado, foi notável o protagonismo dos profissionais da USF no âmbito da imunização para covid-19 e a relevância da articulação da USF com setores da sociedade como apoio para famílias e indivíduos em vulnerabilidade. Conclui-se que as equipes de ESF vinculadas aos seus territórios, quando fortalecido o atributo de orientação comunitária, foram capazes de gerar estratégias criativas e eficientes para dirimir os efeitos da emergência sanitária, apontando para necessidade de retomada do investimento e construção permanente do SUS universal e robusto, orientado pela APS integral e de orientação comunitária na produção da saúde e defesa da vida.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde, Pandemia por Covid-19, Subjetividade, Território Sociocultural.

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic that broke out in March 2020 caused a health crisis that went beyond the health field, with severe impacts on the organization of society, worsening crises in the economic, political, and social spheres. Understood as a syndemic, the crisis amplified the burden of disease in the population, generating new health challenges. Primary Health Care (PHC), spread across the most vulnerable areas of the country, is in a privileged position and holds fundamental attributes for addressing the emerging problems aggravated by the syndemic. The objective of this study was to analyze the responses of PHC in the city of Recife in confronting the COVID-19 pandemic in the clinical, social, subjective, and surveillance dimensions. This is a case study that analyzes the performance of PHC in the peripheral territories of Recife during the years 2020 and 2021, through in-depth interviews with users and professionals from family health units (USF). The responses of the Recife Primary Health Care System to the COVID-19 pandemic were of an assistance-based, individual and curative nature, with the centralization of COVID-19 care and the discontinuation of services traditionally offered by the Family Health Strategy (ESF), which lasted for more than a year. The strategies for risk assessment and communication were heterogeneous and incipient, demonstrating the weakening of community guidance and how health surveillance was separated from the territories. On the other hand, the leading role of USF professionals in the context of COVID-19 immunization was notable, as was the relevance of the USF's articulation with sectors of society as support for vulnerable families and individuals. It is concluded that when the attribute of community guidance was strengthened, the ESF teams linked to their territories were able to generate creative and efficient strategies to mitigate the effects of the health emergency, indicating the need to resume investment and permanently build a universal and robust Unified Health System (SUS), guided by comprehensive Primary Health Care and community guidance in the production of health and defense of life.

**Keywords:** Primary Health Care, Covid-19 Pandemic, Subjectivity, Territory.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação brasileira de saúde coletiva

ACS – Agente comunitário de saúde

ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AIDS - AcquiredImmuneDeficiency Syndrome (síndrome da imunodeficiência adquirida)

APS – Atenção primária à saúde

CaSAPS – Carteira de serviços da atenção primária a saúde

CIS – comunidade de interesse social

Covid-19 – Coronavírus disease 19

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

ESF – Estratégia de saúde da família

EPI - Equipamentos de proteção individual

HIV – HumanImmunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MERS-CoV - Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

MST – Movimento dos trabalhadores Rurais sem Terra

NASF – Núcleo de apoio a saúde da família

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PEC – Proposta de emenda constitucional

PIB – Produto interno bruto

PNAB – Política nacional de atenção básica

PNI – Programa nacional de imunização

PSF – Programa de saúde da família

Sars-CoV-2 - SevereAcuteRespiratory Syndrome Coronavirus 2

SRAG – Síndrome respiratória aguda grave

SUS – Sistema único de saúde

OMS – organização mundial de saúde

OPAS – organização panamericana de saúde

UBS – Unidade básica de saúde

UBT – Unidade básica tradicional

USF – Unidade de saúde da família

UPC-AB – Unidade Provisória Centralizada de Atenção Básica - Covid-19

UTI – Unidade de terapia intensiva

VS – Vigilância à saúde

ZEIS – Zonas especiais de interesse social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>17</b>
<b>3 PRESSUPOSTO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>4 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
5.1 OBJETIVO GERAL.....	20
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>6 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
6.1 O AGENTE INVISÍVEL AVANÇANDO FRONTEIRAS.....	21
6.2 A COVID-19 PARA ALÉM DA DIMENSÃO BIOLÓGICA.....	23
6.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB ATAQUE NA CHEGADA DO VÍRUS AO BRASIL.....	26
6.4 A APS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19: UMA MIRÍADE DE CONCEPÇÕES.....	29
6.4.1 A APS Subestimada e Restrita a Dimensão Clínica da Pandemia.....	30
6.4.2 A Vigilância à Saúde Pautada na Contagem de Casos e Gestão Individual dos Riscos.....	33
6.4.3 Os Sujeitos e os Territórios na Proposição de Respostas Eficientes às Emergências Sanitárias.....	36
6.5 AS RESPOSTAS DA APS À PANDEMIA DE COVID-19 NO RECIFE: A QUEM SERVE AS “SOLUÇÕES” TECNOLÓGICAS?.....	39
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	<b>43</b>
7.1 DESENHO DO ESTUDO.....	43
7.2 LOCAL DO ESTUDO.....	44
7.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	44
7.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	45
7.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
8.1 A CLÍNICA E SEUS DISPOSITIVOS E FERRAMENTAS UTILIZADOS NA REORGANIZAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19..	50
8.2 VIGILÂNCIA À SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE EM SUA INTERFACE COM OS TERRITÓRIOS.....	58
8.3 O SOCIAL E O SUBJETIVO NA SUA DINÂMICA COM OS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE NA CRISE SANITÁRIA.....	66
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>74</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>88</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>91</b>
<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020 provocou uma reorganização dos modos de viver e de se promover o cuidado em saúde (OMS, 2020). A simples disseminação do vírus Sars-Cov-2 e o consequente aumento da incidência da covid-19, no entanto, não explicam os efeitos amplificados da infecção pelo novo coronavírus na morbimortalidade das populações e os impactos sociais, econômicos e políticos da epidemia (Junior; Santos, 2021). Nesse sentido, Richard Horton (2021) afirma que "[...] a covid-19 não é uma pandemia. Ela é uma sindemia".

O conceito de sindemia aponta para uma compreensão mais ampla dos impactos da epidemia, pois leva em conta não apenas a ocorrência simultânea de morbidades, mas seus efeitos sinérgicos na saúde das populações. A interação entre a covid-19 e morbidades pré-existentes, como hipertensão, diabetes, obesidade, depressão e ansiedade e doenças negligenciadas, são ainda agravadas por contextos sociais de maior vulnerabilidade e potencializam as consequências clínicas e sociais resultantes (Rod; Hulvej Rod, 2020).

O dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) sobre a pandemia, ratificando esta compreensão, compila os efeitos catastróficos da epidemia no Brasil e denuncia a incidência desigual de casos e óbitos por covid-19 no contexto interno do território nacional. Destaca que o país é o segundo em número de óbitos pela doença no *ranking* mundial e que as populações vulnerabilizadas da periferia dos grandes centros urbanos e dos municípios mais pobres sofreram desproporcionalmente os impactos da covid-19 como óbitos, fome e desemprego, especialmente na região norte e na população preta (Abrasco, 2022).

Em se tratando especificamente da cidade do Recife, Pernambuco, um estudo realizado por Bitoun *et al.* (2021) para identificar a distribuição territorial da pandemia na cidade evidenciou a mesma discrepância de impacto da doença. A pesquisa concluiu que houve maior letalidade por covid-19 e menor resposta dos serviços de saúde nos bairros com maior proporção de áreas classificadas como comunidades de interesse social (CIS). Para a Prefeitura da Cidade do Recife (Recife, 2016), as CIS são áreas normalmente caracterizadas por conter assentamentos precários, onde os indicadores de renda *per capita*, esgotamento sanitário, escolaridade são mais baixos e onde há maior ocupação de população preta.

Esses cenários, representados por guetos urbanos nas palavras de Milton Santos (2002), em decorrência dos desafios impostos pelas carências – materiais, política e de cidadania – contêm diversidade socioespacial e maior proximidade e interdependência das relações entre os sujeitos. A maior intensidade das interrelações teria potencialidade de produzir solidariedade, laços culturais, identidade e mudanças. Nas grandes cidades, sobretudo nos países subdesenvolvidos, a precariedade induziria maior agitação e comunicação, dotando esses guetos de grande capacidade de adaptação, sustentadas em seu próprio meio geográfico.

É justamente nos territórios que o processo saúde doença pode ser melhor compreendido, avaliado e transformado (Starfield, 2002; Gondim; Monken, 1997). A Atenção Primária à Saúde (APS), considerada eficiente porta de entrada de sistemas universais de saúde, está capilarizada nos territórios mais vulneráveis do país, encontrando-se em lugar privilegiado para abordagem de problemas complexos e que, por conseguinte, requerem respostas também complexas, integradas e intersetoriais (Macinko; Mendonça, 2018; Giovanella *et al.*, 2020a; 2021; Junior; Santos, 2021).

A fim de atender às necessidades emergentes, a APS experimentou mudanças no processo de trabalho e na oferta de serviço durante a pandemia, desde a promoção à saúde e prevenção de doenças, na atenção assistencial, e nas ações de vigilância à saúde. Em diversos cenários foi possível observar que essas mudanças foram heterogêneas e consideraram as subjetividades e necessidades dos territórios e regiões (Opas, 2021, Vieira-Meyer *et al.*, 2023). Entretanto, autores apontam que a APS foi subestimada, preterida na estratégia nacional de enfrentamento da pandemia em detrimento à abordagem hospitalocêntrica, curativista e biologicista, dirigida à aquisição de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) e ventiladores mecânicos, em ações fragmentadas e descoordenadas (Giovanella *et al.*, 2020b; 2021; Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022; Abrasco, 2022).

Em Recife, a secretaria municipal de saúde produziu uma série de recomendações referentes à covid-19 direcionada à APS, materializadas em protocolos, notas técnicas e informes. A rede de APS foi reorganizada, centralizando os atendimentos de casos suspeitos de covid-19 em unidades de referência (Recife, 2020a). Foi desenvolvido um sistema de prontuário eletrônico próprio para assistência a pessoas com síndrome gripal nessas unidades, o ‘Atende APS’ (Recife, 2020b). A gestão ainda operacionalizou um serviço de telessaúde com ‘teleorientação’, ‘telemonitoramento’ e

‘teleacolhimento’ no apoio a questões de saúde relacionadas à covid-19, o ‘Atende em Casa’ (Magalhães *et al.*, 2021).

As recomendações e mudanças foram notadamente focadas na dimensão biológica da doença e na contagem de casos, quando não, adicionavam dificuldades no acesso a testes e vacinação através do uso de aplicativos e *smartphones*. Ademais, as orientações tiveram pouca ênfase na vigilância em saúde e nas singularidades dos territórios e, portanto, mostraram-se distantes das necessidades de saúde reais das pessoas e comunidades (Santana; Medeiros; Monkey, 2021).

Diante do exposto, é importante aferir como os serviços de atenção primária à saúde da cidade do Recife se voltaram para produção da saúde e operacionalização das recomendações sanitárias durante os momentos críticos da pandemia de covid-19 nos mais diversos contextos sociais. É fundamental, nesse caminho, lançar o olhar em busca de ações comunitárias e territorializadas que se preocuparam em encarar a pandemia em suas diversas faces. Assim, essa pesquisa teve como pergunta condutora: *Como ocorreu a operacionalização das respostas da atenção primária à saúde da cidade do Recife no enfrentamento da pandemia de covid-19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância?*

## 2 JUSTIFICATIVA

A pesquisa pretendeu revelar as potencialidades da atenção primária à saúde na elaboração de estratégias de enfrentamento à emergência sanitária imposta pela síndrome de covid-19 em sua interface com as singularidades dos territórios vulneráveis da cidade do Recife.

Buscou responder a questões relevantes já colocadas em estudos anteriores, realizados por Santana, Medeiros e Monkey (2021), Bitoun *et al.* (2021) e Magalhães *et al.* (2021), sobre como se deu a operacionalização das recomendações indicadas pelas entidades sanitárias no combate à pandemia nos mais diversos contextos socioculturais da cidade do Recife. Este estudo possibilitou o olhar retrospectivo da pesquisadora para um momento histórico e de vida singulares na produção de cuidados dentro dos serviços de APS enquanto profissional do que se convencionou chamar ‘linha de frente da pandemia de covid-19’.

A pesquisa realizou um estudo que pretendeu compreender a percepção de usuários e trabalhadores da saúde a respeito da produção da saúde no período estudado em uma pesquisa de método qualitativo. A pesquisadora optou por incluir os usuários do sistema único de saúde (SUS) como importante interlocutor e fonte de informações.

A pesquisadora reconhece a dificuldade de se examinar as consequências que uma situação epidêmica causa na sociedade e seus impactos nos serviços de saúde. Mas, ao compreender como se deu o processo de organização da APS no enfrentamento a pandemia em cenários vulneráveis, esta pesquisa pôde encontrar respostas, soluções criativas e territorializadas, para o enfrentamento a emergências sanitárias do presente e do futuro.

### 3 PRESSUPOSTO TEÓRICO

A pesquisadora partiu do pressuposto teórico que as respostas da atenção primária à saúde no enfrentamento à pandemia de covid-19 nos territórios vulneráveis da cidade do Recife reproduziram a abordagem hegemônica de cunho biologicista, de assistência individual e curativista, com desvalorização das estratégias de vigilância à saúde, da abordagem comunitária e das ações intersetoriais. O que pôde ser presumido a partir das recomendações publicizadas pela gestão municipal, como: os protocolos clínicos, que se ativeram a reorientação da APS para atendimento e monitoramento de casos leves da doença; a opção institucional de centralização dos atendimentos de casos suspeitos de covid-19 em unidades especiais (UPC-AB); o redirecionamento dos profissionais da APS para as UPC-AB, retirando-os de seus territórios; a criação de prontuário específico para registros de atendimento de síndrome gripal e covid-19, restringindo o compartilhamento de informações com as equipes territorializadas (Santana; Medeiros; Monkey, 2021); o agendamento de testes rápidos para covid-19 e vacinação contra a doença realizados através de aplicativo de *smartphone*, o ‘Atende em casa’ e o ‘Conecta Recife’; e o estabelecimento de um serviço de telessaúde voltado para covid-19, fragmentando as ações de vigilância na APS produzindo um sem número de pessoas excluídas dos processos digitais em decorrência das vulnerabilidades e desigualdades sociais presentes na cidade (Sarti *et al.*, 2020; Magalhães *et al.*, 2021; Recife, 2021; Prado *et al.*, 2023).

A pesquisadora acreditava, ainda assim, ser necessário conhecer a diversidade de organização e reestruturação da APS a nível local, e pressupôs que era possível identificar estratégias comunitárias, baseadas no vínculo com as comunidades, na construção de vigilância de pessoas e comunidades e medidas de prevenção e promoção adequadas às singularidades de cada território. A pesquisadora esteve apoiada em diversos autores que se ocuparam em mapear experiências exitosas no enfrentamento a pandemia e suas consequências, como Opas (2021) no documento “APS Forte no SUS”, a Abrasco (2022) em seu Dossiê “Pandemia de covid-19” e a Redes da Maré no Relatório “Uma experiência de inovação e mobilização em saúde durante a pandemia” (2022), além de experiências locais comunitárias vistas nas Campanhas Mãos Solidárias e Periferia Viva (Bezerra, 2020).

#### 4 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

Parte-se da necessidade de realizar primariamente a análise de implicações da pesquisadora com seu objeto de pesquisa. Reconhecer a íntima relação entre a pesquisadora e seu objeto ajuda a construir um caminho metodológico cauteloso, com postura crítica em face dos conteúdos trabalhados no decorrer da pesquisa. Ao mesmo tempo, as opções metodológicas possibilitam trabalhar essa relação e seu caráter subjetivo como componente qualitativo fundamental para análise e interpretação dos resultados da pesquisa da forma mais objetiva possível (Coêlho, 2015).

A implicação se debruça em revelar a relação entre a pesquisadora e a organização avaliada que ocorre no contato entre os sujeitos e as instituições e nas vinculações entre eles. A análise de implicação é, portanto, a compreensão da interação entre as partes envolvidas no processo de pesquisa (Lourau, 2004; Martins, 2017). Assim, analisar as implicações nesta pesquisa significa dizer que a pesquisadora:

- I. Trabalhou na linha de frente contra a covid-19 durante todos os períodos da pandemia, planejando e executando as mudanças na organização física e nos fluxos de assistência das unidades de saúde da família onde esteve lotada, inicialmente no agreste alagoano e depois na capital pernambucana;
- II. É vinculada à prefeitura do Recife como médica de família e comunidade da atenção primária à saúde, sob regime estatutário, lotada em uma equipe de saúde da família no distrito sanitário IV, empenhada na construção arraigada dos atributos e princípios da atenção primária e do SUS dentro dos serviços de saúde;
- III. Atuou como plantonista em uma UPC-AB COVID-19 na cidade do Recife nos últimos meses da pandemia de covid-19.
- IV. Tem identidade teórico-política com autores da saúde coletiva e defensores do SUS;
- V. Escolheu investir em uma formação profissional e acadêmica voltada aos cuidados primários e à saúde coletiva.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as respostas da atenção primária à saúde no enfrentamento à pandemia da covid-19 na cidade do Recife nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os dispositivos e ferramentas da clínica utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento da pandemia de covid-19;
- Avaliar os dispositivos da vigilância à saúde utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento dos problemas de saúde no contexto da pandemia em sua interface com os territórios;
- Analisar a percepção dos usuários e profissionais da saúde a respeito das ações da APS no âmbito da promoção, prevenção, assistência, vigilância à saúde e suporte social no contexto da pandemia de covid-19;
- Compreender a dinâmica dos processos subjetivos e sociais no cuidado em saúde em face da crise sanitária.

## 6 REVISÃO DA LITERATURA

### 6.1 O AGENTE INVISÍVEL AVANÇANDO FRONTEIRAS

Em meados de dezembro de 2019, profissionais de saúde da cidade de Wuhan, província de Hubei na China, notificaram o aumento de casos de pneumonia de causa desconhecida com alto potencial de gravidade. No dia 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas anunciaram a identificação de uma nova cepa de coronavírus, o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2* (Sars-CoV-2), responsável pela infecção respiratória aguda, chamada agora de *Coronavirus Disease 2019* (covid-19) (OMS, 2020).

Em virtude de sua alta transmissibilidade e potencial de gravidade, a covid-19 logo tornou-se foco de preocupação internacional. A OMS, em 30 de janeiro de 2020, declarou estado de emergência de saúde pública de importância internacional II e, em 11 de março de 2020, reconheceu a covid-19 como uma pandemia (OMS, 2020). A pandemia de covid-19 converteu-se em pouco tempo no maior evento histórico do início do século XXI, produzindo uma crise sanitária sem precedentes com severos impactos econômicos, políticos e sociais (OMS, 2020; Singh *et al.*, 2021).

Nesse período, as recomendações internacionais giraram em torno da interrupção da propagação do vírus, com foco em investimentos maciços dos sistemas de saúde e governos, incluindo: vigilância ativa, detecção precoce, isolamento e gerenciamento de casos, rastreamento de contatos e prevenção da disseminação progressiva da infecção por Sars-CoV-2, além do distanciamento social adequados aos riscos locais. Ademais, a organização advogou pelo investimento em pesquisa científica em relação ao novo coronavírus, especialmente no desenvolvimento de vacinas e medicamentos antivirais. E ressaltou a necessidade de um esforço coordenado global com espírito de solidariedade e cooperação internacional para o apoio de regiões mais vulneráveis do mundo, que mais tarde se revelou insuficiente (Abrasco; Cebes; Rede Unida, 2020; Opas, 2020b).

A alta transmissibilidade do vírus, sua capacidade de contágio em estágios pré-sintomáticos ou assintomáticos e as desinformações circulantes nas redes sociais facilitaram a sua rápida propagação e dificultaram medidas de proteção e contenção da doença. Isso em um mundo globalizado, marcado pelo alto grau de integração socioeconômica entre os países e pelo intenso fluxo de pessoas contribuiu para que, ainda

no primeiro semestre de 2020, a covid-19 tivesse atingido 187 países (Capiolo *et al.*, 2020; Abrasco, 2022).

Apesar das coronavíroses poderem apresentar-se como um resfriado comum, nas últimas décadas foi observado o desenvolvimento de situações clínicas de grande relevância relacionadas às coronavíroses, como o surto de síndrome respiratória aguda pelo Sars-CoV em 2002, também iniciado na China, e pelo surto de síndrome respiratória do Oriente Médio causada pelo *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV) em 2012 (Giannis; Ziogas; Gianni, 2020; Wu; Mcgoogan, 2020).

A covid-19 se manifesta como doença leve na maioria dos casos, com febre, tosse seca e dor de garganta, mas até 14% das pessoas infectadas desenvolverão doença mais grave com necessidade de oxigenoterapia e 5% precisarão de internação em unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica por pneumonia grave ou síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A taxa de letalidade da doença gira em torno de 1%, maior que a gripe sazonal, sendo maior nos idosos e nos portadores de doenças crônicas de alta prevalência, como cardiopatias, obesidade e diabetes, representando grave ameaça a vida das populações (Giannis; Ziogas; Gianni, 2020; Guo *et al.*, 2020; Wu; Mcgoogan, 2020).

Neste cenário de propagação simultânea, alta infectividade e virulência, as respostas internacionais à crise sanitária emergente foram insuficientes para conter a pandemia. A crise sanitária criou demandas extraordinárias e sustentadas com sobrecarga dos serviços de saúde, que geraram escassez e racionamento de recursos em vários países e regiões (Díaz-Castrillón; Toro-Montoya, 2020; Capiolo *et al.*, 2020). O impacto nos sistemas de saúde em todo o mundo levou a interrupções nos programas e serviços de saúde, que persistiram por mais de um ano após deflagração da pandemia em aproximadamente 90% dos países (OMS, 2022).

As medidas adotadas para mitigação da crise focadas na interrupção da cadeia de transmissão se mostraram restritas e foram incapazes de dirimir seus impactos. Várias regiões do globo observaram retrações econômicas, aumento da pobreza, crises políticas e deterioração das condições sociais (Oliu-Barton *et al.* 2021; Souza, 2021). Os efeitos catastróficos da pandemia incidiram mais gravemente em populações com piores condições socioeconômicas (Alicandro; Gerli; La Vecchia, 2023; Cestari *et al.*, 2021; Matta *et al.*, 2021; Motairek *et al.*, 2022). E após dois anos de pandemia de covid-19, o mundo registrou 286,51 milhões de casos e 5,46 milhões de mortes pela doença (Abrasco, 2022).

## 6.2 A COVID-19 PARA ALÉM DA DIMENSÃO BIOLÓGICA

Na tentativa de oferecer um modelo conceitual que melhor explica os impactos da pandemia de covid-19 para além do campo da saúde, Richard Horton, em um editorial da revista científica *The Lancet*, afirma que a covid-19 é uma sindemia.

O conceito de sindemia foi introduzido na década de 1990 por Merrill Singer para melhor caracterizar a crise social estabelecida nos Estados Unidos da América (EUA) durante a epidemia de HIV/Aids desde a década anterior (Singer; Clair, 1994). Acertadamente, o autor apontava que o viés biologicista, que versava sobre os efeitos da infecção do vírus no corpo humano, não dava conta de explicar a crise sanitária e tão pouco oferecia instrumentos para enfrentá-la. Singer alertava, à época, para importância da relação entre a epidemia de HIV/Aids, a violência, o abuso de drogas e a pobreza na periferia dos centros urbanos americanos. O autor defendia que é necessário superar a compreensão biologicista e considerar a interação entre as doenças, as forças políticas, sociais e econômicas em questão e as condições ambientais que contribuem para o desenvolvimento dos problemas de saúde emergentes. O resultado da dinâmica interativa entre a doença e o contexto social se revelaria, assim, maior que a soma dos fenômenos isolados (Singer; Clair, 2003).

O conceito de sindemia dialoga com elementos do conceito de determinação social da saúde, desenvolvida por correntes latino-americanas da saúde coletiva na década de 1970 (Breilh, 2013). A determinação social da saúde está alicerçada numa perspectiva teórico política de classe, de modo que, em uma sociedade de classes, as relações estabelecidas entre as classes dominantes e a classe trabalhadora determinam o acesso à proteção e à exposição aos riscos de adoecer (Laurell, 1982; Albuquerque e Silva, 2014). O pensamento crítico latino-americano propõe, portanto, analisar o estabelecimento das enfermidades a partir da relação entre adoecer e o modo de produção e organização social a que esse processo está sinergicamente relacionado e, em última instância, subordinado (Arouca, 1975; Breilh, 2013).

Os resultados da propagação do *Sars-CoV-2* seriam, portanto, mais bem explicados pela interação entre agravos pré-existentes e a covid-19, sendo agravadas por contextos sociais de maior vulnerabilidade. Para Junior e Santos (2021), “[...] a sindemia de covid-19 é fortalecida e ao mesmo tempo amplifica crises nas esferas política, econômica, social e ambiental, que se afetam mutuamente”. Dito de outra forma, a doença, individual ou coletiva, também para o caso da covid-19, seria um fenômeno

resultante da interação de forças políticas, econômicas e sociais. Anunciar a natureza sinérgica da covid-19 é, assim, reafirmar o caráter social do processo saúde doença implícito nas teorias latino-americanas (Souza, 2022).

Dessa forma, a presença de agravos em saúde, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, transtornos mentais comuns e doenças negligenciadas, constitui-se em fator de risco para forma grave da doença (Azadnajafabad *et al.*, 2021; Wu; Mcgoogan, 2020). No movimento inverso, a pandemia e as medidas para mitigação de seus efeitos aumentaram sobremaneira a prevalência de agravos em saúde e causaram impactos nos sistemas de saúde que tendem a dificultar, atrasar ou mesmo impedir os cuidados em saúde (Campiolo *et al.*, 2020). As populações que vivem em regiões com grandes desigualdades sociais convivem com maior prevalência de doenças crônicas e ambiente social precário que interagem para amplificar a morbimortalidade pela covid-19. Sinergicamente, a crise sanitária e o distanciamento social prolongado geraram instabilidade econômica e piora das condições de vida das populações (Islam *et al.*, 2021; Rod; Hulvej Rod, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021; Yadav *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2022; Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022; Saqib; Quereshi; Bult, 2023).

A covid-19 entendida como sindêmica, de caráter social, pede uma avaliação sistemática da pandemia que vá além da experiência biológica da infecção por *Sars-Cov-2*, que alcance o contexto social na chegada da pandemia ao Brasil. Em 2020, o país passava por um agravamento das condições sociais, com aumento da pobreza e do desemprego, provocados pela adoção de políticas neoliberais e abandono de uma agenda de seguridade social após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Em 2016, ocorre a promulgação da Emenda Constitucional 95, pelo presidente Michel Temer, conhecida como ‘PEC do Teto de Gastos’ ou ‘PEC da Morte’, que congela os investimentos públicos por 25 anos, e no ano seguinte a aprovação da Reforma Trabalhista com flexibilizações pró-mercado (Brasil, 2016b; Brasil, 2017a).

No final de 2018, a taxa de desocupação no Brasil subiu para 12,5% com aumento do contingente de trabalhadores informais, mais de um terço da população tinha restrição a esgotamento sanitário adequado, 54,8 milhões de brasileiros viviam abaixo da linha da pobreza, 43,4% das crianças e adolescentes até 14 anos viviam em domicílios pobres e 10,3 milhões de pessoas viviam em situação de insegurança alimentar grave (IBGE, 2020).

Esses problemas nas esferas sociais, econômicas e políticas são acentuados a partir de 2018, durante o governo do ultraliberal e ultraconservador Jair Bolsonaro. O presidente acresce às medidas de austeridade fiscal a adoção de um discurso meritocrático, violento e excludente como política de governo e acirra conflitos no âmbito privado da vida dos brasileiros. A conjuntura agravou os prejuízos sociais às populações historicamente marginalizadas e vulneráveis como os pobres, os negros, os quilombolas, os indígenas, as mulheres, a população em situação de rua e a população privada de liberdade (Abrasco, 2022).

No campo da saúde, é importante ressaltar que a implementação de um SUS verdadeiramente integral e universal, que dê conta de contornar as iniquidades, como impõe a constituição de 1988, já encontrava obstáculos no seu subfinanciamento histórico (Daumas *et al.*, 2020). A aprovação da ‘PEC do Teto de Gastos’ provocou de imediato o desfinanciamento do SUS agravando o acesso a bens e serviços de saúde de forma equânime no país (Daumas *et al.*, 2020; Sarti *et al.*, 2020).

O baixo financiamento do sistema é ainda espoliado pela intensa disputa dos recursos do SUS pelo setor privado da saúde. Em 2017, o país gastou 9,2% do PIB em saúde, sendo que desses 3,9% (42%) foi referente ao gasto público e 5,4% (58%) direcionado ao setor privado. Com menos da metade do investimento em saúde no país, o SUS representa a única possibilidade de acesso aos serviços de saúde para 71% dos brasileiros e atende usuários de planos e serviços privados na atenção de alta complexidade, como os transplantes, a hemodiálise e a garantia dos medicamentos de alto custo (Duarte; Eble; Garcia, 2018; IBGE, 2020).

O modelo compreensivo de sindemia junto à análise do contexto social brasileiro em 2020 conseguem explicar melhor a tragédia vivida pelo Brasil e sua posição no ranking de casos e óbitos por covid-19 no mundo. O Brasil ocupou o terceiro lugar em casos, antecedido pelos EUA e pela Índia, e o segundo lugar em óbitos, antecedido apenas pelos EUA, com uma taxa de mortalidade pela doença quatro vezes acima da média global. Na contramão, o agravamento da crise sanitária e suas medidas de mitigação, como o indispensável distanciamento social e paralisação das atividades econômicas, aprofundaram a crise econômica e social na qual o país estava imerso, aumentando a pobreza, a fome e a presença de desabrigados (Abrasco, 2022).

No editorial do *The Lancet* citado, Horton alerta que “o manejo restrito da característica biomédica e seus instrumentos utilizado por governos, acadêmicos e sociedade no enfrentamento da pandemia é insuficiente”. O quadro sindêmico destaca a

necessidade de uma abordagem multifacetada, integrada, intersectorial, que contenha respostas de saúde pública com responsabilidade social (Horton, 2020; Junior; Santos, 2021; Rod; Hulvej Rod, 2021). As respostas não podem, assim, restringirem-se ao setor saúde, demandam ênfase na redução das iniquidades sociais, devendo avançar paralelamente no desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que deem conta do caráter social da crise (Daumas *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2021; Junior; Santos, 2021).

Não obstante, foi possível observar que os países que obtiveram maior êxito no enfrentamento a pandemia foram aqueles com maior planificação e abrangência dos sistemas de saúde, com participação social e enfoque integral, que articularam ações desde o campo da saúde até intervenção econômicas e sociais de apoio às populações mais vulneráveis, mostrando seu compromisso com a proteção da vida das pessoas (Giovanella *et al.*, 2021; Haldane *et al.*, 2021). Destaque para Cuba, cujo sucesso das respostas à emergência sanitária contou com ênfase na participação social e intersectorialidade entre o campo da saúde e das organizações sociais para construir e definir estratégias de enfrentamento à propagação da pandemia e de suas consequências (Giovanella *et al.*, 2021; Prado *et al.*, 2023).

### 6.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB ATAQUE NA CHEGADA DO VÍRUS AO BRASIL

A APS foi proposta em Alma Ata como principal estratégia internacional para alcançar “saúde para todos nos anos 2000”. A APS foi definida como atenção ambulatorial de primeiro nível, abrangente e integral, de fácil acesso e de alcance universal de indivíduos, famílias e comunidades, com alta resolutividade no enfrentamento às necessidades de saúde das populações, custo-efetivas e com garantida participação social, indissociável do compromisso com o desenvolvimento econômico e social dos países e regiões (Alma Ata, 1978). A APS é considerada eficiente porta de entrada de sistemas universais de saúde e se organiza segundo seus atributos essenciais – acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – tendo como orientador de suas práticas a abordagem de foco familiar e comunitário com competência cultural. (Starfield, 2002).

Barbara Starfield descreve os atributos essenciais da APS, sendo (1) o **acesso e primeiro contato**, a capacidade dos serviços de primeiro nível de atenção estarem perto de onde as pessoas vivem e trabalham, sendo ponto de entrada preferencial do sistema de

saúde, com função de filtro para acesso aos serviços especializados; (2) a **longitudinalidade**, a atribuição de responsabilidade continuada pelo usuário ao longo da vida, facilitada pelo estabelecimento de vínculo entre este e a equipe de saúde; (3) a **integralidade**, o reconhecimento de uma saúde que abranja os aspectos biopsicossociais da vida humana e ofereça cuidados promocionais, preventivos, curativos e de reabilitação quando necessários, resolvendo a maior parte dos problemas em saúde dos indivíduos e garantindo encaminhamento à atenção especializada quando os recursos da APS forem insuficientes; (4) a **coordenação do cuidado**, a capacidade do nível primário guiar o usuário no sistema de saúde e organizar os cuidados em saúde ofertados por diferentes pontos da rede de atenção, conferindo à APS a capacidade de ordenar e estruturar os sistemas de saúde (Starfield, 2002).

A autora escreveu ainda sobre os atributos derivados da APS, que embora não sejam exclusivos, são fundamentais à sua organização. São eles: (1) a **orientação comunitária**, que diz respeito ao reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população adscrita na interface com seus contextos socioeconômicos e culturais, assim como a identificação dos recursos comunitários disponíveis para produção da saúde e a garantia da participação social na construção das práticas em saúde; (2) a **orientação familiar**, pois considera a família e suas dinâmicas como sujeito da atenção à saúde e (3) a **competência cultural**, no reconhecimento das características culturais distintas dos grupos sociais e das diferentes concepções e necessidades de saúde existentes em cada um deles (Starfield, 2002).

No Brasil, a reorganização dos serviços em saúde ocorreu no seio da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) no compasso do processo de redemocratização do país. A RSB encarou o setor saúde como importante propulsor do desenvolvimento e justiça social e como instrumento de proteção da vida. O movimento de reforma sanitária defendeu a saúde como ‘direito de todos e dever do estado’ e a criação do SUS universal, equânime e integral voltado para atenção primária à saúde, ideais que se inscreveram na constituição de 1988 (Cebes, 1979; Brasil, 1988).

A APS aparece com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde em vigência. Inicialmente seletiva e voltada a programas de prevenção, logo passa a ser entendida em seu caráter mais amplo, como conjunto de ações individuais e coletivas para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, articulada aos demais níveis de atenção e se propondo como estratégia de consolidação do SUS (Giovannella; Mendonça, 2012).

A atenção primária sofreu expansão a partir de 1994 em programas voltados para promoção e prevenção da saúde, direcionados a regiões mais vulneráveis do país, com destaque para as experiências exitosas dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 1998, houve a criação de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com características que fortaleciam os atributos da APS em um modelo substitutivo aos PACS e PSF.

A ESF se configura na forma mais sofisticada de APS no Brasil, formada por equipes multiprofissionais territorializadas, que planeja e executa ações integras e intersetoriais no âmbito da assistência e da vigilância à saúde, com abordagem de foco familiar e comunitário, com responsabilidade sobre a população adscrita e com capacidade de reorientar e reestruturar o sistema de saúde (Giovanella; Mendonça, 2012; Macinko; Mendonça, 2018).

Nesse caminho, a APS foi instituída como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na PNAB, a ESF é reconhecida como principal modelo para APS estabelecendo maior aporte financeiro aos municípios na aquisição de equipes, fomentando sua expansão (Brasil, 2006). A implementação e expansão da ESF causou impactos expressivos na saúde da população brasileira, estando associada ao melhor desempenho dos serviços de saúde quando comparado a atenção básica tradicional. A ESF destaca-se positivamente nos quesitos acesso e utilização dos serviços de saúde para população, fortalece os atributos de equidade e integralidade na prestação de cuidados, proteção financeira do sistema de saúde e qualidade e eficiência demonstrados na redução de morte materno-infantil e mortalidade/hospitalização por condições sensíveis a atenção primária (Macinko; Mendonça, 2018).

A partir de 2016 foi percebida uma onda de contrarreformas do setor sanitário e social no país com o impeachment da presidenta da república, pertencente ao partido dos trabalhadores, Dilma Rousseff. Em 2017, é lançada a nova PNAB que instituiu mudanças importantes no modelo de atenção à saúde, financiando e flexibilizando a implantação de outros modelos de organização da atenção básica que não a ESF (Brasil, 2017a). Em 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil que definiu uma nova forma de financiamento da atenção primária, substituindo o financiamento *per capita*, de acordo com o número de habitantes do município referido pelo IBGE, pela capitação e cadastro de usuários pelas equipes. No mesmo ano, foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), ente privado e paraestatal cujo objetivo principal

é gerir a alocação de pessoal e promover a execução de políticas de desenvolvimento da APS (Brasil, 2019a). Em seguida, foi proposta a Carteira de Serviços para APS com o objetivo de estabelecer uma cesta restrita de serviços a serem ofertados a partir desse nível de atenção (Brasil, 2019b).

O Prevíne Brasil, a ADAPS e a CaSAPS em conjunto estabelecem uma série de mudanças que reorientam o modelo de assistência à saúde brasileiro, de abordagem comunitária e territorial para clínico e individual com ênfase na doença e em procedimentos. O novo financiamento representou prejuízos na transferência de recursos orçamentários do nível federal para o municipal com impactos na oferta de serviços. A participação social, garantida constitucionalmente, é progressivamente apagada. As mudanças no escopo legal abrem espaço para ampliação das privatizações no setor saúde e reduzem o papel do Estado na garantia do direito à saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Essas mudanças têm sido encaradas como ameaças à universalidade e a integralidade do sistema de saúde ao passo que apontam para uma opção política orientada por um modelo de saúde biologicista, curativista, seletivo, de assistência individual e privado (Daumas *et al.*, 2020; Santana; Medeiros; Monken, 2021). A pandemia emergente em 2020 expôs as fragilidades dos sistemas de saúde e evidenciou a importância da construção permanente de um sistema de saúde robusto, universal, integral, equânime, orientado pela APS e com fluxos bem estabelecidos entre os níveis de atenção (Giovanela *et al.*, 2021; Opas, 2023).

#### 6.4 A APS NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19: UMA MIRÍADE DE CONCEPÇÕES

O SUS está ancorado em uma extensa rede de APS, capilarizada nos territórios mais vulneráveis do país. Mesmo diante de entraves no âmbito do financiamento e da gestão, a APS segue fortalecendo seus atributos e oferecendo resultados positivos como a redução da mortalidade e das desigualdades em saúde (Macinko; Mendonça, 2018; Sarti *et al.*, 2020).

Autores reforçam a centralidade da APS no enfrentamento à crise sanitária e social imposta pela covid-19. A APS encontra-se em lugar privilegiado para abordagem de problemas complexos e que, conseguinte, requerem respostas também complexas, integradas e intersetoriais (Giovanella *et al.*, 2020a; 2021; Junior; Santos, 2021). A

utilização do aparato e força de trabalho da APS seria capaz de contribuir com a redução da incidência de novos casos e consequente redução da morbimortalidade nas populações adscritas. Para além, poderia diminuir as desigualdades em saúde através da efetivação do direito à saúde e ajudar a dirimir os impactos do isolamento social e da precarização da vida social e econômica, dentro de seus limites de atuação (Daumas *et al.*, 2020; Fernandes *et al.*, 2022).

A fim de responder às necessidades de saúde emergentes, a APS experimentou mudanças no processo de trabalho e na oferta de serviço durante a pandemia, desde a promoção à saúde e prevenção de doenças, na atenção assistencial, e contundentemente nas ações de vigilância à saúde. As mudanças foram heterogêneas e em múltiplos cenários foi possível observar que consideraram as subjetividades e necessidades dos territórios e regiões (Opas, 2023).

#### **6.4.1 A APS Subestimada e Restrita a Dimensão Clínica da Pandemia**

A APS tem papel decisivo no enfrentamento de crises sanitárias, visto nas contingências das epidemias de dengue, Zika, Chikungunya e no manejo da gripe sazonal no Brasil. Em situações de epidemia, sua posição estratégica é fundamental para o cuidado da população adscrita, visando assistência aos casos leves da doença, organização e coordenação da rede de saúde no combate ao agravo e estratégias de redução da transmissão comunitária (Sarti *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o “Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 para APS” do Ministério da Saúde (MS), em suas diversas versões, reconhece que o primeiro nível de atenção deve assumir papel resolutivo na assistência aos casos leves da doença (cerca de 80% dos casos), oferecendo suporte e conforto clínico aos doentes. Os protocolos contêm modelos de estratificação de gravidade dos casos suspeitos, algoritmos clínicos para tratamento e acompanhamento dos doentes e orientações de isolamento domiciliar. Os documentos propõem a identificação oportuna dos casos graves e traz orientações para sua rápida estabilização, além de sugerir fluxos de encaminhamento para os serviços de urgência ou hospitalar, guiando os doentes na rede de atenção à saúde (Brasil, 2020).

Os protocolos enfatizam a necessidade de reorganização das unidades de saúde a fim de prevenir o contágio dentro do serviço de saúde, com proteção dos usuários e trabalhadores. Para isso, indicam triagem na porta da unidade de saúde através do instrumento *fast-track*, seguinte identificação dos casos suspeitos, dispensação de

máscaras cirúrgicas e direcionamento dos doentes a um setor ou sala de isolamento respiratório, onde seria procedido o atendimento. Os documentos reforçam a necessidade do uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI) por profissionais de saúde e usuários dos serviços na mitigação da transmissão dentro da unidade de saúde (Brasil, 2020).

Uma revisão integrativa sobre a implicação da pandemia de covid-19 na APS, albergou estudos de países de quatro continentes, observou que no ano de 2020 havia relatos de falta de EPI apropriados e instalações sem capacidade para as adequações protocolares no atendimento de sintomáticos respiratórios (Fernandes *et al.*, 2022). Outro artigo de revisão aponta, entretanto, que a reorganização física das unidades foi umas das principais estratégias adotadas pela APS brasileira a fim de minimizar riscos de contágio nos serviços de saúde. Em Diadema (SP), São Paulo (SP), Belo Horizonte (MG) e Sobral (CE) houve registro de experiências de descentralização dos atendimentos de covid-19 para as unidades básicas de saúde (UBS), com readequação do espaço físico, explorando a capilaridade e resolutividade da APS no combate a covid-19 (Silva; Correa; Uehara, 2022).

O protocolo estabeleceu ainda o uso do teleatendimento como estratégia para reduzir a utilização presencial dos serviços e diminuir a possibilidade de transmissão local (Brasília, 2020). O MS regulamentou o uso da telemedicina no contexto de enfrentamento à covid-19 com intuito de abordagem pré-clínica e assistencial amplamente difundido nos anos de 2020 e 2021 (Prado *et al.*, 2021).

As duas revisões citadas indicam que os serviços de telessaúde constituíram-se em instrumentos importantes para reduzir a aglomeração de pessoas nas unidades e possibilitaram, em alguns lugares, a triagem, orientação, atendimento e monitoramento dos casos de covid-19 (Fernandes *et al.*, 2022; Silva; Correa; Uehara, 2022). É importante observar, entretanto, que o acesso à tecnologia necessário ao atendimento remoto é variável e apresenta desafios decorrentes das desigualdades sociais que podem gerar barreiras de acesso às populações mais vulneráveis (Prado *et al.*, 2021).

Mesmo diante da manutenção do estado de emergência sanitária, a APS seguiu sendo orientada quase exclusivamente por protocolos ministeriais restritos a tratamentos clínicos de pacientes com sintomas respiratórios (Fernandez *et al.*, 2022). Há menção a orientações de isolamento dos casos, notificação imediata e medidas de prevenção comunitária com apoio à vigilância à saúde (Brasil, 2020), sem a profundidade ou a instrumentalização dedicadas ao manejo clínico.

Documentos publicados pela OMS, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além de notas técnicas publicadas por sociedades científicas como a Abrasco e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, apontam outros caminhos e ações a serem tomadas pela APS para garantir assistência focada na integralidade do cuidado e avançar nas ações de promoção e prevenção da saúde no enfrentamento à pandemia de covid-19 (Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022).

Para estes atores, as ações de assistência direcionada ao enfrentamento da covid-19 na APS deveriam ocorrer concomitantemente às ações promocionais e assistenciais a grupos prioritários, como gestantes e crianças, bem como o acompanhamento de idosos e de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DNCT). A interrupção destes serviços resulta no agravamento das condições de saúde já estabelecidas, aumento da carga de doenças na população, com potencial de amplificar os efeitos da pandemia. A APS deveria ainda acolher a demanda espontânea da área adscrita, reduzindo a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência da região, destino prioritários de casos graves (Daumas *et al.*, 2020; Sarti *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2021; Junior; Santos, 2021; Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022).

Nas revisões de Silva, Correa e Uehara (2022) e Fernandes (2022) foi observado que houve redução significativa dos indicadores de acompanhamento, controle e rastreamento sensíveis à APS no mundo. Foi demonstrada redução ou suspensão das agendas eletivas direcionadas a pessoas com DCNT e a puericultura e redução da cobertura vacinal na APS nos dois primeiros anos da pandemia em diferentes regiões do globo.

Autores apontam que a APS foi subutilizada e, com poucas exceções, houve baixa mobilização do aparato logístico capilarizado seja no enfrentamento direto a covid-19 ou mesmo em ações voltadas a abordagem dos problemas de saúde tradicionalmente manejados pela APS. As significativas experiências das equipes de APS no combate à outras epidemias, como a dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya, e a doenças endêmicas como a tuberculose e a hanseníase foram subestimadas. As estratégias comunitárias foram drasticamente reduzidas (Sarti *et al.*, 2020; Abrasco, 2022; Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022; Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

#### **6.4.2 A Vigilância à Saúde Pautada na Contagem de Casos e Gestão Individual dos Riscos**

Giovanella (2021) aponta que diante das iniquidades sociais e dos impactos econômicos, políticos e sociais causados ou agravados pela crise sanitária, “[...] enfrentar esta pandemia exige enfoque promocional, territorial, comunitário e de vigilância integral à saúde”. Experiências exitosas no enfrentamento à pandemia foram observadas em países e regiões com sistemas universais de saúde e APS abrangente, que destacaram o primeiro nível de atenção como protagonista da organização da rede, com ações integradas a vigilância e de base comunitária (Prado *et al.*, 2023).

A vigilância em saúde (VS) é um processo permanente e sistemático de coleta e análise de dados sobre a saúde de uma região, sobre os quais governos e serviços debruçam-se para tomada de decisões. No âmbito da gestão em saúde, a VS é essencial no planejamento de ações e destino de recursos, visando a promoção e proteção da saúde, a prevenção e o controle de riscos de agravos e doenças, tanto no enfoque clínico, individual, quanto direcionadas a grupos e populações. E deve garantir a adequada disseminação de informações na área da saúde (Brasil, 2018).

A ampla operacionalização da VS está atrelada a um SUS fortalecido, apontando para uma articulação entre os setores de produção de políticas públicas com responsabilidades partilhadas entre os três níveis de governança (Okumoto; Brito; Garcia, 2018). A VS integrada com as outras instâncias do sistema de saúde é fundamental no contexto pandêmico para obter melhores resultados no controle da disseminação do vírus e na implementação de medidas de prevenção. A ação integrada de estratégias de vigilância em saúde na APS com orientação comunitária favoreceria a melhor utilização de equipamentos sociais e maior participação social na contenção da transmissão comunitária da covid-19 (Prado *et al.*, 2021).

Em face da covid-19, a VS deveria promover a testagem em massa da população e disponibilizar com transparência os dados coletados pelos sistemas de vigilância, como: o e-SUS VE (e-SUS Vigilância Epidemiológica), criado para notificação de casos suspeitos ou confirmados de covid-19; SIVEP-Gripe, na notificação de síndrome respiratória aguda; e os SI-PNI, SINASC e o SIM, que compila dados sobre vacinação, nascidos vivos e óbitos, respectivamente. Assim, a VS ofereceria adequado diagnóstico da situação de disseminação local da covid-19 para o acompanhamento da evolução da incidência e sua distribuição espacial (Abrasco, 2022; Lana *et al.*, 2020).

Na APS, a VS traduz-se em modos de funcionar ao passo que alimenta os sistemas de vigilância com dados do território e utiliza as suas informações para planejamento de ações comunitárias no combate a epidemias. Faz isso através de: controle de agravos crônicos, protagonismo de ações educativas, identificação e controle de riscos no território, construção e estabelecimento de estratégias de prevenção e proteção de contágio na sua área de abrangência com foco comunitário, detecção precoce dos sintomáticos seguido de apropriado isolamento, tratamento e reabilitação dos doentes, e do rastreamento dos contatos e monitoramento dos casos na população adscrita, com prioridade aos grupos sociais mais vulneráveis, tendo como resultado a possibilidade de controlar a transmissão local da covid-19 (Daumas *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2021; Junior; Santos, 2021; Sarti *et al.*, 2020; Abrasco, 2022).

O sucesso da integração entre os setores pode ser exemplificado pelo programa nacional de imunização (PNI). O programa está albergado na pasta da vigilância em saúde, mas é operacionalizado pelos serviços, com destaque as salas de vacina das UBS espalhadas nos quatro cantos do país. O PNI oferece 45 imunobiológicos para toda a população, sendo considerado um dos maiores programas de imunização do mundo. Diante da pandemia de covid-19, a VS deveria estimular a manutenção da cobertura vacinal segundo o PNI, e, assim que disponível, promover rápida imunização de toda a população contra covid-19. Adotar a imunização como estratégia nacional de prevenção seria a decisão mais acertada, demonstrada pela rápida redução da mortalidade pela doença relacionado a cobertura vacinal em todas as regiões do mundo (Abrasco; Cebes; Rede Unida, 2021; Abrasco, 2022).

O intenso processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento à pandemia de covid-19, no entanto, deu-se de acordo com o enfoque sanitário dominante, de viés biologicista, centrado na doença, na assistência hospitalar e no manejo médico individual. As respostas dadas pelo governo federal foram tardias, negacionistas e desarticuladas, configurando-se em barreiras política-operacionais que dificultaram ações estratégicas de controle da epidemia no âmbito dos estados e municípios. O MS não assumiu sua posição de autoridade sanitária, com renúncia às estratégias de prevenção primária e secundária, com pouca ênfase na articulação de estratégias de controle da transmissão do vírus, desestímulo ao uso de máscaras e distanciamento social, retardo na compra de vacinas, além da promoção de tratamentos ineficazes (Giovanella *et al.*, 2020bc; Fernandez; Fernandes; Massuda, 2022; Prado, *et al.*, 2023).

Um estudo qualitativo realizado por Prado e colaboradores (2023) aponta que as estratégias de vigilância em saúde realizadas pela APS dos municípios avaliados incluíram a atenção, notificação e monitoramento de casos e ações de educação em saúde restritas aos grupos de *WhatsApp* e ao próprio espaço das unidades de saúde. O estudo identificou que houve incipiência de ações de vigilância à saúde relacionadas à busca ativa e à comunicação dos riscos nos territórios. Avaliou que houve baixo protagonismo da APS no enfrentamento à pandemia, que parece estar relacionado a demora na definição da APS como porta de entrada para casos de covid-19 e a fragmentação das ações de vigilância, com o estabelecimento de serviços centralizados de telemonitoramento dos casos de covid-19.

Vale ressaltar que houve esforço na divulgação, pela mídia e pelos serviços de saúde, de uma série de prescrições preventivistas, com foco na gestão individual dos riscos, como uso de máscaras e distanciamento social. Mas a prescrição genérica de ações preventivas sem foco comunitário mostra-se distante das necessidades reais das populações. As comunidades possuem conjunto particular de regras da vida coletiva que devem ser compreendidas nas escolhas de estratégias de prevenção. A etiqueta respiratória e as boas práticas de higiene, quando possíveis, são apenas o primeiro movimento de uma série de medidas preventivas já destacadas, direcionadas ao nível comunitário, como a identificação precoce dos casos suspeitos, testagem em massa e imunização da população (Arouca, 1975; Santana; Medeiros; Monken, 2022).

Rita Donalísio (1999) acrescenta ao debate sobre prevenção de doenças a dimensão da subjetividade. A subjetividade é sustentada na experiência vivida pelos indivíduos. O conjunto de elementos da cultura, do imaginário e dos sentidos de um coletivo acrescido dos conhecimentos científicos disponíveis compõem a representação social de uma doença. Essa representação pode vir imbuída de preconceitos, estigmas e medos que influenciam as respostas do indivíduo e da coletividade diante de uma doença, especialmente em situações epidêmicas. A autora cita movimentos migratórios que ajudaram a disseminar a peste em Londres, no século XVII, os julgamentos morais quanto ao comportamento sexual no pós-epidemia de Aids, na década de 1980, e o estigma associado à tuberculose e hanseníase no século passado.

Os elementos da subjetividade, ao serem considerados, ampliam o entendimento do processo saúde-doença e ajudam a preencher lacunas que o modelo biomédico, positivista, não consegue alcançar na compreensão da doença. A representação social da doença como fenômeno social experimentado coletivamente precisa ser considerada na

comunicação da prevenção em saúde. A interlocução com essas questões é importante para garantir o sucesso de estratégias de prevenção e cuidados quando as propostas impactam no cotidiano das pessoas, como foi o caso do distanciamento social e tantas outras medidas preventivistas prescritas para covid-19 (Donalísio, 1999, p.168-169).

Inadequado e desastroso é o programa de controle e prevenção de um surto que não leve em consideração a realidade biológica positiva da doença; que não situe esse fenômeno no contexto histórico e social e que não valorize, nas suas recomendações, questões subjetivas e da representação do que significa prevenir-se, adoecer, ou ser um indivíduo transmissor de uma doença (Donalísio, 1999).

Ademais, a pandemia não chegou a todos os lugares com a mesma intensidade, incidindo de forma desigual tanto em número de casos quanto de óbitos pela covid-19. O dossiê da Abrasco (2022) sobre a pandemia denuncia que as populações vulnerabilizadas da periferia dos grandes centros urbanos e dos municípios mais pobres sofreram desproporcionalmente os impactos da covid-19, como óbitos, fome e desemprego, especialmente na região norte e na população preta (Abrasco, 2022). Novamente, é possível notar que os problemas de saúde não se limitam à manifestação clínica, que afeta os indivíduos em sua face biológica, mas alcançam os pobres e excluídos (classe, gênero, raça e etnia) de forma mais intensa e cruel (Breilh, 2013).

No campo da vigilância epidemiológica, foi adotada uma ênfase na contagem de casos e projeções de curva de novos casos e óbitos a fim de prever e mitigar as demandas por leitos e ventiladores mecânicos (Giovanella *et al.*, 2021; Abrasco, 2022). O uso da epidemiologia, para além de contagem de casos, deve oferecer dados para desvelar as desigualdades presentes na distribuição da doença e de suas consequências, considerando gênero, raça, ocupação, ruralidade, classe etc., para ser verdadeiramente útil para a promoção de políticas públicas em local adequado, tempo oportuno e com equidade (Breilh, 2013; Prado *et al.*, 2021).

#### **6.4.3 Os Sujeitos e os Territórios na Proposição de Respostas Eficientes às Emergências Sanitárias**

A capacidade da APS em elaborar estratégias distintas e particulares, apropriadas a cada território no enfrentamento das emergências em saúde pública, está relacionada a concepção de território adotada no campo da saúde coletiva. O território é

entendido, não apenas como determinada área delimitada, mas como recorte do espaço social, sendo o produto de processos das relações sociais do passado histórico e do presente vivido (Gondim; Monken, 1997).

O espaço contido no território é organizado socialmente em um arranjo que responde aos interesses e necessidades de reprodução da vida para cada grupo em dado período, motivo pelo qual os territórios guardam suas singularidades. Essas singularidades são materializadas nas distintas formas de organização social, como moradia, trabalho, cultura, acesso a bens e serviços (Santos, 2002; Saquet; Silva, 2008).

Essa concepção de território permite ao campo da saúde coletiva e a APS compreenderem os diferentes modos como os sujeitos se organizam e se relacionam, os diferentes modos de viver, adoecer e morrer nas populações. A partir dessas acepções e observações, é possível identificar elementos comunitários que representem riscos, vulnerabilidades ou potencialidades à saúde, em última instância, localizar os determinantes e condicionantes sociais da saúde (Laurell, 1982; Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998). A interação entre as equipes territorializadas e as comunidades facilita o conhecimento das condições de vida e do perfil epidemiológico das comunidades, dá condição para troca entre os saberes técnicos e populares e abre espaço para construção de identidade e vínculo entre esses atores na produção da saúde (Gondim; Monken, 1997).

A compreensão do contexto local e o apropriado diagnóstico da situação de saúde associado ao vínculo produzido nas interações entre usuários e trabalhadores podem favorecer o estabelecimento de parcerias no enfrentamento dos problemas de saúde. A abordagem comunitária possibilita a produção coletiva e partilhada de intervenções no campo da promoção, proteção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde adequadas a diferentes grupos e territórios, ampliando as respostas dos sistemas locais de saúde (Santana; Medeiros; Monken, 2022).

Entretanto, um estudo transversal, multicêntrico, que avaliou as repercussões da pandemia no trabalho das equipes de ESF na perspectiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), apontou para uma redução das estratégias de base comunitária, como: a promoção da saúde nas escolas em 75,66%, a frequência de visitas domiciliares em 60,55%, a frequência de grupos específicos na comunidade em 93,96% e outros serviços comunitários locais em 66,01% (Vieira-Meyer *et al.*, 2023). França, *et al.* (2023) realizou estudo qualitativo de caracterização do trabalho do ACS nos primeiros dois anos da pandemia, observando que houve redirecionamento de suas atividades, conduzida a um

trabalho burocratizado no interior das unidades, causando o esvaziamento da função de articulador entre o setor saúde e a comunidade.

Em se tratando de territórios vulneráveis, principal campo de atuação das equipes de APS, a construção de novos caminhos para reprodução da vida e da saúde é percebida com mais intensidade. Nas grandes cidades, os cenários de muitas vulnerabilidades, representado por guetos urbanos nas palavras de Milton Santos, justamente pela presença dos pobres e dos desafios impostos pelas carências – materiais, política e de cidadania – garantem diversidade socioespacial e aumentam a proximidade entre os sujeitos. Quanto maior a proximidade, maior a agitação, múltiplas serão as possibilidades de comunicação e mais intensa a sociabilidade e a interdependência das relações, o que tem poder de gerar laços culturais, de solidariedade e identidade na comunidade (Saquet; Silva, 2008).

Esses espaços chamados inorgânicos e irracionais, de carências e privações, são espaços da criatividade, onde os sujeitos encontram novos usos e finalidades a objetos e técnicas para alcançar as necessidades da reprodução da vida, dotando esses guetos de grande capacidade de adaptação, sustentadas em seu próprio meio geográfico (Santos, 2002).

O pensamento de Santos se materializa nas múltiplas ações comunitárias bem-sucedidas observadas durante a pandemia. As propostas governamentais, insuficientes para atravessar a crise econômica aprofundada pela crise sanitária, que sinergicamente agravava as condições de vida das populações, induziram iniciativas populares. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) destacou-se em estratégias de enfrentamento à crise sanitária em nível nacional. O MST orientou os trabalhadores rurais de todo o Brasil para um distanciamento social produtivo e ações de solidariedade nas cidades, com produção e distribuição de alimentos saudáveis e equipamentos para autoproteção (Abrasco, 2022).

Outro exemplo de ampliação da participação social na defesa dos direitos à saúde e proposição coletiva de estratégias de enfrentamento à pandemia foi projeto ‘Conexão Saúde: de olho na covid-19’, desenvolvido pela Redes da Maré em conjunto com a sociedade civil organizada. O projeto foi estruturado em dois territórios de favela na zona norte do Rio de Janeiro, Maré e Manginhos, e obteve resultados na redução de mortes pela doença, além de aumentar a disseminação de informações em saúde no combate a *fake news*. O projeto foi marcado pela inovação, governança participativa, e ampla capacidade de produzir soluções rápidas e customizadas aos territórios em um período

em que não havia vacinas ou políticas públicas eficazes, sobretudo para favelas (Redes da Mare, 2022).

Em Pernambuco, ganhou projeção a Campanha Mãos Solidárias e Periferia Viva, desenvolvida por ação de diversas entidades como: o MST, os movimentos sociais, estudantis e sindicais, as pastorais e instituições acadêmicas e de pesquisa e os trabalhadores voluntários. As iniciativas voltaram-se a ações de controle da doença e mitigação dos impactos sociais e econômicos da pandemia, apoiando-se na possibilidade da luta social na garantia de direitos e no ideário de solidariedade. As ações envolviam produção e distribuição de máscaras e de alimentos e avançaram para formação de uma rede de agentes populares que atuavam intersetorialmente na promoção, vigilância e cuidado em saúde com base em conhecimentos e saberes populares (Bezerra, 2020).

Farias e Melo (2023) registraram a atuação dos agentes populares de saúde em um bairro periférico da cidade do Recife com ênfase na disseminação de informações sobre a covid-19 na vizinhança, no aumento do engajamento comunitário no enfrentamento a doença e na valorização da solidariedade. Essa é a aposta da pesquisadora, que é possível observar iniciativas coletivas, territorializadas que resgatem os ideários de participação social no setor saúde e, portanto, identificar respostas criativas no enfrentamento a pandemia de covid-19.

## 6.5 AS RESPOSTAS DA APS À PANDEMIA DE COVID-19 NO RECIFE: A QUEM SERVE AS “SOLUÇÕES” TECNOLÓGICAS?

Recife, capital de Pernambuco, também sofreu de forma desigual os efeitos deletérios da pandemia. Denunciando a amplitude da desigualdade social, a cidade guardava o maior índice de Gini entre as capitais do Brasil, nos censos de 1991 a 2010. Recife mescla grandes construções imobiliárias entremeados a assentamentos precários e tem 53% do seu território reconhecido como Comunidade de Interesse Social (CIS) ou Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS). O termo CIS foi cunhado em 2014 pela Autarquia de Saneamento do Recife na produção do Atlas de Infraestrutura e Comunidades de Interesse Social do Recife e designa assentamentos urbanos espontâneos, cujas infraestrutura é mais precarizada e se constituem foco de programas habitacionais de interesse social. Nessas áreas, os indicadores de condições de moradia, esgotamento sanitário e abastecimento de água, escolaridade, trabalho formal são

menores, habitadas por população de baixa renda, em sua maioria população preta e parda (Recife, 2016).

Bitoun *et al.*, encarando o problema da heterogeneidade dos bairros da cidade do Recife, realizou estudo ainda nos primeiros meses da pandemia com o objetivo de refinar os dados epidemiológicos para desvelar os reais impactos da pandemia nas diferentes zonas urbanas. Os autores dividiram os bairros da cidade em cinco estratos a partir da porcentagem de CIS da área do bairro. O estudo revelou que os bairros com menor área de CIS, maior renda *per capita* e menor porcentual de população preta e parda, tinham maior incidência de SRAG, mostrando o maior acesso aos serviços de saúde e testes diagnósticos nesses bairros. A taxa de notificação de SRAG vai diminuindo entre os estratos com maior porcentagem de CIS, o que pode estar relacionada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou dificuldade em manejar instrumentos tecnológicos para agendamento dos testes e teleconsultas nos bairros mais pobres (Bitoun *et al.*, 2020).

Por outro lado, ao analisarem a letalidade pela doença, os autores observaram aumento progressivo da taxa de óbito por SRAG quanto maior porcentagem de CIS dos bairros. Os bairros com praticamente a totalidade de sua área formada por assentamentos precários apresentaram quase o dobro de mortes pela forma grave da doença. O estudo sugere que ser diagnosticado e se manter vivo após ser acometido pela forma grave da covid-19 parece ser um privilégio dos habitantes de bairros com menores áreas de CIS e conclui que a desigualdade socioespacial que historicamente condiciona os diversos agravos e doenças no Recife se reproduz no caso da covid-19 (Bitoun *et al.*, 2020). Os dados endossam a tendência nacional de distribuição de casos, com menor possibilidade de diagnóstico e menor chance de cura nas áreas mais pobres (Fiocruz, 2020; Alicandro; Gerli; La Vecchia, 2023; Cestari *et al.*, 2021; Motairek *et al.*, 2022).

Um relato de experiência da equipe do telessaúde do Recife aponta como exitoso o estabelecimento do serviço de telessaúde por aplicativo, o ‘Atende em Casa’, no contexto de enfrentamento da pandemia de covid-19. Segundo os autores, a organização de um serviço de telessaúde com teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de saúde de forma segura no contexto de distanciamento social, logo nos primeiros dois meses da deflagração da pandemia. A teleorientação e o telemonitoramento, realizados através de videochamadas ou telefonemas, foram responsáveis pela identificação, estratificação e acompanhamento de casos e seu direcionamento na rede de saúde quando necessário. Enquanto o teleacolhimento, oferecia escuta de pessoas em sofrimento psíquico como medo,

ansiedade e tristeza decorrentes da exposição ao vírus ou da situação prolongada de distanciamento social, e iniciava uma articulação com as equipes de ESF e o Centro de Atenção Psicossocial georreferenciadas. Entretanto, não há informações sobre o acesso dos usuários do ‘Atende em Casa’ aos serviços da rede após alta do telessaúde, com necessidade de se investigar a efetividade dessa articulação e da continuidade do cuidado (Magalhães *et al.*, 2022).

O relato de experiência publicado na coletânea ‘A Saúde Coletiva em Tempos de Pandemia’, pela Edufal (2022), apontou ainda que o alcance do ‘Atende em Casa’ se mostrou efetivo, inicialmente acessado por moradores de bairros centrais e maior renda, mas logo se estendendo a bairros periféricos. Aos autores, não escapa a crítica de que a necessidade de aparelho telefônico do tipo *smartphone*, conexão com internet, razoável manejo de tecnologia e escolaridade podem ter impactado o acesso de indivíduos e populações em situação de maior vulnerabilidade, havendo um público não estimado de pessoas excluídas do serviço (Magalhães *et al.*, 2021). Para Prado *et al.* (2021), o acesso a tecnologias é variável e apresenta desafios decorrentes das desigualdades sociais que pode definir a entrada ou a exclusão de pessoas dos serviços remotos.

Uma análise documental conduzida por Santana, Monken e Medeiros (2022) se debruçou sobre os protocolos, notas técnicas e informativos publicados pela Secretaria de Saúde (Sesau) do Recife nas recomendações para atuação da APS frente à pandemia de covid-19. O estudo identificou que houve recomendação para manutenção do cuidado as demandas prioritárias para APS. Ademais, os protocolos propunham ações centradas no controle da infecção para mitigar a transmissão nos territórios, com foco na doença, de caráter clínico, curativo e individual e com subdivisão das equipes.

Segundo as autoras, a rede de APS foi reorganizada, centralizando os atendimentos de casos suspeitos de covid-19 em unidades de referência chamadas Unidade Provisória Centralizada de Atenção Básica – COVID-19 (UPC-AB), com sistema de prontuário eletrônico próprio, o ‘Atende APS’. Os profissionais médicos e enfermeiros da APS foram redirecionados em escalas para atendimento nestas unidades, saindo de seus territórios. As ações de educação em saúde, vigilância em território e articulação intersetorial foi reservada quase exclusivamente aos agentes comunitários de saúde e equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) (Santana; Monken; Medeiros, 2022).

Para as autoras, a reorganização efetivada pela Sesau Recife reforça o papel da APS como porta de entrada e ordenadora da rede de atenção, mas com caráter assistencial

e individual, desconsiderando a magnitude das necessidades de saúde provocadas ou amplificadas pela pandemia, sendo insuficientes para reduzir seus impactos. Ao desvincular as equipes de seus territórios reduz as possibilidades de abordagens comunitárias que respondam às singularidades presentes a nível local com ênfase da proteção da vida. Os protocolos se colocaram negando as prerrogativas características da APS que são pautadas no modelo de vigilância em saúde. As autoras manifestam a necessidade de se checar a operacionalização dos protocolos e orientações da Sesau Recife para APS nos diversos territórios da cidade, a fim de se observar a alcance das ações de enfrentamento do setor nos territórios mais vulneráveis (Santana; Monken; Medeiros, 2022).

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que busca analisar em profundidade a relação entre a APS e o cuidado em saúde a partir dos significados e da subjetividade dos sujeitos envolvidos no contexto estudado, a sindemia e alta carga de doenças durante os anos de 2020 e 2021.

O estudo de caso é uma estratégia adequada quando o desejo dos pesquisadores é a compreensão de fenômenos sociais complexos. Esse tipo de pesquisa visa uma investigação empírica de acontecimentos contemporâneos, em situações nas quais os pesquisadores têm pouco ou nenhum controle sobre os fenômenos estudados, como são os eventos da vida real. O estudo de caso é uma ferramenta bem empregada quando as perguntas de pesquisa são do tipo ‘como’ e ‘por que’. A sua condução permite a preservação das características singulares e totalizadoras do objeto de pesquisa ao ser caracterizado pelo uso de uma ampla gama de fontes e evidências na tentativa de aproximação com a realidade: documentos, artefatos, entrevistas, observações, etc., o que o torna distinto de outras estratégias de pesquisa (Yin, 2001).

A essência de um estudo de caso é a tentativa de elucidar o motivo pelos quais decisões foram tomadas, explicar como foram implementadas e quais seus resultados na explicação de um fenômeno contemporâneo. Outra característica valiosa dessa estratégia de pesquisa é sua contribuição na compreensão dos eventos nos quais os limites entre fenômeno e contexto estão borrados (Yin, 2001).

O método qualitativo, por sua vez, trabalha em um universo de crenças, aspirações, significados, motivos, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, fundamentais na compreensão do objeto de estudo (Minayo, 1993). A pesquisadora compreende que para o alcance dos objetivos, o método qualitativo se mostra acertado, com capacidade de revelar as percepções dos sujeitos sobre questões particulares e em dimensões que não podem ser quantificadas.

Nesse estudo, o método vai possibilitar a compreensão das percepções de usuários e trabalhadores da saúde de como se deu a operacionalização das diretrizes institucionais para o trabalho da APS no enfrentamento à covid-19 nas diferentes USF, na sua interface com os contextos sociais e subjetivos de cada território.

## 7.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três USF que assistem comunidades periféricas de um distrito sanitário da cidade do Recife. Apostou-se na periferia como centro das questões a serem respondidas, nas pessoas que vivem no lugar comum a todos, de maneira a produzir espaços de práxis e revelar as respostas a serem respondidas neste trabalho (Coelho *et al.*, 2022). A escolha do distrito sanitário IV ocorreu em virtude da proximidade e contiguidade com territórios onde a pesquisadora atualmente atua como profissional da APS.

## 7.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

Optou-se por uma amostra intencional e heterogênea, considerando a participação de sujeitos com poder de informação e com diversidade de representação, para atingir diferentes leituras e perspectivas sobre o fenômeno estudado (Minayo, 2017). De maneira que, foram entrevistados 14 usuários e oito trabalhadores da APS de três USF, totalizando 22 pessoas. Adotou-se o critério de saturação da amostragem, permitindo uma quantidade limitada de entrevistas e observações (Minayo, 2017).

A saturação da amostragem no campo da pesquisa qualitativa se aplica quando empregados métodos que envolvem a interlocução entre sujeitos e atores sociais – entrevistas, painéis, grupos focais e outros. Satura-se porque a fala do indivíduo contém o pensamento coletivo, estando impregnada do contexto histórico e da identidade do grupo a que pertence. Haveria, portanto, um consenso cultural que permitiria uma quantidade limitada, pequena, de entrevistas e observações, suficiente para se obter reincidência e complementariedade das informações colhidas até um ponto em que novas coletas não acrescentariam explicações sobre o objeto do estudo (Minayo, 2017).

O período de referência do estudo foram os anos de 2020 e 2021, que compreendem o momento de estabelecimento da crise sanitária e do aprofundamento da crise social que a sucedeu. Foi nesse período que se deram as mudanças institucionais e as transformações dos processos de trabalho nos serviços de saúde que se pretendeu investigar neste estudo.

**a) Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão na pesquisa para usuários do SUS foram: homens e mulheres, com dezoito anos ou mais, moradores do território adscrito pela USF, há pelo menos três anos, que apresentam aspectos psicossociais relevantes e que tragam impactos na atenção em saúde e utilização dos serviços, como: uso constante e recorrente da unidade por qualquer motivo, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em acompanhamento longitudinal, pessoas com sofrimento psíquico com ou sem diagnóstico definido, aqueles com dificuldade para realização do autocuidado, uso intensificado de medicação ou inseridos em projeto terapêutico singular, aqueles que sejam identificados como pessoas chaves no cuidado com sua família e/ou vizinhos e aqueles considerados lideranças comunitárias. Os usuários entrevistados foram selecionados levando em consideração a indicação feita pelos profissionais que os assistem.

Os critérios de inclusão para trabalhadores foram: ser profissional da ESF das USF – médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, ACS, odontólogos e auxiliares de saúde bucal (ASB), estar há pelo menos três anos trabalhando no território e estar ligado ao cuidado dos usuários indicados. Todos os participantes estiveram em concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**b) Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão foram: profissionais que se encontravam de férias ou licença por qualquer motivo durante o período de coleta de dados da pesquisa.

**7.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

A elaboração dos instrumentos de coleta iniciou em meados de 2022, junto ao grupo de pesquisa ‘Atenção e Gestão na Saúde: interfaces clínica e política’, da Área Acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), cadastrado no diretório dos grupos de pesquisa no Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1856368411536579>. O grupo empenhou-se a construir instrumentos para o projeto ‘Análise das Respostas da Atenção Primária no enfrentamento da Pandemia de covid-19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de

vigilância', sob coordenação da professora Bernadete Perez Coêlho, da qual esta pesquisa faz parte. Foram elaboradas perguntas para entrevista semiestruturada a fim de alcançar as dimensões a serem analisadas pelo estudo.

Em um segundo momento, houve reunião com o grupo de pesquisa 'Estratégias de abordagem dos aspectos subjetivos e sociais na Atenção Primária no contexto da pandemia', coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (professor Titular do Centro de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas) a fim de realizar a validação dos instrumentos. Neste momento houve a definição das perguntas da entrevista em profundidade.

Para realização da coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com as gerentes ou profissionais responsáveis administrativamente pelas USF selecionadas, através de ligação telefônica e/ou aplicativo de mensagens, a fim de convidar as equipes para participarem da pesquisa. Após o aceite, foram marcados encontros com os profissionais entendidos pela equipe como melhores interlocutores para atender aos objetivos da pesquisa, lidos os TCLE e realizadas as entrevistas. Em um segundo momento, junto aos profissionais, foram selecionados os usuários e usuárias que preencheram os critérios de inclusão e agendadas as entrevistas. Todas as entrevistas ocorreram nas USF e em sala reservada.

O processo se repetiu seriadamente para cada uma das três USF. As coletas foram agendadas para os dias úteis da semana, quando era possível ter acesso aos profissionais, geralmente usando o horário do final da manhã ou o turno da tarde devido a maior comodidade para as equipes e disponibilidade de espaço protegido. Os encontros foram realizados entre janeiro e abril de 2024, em pelo menos três dias para cada unidade, com cada entrevista durando em média 43 minutos. As entrevistas em profundidade foram realizadas a partir de um roteiro orientado pelos referenciais de Horton, Daumas *et al.*, Engstrom *et al.*, Coêlho *et al.* e Abrasco, considerando quatro dimensões de análise: clínica, vigilância à saúde, social e subjetiva.

#### **a) Roteiro para entrevista em profundidade**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade com usuários e trabalhadores da atenção primária e foram gravadas para posterior transcrição no intuito de possibilitar a coleta minuciosa das informações.

A entrevista em profundidade permite aos pesquisadores entrarem em contato com as vivências do informante em um diálogo intenso e reflexivo. Esse tipo de interlocução possibilita ainda a condução da linha de questionamentos formulando questões, refazendo perguntas e suscitando outras à medida que se avança a análise. A entrevista gravada e transcrita, facilita a extração e categorização das opiniões e experiências vivenciadas em eixos temáticos para análise e interpretação posterior. No material produzido é possível enxergar a expressão do coletivo através da visão individual dos sujeitos que vivem as mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais (Minayo, 2016).

## **b) Análise documental**

A pesquisa documental utilizou documentos oficiais como protocolos clínico-assistenciais, notas técnicas, entrevistas, material de divulgação e de implantação de novos serviços da rede construídos e ou utilizados pelo município durante a pandemia.

A pesquisa documental consiste na obtenção de dados da pesquisa de forma indireta, através de jornais, revistas, *sites*, livros, artigos, notas técnicas, manuais e dossiês, fotos, áudios e filmes, quaisquer objetos que possam contribuir para compreensão do fenômeno. Muitas vezes essas fontes fornecem ao pesquisador dados suficientemente ricos que dispensam a necessidade de pesquisa de campo, outras, a investigação só se torna possível a partir da apropriação dos documentos (Gil, 1989).

## 7.5 ANÁLISE DOS DADOS

O trabalho de análise e interpretação dos dados foi realizado através da análise de conteúdo das narrativas construídas a partir das entrevistas e análise documental.

As entrevistas tiveram duração média de 43 minutos, foram transcritas e analisadas através da análise de conteúdo de Bardin (1977) e da condensação de significados de Kvale (1996), buscando uma sistematização dos significados encontrados no conteúdo das narrativas e dispostos em uma matriz de ideias principais e correlatas às dimensões da pesquisa. Para garantia de anonimato, os participantes foram denominados de U1 a U14 para usuários e T1 a T8 para trabalhadores.

A análise e interpretação de dados das pesquisas qualitativas tem foco principal na exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre um tema (Minayo,

2016). Como dito anteriormente, a análise qualitativa consegue aferir as similaridades contidas nas opiniões e representações do coletivo, dada a dimensão sociocultural dos sujeitos de pesquisa, ao mesmo tempo em que torna possível identificar as diferenciações internas do grupo estudado (Minayo, 2017).

A análise de conteúdo, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, seleciona indicadores no conteúdo do conjunto de dados coletados que permitem a inferência de conhecimentos a respeito do tema trabalhado. O objetivo final é a interpretação, quando se busca sentidos nas falas e ações, sua articulação com a fundamentação teórica e os propósitos da pesquisa, na explicação (mais aproximada da realidade) do fenômeno em foco. De modo que, as inferências presentes na pesquisa qualitativa alcançam um nível de interpretação que consegue ir além do que está aparentemente sendo comunicado, produzindo conhecimentos sobre o assunto em maior profundidade (Minayo, 2016).

A análise de conteúdo se dá tradicionalmente em três etapas principais: pré-análise, análise e interpretação. Inicialmente, procedeu-se a transformação do material das entrevistas em narrativas e a seleção dos documentos a serem analisados, seguida da leitura completa e exaustiva do material produzido. O plano analítico seguiu conforme as etapas da condensação de significados descrita por Kvale (1996).

A condensação de significados busca uma sistematização dos significados encontrados no conteúdo das narrativas, descritos de modo condensado, sem perda da essência do conteúdo, e dispostos em uma matriz de ideias principais e correlatas aos eixos temáticos da pesquisa (Kvale, 1996): “Dispositivos da Clínica”, “Dispositivos da Vigilância à Saúde” e a “APS na Pandemia nas dimensões subjetivas e sociais”. O plano analítico usou a seguinte estratégia de condensação de significados:

- Determinar as unidades naturais ou núcleos de sentidos no conteúdo das entrevistas extraídas conforme expressas pelo sujeito;
- Definir os temas centrais ou analisadores relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- Realizar o questionamento quanto à relação entre as unidades naturais e os objetivos propostos pelo estudo;
- Realizar uma descrição essencial dos temas centrais identificados no conjunto de unidades naturais das entrevistas para responder os objetivos da pesquisa.

Foi conduzido o espelhamento da matriz de interpretação de cada narrativa, mediante a triangulação de dados, para identificar analisadores em comuns e gerar

informações que respondam aos questionamentos da pesquisa. A última etapa realizada foi o tratamento dos resultados, a fim de construir uma interpretação final do conjunto de entrevistas na compreensão do fenômeno estudado à luz do marco teórico da pesquisa.

A dimensão *clínica* pretendeu analisar a garantia do acesso à APS e à rede de atenção, o manejo dos protocolos, o cuidado continuado da população vinculada, a utilização dos dispositivos da cogestão, a coordenação do cuidado e a gestão da clínica.

A dimensão da *vigilância à saúde* buscou analisar as intervenções baseadas nas ações de vigilância em saúde, com ênfase na concepção de vigilância de pessoas e territórios, no acompanhamento singular e medidas de proteção individual e coletiva, incluindo a responsabilização pelo processo de imunização e a realização de ações intersetoriais e de educação em saúde.

A dimensão *social* analisou as medidas utilizadas para reduzir e compensar desigualdades e iniquidades realizadas pelas equipes, iniciativas comunitárias e pelo governo. A dimensão *subjativa*, por sua vez, procurou analisar o impacto subjetivo da pandemia, o medo, o isolamento e seus efeitos e a intensa produção informacional.

## 7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares foram cumpridas na elaboração e execução da pesquisa e na obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, cujos termos estão anexados a esta dissertação este projeto (apêndice B e C). Esta pesquisa faz parte do Projeto “Análise das Respostas da Atenção Primária no enfrentamento da Pandemia de COVID-19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância”, sob coordenação da professora Bernadete Perez Coelho, financiado por recursos advindos da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), aprovados mediante Edital do Programa Estadual de Pesquisa Aplicada ao SUS 19/2022, Processo Nº APQ-0725-4.06/22. O projeto tem a aprovação do comitê de ética com Parecer Consubstanciado do CEP da UFPE sob o número 6.237.909, conforme anexado a este projeto (anexo 1), ficando resguardado o compromisso de se utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste projeto ou conforme o consentimento dado pelo participante.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa, 14 usuários acompanhados pelas USF há mais de quatro anos, com idade entre 33 e 77 anos e em sua maioria (11) do sexo feminino. Entre os oito profissionais participantes, seis eram mulheres, possuíam idade média de 44 anos, atuavam na USF há cerca de 11,5 anos, com variação de quatro a 22 anos. Eram quatro ACS, três Enfermeiros e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Os resultados e discussões foram organizados de acordo com as dimensões analisadas: a clínica e seus dispositivos e ferramentas utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento da pandemia de covid-19; a vigilância à saúde na reorganização da APS no enfrentamento dos problemas de saúde em sua interface com os territórios; o social e o subjetivo na sua dinâmica com os processos de cuidado em saúde na crise sanitária.

### 8.1 A CLÍNICA E SEUS DISPOSITIVOS E FERRAMENTAS UTILIZADOS NA REORGANIZAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de covid-19 impactou severamente os serviços de saúde em todo o mundo. O setor saúde teve a missão de reorientar suas práticas a fim de contingenciar a sobrecarga de demanda gerada pela epidemia (Capiolo *et al.*, 2021). No âmbito da clínica, foram observadas a capacidade das equipes de ESF de manter sua posição como porta de entrada do sistema de saúde, garantindo acesso, assistência, tratamento e reabilitação às pessoas, incluindo aquelas com sintomas de covid-19, ao mesmo tempo em que oferecia continuidade de cuidado aos agravos sensíveis a este nível de atenção. Assim, foram analisadas o acesso, a operacionalização dos protocolos de manejo clínico da covid-19, o cuidado longitudinal, a coordenação do cuidado e a cogestão.

A partir dos relatos, foi possível dimensionar o impacto da pandemia na APS do Recife. As USF seguiram funcionando, ainda que de forma heterogênea, a partir das interpretações locais dos protocolos municipais, com restrição da oferta de serviços, prejuízo do acesso dos usuários e descontinuidade das ações da ESF no âmbito da promoção, prevenção e cuidado programado, que durou mais de um ano. Nesse período, as equipes focaram em oferecer respostas protocolares às necessidades em saúde a partir da demanda espontânea. Excetuando-se a atenção ao pré-natal, que foi priorizada em todas as fases da pandemia. Parece ter havido uma retomada gradual dos serviços

tradicionalmente ofertados, ganhando impulso com o avanço da cobertura vacinal contra a covid-19 no ano de 2021.

*T03 Não teve mais grupo, não teve mais reunião, não teve mais nada. Ficou muito restrito, praticamente 90% do trabalho era de assistência. Toda reunião, a orientação era sobre covid. Continuamos atendendo, mas eram as coisas que realmente precisavam ser atendidas. Por exemplo, pré-natal, puericultura, casos essenciais.*

*T04 Não fazia atendimento de rotina, só fazia se fosse um caso de urgência. A gente ficou sem conseguir fazer praticamente nenhuma atividade. Os médicos, enfermeiros, ACS não iam nas casas, só em extrema necessidade de casos específicos. O atendimento odontológico zerou total. A estratégia de saúde da família deixou de ser uma atenção básica para atender a demanda naquele desespero.*

*T08 O resto não tinha atendimento nenhum. Muitas crianças, idosos, muita gente ficou sem atendimento e não tinha para onde ir.*

*U02 E aos poucos, depois que começaram a vacina, foi se normalizando.*

*U08 Passou o outro ano, já no finalzinho de 2021, foi quando voltei ao atendimento.*

Os protocolos de ‘assistência e manejo clínico da covid-19 na APS’ (Recife, 2020a; 2020b; 2020c; 2020d) desenvolvidos pela secretaria de saúde (Sesau) do Recife guiaram as transformações no modo de trabalhar das equipes de ESF em face à crise sanitária na cidade. Recife lançou pelo menos quatro versões do documento ainda em 2020, além de produzir instrutivos de classificação de risco, teleatendimento e do prontuário ‘Atende APS’. As recomendações estiveram alinhadas aos protocolos de ‘manejo clínico do coronavírus’ destinados a APS elaborados pelo MS e davam ênfase ao atendimento aos sintomáticos respiratórios e à prevenção da transmissão da doença dentro das USF. Todas essas recomendações produziram fortes alterações no modo de funcionar das equipes, o que não escapou ao olhar crítico dos trabalhadores da saúde, nem à percepção dos usuários.

Santana, Medeiros e Monken (2020), ao analisar os protocolos e normas técnicas da secretaria de saúde do Recife, já se preocupavam com a aparente decisão institucional de redirecionar a APS para uma prática de foco biomédico, de caráter clínico, assistencial e individual, distante das prerrogativas desse nível de atenção. Fernandez, Fernandes, Massuda (2022) criticam a postura ministerial de seguir conduzindo a APS para uma prática clínica e individual no cuidado a pessoas com sintomas gripais nos dois primeiros

anos da pandemia, levando os municípios a fecharem as portas das APS para suas populações e territórios. Para Rosa-Comitre *et al.*, essa mudança radical no processo de trabalho nas USF constituiu-se numa descaracterização da APS, a medida em que a práxis se afastou dos atributos essenciais de acesso e coordenação do cuidado, substituído, especialmente no primeiro ano da pandemia, por atendimento da demanda espontânea.

Ainda que com os serviços de atenção primária voltados para atendimento da demanda espontânea, os usuários não procuraram preferencialmente a USF em caso de apresentarem sintomas gripais durante a pandemia. Aqueles que acessavam as unidades por este motivo eram redirecionados a locais de referência para o atendimento de casos suspeitos de covid-19 na cidade.

*U12 A orientação era, se estiver resfriada, fica em casa, se estiver sentindo febre, vai pra UPA. Mas é sempre fora daqui, nunca aqui na [se refere à USF].*

*U08 Para ser atendido, a gente vinha aqui para a Upinha [destacada como UPC-AB], onde tinha uma área já reservada ao lado, onde a gente era atendido.*

*T06 A gente ficou atendendo só os sintomáticos respiratórios. Na época a gente começou a atender naquele lado de fora, montar uma sala de espera externa, até o final de abril, no máximo. Aí eles montaram os postos que eram fixos só para atendimento de casos suspeitos [UPC-AB]. A partir daí, a gente não atendia mais ninguém, se chegasse qualquer sintomático, a gente já encaminhava para lá.*

A gestão municipal optou pela centralização das pessoas com sintomas gripais em UBS destacadas para este fim, cujas estruturas foram reorganizadas para acolhimento dessa demanda, as UPC-AB COVID-19 (Recife, 2020d, 2020g). Ao centralizar os atendimentos de pessoas com sintomas gripais, Recife instituiu pelo menos dois modelos de APS: a UPC-AB, capaz de realizar triagem, testagem e diagnóstico, assistência aos casos leves, estabilização de casos moderados a graves e referenciamento do cuidado, e as USF, sem o acesso, a resolutividade ou a coordenação em rede na linha de cuidado da covid-19.

Isso parece reproduzir o antigo panorama da cidade, o de conviver com distintos modelos de APS – as Unidades Básicas Tradicionais (UBT), as USF e as Upinhas. As UBT abrigam as modelagens antigas de APS, os PACS e os PSF, ainda em vigência para quase a metade da população da cidade, enquanto as USF e as Upinhas são compostas por equipes de ESF. O plano municipal de saúde (Recife, 2018) aponta a coexistência dos três modelos de APS, com cobertura de ESF estimada de apenas 58% da população. Para

Albuquerque e Correia (2021) e para Ferreira (2015), a presença dos diferentes modelos, a baixa cobertura de ESF e, mais recentemente, a criação das Upinhas expõe a disputa entre uma APS de enfoque integral e coletivo e um outro, de cunho clínico, individual e produtivista, que vem se expandindo nos últimos anos a nível local e nacional.

Nesse sentido, os setores destacados como UPC-AB parecem ter sido priorizados na alocação de recursos – equipamento, treinamento e pessoal – em detrimento ao funcionamento das USF durante a pandemia. Os investimentos no combate à pandemia estiveram focados na assistência individual e curativa, reproduzindo os modos de funcionar do setor terciário, ainda que dentro da APS. As equipes de ESF ficaram desfalcadas e os profissionais das USF foram treinados e realocados, em escalas, nas equipes de referência para covid-19 das UPC-AB.

*T03 Recebemos treinamento para lidar com a situação de pandemia, exatamente quando já estava formada a UPC. Antes não. As salas foram, a maior parte delas, para a UPC e a gente da ESF ficou dividindo os horários, porque não tinha como todo mundo atender ao mesmo tempo. Então, mexeu demais com a estrutura e as ações da USF.*

*T04 A gente [equipe de ESF] ficou sem médico. E aí a gente ficou pedindo apoio ao distrito. Eles chegaram a mandar um médico plantonista para atender um período para cada equipe.*

Assim, a APS do Recife foi mantida como porta de entrada para casos suspeitos de covid-19 nas unidades destacadas como UPC-AB, ao mesmo tempo em que as USF não foram entendidas por usuários e profissionais como porta de entrada para estes casos. Essa dicotomia parece estar relacionada com a centralização do atendimento aos sintomáticos respiratórios nas UPC-AB e a restrição de acesso às USF durante o período, com perda do seu protagonismo e legitimidade para lidar com a doença nos territórios.

Autoras apontam que a ênfase na assistência hospitalar e de alta tecnologia e o maciço investimento de estados e municípios no setor terciário para o combate a pandemia, com baixa valorização da APS podem ter contribuído para não percepção deste nível de atenção como porta de entrada e coordenador do cuidado para covid-19. E destacam o fracasso dessa estratégia na interrupção da cadeia de transmissão e redução da disseminação da doença (Medina *et al.*, 2020; Giovanella *et al.*, 2021; Funcia *et al.*, 2022). Após dois anos de pandemia de covid-19, o mundo registrou 286,51 milhões de casos e 5,46 milhões de mortes pela doença (Abrasco, 2022).

Uma vez centralizados os atendimentos, a possibilidade de ser consultado por profissionais da sua equipe assistente nas UPC-AB foi um fator positivo para o

deslocamento dos usuários até essas unidades, que muitas vezes, estavam localizadas fora das comunidades. Isso demonstra como o vínculo construído na ESF é forte produtor de cooperação nas estratégias de cuidado nos territórios e foi ferramenta para estimulação de práticas de cuidado relacionados a covid-19.

*T1 Eu lembro que os nossos profissionais saíram daqui e deixaram de atender aqui por plantões um dia na semana. Eles começaram a atender lá onde era a referência. Quando chegavam os pacientes, muitas vezes eu usei isso. Eu dizia, 'olha, vai na referência', e eles 'ah, mas é longe'. Eu respondia: 'mas o doutor tá lá, a enfermeira tá lá, hoje é plantão dela'. Ai as pessoas se sentiram mais seguras de ter um profissional conhecido deles lá na referência e iam.*

Frota *et al.* (2022) e Brito *et al.* (2023), demonstram como a longitudinalidade e o vínculo foram atributos da APS potentes para o manejo dos casos, acompanhamento e continuidade da atenção durante a emergência sanitária, além de contribuir para a corresponsabilização entre profissionais e usuários no cuidado com a saúde. Entretanto, Frota *et al.* (2023) destacam que a APS revelou também fragilidades do atributo durante a pandemia. Santana, Medeiros e Monken (2020) salientam que ao deslocar as equipes de seus territórios, a APS tem reduzida a sua capacidade de ofertar abordagens comunitárias que respondam às singularidades presentes a nível local.

Se por um lado as USF do Recife não assumiram os cuidados assistenciais dos sintomáticos respiratórios, tampouco conseguiram manter o cuidado a pessoas com DCNT. Essa tarefa parece ter se convertido na transcrição das receitas ou no prolongamento da validade daquelas que já estavam em posse das pessoas por um período que se estendeu por mais de um ano. As receitas eram dispensadas majoritariamente sob demanda espontânea, sem estratégias para estratificação de risco e vulnerabilidade na tomada de decisão referente ao cuidado dessa população.

*U08 Eu vinha até a unidade para pegar a receita com aquele cuidado, álcool em gel e máscara. Ficava aí na frente mesmo, a gente evitava entrar na sala, e elas [as ACS] me passavam a receita. Eu ia na farmácia, pegava os medicamentos e praticamente era para a gente ir para casa, só o necessário. Foi muito avisado isso.*

*T07 A gente [se refere aos ACS] só fazia recolher a receita para a doutora trocar. O paciente não entrava, não ficava. Da recepção mesmo, já voltava. Mas estava garantida a prescrição da receita.*

*T04 Teve usuário que ficou mais de um ano, durante o período da covid, com a mesma receita, sem nenhum acompanhamento. Sem nada.*

Os protocolos de ‘Assistência e manejo clínico da covid-19 na APS’ (Recife, 2020b; 2020c; 2020d) sinalizavam para manutenção do atendimento programado de hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular, o que parece não ter sido operacionalizado pelas equipes de ESF nos primeiros anos da pandemia. O ‘Protocolo de retomada das atividades e serviços na atenção primária à saúde’ do Recife (2020e), lançado ainda em agosto de 2020, mostrou-se insuficiente como instrumento para comandar o retorno das ações na APS. Na realidade, a APS do Recife experimentou a suspensão do cuidado programado e qualificado as pessoas com DCNT, identificado nos relatos, que durou quase dois anos.

Estudos conduzidos no primeiro ano da pandemia mostravam que a taxa de letalidade da covid-19 era maior em pessoas com morbidades pré-existentes, fazendo com que as DCNT fossem classificadas como fatores de risco para forma grave da doença nos protocolos nacionais e internacionais (Wu; Mcgoogan, 2020; Azadnajafabad *et al.*, 2021; OMS, 2020; Brasília, 2020). Isso não evitou que, diante da sobrecarga dos serviços de saúde, as agendas eletivas direcionadas a pessoas com DCNT experimentassem uma redução significativa na APS em vários países (Silva; Correa; Uehara, 2022; Fernandes *et al.*, 2022).

Daumas *et al.* (2020) e Sarti *et al.* (2020) apontavam, no início da emergência sanitária no Brasil, que a APS poderia exercer papel fundamental no controle da epidemia. Isso, através da manutenção do caráter assistencial na resolução dos casos leves de covid-19, concomitantemente ao acompanhamento de grupos de risco e em vulnerabilidade, incluindo os idosos e pessoas com DCNT. Essas medidas poderiam reduzir a carga de doenças nos territórios e, assim, a morbimortalidade por covid-19, o que parece não ter se reproduzido no caso de Recife.

O ACS foi o profissional facilitador do novo processo de trabalho atuando dentro da USF, como ponte entre os profissionais de referência e os comunitários. Esses profissionais parecem ter percebido com mais nitidez as mudanças em seu modo de trabalhar. Foram organizados em escalas para o trabalho dentro das USF, especialmente para função de identificação dos sintomáticos respiratórios, seu redirecionamento aos serviços de referência e para o controle do fluxo de usuários dentro da unidade. Quando sim, o trabalho de promoção e prevenção era realizado por meio de sala de espera nessas ocasiões. As atividades territoriais características desses trabalhadores foram interrompidas, contribuindo para o enfraquecimento do atributo comunitário da APS no período.

*T07 As visitas eram raras. Era o básico. Quase que não era obrigado. E os horários eram aqui [na USF], pra ficar aqui plantando. A gente ficou sem férias e licença prêmio.*

*T08 Mudou nosso trabalho, porque não podíamos fazer as visitas nos primeiros meses. A gente ficava no posto, dando as orientações. A enfermeira fez uma escala, cada um tinha o seu dia da semana.*

*T04 A gente começou a triar na porta quem podia ter acesso à unidade. Os ACS não iam nas casas.*

A fim de reorientar o trabalho dos ACS durante a crise sanitária, Recife lançou em julho de 2020 um documento intitulado ‘O papel do ACS frente à atual situação da pandemia da covid-19 na atenção primária à saúde no Recife’ (Recife, 2020f). O documento orientou o trabalho administrativo de apoio a reorganização das unidades e aos novos fluxos de atendimento na USF. E fez novas recomendações quanto a manutenção das atividades comunitárias voltadas aos grupos de risco, a educação em saúde e ao uso dos equipamentos de proteção individual, que não parecem ter tido o alcance e a operacionalização das recomendações anteriores.

O afastamento do ACS do território durante os primeiros dois anos da pandemia se repetiu em outros municípios do nordeste brasileiro, com queda maior que 60% das visitas domiciliares e outros serviços comunitários locais oferecidos pela ESF (Vieira-Meyer *et al.*, 2023). A burocratização do trabalho do ACS no interior das unidades de saúde, no entanto, reduz a capacidade de articulação entre o setor saúde e a comunidade e consequente constringe a eficiência da resposta à crise sanitária em vigência pela APS e pelo sistema de saúde (França *et al.*, 2023).

Os planos e protocolos de contingência da covid-19 para APS que visavam orientar a reorganização das USF foram elaborados pela gestão municipal sem a participação das equipes de ESF. Os trabalhadores relataram que as mudanças foram instituídas de forma burocratizada e informatizada, por meio de comunicados internos e ofícios, muitas vezes enviados através de aplicativo de celular. As instruções foram tardias e insuficientes para orientar as equipes, com fracas diretrizes institucionais a respeito dos modos de trabalhar diante do cenário pandêmico.

*T04 Para a equipe, a notícia da pandemia chegou por meio de documento, uma CI informando. Mas a gente já sabia através das redes sociais, de televisão, internet. E chegou a sair a documentação dizendo como seria o funcionamento da unidade, as restrições. Ninguém sabia dizer muita coisa sobre o que era a covid. E, enfim, a gente ficou na dívida.*

*T06 A gente recebeu as informações oficialmente pelo distrito. Era realmente a orientação, como a gente costuma dizer, de cima pra baixo.*

*T08 Era tudo só pelo “zap” (whatsapp). O coordenador de área, toda semana, mandava um novo protocolo. Não dava nem tempo de ler, porque era tanta coisa, tanta coisa. Ninguém do distrito veio aqui. A gente se apoiava dentro da equipe, porque um ajudava o outro.*

*T02 Eu acho que faltou alinhar, fazer todo mundo igual. Eu acho que faltou a nossa gestão, o nosso distrito, ter uma fala só e apontar um caminho só.*

Os relatos apontam para o que autores da saúde coletiva explicam ser a amplificação de um modelo de gestão em saúde gerencialista, voltado para resultados, porém não mais eficiente, com abandono das práticas de apoio institucional e cogestão, ruindo os pressupostos da democracia institucional e participação social no SUS (Campos *et al.*, 2013; Moita, 2021; Campos *et al.*, 2023).

## 8.2 VIGILÂNCIA À SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE EM SUA INTERFACE COM OS TERRITÓRIOS

As atividades de vigilância à saúde desenvolvidas pelas equipes de APS a fim de mitigar a pandemia de covid-19 foram analisadas a partir das estratégias de: identificação e busca ativa dos casos suspeitos, testagem e diagnóstico, notificação, monitoramento dos casos, ações de prevenção e condução da imunização de toda a população adscrita (Engstrom *et al.*, 2020; 2022).

No caso de Recife, a possibilidade de realização de diagnóstico parece ter escapado às equipes de ESF. Os testes moleculares ou testes rápidos para covid-19 não estiveram disponíveis nas USF durante os períodos mais críticos da pandemia. As pessoas foram testadas sob demanda espontânea no atendimento nas unidades destacadas ou por agendamento em setores fora da rede de atenção básica da cidade. A ausência de ações para identificação e busca ativa de casos suspeitos e a impossibilidade de realização de testes de covid-19 pelas USF evidenciaram a estratégia adotada pela prefeitura do Recife de construção de uma vigilância à saúde a partir da demanda espontânea, apoiada na contagem de casos para planejamento de ações.

*T02 A gente não tinha o teste aqui. Eu acho que só em 2021 chegaram os primeiros testes na unidade. Naquela época, só na UPC.*

Apesar das orientações para realização da notificação para casos suspeitos ou confirmados de covid-19 constarem nas notas técnicas (Recife, 2020a), observou-se que não foram realizadas sistematicamente pelos profissionais das USF no território. Mesmo aqueles que trabalhavam em unidades destacadas não compreendiam como as notificações de covid-19 eram geradas. Aqui, é possível aferir o distanciamento do nível central e distrital da vigilância à saúde das equipes de ESF e a falta de apoio na preparação desses profissionais voltada a produção de informações que construísse uma vigilância em saúde eficiente no e para os territórios.

A utilização de um prontuário eletrônico específico para o atendimento de covid-19 nas unidades destacadas foi citada como ferramenta de coleta de informações. Os profissionais não mencionaram outro uso para o dispositivo. A escolha em utilizar o ‘Atende APS’ e não o ‘Prontuário Eletrônico do Cidadão’ (PEC), na prática, restringiu a

integração e compartilhamento de informações referente a assistência oferecida aos sintomáticos respiratórios com as equipes de ESF.

*T02 A gente não notificava casos de covid. Nem na unidade de saúde, nem na UPC. Eu não sei como os casos eram notificados. Acho que pelo que a gente colocava no sistema [‘Atende APS’].*

*T03 O distrito, eu não sei como, tinha acesso a essas notificações direto do sistema. Eles mandavam semanalmente a lista de comunitários com a classificação para fazermos o acompanhamento.*

As estratégias de testagem e notificação são tarefas imprescindíveis para geração de informações epidemiológicas na condução de epidemias e a produção de dados a nível local pela APS é fundamental para o planejamento de ações de mitigação de epidemias (Engstrom *et al.*, 2020; 2022; Sarti *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020; Prado e Vilasbôas, 2020). Bcheraoui *et al.* (2020) sinalizam, entretanto, que a utilização dos testes de covid-19 no ocidente mostrou-se heterogênea e inconsistente, com disponibilidade errática dos equipamentos necessários e oferta seletiva e insuficiente para identificação precoce dos casos e controle da disseminação da doença, o que se aplica ao caso do Brasil e de Recife.

Prado e colaboradores (2023) criticam a reprodução de uma vigilância epidemiológica reativa nos municípios, dependente da estrutura central, com baixa integração com a atenção primária, em que os territórios serviram apenas como referência para listagem dos usuários a serem monitorados pelas respectivas USF. Quando o desejado, nas perspectivas de Breilh (2013) e Prado *et al.* (2021), é que os sistemas de vigilância operem integrados aos sistemas de saúde locais e consigam alcançar o território para identificação condicionantes da saúde, comunicação dos riscos em saúde e implementação de medidas de controle eficientes nos cenários habituais e nos epidêmicos a nível local e nacional.

Em relação ao monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados de covid-19, foi observada uma heterogeneidade de organização e oferta do serviço em relação às equipes de ESF. O maior engajamento das equipes pareceu estar associado ao maior grau de vinculação dos profissionais com os usuários e à força do componente comunitário no desempenho do trabalho na APS. Em alguns territórios, o monitoramento dos casos era realizado de forma duplicada, pela USF e pelo serviço de telemonitoramento do telessaúde. Outras vezes, o telessaúde assumiu completamente a tarefa, mesmo em regiões cobertas por equipe de ESF.

U13 *O médico do SUS ligava todo dia para mim, me acompanhando em casa, de manhã e à tarde. E [nome da ACS] ligava para saber de mim todos os dias.*

T02 *Tinha o grupo de 'whatsapp' com a comunidade, tentávamos saber informações sobre os doentes e partilhávamos isso com toda a equipe. Isso funcionava.*

T03 *O distrito mandava semanalmente a lista de comunitários com a classificação para fazermos o acompanhamento no domicílio. E esse acompanhamento era via telefone. Cada profissional ficava escalado para fazer o telemonitoramento.*

T06 *Não me recordo de haver monitoramento dos casos por parte da equipe. O usuário voltava para casa com as orientações da unidade de referência, e só entrava em contato com a equipe de ESF em caso de mudança de situação. Aí ele normalmente entrava em contato com o ACS. Mas acabava que a orientação era voltar para unidade de referência covid.*

T08 *Eu acho que só fui [fazer o monitoramento] em uma ou duas vezes. Aí a paciente, "a moça que ficou me ligando, mandou eu vir aqui no posto pra fazer isso e isso, falar com a médica". Teve alguns que realmente funcionou pelo telessaúde, pela secretaria, mas pela gente não funcionou não.*

Na segunda versão do protocolo de assistência e manejo clínico da covid-19 na APS (Recife, 2020b) e no documento intitulado 'Diretrizes para o teleatendimento na APS Recife', a Sesau aponta como deverá funcionar o monitoramento dos casos. Nos documentos, a atividade foi atribuída à APS em áreas cobertas pela ESF e EACS, ficando a cargo da equipe de vigilância epidemiológica distrital, o monitoramento dos casos das áreas descobertas. Nesse sentido, a gestão municipal optou por ampliar o serviço de telessaúde com oferta de teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento no apoio a questões de saúde relacionadas à covid-19, o 'Atende em Casa'.

A heterogeneidade da operacionalização do monitoramento dos casos pelas equipes de ESF e a sobreposição dos serviços no território, no entanto, apontam para uma prática de vigilância à saúde descoordenada e sinalizam o baixo poder da gestão na institucionalização de estratégias custo efetivas de vigilância à saúde durante a pandemia.

Prado e colaboradores (2023), conduziram um estudo qualitativo que se debruçou sobre as ações de vigilância e atenção na APS no interior da Bahia, observaram que o estabelecimento de serviços centralizados de telemonitoramento contribuiriam para uma fragmentação das ações de vigilância nos municípios estudados e para perda do protagonismo da APS no monitoramento dos casos de covid-19 durante a pandemia.

Importante salientar que a regulamentação do telessaúde foi uma importante estratégia para reduzir riscos de transmissão da doença no trabalho em saúde durante o período pandêmico. O uso das tecnologias de informação e comunicação abre possibilidade de realização do necessário monitoramento dos casos de covid-19 e oferta do adequado seguimento de pessoas com condições crônicas de saúde de maior risco. Todavia, em cidades com tamanha desigualdade social, como o Recife, as vulnerabilidades e iniquidades sociais produzem um inestimado número de pessoas excluídas dos processos digitais aos quais essas estratégias não se aplicariam (Magalhães *et al.*, 2021; Tureck *et al.*, 2024).

Em relação às ações de prevenção e promoção da saúde direcionadas à covid-19, os relatos apontam que as equipes estiveram pouco envolvidas nas atividades de educação em saúde. Quando ocorriam, eram realizadas dentro das unidades de saúde, nas salas de espera ou como parte do atendimento individual. A interlocução das equipes com a comunidade era feita principalmente de forma remota, em grupos de *whatsapp*, e foram conduzidas majoritariamente pelos ACS. Fica evidente a divisão do trabalho nas equipes, de um lado o atendimento individual e, do outro, uma possibilidade de intervenção coletiva que esteve fragilizada com o distanciamento social durante os dois primeiros anos da pandemia.

*T06 As orientações eram feitas quando os pacientes chegavam aqui na unidade. Basicamente, o contato da gente ficou entre os ACS e a comunidade pelo 'whatsapp'. Não fizemos nenhuma ação.*

*T02 A gente tentou manter o uso de máscara, uso de álcool, seguir o protocolo que era passado para gente. A gente fez alguns cartazes e colocou na porta do posto: uso de álcool, não aglomerar, usar máscara. E rede social... porque foi meio complicado, não tinha como você estar divulgando isso de casa em casa.*

Usuários e trabalhadores receberam orientações sobre as medidas de proteção de contágio do vírus principalmente através da mídia. Isso sinaliza a insuficiência de treinamento e educação permanente conduzida pela gestão direcionada para os trabalhadores da saúde no intuito de lidar com a situação pandêmica. Destaca-se aqui, ainda assim, o papel do ACS como educador em saúde, permanentemente em contato com as populações, de que cuida e que faz parte.

*U14 A gente via na televisão falando sobre como se prevenir da covid. E aqui no posto também, com o médico que me atendeu. E a [nome da ACS], que sempre ligava pra mim me orientando.*

*T08 Na televisão sempre estava passando as orientações. Aí a gente [ACS] reforçava o que a gente via na televisão pra vizinhança, no caminho de casa.*

Os estudos que debruçaram o olhar para o trabalho dos profissionais comunitários durante a pandemia destacam ser fundamental a educação permanente e o treinamento dos ACS para amplificação da educação em saúde nessa e em futuras epidemias. Os estudos criticam a falta de coordenação das equipes de vigilância em saúde na orientação do trabalho das equipes, em especial dos ACS. Localizaram na baixa oferta de educação permanente, treinamento desses profissionais, garantia de equipamento de proteção individual em quantidade suficiente para o trabalho seguro, a fragilização e variação do desempenho da APS nas ações de educação e vigilância em saúde (Bhaumik *et al.*, 2020; Mélo; Santos; Albuquerque, 2022; Vieira-Meyer *et al.*, 2023).

As equipes de ESF enfrentaram dificuldade adicional nas orientações de promoção e prevenção durante a pandemia por inadequação das recomendações aos territórios vulneráveis, por desinformação circulante (*fake news*) ou pelo papel do governo federal na comunicação de informações falsas a respeito dos riscos e das recomendações preventivas quanto a covid-19.

*T01 Para gente fazer promoção em saúde, orientar como é que se previne, orientar o distanciamento social, pedindo às pessoas para ficarem em casa, foi difícil. As redes sociais foram muito ao contrário. No whatsapp, fake news para o povo!*

*T05 A gente tinha protocolo orientando uma coisa, os comunicados do governo federal iam para o outro caminho e aqueles conhecimentos comunitários ficavam no meio dos dois. A gente confundia a cabeça das pessoas.*

*U01 O governo federal, ele amedrontava o povo. O Bolsonaro, ele amedrontava o povo. Ele dizia que a vacina ia fazer mal, a vacina ia pegar AIDS, ia fazer isso, ia fazer aquilo... Quer dizer, a população está com um problema sério. Você sabe que aquele remédio vai servir para você. Mas uma pessoa incentiva o contrário. Tem que incentivar o que vai salvar a vida. E foi o que aconteceu. Depois que a vacina chegou, muitas vidas foram poupadas. Muitas vidas.*

O crescimento do negacionismo e da produção intencional de informações mentirosas no contexto da pandemia representaram desafios para educação em saúde (Morel, 2021). Autores da saúde coletiva denunciam a comunicação irresponsável e confusa do governo federal em relação as medidas de mitigação da pandemia que

impactaram negativamente a promoção da saúde e prevenção dos riscos a nível local (Giovanella *et al.*, 2020b; Barbieri *et al.*, 2022; Campos *et al.*, 2023; Maia; Maia, 2023).

Diante das múltiplas vulnerabilidades, os profissionais das equipes de ESF não conseguiram adequar as orientações às singularidades de cada território assistido, evidenciando o quanto a pandemia chegou em um momento de enfraquecimento dos atributos de orientação familiar e comunitária da APS.

*U08As ACS sempre falavam, orientavam a fazer o possível do isolamento. As pessoas da comunidade não conseguiam cumprir e diziam que, às vezes, não sabiam mais o que fazer.*

A ESF está alicerçada no atributo da orientação comunitária, com potencialidade de ampliar as respostas da APS no enfrentamento a pandemia. Faz isso ao identificar os condicionantes, os problemas e as necessidades de saúde locais, ao mapear os recursos comunitários, ao promover o diálogo com lideranças presentes no território segundo os princípios da educação popular em saúde. Fortemente orientada para seus territórios, as equipes de ESF seriam capazes de produzir novas estratégias no âmbito da promoção e prevenção da saúde e a transformação do saber científico em cultura, prática e realidade das pessoas (Daumas, 2020; Morel, 2021; Farias, 2023).

Entretanto, o desmonte institucional da APS, provocado pelo subfinanciamento crônico do SUS e pelas mudanças nas diretrizes da nova PNAB e CaSAPS, provocaram uma reorientação do modelo de assistência à saúde em direção a uma prática clínica e individual enfraquecendo os atributos orientadores da ESF, integralidade e orientação comunitária (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Finalmente, a respeito da vacinação contra a covid-19, Recife optou por fazer a distribuição do imunizante fora dos serviços da APS, de maneira que a sua estrutura capilarizada, com salas de vacina em todas as USF, UBT e Upinhas da cidade não foi recrutada e utilizada no Plano Vacina Recife. Ao invés, foram criados *drive-thrus* e *stands* e improvisadas salas de vacina em escolas, universidades e repartições públicas ou privadas. O processo de imunização foi avaliado por profissionais e comunitários ora como positivo e acessível, ora como barreira de acesso. De todo modo, parece ter gerado desafios à imunização, como a necessidade de deslocamento dos usuários para o ponto de vacinação mais próximo.

*T03 Eu achei muito bom o processo de vacinação, abrangente. E acho que não poderia ter sido melhor. Acho que os pontos de vacinação foram viáveis demais a população.*

*U01 Eu acho que a prefeitura falhou no seguinte. Fui duas vezes na Universidade de Dois Irmãos [UFPE Rural] tomar as doses. Se eu não tivesse recursos? Tem gente que não tem o dinheiro da passagem. Não tem uma unidade de saúde? Fazia aqui! Por que o posto de saúde não podia vacinar todo mundo?*

*T01 A vacina, ela não começou na unidade, ela começou num local de referência. O acesso era difícil porque se fosse na unidade, só vir para cá e tomar. Mas para fazer um cadastro no celular e enviar para outro local, foi difícil. Para a gente convencer, a gente teve que rebolar muito. E aí, depois que a vacina veio para cá, foi bom para muita gente que não sabe nem sair de casa. Foi quando a gente começou realmente a atingir mais pessoas e foi muito bom.*

Com a chegada da vacina, a vigilância à saúde deveria impulsionar a promoção da imunização rápida de toda a população para controlar a epidemia (Abrasco; Cebes; Rede Unida, 2021). Diante da escassez da vacina, a imunização no Brasil e no Recife seguiu a tendência internacional, iniciando fora dos serviços de atenção primária e disponibilizadas para profissionais de saúde e população de risco (Aggarwal *et al.*, 2023). Em seu estudo de revisão, Aggarwal e colaboradores (2023) salientam a importância da rápida transição da imunização para os serviços de atenção primária sob penalidade de baixa adesão à imunização, colocando o vínculo de usuários com os serviços de APS como importante fator na aceitação da vacina para covid-19 e, portanto, para acelerar o aumento da sua cobertura.

Somado ao deslocamento, o condicionamento da vacinação contra covid-19 ao cadastramento e agendamento no e pelo aplicativo Conecta Recife representou importante barreira de acesso a imunização para populações vulneráveis – com acesso restrito a aparelhos *smartphone* e pouca destreza no manejo da tecnologia. O reconhecimento, por parte das equipes, da necessidade de elaboração de estratégias para os agendamentos virtuais foi fundamental para superação dos obstáculos e oferta equitativa da vacina no SUS. Os esforços das equipes foram reconhecidos pelos usuários que apontaram a importância das equipes de ESF, em especial dos profissionais ACS, para contornar essas adversidades.

*U04 O processo de vacinação no início foi muito restrito. No meu caso, eu precisei de ajuda. Como eu não tenho muita habilidade nesse mundo virtual, eu pedi um grande favor a uma menina daqui, que é agente de saúde do posto.*

*U09 As pessoas que não tinham experiência com celular sofreram bastante. Eu não, que eu pedi ajuda.*

*T01 A vacina foi difícil para a comunidade, porque ela foi pelo Conecta Recife. Tem muita gente na minha comunidade que não tem estudo. E tinha gente que não tinha nem documento. Foi um momento muito difícil. Então, a gente começou a ter mutirão aqui na unidade, para que as pessoas viessem fazer o cadastro no aplicativo.*

*T03 As pessoas que não tinham acesso ao celular, a smartphones, a computadores, nas nossas áreas mais vulneráveis, o agente de saúde identificava aquelas pessoas e marcava na unidade, na rua, aonde fosse, para fazer o cadastro e agendamento.*

*T04 Além do atestado do médico, precisava de uma declaração de residência. Então, a gente, ACS, criou aqui uma estratégia de fazer declaração de residência para os comunitários. A gente foi muito forte, muito atuante nesse período.*

*T08 Os mais jovens não tiveram dificuldades. Mas os adultos, os idosos tiveram. A gente fazia esses cadastros.*

Algumas equipes relataram estratégias de busca ativa dos grupos de risco para imunização contra a covid-19, que envolveram construir uma relação de pessoas aptas a imunização em cada fase da campanha de vacina e estimular sua ida ao ponto de vacinação mais próximo. Outras equipes deram respostas menos sofisticadas e ofereceram suporte para quem procurava diretamente a unidade ou o profissional da área realizando orientações ou ajudando com o agendamento. Mesmo na ausência de fortes diretrizes institucionais e da indefinição do papel da APS no ‘Plano Recife Vacina: Estratégia de Vacinação para Covid-19’, foi notável a percepção de grande responsabilidade sanitária e protagonismo dos profissionais da USF na promoção e prevenção da saúde no âmbito da imunização para covid-19.

*T04 A gente não esperou os usuários virem aqui. A gente sabia qual era o grupo de risco que estava apto a ser vacinando, captava as pessoas da comunidade que se elegiam para aquele grupo, fazia o atestado de morbidades e já levava nas casas. O pessoal nem estava sabendo que já podia tomar a vacina, a gente já levava.*

*T06 Os ACS, como conhecem a população, sabiam quem era do grupo de risco para vacinação, iam por conta própria procurar esses pacientes.*

Com recursos limitados e poucas doses disponíveis, a distribuição e acesso equitativo à vacina se impôs como grande desafio global. No Brasil, o SUS oferece com

o PNI a possibilidade de oferta capilarizada do imunizante em todo território nacional. Restam as dificuldades que a desigualdade social e as iniquidades em saúde colocam sobre a tarefa de imunizar as comunidades vulneráveis (Souza; Buss, 2021). A OMS (2021) destaca o papel dos ACS na identificação da população alvo para vacinação de acordo com a fase do programa de imunização em cada região, na educação em saúde para aumentar a aceitação da vacina contra covid-19 nas comunidades, na mobilização dos comunitários aos locais de vacinação e no seguimento das pessoas imunizadas, o que parece ter sido alcançado nas equipes de ESF territorializadas no Recife.

### 8.3 SOCIAL E O SUBJETIVO NA SUA DINÂMICA COM OS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE NA CRISE SANITÁRIA

A crise sanitária desencadeada pela pandemia de covid-19 agravou crises na esfera econômica, política e social, expondo as desigualdades sociais e iniquidades em saúde e a esgarçada estrutura de suporte social do estado (Junior; Santos, 2021; Spadacio; Alves, 2020). O estudo se debruçou em observar como a APS agiu diante do aprofundamento das desigualdades e das novas demandas por apoio social, em saúde e psicossocial nas comunidades assistidas, lançando o olhar para iniciativas das equipes, das comunidades e dos governos que tentaram contornar as dificuldades vivenciadas nos territórios.

Usuários e trabalhadores notaram a perda da renda de famílias que viviam de trabalho autônomo. A periferia da cidade experimentou piora da pobreza diante da impossibilidade de trabalhar na situação pandêmica em um cenário já degradado de vínculos trabalhistas precarizados e trabalho informal, que expõe o caráter sindêmico da crise.

*T07 Aqui já tem uma pobreza instalada. Alguns trabalhadores vêm da pesca, outros fazem serviço de motorista. A grande parte das mulheres é doméstica. E parou tudo. As empresas pequenas acabaram.*

Costa (2020), explica que a pandemia atinge com mais intensidade quem vive em situação de informalidade, aprofunda a crise econômica que gera desemprego e, em uma espiral que se retroalimenta, joga mais trabalhadores para o subemprego. Souza (2021) avança, salientando que o conjunto de medidas tomadas por governos neoliberais deixam as políticas sociais subfinanciadas e agravam a crise estrutural que apenas se torna mais evidente diante da emergência sanitária.

Nesse cenário, foi possível identificar iniciativas de solidariedade dentro das comunidades por meio das associações de moradores e das relações de vizinhança como apoiadoras às famílias mais vulneráveis. Com o prolongamento da crise sanitária e social, as comunidades foram capazes de encontrar na solidariedade mecanismos de defesa e manutenção da vida em uma fase da pandemia em que ainda não havia auxílio definido pelo governo.

*U02 Na época, a associação de moradores se organizou com cesta básica. O brasileiro é muito humano, ele se compadece da necessidade do outro. Às vezes, não tinha faltado nada para você. A gente fazia uma cotinha para ajudar o outro, que estava sem.*

*U04 Algumas pessoas da comunidade não tiveram acesso às máscaras. Mas algumas pessoas aqui se ajudaram. A minha esposa mesmo, ela confeccionou as máscaras, fez doações para o pessoal e assim foram se ajudando.*

*T04 A gente via a solidariedade em comunidade mais carentes. Quanto mais humilde, mais vulnerável, eles eram mais solidários, de compartilhar as coisas um com o outro.*

Na perspectiva de Milton Santos (2002), a solidariedade encontra espaço nas periferias dos grandes centros urbanos, onde a precariedade e carência produz maior comunicação social gerando valores de identidade e laços culturais que, aqui, contribuíram para contornar os desafios agravados pela pandemia. Mendonça *et al.* (2023), apoiadas em Victor Valla, salientam que em comunidades marginalizadas, a solidariedade se relaciona intrinsecamente com a sobrevivência, e embasadas em Alda Lacerda, apontam que o apoio social é dispositivo das populações para encarar a complexidade dos problemas sociais e em saúde agora intensificados pela crise sanitária.

Nesse caminho, os dispositivos municipais de suporte social, a manutenção do lanche escolar e o auxílio emergencial também foram citados como apoiadores às famílias vulneráveis. Os dispositivos municipais de suporte social junto às organizações não governamentais e igrejas foram grandes atores no enfrentamento a fome nas comunidades durante a pandemia, através da distribuição de cestas básicas e outros insumos. A chegada do auxílio emergencial, apesar de tardia, foi identificada como importante medida governamental para prover as necessidades materiais e de subsistência de trabalhadores autônomos e informais.

*U03 Eu estava sem trabalho. Fui para o Cras [centro de referência da assistência social] e me indicaram para receber cesta básica. Eu recebi*

*por dois, três meses. Não ia buscar, o rapaz entregava lá em casa. Depois eu recebi o “bolsa família” [auxílio emergencial] de 600 reais.*

*U08 Recebi mensagens do Compaz [centro comunitário da paz] no celular com informações sobre doação de cesta básica. Na mensagem, eles pediam para divulgar a informação para pessoas da comunidade que não tinham celular ou tivesse só aquele pequenininho. Eles davam uma cesta básica por mês e vinha completa, com álcool em gel. Eu avisei a muita gente na comunidade.*

*T04 Também teve a manutenção do lanche escolar pela prefeitura. A família podia ir buscar o lanche das crianças nos turnos da manhã e tarde, além de ter uma ajuda de 50 reais e cesta básica para jovens e crianças que estivessem na escola. E aí veio o auxílio emergencial, que ajudou muito, porque o pessoal começou a ter dinheiro para pagar as contas.*

Ainda no começo da pandemia a articulação intersetorial era apontada como necessária e urgente estratégia de políticos e governos na condução das respostas a emergência sanitária entendida como uma sindemia (Horton, 2020; Junior; Santos, 2021). A morosidade e desarticulação do governo federal frente aos desafios sociais desnudados e aprofundados pela crise sanitária é criticada pelos autores da saúde coletiva que cobraram ações intersetoriais para redução das desigualdades durante a pandemia (Giovanella *et al.*, 2020a; 2021; Abrasco; Cebes; Rede Unida, 2020).

Os ACS constituíram-se no elo entre as entidades doadoras – empresas, ONG e igrejas – e as comunidades e foram os profissionais de referência na identificação de famílias em vulnerabilidade social, alvos das doações. O trabalho desempenhado pelos ACS evidenciou o papel da equipe de ESF que, apoiadas na abordagem comunitária, foram capazes de construir ações intersetoriais de acesso a suporte social e, portanto, reduzir iniquidades no território.

*T06 Quando o ACS percebia algum usuário em situação de maior vulnerabilidade, eles normalmente encaminhavam para o Cras, que é aqui ao lado.*

*T01 A gente (ACS) participou de muita coisa. Eu saí me cadastrando em tudo. As ONG e igrejas procuraram a gente como referência para distribuição de cesta básica pra comunidade. Depois veio o auxílio que o governo deu. Demorou bastante, eu achei.*

*T04As ONG procuraram as ACS para fazermos um mapeamento social da área, conhecer a vulnerabilidade de cada território e fazer uma relação das famílias que seriam alvo das doações. E foram cestas básicas, toneis para armazenar água, instalação de torneira com sabão na comunidade...*

Mendonça *et al.* (2023), em seu estudo de base nacional, localizam no trabalho desses profissionais junto aos setores comunitários a tendência de amplificar respostas de apoio social para pessoas em situações de vulnerabilidade, o que se reafirma no relato desses trabalhadores.

Não foram identificadas ações de movimentos sociais nos relatos dos interlocutores, usuários e trabalhadores, o que pode apontar para um apagamento do movimento social organizado nas periferias estudadas e para a baixa articulação da APS com os movimentos sociais na cidade.

Entretanto, outros estudos brasileiros (Gutierrez *et al.*, 2023; Farias; Melo, 2023) foram capazes de descrever a importância de movimentos sociais nas periferias urbanas promotoras de ações de suporte aos mais vulneráveis, coleta e distribuição de cestas básicas e insumos de higiene e proteção e produção de conteúdos informativos e orientadores sobre a covid-19 mais assertivos e correspondentes às necessidades dos territórios.

Estudos qualitativos e quantitativos demonstram que a interação entre a APS e os movimentos sociais foi variável. Gutierrez e colaboradores (2023) descrevem a articulação entre APS e os movimentos sociais locais como forte e de apoio mútuo nos territórios favelizados estudados. Farias e Melo (2023) e Mendonça e colaboradores (2023), por outro lado, avaliam essa interação como reduzida.

Nesse cenário, de piora da pobreza e vulnerabilidades, destacou-se o desafio no cumprimento das recomendações para o isolamento domiciliar dos casos suspeitos ou confirmados de covid-19. A possibilidade de cumprir as medidas de proteção, especialmente o isolamento domiciliar, variava de acordo com a renda e situação de moradia das famílias. A prescrição genérica das recomendações das autoridades sanitárias não dava conta da complexidade das situações vividas por famílias mais vulneráveis e, portanto, não serviu aos territórios empobrecidos.

*T0102 Eu não acho que as pessoas ficaram isoladas como deveriam, porque aqui a gente tem famílias numerosas. As orientações não eram apropriadas pra cá, a gente sabia que não eram apropriadas pra unidade de saúde da família quase nenhuma. Mas eram o que a gente tinha para o momento, era o que a gente tinha que oferecer e pedir pra tentarem fazer.*

*T0204 Tinha gente na área que precisava trabalhar todos os dias, quando tinham casa na zona rural, mandavam os idosos para lá, quando não, iam para um hotel. Mas na comunidade mesmo, não tinha como isolar ninguém, não. As casas e os cômodos eram pequenos.*

*Muitos quartos, nem porta tinham. Como é que se isolava? Não tinha como.*

*T0307 Essa história de isolamento para pobre é muito difícil. Em alguns casos dá pra fazer isolamento, outros não. As pessoas se viravam, infelizmente. Praticamente, sobreviveram.*

Sérgio Arouca (1975) chama atenção para como os ‘modos de andar a vida’ determinam os modos viver, adoecer e morrer e, portanto, a possibilidade ou não do distanciamento social, cumprimento dos protocolos sanitários como isolamento dos casos e contatos e o uso de máscaras adequadas durante a pandemia. No movimento inverso, Spadacio *et al.* (2020) e Cestari *et. al.* (2021) demonstram que as consequências da crise sanitária e econômica não impactam de forma homogênea as pessoas e os territórios, sendo mais perversas de acordo com a classe, raça e gênero.

Corroborando essa perspectiva, um estudo conduzido em sete países da América Latina avalia que os países com piores resultados em saúde foram justamente os que combinaram maior índice social de pobreza e desigualdade e menor gasto per capita em saúde (Giovanella *et al.*, 2021). A população dos municípios mais pobres e a periferia dos grandes centros urbanos sofreram desproporcionalmente os impactos da covid-19, como óbitos, fome e desemprego, revelando como as desigualdades sociais marcaram a mortalidade e o sofrimento gerado pela pandemia de covid-19 (Abrasco, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

Em Recife, um estudo conduzido por Bitoun *et al.* (2020) localizou nos bairros mais vulneráveis, com maior percentual de áreas de população preta e menor renda *per capita*, a menor possibilidade de ser diagnosticado e a maior chance de morrer pela doença. O que evidencia as desigualdades estruturais no acesso a saúde também a nível local invisibilizados nos boletins epidemiológicos.

Entre março de 2020 e março de 2022, o boletim epidemiológico publicado pela cidade do Recife (Recife, 2022), registrou 211.123 casos confirmados de covid-19, dos quais 17.296 evoluíram para SRAG e 5.974 foram óbitos pela doença, com ocorrência de 61,4% dos casos de covid-19, 70,5% dos casos de SRAG e 63,5% dos óbitos pela doença na população não branca.

Diante de uma doença com capacidade de gerar tantas mortes, noticiadas diuturnamente nos jornais e nas mídias sociais, o medo parece ter sido o sentimento mais comum vivenciado por usuários e trabalhadores das periferias do Recife. A experiência de distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel e isolamento domiciliar foi

vivenciada por usuários com intenso sofrimento. O acesso aos materiais de proteção individual era variável e envolvia sacrifício por parte das famílias na destinação de recursos financeiros para sua compra ou simplesmente não era possível. Para ambos os grupos entrevistados, o sofrimento estava ligado ao medo da infecção, da possibilidade de transmissão para os familiares, de não conseguir atendimento em situação de gravidade e de morrer.

*U01 A gente não podia sair. Tudo isolado. Quando saía para resolver alguma coisa, era com a máscara, com vidro de álcool gel. Quando chegava em casa, nem dentro de casa não entrava. A mulher pegava logo as bolsas e a roupa para lavar e eu tomava banho. Era terrível.*

*U13 A gente comprava as coisas e quando chegavam, botavam no portão, a gente pegava aquela sacola e levava para o lixo. É como se a gente tivesse nojo das pessoas. Foi muito, foi muito difícil.*

*U12 Meu marido tinha que sair pra trabalhar, porque não tinha outra opção. Ele pegava ônibus para ir e voltar pra casa. A gente se virava com o que podia [para cumprir as medidas de prevenção]. A gente se privou de coisas, porque as coisas ficaram mais difíceis.*

*U14 Foi difícil. Meu genro não me queria lá. Nem janela tinha no quarto. Quando era de tarde, eu ia lá para fora, botava cadeira, sentava e eu chorava.*

*U02 Eu, na época, com 30 e poucos anos, nunca tinha alcançado uma doença como essa. Você se isolar para não contaminar as pessoas! O pior de tudo era ver as pessoas morrerem, ver os hospitais lotados. Algumas UPA fecharem por não conseguir atender a demanda. O medo era esse: eu pegar a covid, vou pra UPA, não conseguir um atendimento, de chegar a ser intubada, precisar de um respirador, e não ter.*

O crescimento do medo e da incidência de transtornos mentais foi marcante durante a pandemia e representou um grave indicador de saúde que alertou a comunidade científica para uma pandemia do medo (Ornell, 2020). Apesar de Recife ter estruturado um serviço de telessaúde com ‘teleacolhimento’ para abordagem de problemas em saúde e sofrimento psíquico relacionados ao covid-19, o serviço não foi lembrado por usuários ou trabalhadores interlocutores dessa pesquisa como apoiador a essas questões.

Ademais, assim como a capacidade de indivíduos e famílias recrutarem recursos para proteção individual e acessar serviços de saúde é desigual, o medo também não se apresenta da mesma maneira para todos (Najar; Castro, 2021; Shim; Starks, 2021). Para Najar e Castro (2021) “[...] ainda que se leve em consideração os medos essenciais, não

há dúvidas que sua distribuição não é equânime, pois os riscos de adoecer e morrer são fortemente determinados pelos fatores sociais”.

Entre os trabalhadores, teve destaque a ambivalência enquanto profissional da APS. De um lado, o medo e hesitação para o trabalho diante do alto grau de exposição e risco de se contaminarem pela doença e, uma vez infectados, transmitirem para seus familiares ou morrer. Do outro, o desejo e a percepção da importância do desempenho de suas funções enquanto profissionais de saúde frente a emergência sanitária.

*T01 Cada vez que a gente sabia que foi perdida uma vida pro covid-19, principalmente um profissional de saúde, a gente ficava muito triste. E quando a gente conhecia, quando era colega nosso, até aumentava o medo. Mas depois eu senti uma necessidade muito grande de fazer algo, de ajudar, de participar.*

*T04 Receber essa notícia para gente foi um momento de pânico, de insegurança, de medo de morrer e de resistência mesmo, de querer poder não estar na linha de frente, mas entendendo a necessidade daquele momento. A gente fez várias reflexões sobre a importância do nosso trabalho, da informação, da orientação, dos usuários poderem ter acesso à saúde. E aí, a gente se sentiu muito fortalecido.*

Uma revisão de literatura conduzida por Teixeira *et al.* (2020) descreve aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos e medo da infecção entre profissionais da linha de frente contra a covid-19, que podem levar a relutância em trabalhar. Campos e colaboradores (2023) reiteram que também os trabalhadores da APS conviveram com um ambiente de medo e mudanças, o que não os impediu de se colocarem de forma propositiva para o trabalho.

Diante das novas demandas e aumento dos riscos em saúde vivenciados, os profissionais relatam não se sentiram apoiados pela gestão local para condução das mudanças dos processos de trabalho, nem no suporte ao sofrimento psíquico experimentado no desempenho das suas funções durante a pandemia. Os profissionais da APS viveram importante ruptura do seu papel no sistema de saúde acrescido do não reconhecimento da sua potência nas respostas à pandemia. O sentimento revelado pelas categorias profissionais aponta para pouca valorização dos trabalhadores de saúde da APS no enfrentamento da crise sanitária.

*T01 O meu sentimento é que de início a secretaria não via a agente de saúde como profissional de combate à pandemia. Parece que depois eles (gestão) enxergaram que a gente estava ali também. Que a gente também estava fazendo o papel. Eu não mediquei o paciente, mas eu estava lá apoiando.*

T04 *E eles (gestores) não levaram em conta que a gente (ACS) também estava com medo, a gente também não sabia do que se tratava, a gente não queria adoecer, a gente tinha família, eu tinha meus filhos.*

T06 *A gente parou o atendimento de “odonto” e foi transferida para os atendimentos nas unidades de covid. Eu me sentia muito vulnerável. Muitas vezes sem o EPI necessário, porque, a princípio, o EPI era disponibilizado só para o nível superior, que estava fazendo atendimento direto com o paciente. A gente não tinha capote, a gente não tinha nada disso, a gente só usava a máscara de procedimento comum. Então, eu me sentia extremamente vulnerável e, por vezes, perdida mesmo.*

A percepção de baixa valoração dos profissionais da atenção primária durante a pandemia são descritos na literatura, na maioria das vezes, associada a marginalização da APS nas decisões políticas de enfrentamento a pandemia em favor da atenção especializada (Kraus *et al.*, 2023). Mais, no caso brasileiro, a desigualdade social determina a forma como cada categoria de trabalhadores da saúde é atingida pela covid-19 e é tratada pela gestão do sistema de saúde. Na percepção das iniquidades, os trabalhadores técnicos da área da saúde estão na linha de frente, expostos ao contágio do vírus, convivendo com a escassez de EPI e não contam com suporte assistencial ou financeiro suficiente para enfrentar os agravos que podem advir da infecção (Minayo, 2020).

Sendo assim, há a necessidade de oferta de equipamentos de proteção individual para o trabalho seguro, valorização das categorias profissionais da APS e do SUS e organização do cuidado em saúde mental, com contingência para atenção psicossocial e a promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde (Minayo *et al.*, 2020; Teixeira *et al.*, 2020).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo a tendência nacional, é possível aferir que as respostas da APS do Recife à pandemia de covid-19 estiveram restritas à dimensão clínica e biológica da doença, com centralização dos atendimentos de covid-19 e descontinuidade dos serviços ofertados tradicionalmente pela ESF por mais de um ano. O enfoque biomédico e acesso limitado fragilizaram os atributos de primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado no período, o que foi descrito na literatura como descaracterização da APS.

Ademais, as estratégias de identificação dos casos, testagem dos doentes, monitoramento, educação em saúde no âmbito da promoção e prevenção, avaliação e comunicação dos riscos foram heterogêneas e incipientes, demonstrando o enfraquecimento da orientação comunitária no trabalho das equipes de ESF e como a vigilância à saúde se colocou apartada dos territórios. Essas respostas foram entendidas aqui como insuficientes para apoiar os territórios, as populações e os trabalhadores da APS da cidade no enfrentamento das dificuldades emergentes e agravadas pela crise sanitária.

Por outro lado, mesmo na ausência de fortes diretrizes institucionais e da indefinição do papel da APS no ‘Plano Recife Vacina’, foi notável a percepção de grande responsabilidade sanitária e protagonismo dos profissionais das USF na promoção e prevenção da saúde no âmbito da imunização para covid-19. A ESF, quando fortalecido o atributo de orientação comunitária, foi capaz de gerar estratégias criativas e eficientes de identificação dos grupos de risco, busca ativa e educação em saúde voltada a imunização, tendo importante papel na garantia de direitos em saúde diante da emergência sanitária.

Foi possível, ainda, identificar múltiplas manifestações de solidariedade nas relações de vizinhança das periferias da cidade. As equipes de ESF, vinculada aos seus territórios, foram capazes de dar apoio às comunidades assistidas, sendo o ACS o ator fundamental na identificação de famílias e indivíduos em maior vulnerabilidade, produzindo múltiplas articulações intersetoriais – com as famílias, as igrejas, as ONG, com o aparato de suporte social da cidade – a fim de contornar a pobreza e da fome intensificadas no período.

Entre as limitações deste trabalho, apontam-se a distância temporal entre os eventos estudados e a coleta das entrevistas, podendo implicar em vieses de memória, que tentaram ser contornados por uma entrevista em profundidade conduzida em local

protegido e com tempo disponível para estimular cada interlocutor a recordar os eventos passados.

Ainda assim, este estudo mapeou as estratégias de cuidado possíveis e multifacetadas realizadas por profissionais das ESF e comunidades periféricas do Recife para dirimir os efeitos catastróficos da sindemia, apontando para necessidade de retomada do investimento e construção permanente do SUS universal e robusto, orientado pela APS integral e de orientação comunitária na produção da saúde e defesa da vida.

Vale apontar, que desde o final de 2023, Recife passa por um processo de expansão da APS, com perspectivas de cobrir 100% da cidade e substituir equipes de atenção básica tradicionais e EACS por equipes de ESF, em uma modelagem nova proposta pelo governo federal, a ‘APS do Futuro’. Esse é um momento de transformação de práticas e uma oportunidade reorientação e capacitação das equipes de ESF para um enfoque familiar e comunitário capaz de proteger a saúde das populações, o que deverá ser aferido por novos estudos.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA; *et al.* Nota pública: [Frente Pela Vida cobra coordenação adequada das ações do governo para acelerar vacinação](#). [internet]. 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1602-nota-publica-frente-pela-vida-cobra-coordenacao-adequada-das-aco-es-do-governo-para-acelerar-vacinacao>.
- ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA; *et al.* Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. [internet]. 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19-COMPLETO.pdf>.
- AGGARWAL, M. *et al.* What is the role of primary care in the COVID-19 vaccine roll-out and the barriers and facilitators to an equitable vaccine roll-out? A rapid scoping review of nine jurisdictions. **BMJ open**, v. 13, n. 4, p. e065306, 2023.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a experiência social da saúde. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, pág. 953–965, 2014.
- ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Um novo modelo de governança em saúde para o Recife avançar. Painel: a revista de Brasília, Brasília, v. 32, n. 98, p. 2-13, maio 2012.
- ALICANDRO, G.; GERLI, A.; LA VECCHIA, C. Increased mortality in socioeconomic disadvantaged municipalities during the first phase of the COVID-19 pandemic in Lombardy region. **European journal of public health**, v. 34, n. 3, p. 449–453, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11162232/>
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.[sl] Editora Unesp, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Dossiê Abrasco: pandemia de covid-19. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 29 out. 2023.
- AZADNAJAFABAD, S. *et al.* Non-communicable diseases' contribution to the COVID-19 mortality: A global warning on the emerging syndemics. *Archives of Iranian medicine*, v. 24, n. 5, p. 445–446, 2021.
- BARBIERI, J. *et al.* Estratégias de enfrentamento da COVID-19 na atenção primária: estudo de método misto. *Ciência & saúde coletiva*, v. 9, pág. 2613–2623, 2023.
- BEZERRA L. Nascida no Recife, iniciativa de Agentes Populares de Saúde se espalha pelo Brasil. *Brasil de Fato PE*. 2020 jul 21. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2020/07/21/nascida-no-recife-iniciativa-de-agentes-populares-de-saude-se-espalha-pelo-brasil>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BHAUMIK, S. et al. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. **BMJ global health**, v. 5, n. 6, p. e002769, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/6/e002769.full.pdf>

BITOUN, J. et al. Novo coronavírus, velhas desigualdades: distribuição dos casos, óbitos e letalidade por SRAG decorrentes da COVID-19 na Cidade do Recife. *Confins*, n. 48, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016a. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf).

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Vol 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf).

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017a. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. 2017a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/113467.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113467.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.222, de 10 de dezembro de 2019a. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão profissionais de saúde e gestores – completa. 2019b. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, v 9. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Maio de 2020.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 31, p. 13–27, 2013.

BRITO, P. DOS S. et al. Avaliação da atenção primária à saúde na pandemia COVID-19 na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 76, n. suppl 1, p. e20220475, 2023.

CAMPIOLO, E. L. et al. Impacto Da Pandemia Do Covid19 No Serviço De Saúde: Uma Revisão De Literatura. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, 2020.

CAMPOS, A. R. et al. Investigação sobre Atenção Primária durante a pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3461–3470, 2023.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

**CAMPOS, GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação do trabalho em saúde. In: Saúde Paideia. SP: Hucitec, 2003.**

CAVALCANTI, F.O.L.; BASTOS, C.X. A vigilância em saúde nos territórios e a pandemia de COVID-19 (a falta de) o papel da atenção primária à saúde. *Revista de Residências em Saúde*. 2021.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Documento: A Questão Democrática na Área da Saúde. *Revista Saúde em Debate*, nº 9, p.11-14, 1979.

CESTARI, V. R. F. et al. Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1023–1033, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dh9JmJfQLXKG3tcHHndQ55H/#>

COÊLHO, B. P. et al. Atenção primária no contexto da epidemia zika e da síndrome congênita da zika em Pernambuco, Brasil: contexto, vínculo e cuidado. *Ciencia & saude coletiva*, v. 27, n. 3, p. 861–870, 2022.

COÊLHO, B. P. Reformulação da clínica e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

COSTA, S. DA S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de administração pública**, v. 54, n. 4, p. 969–978, 2020.

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. *Cadernos de saúde publica*, v. 36, n. 6, p. e00104120, 2020.

DÍAZ-CASTRILLÓN, F. J.; TORO-MONTOYA, A. I. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med Laborat*. 2020; 24(3):183-205. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>.

DONALISIO, Maria Rita. O dengue no espaço habitado. São Paulo: Hucitec/Funcraf, 1999.

DUARTE, E.; EBLE, LJ; GARCIA, LP (2018). 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 27 (1), e00100018. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>.

EL BCHERAOU, C. E. et al. Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. **Globalization and health**, v. 16, n. 1, 2020.

Disponível em:

<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00645-5>.

ENGSTROM E. M. et al. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. 2020. <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.

ENGSTROM, E. M. et al. Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. Em: Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. [s.l.] Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2022. p. 185–200.

FARIAS, H. S. L.; MELO, E. A. Interações envolvendo movimentos locais e trabalhadores da atenção básica no enfrentamento à pandemia da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 136, p. 155–167, 2023.

FERNANDES, M. N. DA S. et al. Implicações da pandemia da COVID-19 sobre a Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 24, p. 70085, 2022.

FERNANDEZ, M. et al. Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3563–3572, 2023.

FERNANDEZ, M.; FERNANDES, L. DA M. M.; MASSUDA, A. atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: Uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 3336, 2022.

FERREIRA, M. C. N. Processo de trabalho na Upinha 24h da cidade do Recife: um estudo de caso. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2015.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciencia & saúde coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista*, 2021, vol 3, n 3, p. 210–223.  
<https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.218>

FRANÇA, C. DE J. et al. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1399–1412, 2023.

FROTA, A. C. et al. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe1, p. 131–151, 2022.

FUNCIA, F. et al. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 263–276, 2022.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kNVJWRVNCwDJnLcjSKTCJXC/?format=pdf&lang=pt>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Presidência. Nota Técnica. COVID-19 e vulnerabilidades: considerações sobre proteção social nas favelas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 6 p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-covid-19-e-vulnerabilidades-consideracoes-sobre-protecao-social-nas-favelas>>. Acesso em: 29 out. 2023.

GIANNIS, D.; ZIOGAS, I. A.; GIANNI, P. Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past. *Journal of clinical virology: the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, v. 127, n. 104362, p. 104362, 2020.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciencia & saude coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/#>

GIOVANELLA, L. et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe4, p. 161–176, 2020a.

GIOVANELLA, L. et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 895–901, 2020b.

GIOVANELLA, L. et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho Educação e Saúde*, v. 19, p. e00310142, 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.
- GUO, Y.-R. et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Military medical research**, v. 7, n. 1, 2020.
- GUTIÉRREZ, A. C. et al. Coletivos organizados, ativismo social e narrativas da pandemia em territórios vulneráveis na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3533–3542, 2023.
- HALDANE, V. et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. **Nature medicine**, v. 27, n. 6, p. 964–980, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>.
- HORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396:874.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa de Orçamento Familiares 2017-2018: Perfil das despesas no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. 89p. Disponível em <<https://necat.ufsc.br/pesquisa-de-orcamentos-familiares-ibge-2/>>. Acesso em: 29 out. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Análise da Segurança Alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101749>. Acesso em: 11 nov. 2023.
- ISLAM, N. et al. Social inequality and the syndemic of chronic disease and COVID-19: county-level analysis in the USA. *Journal of epidemiology and community health*, v. 75, n. 6, p. 496–500, 2021.
- JUNIOR, JPB; SANTOS, DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 37 n°.10, Rio de Janeiro, Outubro 2021.
- KRAUS, M. et al. The role of primary care during the pandemic: shared experiences from providers in five European countries. *BMC health services research*, v. 23, n. 1, 2023.
- KVALE, S. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE, 1996
- LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cadernos de saude publica*, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud, México*, 2, 1982, pp. 7-25.

LOTTA, G. et al. The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: Perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. *Health policy OPEN*, v. 3, n. 100065, p. 100065, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590229621000368>

LOURAU, René. *Analista Institucional em tempo integral*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACINKO, J.; MENDONÇA, CS *Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados*. *Saúde em Debate*, v. sp1, pág. 18–37, 2018.

MAGALHÃES, G.S.D et al. Telessaúde no enfrentamento à COVID-19 em Recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo atende em casa. In: MACHADO, M.F.; QUIRINO, T.R.L.; SOUZA, C.D.F. (Org.). *A saúde coletiva em tempos de pandemia [recurso eletrônico]: experiências e aprendizados do enfrentamento à COVID-19 no nordeste brasileiro*. Maceió: EDUFAL, 2021. p.47-60.

MAIA, C. T.; MAIA, K. O Ministério da Saúde em face da desordem da informação sobre a covid-19: uma análise do canal de informações Saúde sem Fake News. *Revista electronica de comunicacao, informacao & inovacao em saude: RECIIS*, v. 17, n. 1, p. 47–66, 2023.

MARTINS, J. Análise institucional e o processo de construção de conhecimento: a questão da implicação. *Psicologia em Revista*, v. 23, n. 1, p. 488–499, 2017.

MATTA, G. C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. [s.l.] *Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz*, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47016>.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de saude publica*, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E.; SANTOS, R. C. DOS; ALBUQUERQUE, P. C. DE. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe1, p. 368–384, 2022.

MENDONÇA, M. H. M. DE et al. Iniciativas da sociedade e comunidades no apoio social a grupos vulneráveis no território: papel da ESF na pandemia. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3519–3531, 2023.

MINAYO, M. C. DE S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

- MINAYO, M. C. DE S.; FREIRE, N. P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciencia & saude coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3555–3556, 2020.
- MINAYO, M. C. DE S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, v.9, n.3, p.239-262, 1993.
- MOITA, G. F. Gestão da Atenção Primária: uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil. *APS em revista*, v. 3, n. 2, p. 117-130, 2021.
- MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 19, p. e00315147, 2021
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de saude publica*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.
- MOTAIREK, I. et al. Social vulnerability and excess mortality in the COVID-19 era. **The American journal of cardiology**, v. 172, p. 172–174, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8979474/>
- NAJAR, A.; CASTRO, L. Um nada ‘admirável mundo novo’: medo, risco e vulnerabilidade em tempos de Covid-19. *Saúde em Debate*, v. 45, n. spe2, p. 142–155, 2021.
- NINA, L. N. S. et al. Atenção primária à saúde e redes de atenção à saúde: Uma reflexão perante a pandemia. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 12, n. 76, p. 10454–10465, 2022.
- OKUMOTO, O.; BRITO, S. M. F.; GARCIA, L. P. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 27, n. 3, 2018.
- OLIU-BARTON, M. et al. SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties. *Lancet*, v. 397, n. 10291, p. 2234–2236, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Terceira rodada da pesquisa global sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19: novembro-dezembro de 2021. Fevereiro de 2022. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 30 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Reorganização e Expansão Progressiva dos Serviços de Saúde para Resposta à Pandemia de COVID-19. OPAS/OMS. Março de 2020b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52068>. Acesso em: 30 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); Ministério da Saúde-MS. APS FORTE no SUS: no combate à pandemia. Brasília: OPAS/MS, 2021. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1slg-hu1NPUZ0hHOqM4VUkX2EvkYp0\\_uY/view](https://drive.google.com/file/d/1slg-hu1NPUZ0hHOqM4VUkX2EvkYp0_uY/view). Acesso em: 29 out. 2023.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 12–16, 2020. DOI: 10.25118/2236-918X-10-2-2. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>. Acesso em: 6 set. 2024.

PASTERNAK S.; D'OTTAVIANO C.; BARBON, A. L. Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: caminho rumo à periferia. **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT)**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/mortalidade-por-covid-19-em-sao-paulo-caminho-rumo-a-periferia/>

PRADO, N. M. B. L.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q. Atenção Primária à Saúde e o modelo da Vigilância à Saúde. Rede De Pesquisa Em Atenção Primária À Saúde. Bahia, 2021.

PRADO, N. M. DE B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2843–2857, 2021.

PRADO, N. M. DE B. L. et al. Organização da atenção e vigilância em saúde na atenção primária frente à COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciencia & saude coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1325–1339, 2023.

RECIFE. Prefeitura. Atlas da Infraestrutura Pública das Comunidades de Interesse Social do Recife. 2016, Recife: Prefeitura do Recife.

RECIFE. Secretaria Executiva de Coordenação Geral Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 1ª edição. Recife, Pernambuco, 2018.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife. Recife, v. 1. 2020a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1hybcGem1qWIIeKEBhTcjUkm4k4BiVKx2/view>.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife. Recife, v. 2, 2020b. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1PSx2Nt0lQ\\_TORbR1QUOQJ7r6q6bh45N\\_/view](https://drive.google.com/file/d/1PSx2Nt0lQ_TORbR1QUOQJ7r6q6bh45N_/view).

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município de Recife. Recife, v. 3. 2020c.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde do Município do Recife. Recife, v. 4. 2020d.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Protocolo de Retomada da Atividades e Serviços na Atenção Primária à Saúde do Recife. Recife, 2020e.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. O Papel do ACS Frente À Atual Situação da Pandemia da COVID-19 na Atenção Primária À Saúde no Recife. Recife, 2020f.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Fluxo Assistencial dos Casos Moderados e Graves Suspeitos de COVID 19 nas Unidades Provisórias Centralizadas (UPC) de APS. Recife, 2020g.

RECIFE. Prefeitura lança Plano Vacina Recife. Site institucional da Prefeitura do Recife. 2021. Disponível em:  
<https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/18/01/2021/prefeitura-lanca-plano-recife-vacina>

RECIFE. Secretaria de Saúde. Plano Recife Vacina: Estratégia de Vacinação para Covid-19. Recife, 2021. Disponível em:  
[https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/plano-recife-vacina-covid-19\\_fff56e7174e1b029f45947572c993728.pdf](https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/plano-recife-vacina-covid-19_fff56e7174e1b029f45947572c993728.pdf).

RECIFE. Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico novo coronavírus. Mar.2020/mar. 2022. Recife, 2022. Disponível em:  
[https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/10.03.2022\\_-\\_boletim\\_informativo\\_sesau\\_-\\_covid.pdf](https://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/10.03.2022_-_boletim_informativo_sesau_-_covid.pdf)

REDES DA MARE. Relatório Conexão Saúde. Maré e Manguinhos: uma experiência de inovação e mobilização em saúde durante a pandemia. 2022. Disponível em:  
<https://www.redesdamare.org.br/conexaosau/>.

RIBEIRO, K. B. et al. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. **International journal of epidemiology**, v. 50, n. 3, p. 732–742, 2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/50/3/732/6154379?login=false>.

ROD, M. H.; HULVEJ ROD, N. Towards a syndemic public health response to COVID-19. *Scandinavian journal of public health*, v. 49, n. 1, p. 14–16, 2021.

SANTANA, M. M. DE; MEDEIROS, K. R. DE; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trabalho Educação e Saúde*, v. 20, p. e00154167, 2022.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002. p. 313-330.

SAQIB, K.; QURESHI, A. S.; BUTT, Z. A. COVID-19, mental health, and chronic illnesses: A syndemic perspective. *International journal of environmental research and public health*, v. 20, n. 4, p. 3262, 2023.

SAQUET, M. A.; DA SILVA, S.S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. *Geo Uerj*, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil*, v. 29, n. 0, p. e2020166, 2020.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciencia & saúde coletiva*, v. 26, n. suppl 2, p. 3781–3786, 2021.

SHIM, R. S.; STARKS, S. M. COVID-19, structural racism, and mental health inequities: Policy implications for an emerging syndemic. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, v. 72, n. 10, p. 1193–1198, 2021.

SILVA, B. R. G. DA; CORRÊA, A. P. DE V.; UEHARA, S. C. DA S. A. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. *Revista de saúde pública*, v. 56, p. 94, 2022.

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, v. 17, n. 4, p. 423–441, 2003.

SINGH, S. et al. How an outbreak became a pandemic: a chronological analysis of crucial junctures and international obligations in the early months of the COVID-19 pandemic. *Lancet*, v. 398, n. 10316, p. 2109–2124, 2021.

SOUZA, D. DE O. Pandemia da Covid-19: mediação para entender a espiral economia-saúde. *Caderno CRH*, v. 34, p. e021013, 2021.

SOUZA, D. DE O. Sindemia: tautologia e dicotomia em um novo-velho conceito. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 134, p. 877–885, 2022.

SOUZA, L. E. P. F. DE; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cadernos de saúde pública*, v. 37, n. 9, 2021.

SPADACIO, C.; ALVES, M. G. de M. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. *APS EM REVISTA*, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 61–65, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.67. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/67>. Acesso em: 5 set. 2024.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLASBÔAS A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS*, 7:7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F. DE S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciencia & saude coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>

TURECK, F. et al. Inovações produzidas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. *Ciencia & saude coletiva*, v. 29, n. 6, p. e07022023, 2024.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. et al. Perspectiva dos agentes comunitários de saúde sobre o impacto da COVID-19 na atenção primária à saúde no Nordeste do Brasil. *Cadernos de saude publica*, v. 39, n. 7, p. e00007223, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). The role of community health workers in COVID-19 vaccination: implementation support guide, 26 April 2021. [s.l.] World Health Organization, 2021.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, v. 323, n. 13, p. 1239, 2020.

YADAV, U. N. et al. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries. *Frontiers in public health*, v. 8, 2020.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A**

**Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID -19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde.**

**IDENTIFICAÇÃO**

<b>AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
UNIDADE DE SAÚDE:	DISTRITO SANITÁRIO:
BAIRRO/COMUNIDADE:	PESQUISADOR:
DATA:	DURAÇÃO DA ENTREVISTA:
NOME:	
IDADE (EM ANOS COMPLETOS):	IDENTIDADE DE GÊNERO:
RAÇA/COR:	ORIENTAÇÃO SEXUAL:
OCUPAÇÃO:	

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE****Apresentação:**

Meu nome é \_\_\_\_\_, sou estudante / mestranda / pesquisadora, estou iniciando o trabalho de campo de uma pesquisa sobre a atuação da atenção primária à saúde durante a pandemia de Covid-19. Essa pesquisa está sendo feita por diversos parceiros, incluindo a Universidade Federal de Pernambuco e a Fundação (UFPE) de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (Facepe). Como já discutimos anteriormente, eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre a organização da unidade de saúde nos dois primeiros anos da pandemia. Sua contribuição será importante para o desenvolvimento da nossa pesquisa. Essa nossa entrevista será gravada para fins exclusivos de arquivo e avaliação dos pesquisadores, sendo o conteúdo na nossa conversa sigiloso, garantindo o seu anonimato.

Leitura do TCLE. O(a) sr(a) tem alguma dúvida relacionada ao TCLE?

**Perguntas abertas para usuários do SUS:**

**1. Como foi seu atendimento na unidade durante a pandemia de Covid-19? Como o sr acha que deveria/poderia ter sido o atendimento da unidade durante a pandemia?** EXPLORAR: Em relação ao COVID-19 e a outras doenças.

**2. Em que medida o sr./sra. e sua família receberam apoio e orientações para se prevenção da Covid-19? E depois, quando estavam doentes?** EXPLORAR: possibilidade de cumprir as medidas de mitigação da disseminação da Covid-19, possibilidade de isolamento, uso das máscaras, trabalhar em casa, imunização, etc.

**3. O sr./sra. teve apoio de ou percebeu ações comunitárias / governamentais para contornar as dificuldades que você e sua família enfrentaram durante esse período?**

**4. O/a sr/sra acha que existe a possibilidade de ocorrer outras situações de saúde como a pandemia no futuro? O que você acha que poderia ser feito de diferente na resposta a essas situações?** EXPLORAR: possibilidade de ocorrência de novas emergências sanitárias no futuro, por quê?

**5. O que foi para você a pandemia da Covid 19? Como a pandemia impactou na sua vida?** EXPLORAR: Para mulheres enfatizar sobrecarga física e psíquica. O/a sr/sra relaciona com alguma outra crise ou situação que você viveu no passado?

**6. Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar?**

**AGRADECIMENTO: Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.**

**Perguntas em abertas para profissionais do SUS:**

**1. Como você se sentiu no lugar de equipe de estratégia de saúde da família durante a pandemia?** EXPLORAR: Diante da insegurança do enfrentamento de uma doença desconhecida, da secundarização da atenção primária nas ações de enfrentamento, da demora na aquisição da imunização para os profissionais da APS, etc. Sentiu-se apoiado pela instituição que você trabalha? Quais as dúvidas mais frequentes com relação ao que estava ocorrendo (medos, incertezas, inseguranças)?

**2. Qual a avaliação que você faz do que foi feito na APS para responder à pandemia?** EXPLORAR: Como foi realizado o atendimento aos comunitários durante o período da pandemia? Quais estratégias foram adotadas para garantir o acesso dos usuários durante a pandemia em relação às ações de assistência, prevenção, promoção e vigilância à saúde? Foram necessárias adaptações de práticas anteriores? Como foram realizadas as ações de vigilância no território, notificação, monitoramento, testagem, isolamento? A equipe utilizou algum plano de enfrentamento que orientou a vigilância em saúde na unidade como o Plano Nacional, Estadual e/ou Municipal na reorientação do processo de trabalho na unidade? Houve participação da equipe na construção dos planos e estratégias? E as estratégias de imunização? Que medidas foram pensadas ou tomadas pela sua equipe para reduzir e compensar desigualdades e iniquidades?

**3. Como você pensa o papel da atenção primária para responder a futuras emergências em saúde?**

**4. Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que eram importantes para o acesso à unidade de saúde nos dois primeiros anos da pandemia?**

**AGRADECIMENTO: Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.**

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Centro de Ciências Médicas

Área Acadêmica de Saúde Coletiva

Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420 – Tel:

(81)21268550

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****USUÁRIOS DO SUS CADASTRADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID -19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde** que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Bernadete PerezCoelho, [bernadeteperez@uol.com.br](mailto:bernadeteperez@uol.com.br), telefone: 81996117613 - 81 21268550.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando ou aplicando o questionário e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma que lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

A pesquisa estuda as respostas da Atenção Primária para o enfrentamento da pandemia com relação ao atendimento dos usuários e suas famílias, o apoio na comunidade no cuidado clínico, na saúde mental, orientação e prevenção da doença, bem como o cuidado das outras doenças que já vinham sendo cuidadas pela equipe da Unidade de Saúde. Essa pesquisa será realizada na região metropolitana do Recife em Unidades Básicas de Saúde localizadas em bairros, reconhecidos pelo alto grau de vulnerabilidade social e maior risco para adoecimento das pessoas residentes.

Utilizaremos uma entrevista que será gravada para coleta de informações ou um questionário que não será gravado. Todas as informações são confidenciais e serão usadas apenas com o propósito científico, havendo o compromisso por parte da equipe da pesquisa em manter sigilo e o anonimato da participação.

O cronograma da coleta de dados será definido juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde e as Unidades de Saúde, com o objetivo de interferir minimamente na rotina dos serviços de saúde.

De acordo com a metodologia aplicada, o estudo proposto pode implicar em risco de reviver uma situação de tristeza, isolamento e perdas do período mais grave da pandemia quando a entrevista e ou questionário for aplicado. Para isto, teremos local reservado individualmente, respeitando a privacidade e sigilo, bem como tranquilidade para respostas e conversas, com as regras éticas e todos os combinados sendo mostrados antecipadamente. Ainda, teremos equipe interdisciplinar para qualquer necessidade de atendimento ou escuta qualificada, além de treinamento aos profissionais aplicadores e sempre supervisão dos coordenadores da pesquisa. Será respeitado o direito livre de

fala do usuário entrevistado principalmente na entrevista aberta em profundidade.

A pesquisa trará como benefícios um maior conhecimento sobre a organização da Atenção Primária no enfrentamento de uma emergência sanitária, ajudando a compreender como aconteceu na realidade nos territórios e contribuindo para um cuidado integral à saúde, identificando ao mesmo tempo a particularidade de cada contexto, fortalecendo a atenção básica e vigilância à saúde, bem como o melhor controle das epidemias. Também é esperado que a pesquisa colabore para identificar os obstáculos e potenciais estratégias voltadas ao enfrentamento das desigualdades e à promoção da participação social e do exercício da democracia, de modo a fortalecer a Atenção Primária e o Sistema Único de Saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa através de entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).



---

Assinatura do Pesquisador

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID -19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ data:

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome	Assinatura

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Centro de Ciências Médicas

Área Acadêmica de Saúde Coletiva

Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420 – Tel:

(81)21268550

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PROFISSIONAL DE SAÚDE

**Projeto: *Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID -19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde.***

Eu, \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_, aceito participar desse estudo, cujo objetivo é conhecer melhor o papel da Atenção Primária à Saúde e as respostas às emergências sanitárias, especialmente à pandemia da Covid 19. A pesquisadora responsável é Bernadete PerezCoelho, Professora da UFPE, tendo como endereço de email bernadete.perez@ufpe.br.

A pesquisa em questão consiste na análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde a partir do olhar dos trabalhadores de saúde e usuários cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Explorando as estratégias utilizadas para a ampliação da capacidade reflexiva e manejo das relações de poder, a pesquisa será realizada na região metropolitana do Recife em Unidades Básicas de Saúde localizadas em bairros periféricos, reconhecidos pelo alto grau de vulnerabilidade social.

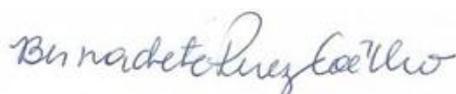
#### RISCOS:

De acordo com a metodologia aplicada, o estudo proposto não implicará em riscos individuais e/ou coletivos e a entrevista será aplicada em local reservado individualmente, respeitando a privacidade e sigilo, bem como tranquilidade para respostas e conversas, com contratações éticas explicitadas.

#### BENEFÍCIOS:

Espera-se que o estudo possibilite a ampliação da capacidade reflexiva e de compreensão sobre a realidade, contribuindo para a formação de sujeitos ativos e críticos e incentivando a busca de estratégias para enfrentamento de conflitos e dificuldades. Ouvindo profissionais e usuários, a ideia é que o estudo colabore para apreender os fatores que contribuem para um cuidado integral à saúde, identificando ao mesmo tempo a particularidade de cada contexto, fortalecendo a atenção básica e vigilância à saúde, bem como contribuir para mitigação e controle de epidemias. Também é esperado que a pesquisa colabore para identificar os obstáculos e potenciais estratégias voltadas ao enfrentamento das iniquidades e à promoção do controle social e do exercício da democracia, de modo a fortalecer a APS e o SUS.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/avoluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador na Área Acadêmica de Saúde Coletiva do CCM da UFPE (Avenida da Engenharia s/n – Prédio ao lado do CCS/DMS - 1º Andar - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8550), pelo período de mínimo 5 anos. O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).



Assinatura da pesquisadora responsável  
Bernadete Perez Coêlho  
bernadeteperez@uol.com.br  
81 996117613  
81 21268550

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(da) responsável/entrevistado(a):  
\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e o aceite do voluntário (a) em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Testemunha 1

Nome: \_\_\_\_\_

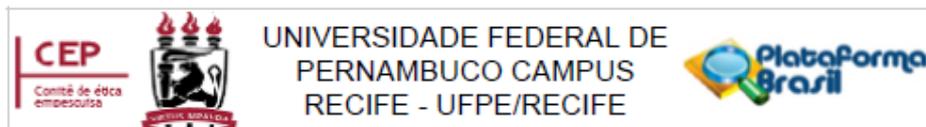
Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha 2

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO 1



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID - 19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde.

**Pesquisador:** Bernadete Perez Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 61278222.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** Departamento de Medicina Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.237.909

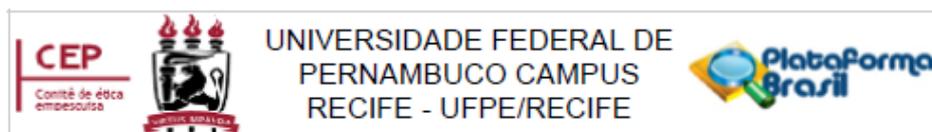
**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de resposta as endências mitidas ao protocolo "Análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia da COVID - 19 nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde", coordenado pela Profa Dra. Bernadete Perez em parceria com outros pesquisadores, aprovado pelo edital Facepe 19/2022, voltado para a análise das respostas da Atenção Primária no enfrentamento da pandemia nas dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde a partir do olhar dos movimentos organizados, trabalhadores de saúde e comunidades. A pesquisa será realizada em Unidades Básicas de Saúde localizadas em bairros periféricos do Recife, Jaboatão dos Guararapes, Camaragibe, Olinda e Igarassu. O caminho metodológico fundamenta-se nos referências da pesquisa-apoio e partirá de entrevistas em profundidade com trabalhadores e usuários tomando como pontos de análise a compreensão de si e as dimensão do vínculo/afeto, poder e saber. Será utilizada análise documental a partir de documentos produzidos pela Rede Sol, protocolos de manejo e trabalho remoto na Assistência Primária em Saúde (APS), bem como indicadores de acesso e cobertura para maior aproximação da realidade. Pretende -se identificar os modos de produção do efeito da integralidade e os caminhos para garantia da concretização do direito à saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa tem por obeeetivo primário analisar as respostas da Atenção Primária no enfrentamento

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-500  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.237.909

da pandemia da COVID-19 na dimensões clínicas, sociais, subjetivas e de vigilância à saúde.

São objetivos secundário: 1) Identificar a compreensão dos usuários e trabalhadores da APS sobre conceito/significado de saúde, sobre o SUS e sobre APS na pandemia; 2) Analisar as concepções e práticas dos usuários e trabalhadores da APS sobre o cuidado em saúde antes e durante a pandemia; 3) Compreender a dinâmica dos processos subjetivos e sociais no cuidado em saúde; 4) Analisar os dispositivos e ferramentas da Clínica e da Vigilância à Saúde utilizadas na reorganização da APS no enfrentamento dos problemas de saúde no contexto da pandemia.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

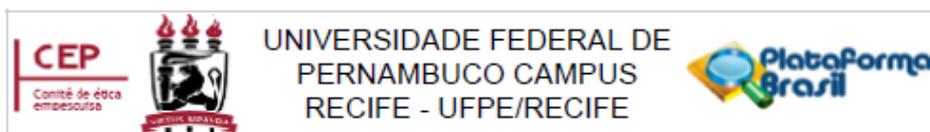
De acordo com a metodologia aplicada, o estudo proposto pode implicar em risco de reviver uma situação de tristeza, isolamento e perdas do período mais grave da pandemia quando a entrevista e ou questionário for aplicado. Para isto, teremos local reservado individualmente, respeitando a privacidade e sigilo, bem como tranquilidade para respostas e conversas, com as regras éticas e todos os combinados sendo mostrados antecipadamente. Ainda, teremos equipe interdisciplinar para qualquer necessidade de atendimento ou escuta qualificada, além de treinamento aos profissionais aplicadores e sempre supervisão dos coordenadores da pesquisa. Será respeitado o direito livre de fala do usuário entrevistado principalmente na entrevista aberta em profundidade.

Em relação aos benefícios, espera-se que o estudo possibilite maior compreensão sobre a realidade, contribuindo para a formação de sujeitos ativos e críticos e incentivando a busca de estratégias para enfrentamento de conflitos e dificuldades. Ouvindo profissionais e usuários, a pesquisa trará como benefícios um maior conhecimento sobre a organização da Atenção Primária no enfrentamento de uma emergência sanitária, ajudando a compreender como aconteceu na realidade nos territórios, colaborando para apreender os fatores que contribuem para um cuidado integral à saúde, identificando ao mesmo tempo a particularidade de cada contexto, fortalecendo a atenção básica e vigilância à saúde, bem como contribuir para o melhor controle das epidemias. Também é esperado que a pesquisa colabore para identificar os obstáculos e potenciais estratégias voltadas ao enfrentamento das desigualdades e à promoção do controle social e do exercício da democracia, de modo a fortalecer a APS e o SUS.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e trará importante contribuição para a compreensão sobre como a Atenção

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde		
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2126-8588	Fax: (81)2126-3163	E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.237.909

Primária à Saúde respondeu à emergência de saúde pública decorrente da COVID-19 a partir da ótica de usuários do SUS e de profissionais das Unidades Básicas de Saúde. O projeto possui equipe robusta para a sua realização, mas são necessários ajustes para atender às recomendações da CONEP e do CEP/UFPE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Fazer revisão ortográfica do projeto. A pesquisadora não observou que, no projeto original, existem junções de palavras em várias ocasiões, deixando de fazer os espaçamentos entre as palavras.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando às pendências listadas no parecer da versão 3, emitido em 07 de agosto de 2023, segue as correções encaminhadas pela pesquisadora.

**Pendência 1** - Consta no cronograma apresentado na Plataforma Brasil que a análise dos resultados terá início no dia 16/01/23, deixando a entender que a pesquisa já se iniciou. Nenhum CEP analisa trabalho já iniciado. Observa-se ainda que as publicações oriundas deste trabalho se iniciará a partir de 01/08/23, ou seja o trabalho já tem conclusões findas por já ter se iniciado. Apresentar justificativas para os fatos acima com comprovação de que a coleta de dados ainda não teve início.

**Resposta:** A coleta de dados ainda não foi iniciada, uma vez que a equipe da pesquisa aguarda a aprovação do Comitê de Ética. Para tanto, o cronograma foi readequado, considerando o período de coleta de dados para período posterior à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco. Cronograma readequado.

Pendencia atendida.

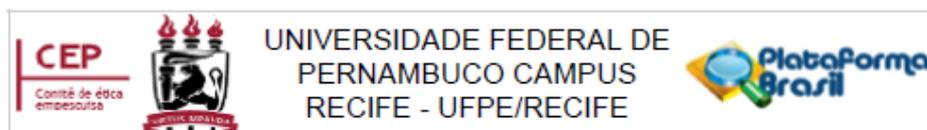
**Pendência 2** - Da mesma forma justificar o cronograma apresentado no projeto original quando afirma que o relatório final se dará em setembro de 2023 quando a pesquisa se estende até junho de 2024.

**Resposta:** O cronograma foi atualizado e o relatório final foi programado para setembro de 2024. Cronograma readequado.

Pendencia atendida.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br





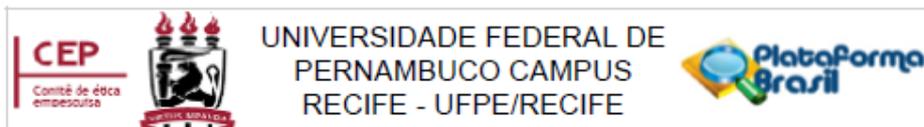
Continuação do Parecer: 6.237.909

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993457.pdf	08/08/2023 17:41:15		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Correcao_Parecer4.docx	08/08/2023 17:39:07	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	TCLE.docx	08/08/2023 17:38:56	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaRespostaCorrecao.docx	08/08/2023 09:42:41	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoReadequadoaposParecer3.docx	08/08/2023 09:41:57	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Cronograma	CronogramaReadequadoAposParecer3.docx	08/08/2023 09:41:00	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPpesquisaV2APS2023.pdf	31/07/2023 18:00:43	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	31/07/2023 17:59:26	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPPSUS2022APS.pdf	31/07/2023 17:59:20	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CARTEANUENCIAARECIFE.pdf	06/07/2023 20:38:37	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CARTEANUENCIAAOLINDA.PDF	06/07/2023 20:38:06	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuarios.pdf	06/07/2023 20:37:04	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleppsus2022Usuarios.pdf	16/04/2023 18:56:05	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleppsus2022Trabalhadores.pdf	16/04/2023 18:55:59	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaRespostaCEP.pdf	16/04/2023 18:54:02	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaOlinda.pdf	20/03/2023 18:50:27	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CARTEANUENCIAAOLINDA.PDF	06/07/2023 20:38:06	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuarios.pdf	06/07/2023 20:37:04	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleppsus2022Usuarios.pdf	16/04/2023 18:56:05	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleppsus2022Trabalhadores.pdf	16/04/2023 18:55:59	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CartaRespostaCEP.pdf	16/04/2023 18:54:02	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaOlinda.pdf	20/03/2023 18:50:27	Bernadete Perez Coelho	Aceito

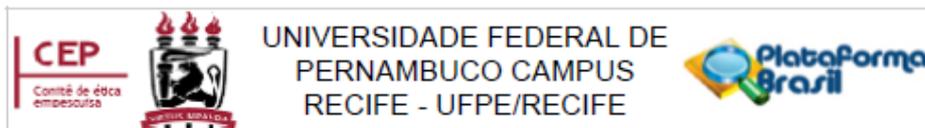
Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.237.909

Outros	CurriculoLattesBiancaCarvalho.pdf	04/03/2023 11:38:46	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaVilaArraes.pdf	04/03/2023 11:35:32	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaJardimTeresopolis.pdf	04/03/2023 11:35:21	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaJaboatao.pdf	04/03/2023 11:35:06	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaEmocycKrause.pdf	04/03/2023 11:34:54	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCosmeDamiao.pdf	04/03/2023 11:34:46	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CartaAnuenciaCamaragibe.pdf	04/03/2023 11:34:37	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesTiagoOliveira.pdf	04/03/2023 11:33:00	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesOscarBandeira.pdf	04/03/2023 11:32:51	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesLuannaAlves.pdf	04/03/2023 11:32:38	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesGabriellaMiranda.pdf	04/03/2023 11:32:26	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesFernandaAmora.pdf	04/03/2023 11:31:54	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesClaudiaGomes.pdf	04/03/2023 11:31:42	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	CurriculoLattesAndresaViana.pdf	04/03/2023 11:30:58	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoconepppsus2022.pdf	05/08/2022 10:54:26	Bernadete Perez Coelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tolepppsus2022.pdf	05/08/2022 09:34:59	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Outros	termoconfidencialidadepppsus2022.pdf	05/08/2022 09:18:11	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciatiagopppsus.pdf	05/08/2022 09:16:21	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciaclaudiappsus.pdf	05/08/2022 09:14:20	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciafernandappsus.pdf	05/08/2022 09:12:26	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciafernandappsus.pdf	05/08/2022 09:12:26	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciaandresappsus.pdf	05/08/2022 09:11:02	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuencialuannappsus.pdf	05/08/2022 09:10:03	Bernadete Perez Coelho	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.237.909

Declaração de Pesquisadores	anuenciabiancappsus.pdf	05/08/2022 09:05:32	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciagabriellappsus.pdf	05/08/2022 09:03:40	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciaOscarPPSUS.pdf	05/08/2022 08:32:37	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	anuenciaAnaBrito.pdf	05/08/2022 08:29:35	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciachefiaPPSUS.pdf	05/08/2022 08:21:40	Bernadete Perez Coelho	Aceito
Folha de Rosto	FRBernadete.pdf	05/08/2022 08:13:07	Bernadete Perez Coelho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 14 de Agosto de 2023

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br