

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, MESTRADO E  
DOUTORADO

THAYANNY LOPES DO VALE BARROS

**AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19:** uma avaliação de impacto na atenção primária em saúde no município de São Luís – MA entre 2020 e 2021.

SÃO LUÍS - MA  
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, MESTRADO E  
DOUTORADO

THAYANNY LOPES DO VALE BARROS

**AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19:** uma avaliação de impacto na atenção primária em saúde no município de São Luís – MA entre 2020 e 2021.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - PPGPP da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas

SÃO LUÍS - MA

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lopes do Vale Barros, Thayanny.

Ações de Enfrentamento À Pandemia de Covid-19: : Uma  
Avaliação de Impacto Na Atenção Primária Em Saúde No  
Município de São Luís Ma Entre 2020 e 2021 / Thayanny  
Lopes do Vale Barros. - 2024.

152 f.

Orientador(a): Antonio Gonçalves Filho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,  
Universidade Federal do Maranhão, 2024.

1. Saúde. 2. Covid-19. 3. Atenção Primária. 4. . 5.  
. I. Gonçalves Filho, Antonio. II. Título.

THAYANNY LOPES DO VALE BARROS

**AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19:** uma avaliação de impacto na atenção primária em saúde no município de São Luís – MA entre 2020 e 2021.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - PPGPP da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Doutor Antônio Gonçalves filho  
Orientador – PPGPP/UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marly de Jesus Sá Dias  
Examinadora Interna – PPGPP/UFMA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silse Teixeira de Freitas Lemos  
Examinadora Externa – DESES/UFMA

---

Examinador(a) Suplente

SÃO LUÍS – MA

2024

*À Deus, pela oportunidade da vida. À minha filha Dahra, meu grande amor. A todos que me ajudaram durante essa caminhada.*

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar até aqui não foi somente uma escolha, uma decisão, mas sobretudo um levante de resistência, um movimento íntimo que carrego desde o primeiro dia que pude tocar os pés numa universidade pública, ocupando um espaço que, à época, não era de todos. E talvez por ter tal compreensão, busquei aproveitar e valorizar as oportunidades dadas pela educação. Ao fim de uma graduação, sempre tive entendimento de que aquele momento era somente uma escada do degrau, que seguir pelo caminho da resistência exigiria muito mais de mim, mais do que apenas ter um diploma para tentar um espaço mais qualificado no mercado de trabalho.

A minha resistência centrada pela vontade do conhecimento fez-me perceber que às vezes somente querer não é suficiente, pois estamos num sistema que não é porta de oportunidades. Enfrentar um curso de mestrado, sendo parte de um modelo que não te oferece espaço suficiente para estudar, foi a primeira linha da resistência. Ser trabalhadora/estudante é um desafio que poucos ousam aceitar. Vivi os dois anos mais intensos da minha vida até aqui, como trabalhadora da saúde, que sofre os processos de precarização da política e do mercado de trabalho, dando conta da maternidade, provendo um lar. Ainda assim, em meio a tantas obrigações, cumpri todos os créditos que me foram exigidos, com muita força de vontade, algumas renúncias e muitos arranjos, e por tudo isso, agradeço:

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas pelo compromisso com o ensino prestado;

À minha família, base de sustentação e compreensão diante das minhas ausências, em especial minha irmã Tássia, doutora e fonte primária de inspiração acadêmica;

A todos os amigos especiais que acompanharam a realização dessa etapa de crescimento profissional, em especial Ana Patrícia Mota e Cibele Fiterman, pelo apoio e suporte na minha vida pessoal nos últimos anos;

Aos meus colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, em especial ao líder de turma, amigo e apoiador incondicional Frednan Santos;

À equipe da Gerência de Qualidade Assistencial da Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares - EMSERH, em especial aos meus gerentes Joenvilly Azevedo e Leonardo Lima;

À minha equipe de assistentes sociais do Hospital Dr. Carlos Macieira;

A toda a equipe do Centro de Saúde da Vila Bacanga, em especial à gestora Danielle, que me acolheu e disponibilizou seu tempo para facilitar o desenvolvimento da pesquisa;

Ao professor Antônio Gonçalves Filho pelas contribuições e apoio para o desenvolvimento dessa dissertação.

Agradecer à CAPES, que, mesmo por um curto período de tempo, ofereceu apoio financeiro, contribuindo significativamente para a minha jornada acadêmica e a conclusão deste estudo.

E, por fim, agradeço a todos os usuários do Sistema Único de Saúde, em especial aos que utilizam os equipamentos da atenção primária em saúde.

*“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.” (Arthur Schopenhauer)*



## RESUMO

A presente dissertação analisa os impactos das medidas de controle da pandemia de COVID-19 na Atenção Primária em Saúde- APS no Município de São Luís - MA, considerando os dois primeiros anos da crise sanitária. Para tanto, valendo-se do método do materialismo histórico dialético, faz uma discussão sobre a política pública de saúde no contexto da acumulação do capital, a partir dos preceitos da ordem neoliberal, aprofundando sobre o movimento de apropriação do fundo público, bem como destacando a forte disputa entre os projetos para o modelo de saúde adotado no Brasil. Em um segundo momento, busca-se analisar o modelo de combate à pandemia adotado em âmbito nacional, apontando as contradições e as disparidades entre as recomendações de organismos internacionais e o modelo negacionista disseminado pelo então governo do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022). Por fim, discute-se a Política de Atenção Primária em Saúde no terreno empírico da Unidade Básica de Saúde da Vila Bacanga em São Luís - MA, por meio de pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semiestruturada com usuários e trabalhadores da saúde, além de análise de dados secundários da unidade e dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Isso aponta como seu processo de reconfiguração, para atender as demandas da pandemia de COVID-19, impactou a assistência à saúde dos usuários adscritos naquele território. Como resultados do estudo, com base nos impactos avaliados, destaca-se que a reconfiguração da APS em face da pandemia de COVID-19 provocou a estagnação ou extinção de atividades relacionadas à APS, na medida em que concentrou atendimentos exclusivos para síndromes respiratórias agudas. Dessa forma, resultou na suspensão da atuação dos ACS e profissionais de saúde bucal, suspensão de programas de hanseníase e tuberculose, e acompanhamento de pacientes com doenças renais crônicas como diabetes e hipertensão, promovendo o enfraquecimento dos pilares da APS conforme proposto pela Política Nacional de Atenção Básica -PNAB.

Palavras Chaves: Saúde; COVID-19; Atenção Primária.

## **ABSTRACT**

This dissertation analyzes the impacts of control measures for the COVID-19 pandemic on Primary Health Care in the Municipality of São Luís, considering the first two years of the health crisis. To this end, using the method of dialectical historical materialism, it a discussion on public health policy in the context of capital accumulation, based on the precepts of the neoliberal order, delving deeper into the movement of appropriation of public funds, as well as highlighting the strong dispute between projects for the health model adopted in the Brazil. Secondly, the model for combating the pandemic adopted at a national level is analyzed, pointing out the contradictions and disparities between the recommendations of international organizations and the denialist model dissipated by the then government of President Jair Bolsonaro. Finally, the Primary Health Care Policy is discussed in the empirical field of the Basic Health Unit of Vila Bacanga in São Luís - MA, through qualitative research using semi-structured interviews with users and health workers, in addition to analysis of secondary data from the unit and the Ministry of Health's systems and information, pointing out how its reconfiguration process, to meet the demands of the COVID-19 pandemic, impacted the health care of users registered in that territory. As results of the study, based on the impacts evaluated, it is highlighted that the reconfiguration of PHC in the territory caused the suspension or extinction of activities related to PHC, such as: exclusive care for acute respiratory syndromes, suspension of the activities of CHAs and health professionals oral; suspension of leprosy and tuberculosis programs and monitoring of patients with chronic kidney diseases such as diabetes and hypertension.

Keywords: Health; COVID-19; Primary Care

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Série histórica do número de atendimentos gerais nas UBS (2017/2020) .....	94
<b>Gráfico 2</b> – Série Histórica do número de atendimentos médicos, enfermeiros e Dentistas nas UBS em São Luís (2019/2021) .....	95

### QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Cuidados domésticos do paciente em isolamento domiciliar por 14 dias desde a data de início dos sintomas de síndrome gripal .....	100
<b>Quadro 2</b> - Orientações para o isolamento domiciliar dos pacientes .....	102

### FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Centro de Saúde Vila Bacanga.....	151
<b>Figura 2</b> – Bairro Sá Viana.....	151
<b>Figura 3</b> – Bairro Vila Isabel.....	152
<b>Figura 4</b> – Bairro Vila Bacanga.....	152

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Relatório de indicadores da atenção básica 2020.....	95
<b>Tabela 2</b> – Relatório de indicadores da atenção básica 2021.....	96
<b>Tabela 3</b> - Relatório de atendimento individual – 2020 .....	103
<b>Tabela 4</b> - Relatório de atendimento individual – 2021 .....	103

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACD – Auditoria Cidadã da Dívida

ACS – Agente Comunitários de Saúde

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPEDES – Centro de Estudos e Pesquisa em Emergência e Desastres de Saúde

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

DEM – Partido Democrático

DRU – Desvinculação de Receitas da União

DF – Distrito Federal

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC 95 – Emenda Constitucional nº 95

E-AB – Equipe de Atenção Básica

E-CR – Equipe de Consultório de Rua

EPIS – Equipamentos de Proteção Individuais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

E-SFR – Equipe de Saúde da Família Rural

E-SUS – Sistema de Informação da Atenção à Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GAEPP – Grupo de Avaliação e Estudos da Pobreza e das Políticas Direcionadas à Pobreza

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
MBL – Movimento Brasil Livre  
MPF – Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
NASF AB – Núcleo de Apoio a Saúde da Família da Atenção Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OS – Organizações Sociais  
OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público  
PGR – Promotoria Geral da República  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNUD – Programa das Nações Unidas  
PT – Partido dos Trabalhadores  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica  
STF – Superior Tribunal Federal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TCU – Tribunal de Contas Da União  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA.....</b>	<b>31</b>
2.1 Política neoliberal, acumulação do capital e as implicações para a saúde pública.....	31
2.2 Fundo público e os projetos em disputa pela saúde na atualidade .....	42
<b>3. COVID-19 E O MODELO DE COMBATE A PANDEMIA NO BRASIL .....</b>	<b>49</b>
3.1 As medidas de controle da pandemia e os rebatimentos na saúde pública.....	49
3.2 A preservação da vida e a produção de riqueza: a COVID-19 na exposição dos contraditórios interesses de classes .....	69
3.3 A prevenção e o combate ao coronavírus no Maranhão.....	78
<b>4. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: impacto das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 na Atenção Primária em Saúde no município de São Luís -MA.....</b>	<b>82</b>
4.1 A Atenção Primária em Saúde: organização e funcionamento no SUS .....	82
4.2 A Atenção Primária em Saúde em São Luís .....	92
4.2.1 A reconfiguração da Atenção Primária e a experiência do Centro de Saúde da Vila Bacanga na assistência à saúde no período pandêmico entre 2020 e 2021.....	97
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início de 2020, a população mundial convive com a infecção causada pela COVID-19 em nível pandêmico, originada pelo vírus denominado SARS-CoV-2, identificado ainda em 2019 na China. Tornou-se um dos grandes desafios do século XXI, pois afetou países e territórios dos cinco continentes do planeta, impactando direta e indiretamente não somente a saúde, mas também a economia e todas as formas de interações mundiais.

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo - SP, tratando-se de um homem de 61 anos que havia retornado da Itália. Desde então, a doença se espalhou por todo o território brasileiro, tendo sido registrados até então mais de 37 milhões de infectados e cerca de 700 mil mortes.

O marco temporal para esta pesquisa compreende o momento do alastramento do coronavírus em nível de pandemia, perpassando seus dois primeiros anos, nos quais foi possível compreender como as suas consequências agravaram a já instituída crise econômica, impactando diretamente no empobrecimento da classe trabalhadora. Por isso, o interesse por esse objeto de estudo está centrado em analisar como as ações de controle da pandemia de COVID-19 foram desenhadas e conduzidas e quais os impactos na assistência à saúde prestada à população no campo da atenção primária em saúde, que no bojo desse contexto, enfrentava uma série de limitações em face do ajuste fiscal imposto por governos de direita no país.

A pandemia de COVID-19 trouxe uma nova realidade para o mundo: a adoção de protocolos para evitar o contágio pela doença, passando a ser recomendados cuidados redobrados com higiene, uso de máscaras, álcool em gel e, o mais impactante, isolamento social. O plano de contingência da doença exigiu um novo comportamento dos governos, instituições, empresas e da forma de se relacionar entre as pessoas. Os impactos do isolamento social foram inúmeros: desde a saudade de pessoas queridas, ansiedade, insegurança no trabalho, efeitos sobre a economia, na saúde e nos demais aspectos da vida. O simples ato de cumprimentar, abraçar ou estar junto com as pessoas que amamos e até de realizar atividades cotidianas foi reduzido ou, muitas vezes, até cancelado por completo por um longo período.



Destarte, no Brasil, muitos desses aspectos não foram considerados. A discussão girou em torno dos efeitos da pandemia da COVID-19 sobre a assistência à saúde na atenção primária, a qual está inserida em um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em uma extensa rede, mas, que apresenta problemas crônicos de desfinanciamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações preventivas e curativas com atenção a indivíduos e comunidades.

Assim, a especificidade desta pesquisa se deu pelo esforço de análise do impacto das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no âmbito da atenção primária em saúde no município de São Luís - MA. Esta cidade, capital do estado do Maranhão, apresenta, conforme Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população estimada de 1.037.775 pessoas, e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>1</sup> de 0,768 (2010). Segundo os dados mais recentes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de São Luís a classifica em um nível de desenvolvimento humano alto. Contudo, ao se comparar com o desempenho das demais capitais brasileiras, São Luís ocupa posição 13 e no cenário nacional figura na posição 249, considerada intermediária.

O primeiro ato administrativo de combate à pandemia de COVID-19 no âmbito federal foi a publicação no dia 04 de fevereiro de 2020, da Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, que se complementa com a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, dispendo sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Tal dispositivo visava orientar principalmente quanto à separação de pessoas doentes, além de restrição de atividades e controle de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitas de contaminação, de maneira a evitar a possível propagação do coronavírus.

A forma de condução e controle da pandemia de COVID-19 no Brasil foi objeto de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), aberta por determinação do ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal (STF), e comandada por senadores

---

<sup>1</sup> IDH é uma medida que avalia o desenvolvimento humano de uma cidade, considerando aspectos como saúde, educação e renda. O IDH é classificado em uma escala de 0 a 1, sendo que valores mais próximos de 1 indicam um nível de desenvolvimento humano mais alto.

oposicionistas. Instrumento tanto político quanto jurídico, a CPI evidenciou que o governo de Jair Bolsonaro (2019/2022) falhou no enfrentamento da crise da COVID-19, que deixou milhares de mortos<sup>2</sup>.

O estado do Maranhão teve registrado em seus dados epidemiológicos até dezembro de 2022, 488.093 casos confirmados e 11.034 óbitos, enquanto o município de São Luís possuía 76.087 casos no mesmo período. Desde o início da pandemia, o Maranhão adotou um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 que elencou ações de gestão, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência à saúde, diagnóstico e educação em saúde. Em 16 de março de 2020, foram publicados vários atos normativos (decretos) para minimizar a pandemia no estado, determinando medidas restritivas de circulação de pessoas e veículos, uso obrigatório de máscaras de proteção, ampliação de leitos.

Tais medidas são essenciais no combate à pandemia de COVID-19, mas também trazem consigo impactos nas ações de saúde, sobretudo na atenção primária, principal porta de entrada da população aos serviços públicos de saúde, uma vez que se estima que o distanciamento social levou milhares de pessoas a abandonarem tratamentos ou a não buscarem atendimento médico por medo de contaminação com a COVID-19. Assim, é possível conferir relevância ao estudo, uma vez que a quebra da cadeia de transmissão da doença também acarreta impactos nas demais ações e cuidados primários em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurado com a Constituição Federal - CF-1988, reorganizou e atualizou as práticas em saúde a partir de uma concepção ampliada de saúde e de um novo modelo dela decorrente.

A criação do SUS põe em prática uma política federal de caráter descentralizador, que articula gratuidade e universalidade, tornando-o o maior sistema público de saúde do mundo. À União cabe o papel de regulador, estimulador e avaliador das ações em saúde. Já os Estados e municípios têm a responsabilidade de planejar e executar os serviços que atendem as populações locais. Ou seja, dispomos de um sistema descentralizado em que todos os entes devem atuar de forma planejada e conjunta.

---

<sup>2</sup> Dados do painel coronavírus (MS) mostram que até 2022 o Brasil tinha registrado cerca de 618 mil óbitos por coronavírus.

É importante frisar que esse novo modelo de atenção à saúde foi fruto da incorporação de grande parte das reivindicações da Reforma Sanitária<sup>3</sup>, promovendo mudanças no arcabouço das práticas institucionais. Isso visava o fortalecimento do setor público e da universalização do atendimento, redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde e descentralização dos processos decisórios (BRAVO, 2011).

O Movimento Sanitarista, que em sua essência, provocou mudanças e transformações na área da saúde. Seu objetivo não era apenas tratar pessoas doentes, mas, sobretudo, impedir que as pessoas adoecessem. Para isso, alçou a saúde como dever do Estado e direito da sociedade, propondo também o acesso igualitário aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Todos esses princípios e objetivos do movimento mencionado foram legislados pela CF-1988, distribuídos na Seção II do Segundo Capítulo, que trata da seguridade social. Entre os artigos 196 e 200 da CF-1988 é possível entender basicamente no que consiste o SUS, qual sua relevância pública e quais demandas pretende atender. De acordo com o artigo 196 a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, além do princípio da universalidade, esse novo sistema estava voltado não somente para tratamento de doenças, mas principalmente com o objetivo de implantar serviços que pudessem promover, proteger e recuperar a saúde.

Dentre as competências do SUS podemos destacar do artigo 200 da CF-1988, o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde; participação da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenação da formação de recursos humanos; participação na política e execução de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e águas para consumo humano, além de colaborar na proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalho. Podemos então

---

<sup>3</sup> Movimento que questionava o sistema de saúde vigente no início da década de 1970. Neste período a assistência em saúde, limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada, ficou marcada pela compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado.

afirmar que o SUS possui em seu desenho uma face verdadeiramente universal, na medida em que dispõe de uma dimensão ampla que abrange uma série de serviços, como os já mencionados.

Considerada uma política pública universal no bojo da seguridade social, o SUS ainda terá sua legislação complementada por mais duas leis, a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei nº 8.142/1990, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A primeira lei define em seu artigo 2, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prever as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Traz ainda em seu conteúdo, os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. Merece destaque o artigo 3º da referida lei, o qual afirma que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

De fato, podemos considerar que dispomos de um sistema amplo e complexo que divide a atenção a saúde em níveis e busca alcançar a integralidade da assistência à saúde.

No âmbito da Atenção Básica em Saúde, ou Atenção Primária<sup>4</sup>, encontramos um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas. Esse conjunto abrange promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são realizadas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, conduzidas por equipes multiprofissionais e voltadas para a população em território definido, sobre o qual as equipes assumem responsabilidade sanitária. (PNAB, 2017).

Nesse nível o conjunto de práticas integrais em saúde é direcionado para atender às necessidades individuais e coletivas, servindo como porta de entrada é o

---

<sup>4</sup> Adotara-se nesse estudo as terminologias Atenção Básica e Atenção Primária como equivalentes, assim como já previsto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, do ano de 2017.

primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na CF- 1988, que criou o SUS.

Apoiados nos direcionamentos conferidos na Conferência de Alma-Ata<sup>5</sup>, a Atenção Primária à Saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, baseada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, orientado por princípios de solidariedade e equidade. O acesso a essa atenção deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. A Declaração de Alma-Ata enfatizou as implicações políticas e sociais da saúde, destacando-a como direito humano e apontando a necessidade de se abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde (Giovanella e Mendonça, 2012)

No âmbito nacional, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas de acordo com suas necessidades e demandas no território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. A saúde da família é destacada como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica.

Apesar de todo o arcabouço legal e da consolidação do SUS enquanto política de saúde, o que se tem observado no contexto do neoliberalismo é um processo de desconstrução não só do SUS, mas de toda a seguridade social em seu conjunto. No que se refere a saúde, segundo Batista Junior (2011, p.37):

O Estado brasileiro sempre teve a prática recorrente de disponibilizar o serviço de saúde ao cliente através da contratação de terceiros, ao invés de estruturar a sua própria rede de serviços. Esse processo que torna a saúde a exploração de um dos maiores negócios econômicos do país que movimenta anualmente 190 bilhões, foi largamente intensificado durante o período de implantação do SUS. Isso se deveu porque a lógica de financiamento estabelecida via pagamento por procedimentos tornava essa opção politicamente mais rentável e rápida, ou porque o gestor mantinha alguma relação direta com prestadores de serviços do setor privado, uma situação que sabemos bastante comum no Sistema.

---

<sup>5</sup> A Conferência Internacional de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde foi um evento realizado em setembro de 1978 na cidade de Alma-Ata (atualmente Almaty – Cazaquistão). A conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, cujo objetivo foi promover a saúde para todos e fortalecer os cuidados primários em saúde como base para um sistema de saúde eficaz e equitativo. A conferência ocorreu em um contexto de crescente reconhecimento das desigualdades de saúde entre e dentro dos países, bem como da necessidade de um enfoque mais abrangente e acessível aos cuidados de saúde. O principal resultado da conferência foi a Declaração de Alma-Ata que impactou significativamente na formulação de políticas de saúde global, incentivando muitos países a adotarem e fortalecerem os sistemas de cuidados primários de saúde.

O processo de implantação do SUS foi marcado por uma gama de interesses divergentes. Por um lado, questionam-se os princípios de universalidade, equidade, integralidade, tendo por base um projeto privatista de saúde. Por outro lado, apesar de sofrer muitos desgastes nos últimos anos, o projeto da reforma sanitária tenta levantar debates sobre a importância e defesa da concepção ampliada de saúde.

Assim, mesmo reconhecimento de que o SUS é fruto de lutas populares, e no que diz respeito aos seus preceitos, foi a política que mais teve requisições atendidas na Constituição de 1988, é preciso ter clareza das dificuldades enfrentadas no cotidiano de sua implementação, principalmente quando grupos e corporações atuam para lotear e privatizar a saúde. Deste modo, constituiu-se um sistema de saúde que se instituiu praticamente através de serviços de terceiros, ao invés de estruturar sua própria rede de atendimento. Tal fato reflete as nossas relações patrimonialistas<sup>6</sup>, bem em evidenciadas quando um gestor mantém relações diretas com o prestador de serviço, principalmente quando a lógica de pagamento por procedimento favorece essa prática.

Salvador (2010), ao discutir o fundo público da seguridade social no Brasil, aponta o perigo das relações público– privadas na apropriação do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Segundo o autor, o FNS, instituído em 24 de julho de 1989, pelo Decreto nº 64.867, passou por várias modificações ao longo de sua história. Em 2001, foi reorganizado com a redefinição de critérios de transferência de recursos para fundos de saúde estaduais e municipais, sendo também foi definido como unidade de orçamento de financeiro e contábil do SUS.

Em seus estudos, o autor analisa o orçamento do FNS entre 2000 e 2007, fazendo algumas revelações. Entre elas, destaca-se a utilização de recursos em áreas não finalísticas da política de saúde, conforme preconizada na Portaria nº 42/99, que aglutina ações na área de atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial, suporte profilático e terapêutico, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e alimentação e nutrição. Segundo o autor, somente em 2007, houve uma fuga de recursos na ordem de 7 bilhões de reais, que deveriam ter sido custeados pelo

---

<sup>6</sup> O patrimonialismo é um conceito que foi desenvolvido por Marx Weber, entendido como produto de formas tradicionais de administração, como as monarquias e impérios, onde o poder é exercido como extensão do poder pessoal do governante. Por esse sistema, não há uma diferenciação entre o patrimônio público e o patrimônio privado do governante, fazendo com que os recursos públicos possam ser usados para fins pessoais ou familiares. A administração do Estado é conduzida de maneira pessoal seja pelo líder ou por pessoas de sua confiança, baseada em relações pessoais ou lealdades políticas em detrimento e regras impessoais.

orçamento fiscal e não pelo FNS. Dentre esses gastos estavam o pagamento de inativos do Ministério da Saúde, serviços da dívida externa, gastos da administração geral e formação de recursos humanos.

O estudioso ainda revela o paradoxo da saúde pública brasileira, na qual, sendo um país com um sistema universal de saúde, o gasto privado supera o público. Tal afirmativa pode ser observada nos dados do mesmo estudo, com base em pesquisa do IBGE (2008), que revelam que a maior parte de leitos disponíveis no SUS está no setor privado, com 57,65%. Dos leitos disponíveis no setor privado, 37,23% correspondem ao setor privado sem fins lucrativos. Ou seja, o setor privado se tornou um sócio do fundo público, na medida em que não se ampliou de forma suficiente o atendimento público de saúde no país, ocasionado, sobretudo, pela falta de investimento governamental somada às políticas neoliberais que definiram as diretrizes da contrarreforma do Estado no Brasil.

Outro desafio posto ao SUS e que vai de encontro aos preceitos da reforma sanitária diz respeito ao vigoroso processo de terceirização dos trabalhadores da saúde por intermédio da privatização da gestão e dos serviços dos SUS através das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), Fundações e outras. Para Batista Junior (2011), tais práticas ferem a Constituição Federal, pois burlam o dispositivo de forma de ingresso no serviço público através de concurso público. Esclarece ainda o autor que a própria Lei nº 8.080/90 estabelece em seus artigos 17 e 18 a competência das direções estaduais e municipais do SUS de gerirem os serviços que estão sob sua esfera administrativa; neste caso, a gerência de seus serviços não pode ser delegada a terceiros.

Apesar disso, em 2015, ao julgar a constitucionalidade da Lei Federal nº 9.637 de 1998, o STF afiançou a possibilidade de entidades privadas, como as organizações sociais, prestarem serviços públicos nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde.

Assim, a contratação dessas instituições, consideradas “parceiras privadas” do SUS, evidencia a maneira como se desconsidera princípios constitucionais fundamentais como moralidade, legalidade e impessoalidade, objetivando tornar o SUS um grande balcão de negócios privilegiando grupos financeiros. Um exemplo claro disso refere-se ao Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado proposto

pelo segundo governo Lula (2007/2011), que completa e aprofunda a privatização de setores públicos no Brasil.

Evoluindo nesse contexto, a saúde pública, que trilhou nos últimos anos no vale das incertezas, foi ainda mais impactada pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional N° 95, que estabeleceu o teto de gastos para a saúde no Governo Temer (2016/2019). Isso se soma ao projeto aprovado em 2019, de desfinanciamento da atenção básica. Entretanto, a gravidade da pandemia de COVID-19 evidenciou a importância da política de saúde pública no Brasil e no mundo, criando um ambiente favorável ao enfrentamento do neoliberalismo. Sendo que para Santos (2020, p. 01):

[...] a amplitude dos impactos sociais decorrentes da Covid-19 cria um fato político novo. Precisamente, a pandemia reposiciona a saúde pública como elemento central da narrativa que desestabiliza o *ethos* neoliberal, que, até aqui, deu direção à conjuntura sem nenhum contraponto político consistente. Se estamos certos, a desestabilização política a que nos referimos, organizada em torno do apelo elementar à vida, tem como efeito imediato e mais visível uma inédita legitimação pública do SUS.

Como já analisado, a COVID-19, causada pelo vírus denominado SARS-CoV-2, foi identificada pela primeira vez na China, em 2019. No início de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a epidemia da COVID-19 constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, uma pandemia. Trouxe consigo a necessidade de investir e reorganizar o sistema público de saúde. Houve maior investimento para atendimento das demandas graves da doença, com a construção de novas unidades hospitalares e aberturas de leitos de UTI, contratação de hospitais privados, aquisição de ventiladores mecânicos e compras de demais insumos como máscaras e álcool. Junior e Cabral (2020), em estudos sobre a expansão de leitos de UTI no Brasil durante a pandemia de COVID-19, afirmam que houve um salto no número de leitos no país, saindo de 46.045 em dezembro de 2019 para 60.265 em abril de 2020. Apontando um incremento de 14.220 leitos, em quatro meses de pandemia, representando aumento total de 23,59%.

O alastramento da doença por todo o país, num curto espaço de tempo, gerou um agravo entre o governo federal e os demais entes federados no que tange às medidas de controle e tratamento dos casos relacionados à pandemia, devido a forma minimizada como o presidente da república, Jair Bolsonaro, tratou a doença em 2020. Isso resultou em uma crise sanitária e também política dentro do país. Com a



pandemia em seu segundo ano, ainda se discutia a efetividade das medidas adotadas para o controle da doença. Em geral, foi recomendada a hospitalização de casos graves e o isolamento social para as formas leves da doença.

Segundo Aquino *et al.* (2020), existem termos usados para se referir às ações de controle da pandemia, havendo uma diferença entre isolamento social e distanciamento social. O primeiro corresponde à separação das pessoas doentes daquelas não infectadas, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. Para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa. Já o distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento social permite reduzir a transmissão.

Importante ressaltar que medidas não farmacológicas, como o distanciamento social, enquanto ação de combate à COVID-19 foram fundamentais para reduzir a transmissão. Isso incluiu o fechamento de escolas, o afastamento das pessoas elencadas como grupo de risco dos postos de trabalho, a suspensão de algumas atividades comerciais não essenciais e eventos para evitar aglomeração. Em algumas cidades do país, inclusive na capital maranhense, terreno empírico desse estudo, adotou-se o bloqueio total, ou *lockdown*, termo em inglês que remete a medida restritiva da circulação de pessoas, visando minimizar o colapso do sistema de saúde e, principalmente, evitar mortes.

Mas afinal, qual o impacto das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, na realidade brasileira, considerando as nossas marcantes desigualdades sociais? Segundo Santos (2020), o empobrecimento da classe trabalhadora e os elevados níveis de desemprego no país tornam praticamente impossível manter o isolamento social durante a evolução da pandemia, colocando em lados opostos a economia e o direito a saúde.

Diante de questões importante, buscou-se verificar, nessa pesquisa, os impactos das ações governamentais de combate à COVID-19 na atenção primária em saúde, fomentando uma discussão sobre o acesso à saúde da população.

Ao aprofundarmos o debate sobre o referido objeto em estudo, com o objetivo de avaliar os impactos das ações estratégicas de combate à pandemia de COVID-19, na atenção primária em saúde entre 2020 e 2021 em São Luís – MA, elegemos objetivos específicos:

1. Levantar como se processou o investimento e reorganização do SUS para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, visando assegurar a saúde como direito universal e de responsabilidade estatal;
2. Investigar quais os procedimentos adotados em relação à implementação e acompanhamento das ações estratégicas de combate à pandemia e como esses procedimentos impactaram na APS;
3. Avaliar os resultados (positivos ou negativos) em termos de indicadores sociais, econômicos, ambientais e alterações comportamentais nos beneficiários finais.

Nesse sentido, foi importante desvelar como a atenção primária em saúde no município de São Luís – MA enfrentou a pandemia de COVID-19, considerando os problemas do isolamento social prolongado, agudizado pela precarização da vida social e econômica do país. Analisou-se como os serviços foram organizados e quais foram as respostas dadas às demandas apresentadas pelos usuários do sistema de saúde.

A relevância deste estudo consiste em apreender os desafios postos à APS para conter a pandemia diante da conjuntura de desmontes dos serviços públicos e desfinanciamento das políticas de seguridade social, evidenciado na agudização da precarização da vida social e econômica, que se inclui também trabalhadores/as da saúde.

Destaca-se que as motivações para realizar este estudo avaliativo parte da minha inserção enquanto profissional de saúde, que vivenciou as rotinas exaustivas de combate à pandemia de COVID-19 nas unidades de saúde, identificando as necessidades dos usuários do sistema em todas as suas dimensões, conforme preconiza o princípio da integralidade em saúde. Acredita-se que os argumentos que fomentaram este estudo terão muita relevância para o entendimento do lugar da política de saúde no contexto da seguridade social, sobretudo por entender que a pandemia de COVID-19 veio para mostrar uma inédita legitimidade do sistema público de saúde frente à lógica neoliberal.

Além disso, a temática da avaliação de políticas públicas já me era familiar, tendo em vista a oportunidade de conhecer o Grupo de Avaliação e Estudos da Pobreza e das Políticas direcionadas à Pobreza (GAEPP) ainda durante a graduação, e essa familiaridade foi fortalecida com minha participação na disciplina Metodologia de Avaliação de Políticas e Programas Sociais durante o mestrado.

Essas experiências me fizeram perceber a importância da avaliação das políticas públicas, uma vez que essa prática possui múltiplas dimensões, sejam elas cognitivas, comportamentais, técnicas, metodológicas, teóricas ou políticas, todas articuladas entre si. (Arcoverde e Albuquerque, 2016). A avaliação é, portanto, considerada uma parte intrínseca do processo das políticas públicas e, sua prática é influenciada pelos interesses dos diferentes sujeitos envolvidos.

Ao nos aproximarmos do objeto em estudo, acredita-se ser impossível captar o real em sua essência. No entanto, devemos fazer aproximações sucessivas à realidade na busca por desvendar, passo a passo o que está previamente oculto na aparência. Não é necessário, segundo Pereira (1986), seguir modelos formais de investigação, mas tentar acompanhar a dinâmica da realidade.

Por entendermos que o objeto em estudo não se explica por si mesmo, e que para desvendá-lo é necessário vinculá-lo à totalidade social, optamos por um caminho metodológico que pudesse dar conta da totalidade, considerando as mediações e particularidades do objeto de estudo inserido no processo histórico das lutas de classes e das contradições entre capital e trabalho.

Dito isso, a pesquisa parte de uma perspectiva teórico-metodológica crítico dialética, considerando o método marxiano de aproximações sucessivas do objeto em estudo, compreendido como a síntese de muitas determinações. A aproximação com a realidade objetiva no processo de conhecimento ocorre por meio da dialética do universal ao particular, partindo do puramente singular, que se eleva à clareza teórica, no confronto com a realidade e em sua relação com a universalidade, revelando as leis, as tendências e as determinações que se especificam no particular, e somente assim se tornam acessíveis à prática.

Portanto, ao chegar à universalidade, através da particularidade, também se chega ao elemento de crítica, obtida das reais mediações da dialética entre o particular e o universal, pois seguindo esse caminho metodológico, “a universalidade,

sobretudo, não é jamais um ponto de chegada autônomo do pensamento” (Silva, 2019).

Entendendo ainda que a investigação aqui presente não é um fim em si mesma, mas segundo Pereira (1986), caracteriza-se como um momento no processo da busca do conhecimento, e que este tema possui relevância social, proponho-me a apreender os diversos elementos que compõem e interagem na realidade estudada, sendo necessário aprofundar outras categorias que consideramos fundamentais, a saber, a saúde, o isolamento social, a atenção primária.

Retomando essas categorias básicas, temos que a pesquisa desenvolvida foi de natureza qualitativa, utilizando o modelo de avaliação impactos e compreendendo que a avaliação de políticas sociais emprega os métodos próprios da pesquisa social. De acordo com Silva (2008, p.93), “a pesquisa avaliativa é concebida como modalidade da pesquisa social aplicada, que produz conhecimento no campo das políticas e programas sociais”. Portanto, a escolha deste método não é neutra, mas carregada de intencionalidade, refletindo uma posição política de transformação da realidade.

A vista disso, a avaliação de impactos utilizada para esse estudo é ancorada no entendimento de que o impacto se expressa nas mudanças efetivas ou significativas na vida das pessoas em decorrência de uma determinada intervenção (Arcoverde e Albuquerque, 2016).

Dessa forma, com auxílio do método proposto, ancorado nas categorias teóricas explicitadas, buscou-se desvendar a atenção primária em saúde, explicitando o que está além da aparência ou do discurso oficial da política de saúde, situando-a em sua relação com o Estado e a sociedade, verificando o contexto e os interesses que se articulam para sua implementação e quais mudanças operou na realidade do grupo ou da população a que se destina. Assim, diante das ações desenvolvidas no contexto de combate à COVID-19, como resultado desse processo investigativo crítico, a transformação da realidade avaliada, a partir da produção de conhecimento crítico, são a premissa e a finalidade da postura teórico-metodológica aqui proposta.

Para a pesquisa qualitativa, compreendida como técnica que se ocupa do universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo, 2016), aplicou-se entrevista semiestruturada, com análise de dados por meio da técnica de análise de discurso. Para Chaves (2013), a análise do discurso é um

recurso investigativo que caracteriza a linguagem e seus processos culturais, possibilitando considerar aspectos da realidade a ser investigada. Nesse sentido, analisaram-se os dados trabalhando não somente o seu conteúdo, mas também o seu sentido.

O universo da pesquisa foi o Centro de Saúde da Vila Bacanga, considerado uma unidade “embrião”, localizado na área Itaqui Bacanga em São Luís - MA, que oferta ações de saúde na atenção básica. Essa área da cidade possui cerca de 60 bairros e agrega em torno de 200 mil habitantes.

A escolha dessa unidade de saúde nessa região decorre de sua importância socioeconômica para a cidade de São Luís. Contudo, embora tenha grandes empreendimentos tais como: portos e ferrovias, ainda carece de infraestrutura urbana. Em relação à política de saúde pública, o distrito Itaqui Bacanga conta com 4 Centros de Saúde (Vila Bacanga, Vila Nova, Ivís Parga, São Raimundo, Clodomir Pinheiro Costa); 2 unidades de saúde da Família (Vila Embratel e Gapara), 1 Unidade Mista, 1 Unidade de Pronto Atendimento, 1 Hospital (Hospital da Mulher) e Samu (Serviço de Atendimento Móvel e Urgência), conforme o Guia de Distritos (SEMUS, 2021).

Para a seleção dos sujeitos a serem entrevistados, foi necessário realizar uma visita à unidade de saúde e dialogar com a gestão para obter informações preliminares, visando posterior acesso aos profissionais que trabalharam na unidade entre 2020 e 2021, bem como encontrar formas de realizar as entrevistas com os usuários da UBS. As entrevistas com os profissionais ocorreram na própria unidade de saúde, após o atendimento dos usuários, momento em que foram entrevistados 6 (seis) trabalhadores, incluindo profissionais das áreas de medicina, enfermagem, administrativo e de apoio. Somente esses trabalhadores permaneceram exercendo suas funções durante o período da pandemia. Ressalta-se que não foi possível entrevistar agentes comunitários de saúde e profissionais da odontologia, devido à suspensão de tais atividades no período.

Após a conclusão das entrevistas com os profissionais, procedemos com a abordagem aos usuários. Essas foram realizadas através da avaliação dos cadastros dos pacientes em atendimento durante o dia, excluindo do universo da pesquisa aqueles que estavam adscritos na unidade entre 2020 e 2021.

As entrevistas aplicadas, tanto com profissionais como com os usuários, versaram sobre a organização e funcionamento dos serviços oferecidos durante o

período da pandemia, buscando extrair dos entrevistados como as mudanças promovidas transformaram as rotinas e os programas até então desenvolvidos no campo da APS, bem como quais os impactos trazidos para a assistência à saúde.

Como a pesquisa em questão envolveu seres humanos, foram considerados e cumpridos os princípios éticos, observando e respeitando a Resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos em ciências humanas e sociais. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e aprovado sob o número do parecer 6.590.095. As entrevistas foram precedidas pela explicação e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual consta em anexo.

A título de apresentação, este estudo é composto por três capítulos, além desta introdução e considerações finais. No primeiro capítulo, discorremos sobre a hegemonia neoliberal no processo de reprodução do capital, no qual o Estado redimensiona sua atuação promovendo o desmonte das políticas sociais, fortalecendo as bases para a oferta de serviços no campo privado, dentro do âmbito da seguridade social e, especificamente, da saúde pública. No segundo capítulo, analisamos as medidas de controle da pandemia de COVID-19 conduzidas na esfera nacional, com uma postura negacionista, cujo discurso produzido era de que as pessoas deveriam desconsiderar os riscos sanitários e romper com o isolamento social, impactando diretamente no elevado número de mortos e infectados. No último capítulo, problematizamos o objeto em estudo e apresentamos os resultados sistematizados da pesquisa, demonstrando o impacto das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 na assistência primária à saúde no município de São Luís. Por fim apresentamos as considerações finais.

## **2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA**

O modelo de saúde pública seguido no Brasil, resultado do projeto da Reforma Sanitária, estabeleceu um Sistema Único de Saúde, fundamentado nos princípios universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. No entanto, entre o que foi planejado para o sistema e o processo de implementação e consolidação, uma série de forças confrontou o projeto de saúde como um direito social e um dever do Estado.

Neste sentido, pretende-se iniciar uma discussão sobre como a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil a partir dos anos 1990, com o redimensionamento do papel do Estado e o desmantelamento das políticas públicas, impactou a visão da saúde como um direito universal. Buscando detalhar esse contexto, procura-se aprofundar como o projeto privatista para a saúde, baseado na contenção dos gastos e na racionalização da oferta, fortaleceu o setor privado, colocando a saúde como mercadoria.

Em meio esse contexto, emerge o debate sobre a pandemia do coronavírus e como o seu enfrentamento evidencia a crise do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que reafirma o potencial do SUS enquanto política pública fundamental para salvar vidas diante da crise sanitária.

### **2.1 Política neoliberal, acumulação do capital e as implicações para a saúde pública**

Apreender a saúde pública como um campo em disputa é crucial, tanto do ponto de vista político quanto econômico. Portanto, entender a reconfiguração do capital, frente à política neoliberal torna-se essencial ao buscar decifrar o que está em jogo no processo da luta de classes.

Não se trata apenas de fazer um resgate histórico, mas mormente, trazer elementos para a reflexão que reforcem a saúde como política pública, mesmo diante do movimento que a aproxima cada vez mais da ordem privatista.

Mas afinal, o que representa o projeto neoliberal para a política pública de saúde? Para conduzir essa problematização, não se realizará apenas um resgate das medidas de seguridade social a partir da experiência do estado de Bem-Estar Social

em países da Europa Ocidental, nem concentrará exclusivamente no debate clássico do papel do Estado na construção e fragilização das políticas públicas. Em vez disso, propõe-se, conjugar tais categorias ao longo do tempo, bem como levantar as bases de sustentação dos argumentos neoliberais, especialmente nos tempos mais recentes, a partir de processos políticos e econômicos que promovem o desmantelamento das políticas sociais.

Se o liberalismo clássico se definia como uma doutrina que preconizava a ausência do Estado na economia e se desenvolveu no contexto histórico de ascensão do capitalismo, o neoliberalismo surge como um fenômeno logo após Segunda Guerra Mundial, caracterizado como uma oposição ao Estado de Bem-Estar Social. Sua principal expressão estava nas ideias de Friedrich Von Hayek, cuja missão era denunciar a restrição da liberdade dos mercados pelo Estado.

Os argumentos levantados por esse teórico, segundo as análises de Pereira (2016), indicam que os benefícios da atuação do Estado de Bem-Estar eram prejudiciais à coletividade e ao próprio sistema, enfraquecendo a competitividade, a propriedade privada e a liberdade individual.

No contexto atual, o neoliberalismo pode ser entendido como uma força ofensiva do capital sobre a classe trabalhadora. As crises cíclicas do capital impõem um processo de reconfiguração deste, ampliando as contradições de classe. Conforme Gouveia (2020), passamos a presenciar as transformações nas relações de trabalho com a uberização e a flexibilização, aumento da jornada, intensidade e produtividade no trabalho, exploração de recursos naturais, além do surgimento do neofascismo e do ultraconservadorismo.

As políticas sociais assumem um papel significativo na estruturação da sociedade quando a questão social ganha relevância, especialmente à medida que a classe trabalhadora assume um papel político revolucionário. A disseminação das políticas sociais no capitalismo ocorreu no período do pós-Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento do Welfare State, na Europa, destacando-se o plano Beveridge, que previa a estruturação da previdência social na Inglaterra, com uma perspectiva universalizada.

Esse movimento, iniciado no século XIX, representou um esmaecimento dos pilares liberais, uma vez que o Estado de Bem-Estar tinha como princípio a redistribuição de recursos, vinculando-os às necessidades da sociedade. Embora o



Estado de Bem-Estar estivesse alinhado a valores humanitários dentro da ótica keynesiana, sua estruturação se baseava no processo produtivo do capital e não contestava o padrão de sociedade estabelecido.

Com esse breve resgate do contexto do padrão de estruturação das políticas sociais, pretendemos desenvolver os argumentos que nos permitem entender os impactos dos impulsionamentos neoliberais diante da crise do capital, tornando tão hostil o campo de luta pela saúde pública.

Os anos de ouro do capitalismo, com a forte presença do Estado e a conformação de um padrão de proteção social em que o Estado assume essa condução, encontram seu esgotamento em meados dos anos 1970. Embora não haja consenso entre os estudiosos sobre as razões da crise do Estado Providência, entendemos que a crise do capital, base do seu enfraquecimento, foi representada pela mudança no padrão de acumulação. Isso foi justificado principalmente pela queda na taxa de lucro, variações de produtividade e aumento do desemprego, impactando as economias de países de capitalismo central e fazendo emergir os alicerces do neoliberalismo.

Nessa perspectiva Behring (2015, p. 12), analisa:

A reversão do ciclo econômico, em fins dos anos 60 e mais visivelmente a partir de 1973, dá um novo fôlego às teses neoliberais, que atribuem a crise ao poder excessivo dos sindicatos, com sua pressão sobre os salários e os gastos sociais do Estado, o que estimula a destruição dos níveis de lucro das empresas e a inflação; ou seja, a crise é um resultado do keynesianismo e do Welfare State.

A partir dessa leitura, na concepção neoliberal, proposições básicas para garantir a acumulação do capital perpassaram pelo processo de desmobilização sindical, redução dos gastos sociais, menor intervenção econômica, reforma fiscal e, sobretudo, desvinculação entre direitos e políticas sociais.

Mota (2015), levantando a tese da cultura da crise como estratégia burguesa para assegurar a reprodução da dominação, destaca que:

[...] a trajetória do capitalismo não se reduz a uma dinâmica cíclica, formalmente identificada como fases de declínio, recuperação e auge, ela supõe um processo dinâmico de mudanças nas suas formas de existência, em que a organização da produção dos mercados, dos salários, da intervenção estatal e das demais instituições é mutável, dentro do contexto mais ampliado da reprodução das suas estruturas fundamentais. (Mota, 2015, p. 61).

Assim, o processo estabelecido pelos capitalistas no pós-segunda guerra mundial, não foi capaz de superar a crise e reestabelecer o crescimento econômico ao mesmo nível anterior. Na verdade, as iniciativas operadas implicaram nas relações sociais de uma forma tão intensa que foram catalizadoras de processos sociopolíticos que projetaram uma crise global do capital. Behring e Boschetti (2011), se valendo das interpretações de Mandel, destacam que nesse percurso, eleva-se o uso de tecnologias e a automação de forma mais intensa, propiciando uma elevação da extração da mais-valia, sobretudo com a chegada nos anos 80 e 90, impactando no mundo do trabalho, com deslocamento do trabalho vivo para o trabalho morto, perda da importância do trabalho individual e das funções da força de trabalho no processo de valorização do capital.

Desta forma, o desenvolvimento das forças produtivas entra em contradição com as forças de produção, impondo limites à onda longa de expansão a partir do início dos anos 1970 e colocando uma nova condição para implementação das políticas sociais.

Nas palavras das autoras acima mencionadas:

A crise, nessa perspectiva de análise, tem a função objetiva de se constituir como o meio pelo qual a lei do valor se expressa e se impõe. Ela é a consolidação das dificuldades crescentes de realização da mais-valia socialmente produzida, o que gera superprodução, associada a superacumulação. A própria lógica interna de crescimento cria empecilhos no momento subsequente: a situação keynesiana de “pleno emprego” dos fatores de produção, incorporando grandes contingentes da força de trabalho – diminuindo, em consequência, e exercito industrial de reserva -, dificultou o aumento da extração da mais-valia, com a ampliação do poder político dos trabalhadores e a maior resistência à exploração; e a generalização da revolução tecnológica diminuiu o diferencial de produtividade. Esses são processos que implicam a queda da taxa de lucros. (Behring e Boschetti, 2011, p. 117)

O que se viu a partir de então foi uma crise clássica de superprodução, com o já presente agravamento do problema do desemprego pela aplicação de tecnologias que poupam mão de obra, somado ao aumento no preço de matérias-primas, queda no volume comercial mundial e aumento da inflação. Diante da crise, constatou-se que as políticas keynesianas tinham pouco impacto sobre a recessão generalizada. Por isso, alinhou-se o caminho a reestruturação produtiva, que estabeleceu a reorganização das forças produtivas visando reestabelecer a recomposição da acumulação do capital, o verdadeiro sentido de existir do sistema.

Sobre isso, Fontes (2018, p. 29) sustenta:

O cerne central da acumulação do capital é a extração de mais-valor. Para tanto, as classes dominantes sob o capitalismo controlam desde os meios diretos de produção até recursos sociais de produção, ou seja, detêm capacidade econômica que permite dominar direta ou indiretamente os meios de produção com o único fito de valorizar o valor. A criação de valor novo exige relacionar força de trabalho, meios de trabalho (ou de produção) e natureza. Estes elementos parecem para o capital como secundários, frente à sua premência expansiva: seres sociais ou natureza parecem existir apenas para permitir a expansão da lucratividade através da atividade dos primeiros sobre a segunda, objetivando unicamente a apropriação pelo capital do sobretrabalho realizado pelos trabalhadores, apropriação que se dá pela forma de mais-valor. É o elo fundamental, que não pode ser esquecido na análise das formas contemporâneas de apropriação e de ressubordinação dos trabalhadores.

Com isso, a estudiosa levanta a discussão de que os meios de subsistência, ou seja, os meios pelos quais os seres sociais asseguram sua existência, são transformados pelo processo de acumulação do capital. Mais que isso, são expropriados pelo processo de exploração do capital pelo trabalho.

Nesse sentido Mota (2015), aponta a reestruturação produtiva, enquanto iniciativa que buscava a reorganização das forças produtivas para manter a reprodução do capital, representou o reordenamento das nações que formam o centro hegemônico do capital, bem como mudanças no mundo do trabalho com a reorganização das fases do processo de produção e realização da mais-valia. Ou seja, para essa autora, a reestruturação produtiva não era apenas um mero processo técnico de racionalização dos modos e formas de produção, mas, principalmente, uma iniciativa catalizadora de práticas políticas que apontam para uma correlação de forças entre países, capital e trabalho.

Como referência desse momento da história da sociedade capitalista, o Japão é um exemplo ao promover acentuada mudança na divisão internacional do trabalho. Para isso, buscou superar os impactos da crise do petróleo, suscitando mudanças da sua estrutura industrial, tendo como principal estratégia a transformação pelo uso da tecnologia eletrônica e utilização de novas técnicas no modo de produção, alcançando um mercado mundial de consumo de massa.

Desta forma, a crise estrutural que se instalou a partir de 1973 fez com que capitais e empresas buscassem uma produção distinta ao modelo rígido de produção em massa que caracterizou o modelo taylorista-fordista. O entendimento era de adotar uma execução de trabalho multifuncional, tornando as fábricas flexíveis e possibilitando a execução do trabalho simultaneamente em várias máquinas, tendo

como princípio norteador o *just-in-time*, traduzido numa produção em menor tempo (Antunes, 2022).

A noção de flexibilização entra não somente na lógica da produção, mas especialmente no cenário da vida social. Mudanças ocorreram no campo do trabalho, com a perda da estabilidade no emprego, flexibilização dos salários, desvalorização do poder de compra, além da redução do poder da esfera pública.

A partir da análise desenvolvida até aqui, busca-se incorporar como a reorganização da hegemonia neoliberal provocou mudanças e reconfigurou a estruturação das políticas sociais, rompendo com a lógica universal destas e direcionando-as para o caráter seletivo e focalizado, regido pela estratégia de extração de superlucros, motivada pela tendência de contração dos encargos sociais, pela privatização explícita de setores como saúde, educação e previdência (Behring e Boschett, 2011).

Pelo ideário neoliberal, sob o argumento da crise fiscal do Estado, as políticas sociais transfiguram-se em ações pontuais e compensatórias, direcionadas aos efeitos mais perversos da crise. Para Silva (2011), a partir dos anos 1990 vivemos um processo de desmonte de parte do aparato do Estado e de restrição das políticas sociais, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro. O processo de contrarreforma do Estado<sup>7</sup> vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico. Ademais, além da privatização e da focalização, a descentralização é outro eixo, no qual, o poder passa a ser compartilhado, não somente com os demais entes da federação, mas com instituições privadas, transferindo-se responsabilidades, tendo por base elementos da reforma proposta por organismos internacionais.

Por isso, busca-se, partindo da perspectiva da totalidade para a particularidade, enxergar como a política de saúde pública no Brasil se estruturou, enfrentou forças que combatiam sua organização e, de forma mais recente, na ordem do capital, considerando o enfrentamento à pandemia de COVID-19, sofreu fortes e severos ataques visando fortalecer a privatização da saúde, não apenas como alternativa viável, mas principalmente como uma certeza e um caminho sem retorno.

---

<sup>7</sup> A utilização do termo contrarreforma do Estado está aqui entendido como o processo de reformatação do Estado para a adaptação aos interesses do capital na ordem neoliberal.

À vista disso, no Brasil a partir dos anos 1990, o projeto neoliberal impôs limites à efetivação dos preceitos constitucionais para as políticas sociais. No que se refere à política de saúde, embora o contexto de redemocratização tenha fortalecido a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população, ampliando o debate sobre as responsabilidades do Estado diante da sociedade civil e fortalecido a concepção de saúde como direito, a chegada do ajuste neoliberal subverteu os avanços obtidos com a contrarreforma do Estado.

Nesse sentido, Bravo (2011, p. 100), destaca:

A afirmação de hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação. A proposta de Política de Saúde construída da década de 80 tem sido destruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com objetivo de reduzir custos.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil se estruturou pelo discurso da universalidade. Todavia, apesar dos avanços com a expansão da oferta de serviços públicos, não efetivar plenamente os preceitos constitucionais, como a universalidade e a integralidade. Nestes mais de trinta anos de SUS, acompanhamos uma intensa correlação de forças. De um lado, há um movimento que defende o SUS como política estatal, universal e integral; do outro lado, há um seguimento alinhado ao processo de reprodução do capital, que enxerga a saúde sob ótica da burguesia.

No início dos anos 1990, a contrarreforma do Estado se justificou pela crise econômica e pela ainda incipiente democracia brasileira, fortalecendo a classe dominante frente a lógica do capital, intensificando o ajuste fiscal. De modo geral, ocorreu a entrega de boa parte do patrimônio público ao capital estrangeiro, associado ao desmonte do parque industrial nacional. Além disso, sob a ótica neoliberal, o processo de reforma do Estado, sob o governo Fernando Henrique Cardoso (1995/2002), instituiu um programa de publicização cuja a tônica era desenvolver um processo de desestatização por intermédio a criação de agências executivas e organizações sociais, regulamentando a participação do terceiro setor na execução das políticas públicas.

Nessa perspectiva, Montañó (2010, p. 45), destaca:

Sob o pretexto de chamar a sociedade à participação em torno do “controle social” e da “gestão de serviços sociais e científicos”, desenvolvendo a democracia e a cidadania, a dita “publicização” é, na verdade, a denominação ideológica dada à transferência de questões públicas da responsabilidade estatal para o chamado “terceiro setor” (conjunto de “entidades públicas não-estatais” mas regido pelo direito civil privado) e ao repasse de recursos públicos para o âmbito privado. Isto é uma verdadeira privatização de serviços sociais e de parte dos fundos públicos. Estratégia de “publicização”, orienta-se numa perspectiva, na verdade, desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais.

Na visão apontada, a chamada publicização nada mais é do que um processo de descentralização via privatização, que vai se expressar no âmbito estatal através da ausência de concursos públicos, aumento de contratos temporários, inexistência de processos licitatórios e controle social insuficiente, acarretando descontinuidade de serviços e processos. A parceria entre Estado e organizações sociais, e o estímulo para uma ação cidadã, simbolizam a desresponsabilização do Estado frente à questão social, abrindo espaço no processo de acumulação do capital para a desvalorização do trabalho e flexibilização de direitos.

Ao focarmos na política de saúde, constatamos que tais elementos conjunturais têm determinado a institucionalização e operacionalização do SUS. Nos anos 2000, o projeto privatista se intensificou sobre o SUS, por meio de maior contratualização com serviços privados e filantrópicos e com a gestão sendo realizada por meio das organizações sociais.

Além das organizações sociais, a intensificação da privatização ganhou novos instrumentos com a proposição da criação das fundações estatais de direito privado no Governo Lula (2008/2011). Em 2011, foi aprovado o projeto de Lei nº 1.749/2011, que “autoriza o Poder Executivo a criar a EBSEH”. Na prática, por essa normativa, os hospitais universitários foram desvinculados das instituições federais de ensino superior, representando mais um viés da privatização no âmbito hospitalar.

Sobre a gestão da saúde no primeiro governo Lula (2003/2007), Soares (2020, p. 75), destaca:

Se o movimento de reforma sanitária já vinha em processo de refluxo e fragmentação, no governo Lula ocorre de fato transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre estas, as do movimento sanitário. Isto possibilita que muitos defensores da saúde pública se engajem na produção e defesa de “inovações” na gestão da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando, na verdade, a estão negando.

Na avaliação de Correia (2011), os “novos modelos de gestão”, estão inseridos na estratégia de contrarreformas do Estado, uma vez que seguem a lógica de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão, os direitos sociais, trabalhistas e privatizando o que é público. Além disso, o processo desenfreado de privatização do SUS prejudica a classe trabalhadora, uma vez que elimina concursos públicos, precariza e flexibiliza as relações de trabalho, abrindo as portas e janelas para o estabelecimento de relações clientelistas. Os trabalhadores não possuem estabilidade de servidores públicos e tendem a enfraquecer seu poder de organização enquanto classe.

Ao alcançar três décadas, o SUS teve seus fundamentos legais desviados, fortalecendo a lógica do cidadão cliente/consumidor. Fundado pelo princípio da lógica neoliberal, o Estado ao prestar qualquer tipo de assistência direta, não gera mais riqueza, ele só pode gerar, quando transfere recursos públicos para empresas e mercado, transformando-os em mediadores na prestação de serviços. (Ckuger e Reis, 2019).

Vivenciamos desta forma, a mercantilização das políticas sociais, na qual prevalecem os direitos do capital sobre os direitos sociais, fortalecidos pelo total e pleno esvaziamento do Estado. Com isso, pontuamos que a construção privatista para a saúde se levanta desde o seu processo de formação enquanto política pública, na conjuntura dos anos 1990, e se reforça em meio ao projeto neoliberal, encontrando ambiente para se espalhar diante da ofensiva político-econômica e conservadora que se estabelece no Brasil a partir de 2016. O impeachment de Dilma Rousseff, após um longo período de governo do Partido dos Trabalhadores, representou uma deposição política, tendo em vista o crescimento da direita, sobretudo, a partir de 2013, com as manifestações de junho que levaram como bandeira o descontentamento com corrupção e os gastos públicos para realização de jogos da Copa do Mundo de 2014.

Sobre isso Gomid *et al.* (2023, p.16)

O *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff representou a mais importante conjuntura crítica no período analisado. A princípio, o *impeachment* trouxe mudanças abruptas para a institucionalidade de alguns setores de política pública e abriu caminho para a criação de limites fiscais sem precedentes, a partir da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) do Teto de Gastos. Contudo, os impactos gerados não foram apenas de natureza fiscal ou administrativa. Destacadamente, a aprovação do *impeachment* impulsionou a conformação de movimentos políticos pouco comprometidos com a ordem institucional democrática, cujos efeitos ainda se fazem sentir seis anos depois, no período pós-eleições de 2022.

A ascensão de Temer ao poder consolidou os novos compromissos firmados com o capital. Sob a hegemonia do capital financeiro, promoveu as contrarreformas trabalhistas e previdenciárias, além de aprovar a Emenda Constitucional nº 95. Tal emenda, justificada sob a necessidade de realizar sacrifícios para promover o saneamento econômico, acabou agravando a pobreza, o desemprego e a precarização do trabalho, dentre outras consequências.

Em vista disso, Behring (2021, p. 2021) discorre:

A aprovação da Emenda Constitucional nº 95 no governo Temer foi um momento decisivo desse curso dos acontecimentos. Este tem sido um elemento central do novo regime fiscal ultraneoliberal, cujas consequências estão na draconiana contrarreforma da Previdência de 2019, nos ataques recentes à educação e às políticas sociais sob o discurso presidencial – que não é novidade, mas agora vem sem mediações – de que “não há dinheiro para nada”, como se isso fosse uma força da natureza à qual o governo deve render e os cidadãos devem aceitar.

Seguindo o mesmo raciocínio, Salvador (2020, p. 06) aponta:

A EC 95 conseguiu viabilizar o congelamento das despesas primárias e priorizar o pagamento das despesas financeiras com juros, encargos e amortizações da dívida pública com primazia no orçamento público. Enquanto isso, o orçamento fiscal e da seguridade social apresentou um crescimento real de somente 2,6% acima do IPCA. No período de 2016 a 2019 as despesas com juros e encargos da dívida pública cresceram 8,5 vezes mais. Com isso em 2016, o pagamento de juros e encargos da dívida que foi de 242,61 aumentou para 287,57 bilhões em 2019, um crescimento real de 22.57%. O pagamento efetivo das despesas com juros e amortizações da dívida pública consomem  $\frac{1}{4}$  do orçamento público.

Ao não se garantir o mínimo de investimento em políticas sociais como saúde e educação, há uma evidente quebra com os princípios da seguridade social, conforme o desenho dado pela Constituição de 1988. Esses princípios incluem a Universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados e solidariedade.



O ajuste fiscal tem trazido graves consequências para a garantia da saúde como direito. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) alerta que desde quando a emenda passou a vigorar, o orçamento da saúde tem diminuído, representando uma perda de mais de 20 bilhões somente em 2019, desvinculando o gasto mínimo da receita da União de 15%.

Com isso, é indiscutível que a política neoliberal ganhou espaço no Brasil, tendo se estabelecido de forma mais intensa nos anos 1990 e, sobretudo, na década seguinte com a privatização de empresas estatais, limitação das ações estatais e precarização das políticas sociais.

Após a devastação social promovida por Temer, chega ao poder, em continuidade desse processo, o candidato da extrema-direita Jair Messias Bolsonaro, para dar seguimento aos interesses burgueses por meio de um programa econômico liderado por Paulo Guedes, denominado ortodoxo e ultraliberal.

Os dois primeiros anos da gestão Bolsonaro ficam marcadas na história recente do país pelo desmonte da legislação de proteção ao trabalho, somado à reforma da previdência em 2019, que desassistiu os trabalhadores mais pobres e penalizou os aposentados.

Ademais, para a saúde, além do SUS incursionando fora dos princípios da reforma sanitária, com o fortalecimento do viés privatista, os primeiros anos do governo Bolsonaro, com a eclosão da pandemia de COVID-19, fizeram emergir, segundo Soares (2020, p. 311), um projeto de saúde sobretudo genocida. O governo que “enfrentou” a crise sanitária, o fez com desprezo a ciência e à saúde pública, em suas palavras:

É cada vez mais notório que o governo Bolsonaro aproveita-se da situação da crise sanitária e crise estrutural do capitalismo para avançar com seu projeto de destruição civilizatória do conjunto de direitos da classe trabalhadora brasileira, fundado no ultraneoliberalismo e alinhado a um ideário que agrega elementos do fundamentalismo religioso, do negacionismo científico e do neofascismo.

A saúde sob a gestão dos governos alinhados aos interesses do capital enfrentou um processo de desestruturação em várias linhas de cuidado, com o desmonte de diversas políticas e programas. Podemos destacar a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, que coloca em evidência a possibilidade de financiamento de equipes de atenção básica em detrimento da estratégia de saúde da família, bem como a redefinição das atribuições dos Agentes Comunitários de

Saúde (ACS). Além disso, tivemos a desconstrução da política de saúde mental, com a tentativa do retorno da lógica manicomial e o crescimento de oferta de tratamento por meio das comunidades terapêuticas. A descontinuidade seguiu ainda pelos programas de Farmácia Popular, Saúde da Mulher e também desproteção da população indígena, resultando em desnutrição, doenças e violências, efetuados por garimpeiros, madeireiros e traficantes em terras indígenas.

Em face disso, torna-se necessário analisar, no tempo presente, como a crise do capital, somada à crise sanitária, social, cultural e política, colocam em disputa a busca de hegemonia na política de saúde e como o fundo público tem sido apropriado no processo de intensificação contínua da privatização, sobretudo em decorrência de interesses corporativos e com fins lucrativos.

## **2.2 Fundo público e os projetos em disputa pela saúde na atualidade**

O fundo público é o instrumento por meio do qual o Estado capitalista e os governos materializam suas políticas e projetos (Behring, 2021). Em tese, são recursos que podem ser utilizados tanto para o processo de acumulação do capital quanto para a reprodução da classe trabalhadora. Por isso é um debate que possui uma centralidade, dado o vínculo estreito entre o ciclo de reprodução do capital e o fundo público.

Nesse sentido, buscamos seguir com os objetivos deste estudo, tendo em vista a discussão já desenvolvida sobre os processos de crise do capitalismo contemporâneo. A chamada crise estrutural do capitalismo, de caráter crônico e permanente, aprofunda o fosso entre o que se produz para a satisfação de necessidades sociais e para as necessidades de autorreprodução do capital. Em outras palavras, é latente a contradição do processo de produção e reprodução social resultante do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (Behring, 2021). Nessa perspectiva, o fundo público participa do processo de reprodução capitalista como um todo, sobretudo nos momentos de agudização de crises, efetivando privatizações e esquematizando a lógica das parcerias público-privadas.

Naturalmente o fundo público tem um propósito na agenda governamental. A gestão dos recursos financeiros acumulados por meio de impostos, taxas e demais receitas do governo representa esse intento.

Conforme Salvador (2010, p. 607):

O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional.

Portanto, a análise do fundo público vai além do acúmulo de receitas pelo governo, expressando-se em diversas frentes, como o financiamento de serviços essenciais e políticas sociais nas áreas de educação, saúde, segurança e infraestrutura, que atendem às necessidades coletivas da sociedade. Nesse sentido, o fundo público também pode cumprir uma função social ao implementar políticas destinadas a reduzir desigualdades econômicas e sociais.

Os governos utilizam-se do fundo público para agendas relacionadas à segurança nacional, como defesa militar e proteção contra ameaças externas, bem como para a aplicação de recursos em compromissos internacionais, ações humanitárias e de cooperação.

Sobre isso, Boschetti (2018, p. 193, apud Salvador 2015), analisa que “o fundo público envolve toda a capacidade de mobilização que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio das empresas públicas ou pelo uso de suas políticas monetárias e fiscal, assim como pelo orçamento público”. Além disso, a autora destaca que no tempo presente o capital portador de juros, realiza a punção de grande parte do fundo público por meio da dívida dos Estados nacionais, de entes subnacionais, e de empresas estatais. Mas também analisa que o fundo público é central para os trabalhadores uma vez se apropriam do que foi extraído deles no processo de reprodução social.

No mesmo sentido, Fontenelli (2020, p. 167) assinala:

O fundo público participa do processo de rotação do capital e realiza mediações na própria repartição da mais-valia, tendo em vista a disputa política realizada pelos vários grupos presentes na sociedade: burgueses, cada vez mais dependentes desta espécie de retorno mediado pelo Estado, progressivamente comprometido a assegurar as condições gerais de produção, e a classe trabalhadora que também disputa fatias do fundo público

na forma de salários indiretos (políticas sociais) ou de bens públicos.

Brettas (2012, p. 102) ao analisar a disputa pelo fundo público afirma:

[...] a análise acerca do fundo público precisa ser entendida em meio à realidade contraditória inerente ao modo de produção capitalista, afinal, este é objeto de disputa entre os diferentes interesses da classe trabalhadora e do capital. Sua utilização depende, portanto, da configuração que assume a luta de classes. Além disso, sabemos que o Estado não é neutro e que suas ações, ainda que não sejam totalmente insensíveis às pressões que vêm da sociedade, possuem um nítido caráter classista, de modo que a gestão do fundo público está sempre, de alguma forma, comprometida com os interesses da classe dominante.

Cabe, portanto, assimilar qual a centralidade do fundo público para a produção e reprodução do capital, e mais ainda, como as forças do capital direcionam o Estado para assegurar as condições gerais de produção, colocando-o como administrador principal da crise. Esse papel fica bem definido quando o Estado se dispõe a favorecer a ofensiva sobre os direitos dos trabalhadores, operacionalizando reformas trabalhistas e da previdência.

De modo geral, Salvador (2010) destaca que o impulso sob o fundo público se deu em face da financeirização da riqueza, com a disputa dos mercados financeiros direcionados pelo aumento da transferência de recursos do orçamento público para o pagamento de juros da dívida pública, além da busca por incentivos fiscais e isenção de tributos para o mercado financeiro à custa do fundo público.

Com a mesma visão Boschetti (2018, p. 190) analisa:

Nessa direção, a captura direta do fundo público – como operam o capital portador de juros pela chantagem das dívidas dos Estados, e também os capitalistas funcionantes (o capital industrial e comercial) por meio dos gastos tributários (renúncia fiscal) e da complacência com a dívida ativa empresarial – tornou-se visceral à reprodução ampliada do capital, tanto quanto a criação das condições, ótimas para o mercado, de oferta da força de trabalho a baixo custo, pressionando os trabalhadores a aceitarem qualquer trabalho a qualquer salário.

Assim, fica evidenciado que o fundo público está intrinsecamente relacionado ao processo de reprodução capitalista, pois envolve capacidade de mobilização de recursos, execução orçamentária, política monetária e, muitas vezes, medidas para socorrer instituições financeiras.

No contexto brasileiro, torna-se oportuno apreender a disputa pelo fundo público em meio a inflexão do ajuste fiscal que se acentua pela introdução do

neoliberalismo na economia a partir dos anos 1990. Um desses instrumentos consiste na desvinculação, representada pela retirada de recursos de fontes tributárias que compõe os recursos da seguridade social, como exemplo da Desvinculação de Recursos da União (DRU), por meio da qual um percentual de receitas e tributos federais podem ser usados de forma livres.

Nesse sentido, avalia Salvador (2020, p. 04):

Os mecanismos de desvinculação são alguns dos instrumentos que compõem o combo da política fiscal de ajuste permanente. Essa política tem como elementos centrais a redução de impostos dos mais ricos na sociedade, a desoneração da carga tributária das empresas para a viabilização da acumulação de capital e da retomada dos lucros, a busca da realização do superávit primário como indicador importante dos interesses rentistas e a maior captura do fundo público para pagamentos de juros e encargos da dívida pública. Isso tudo aliado ao congelamento e à redução de gastos sociais e com servidores públicos no âmbito do orçamento.

Além das medidas de desvinculação, o ajuste fiscal impacta qualquer possibilidade de expansão do orçamento público para investimento em políticas sociais, deixando as disputas pelos fundos públicos cada vez mais desiguais. Um reflexo disso é a já citada Emenda Constitucional 95, que estabelece no país a face contemporânea da austeridade.

A austeridade fiscal é fundada na redução dos gastos públicos, mas a pergunta que se faz é: essa restrição está voltada para quem? Tal questionamento é necessário, uma vez que a maior parte do orçamento do Estado se destina ao pagamento da dívida pública, estando evidentemente relacionado à financeirização da riqueza em detrimento de mecanismos de proteção social.

Dados da Auditoria Cidadã da Dívida (ACD) mostram que, em 2023, 43,23% do orçamento federal executado foi destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida, o que equivale a cerca de 1,89 trilhão de reais, ao passo que o orçamento da política de saúde, por exemplo, não passa de 3,69% de todo o orçamento executado.

De modo geral, a dívida pública compreende um dos tantos mecanismos de apropriação do fundo público. Sobretudo, porque o Estado, ao realizar políticas sociais e econômicas necessárias ao crescimento e desenvolvimento do capitalismo, visa assegurar a reprodução ampliada do capital. Contudo, esse processo pode impactar negativamente a manutenção de políticas públicas, pois a priorização do serviço da dívida pode reduzir os recursos disponíveis para investimentos em áreas essenciais

como saúde, educação e infraestrutura, prejudicando assim o atendimento das necessidades coletivas da sociedade.

Souza (2020), ao tratar da relação entre o fundo público e a política de saúde, afirma que se trata de um sisifismo<sup>8</sup>. Para chegar a essa conclusão, analisa a contradição inerente ao processo pelo qual a riqueza produzida é convertida em recursos para a saúde através do fundo público. Essa mesma riqueza, paradoxalmente, é responsável pelas péssimas condições sanitárias às quais a classe trabalhadora está exposta. Dessa forma, a relação entre fundo público e saúde, sob a égide do capital, possui contradições que são ontologicamente intransponíveis, pois a lógica de acumulação capitalista, que gera recursos para o fundo público, é a mesma que perpetua as condições que demandam a aplicação desses recursos na mitigação dos danos sociais e sanitários causados pela própria dinâmica capitalista.

Por tudo isso, torna-se imperioso destacar como a financeirização da riqueza traz consequências para as políticas sociais. Aqui, salientamos principalmente como a disputa pelo fundo público se expressa nos projetos distintos para a saúde. De um lado, um projeto privatista, e de outro, um projeto baseado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios da Constituição de 1988.

No projeto privatista para a saúde, a lógica proposta visa à exploração da doença como fonte de lucro. Nessa perspectiva, observamos uma crescente substituição da gestão estatal pela à ótica do mercado, com a submissão da gestão pública a essa lógica. Por isso, há um evidente contraste com os princípios constitucionais para a saúde.

Sobre essa dualidade analisa Bravo *et al.* (2018, p. 10):

As disputas existentes entre esses projetos inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas para grupos mais vulneráveis e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social.

Com esse acirramento, começa a se desenhar uma série de propostas que visam à limitação do acesso universal a saúde, com a justificativa da restrição financeira. Ainda no governo Temer, chegou-se a discutir a proposta de planos de saúde populares, levantada pelo Ministro da Saúde, Ricardo Barros, político

---

<sup>8</sup> Sisifismo é a condição humana marcada pela luta incessante contra obstáculos que nunca podem ser superados ou ainda, tarefa que não tem fim, recomeço infinito de alguma coisa.

financiado por consórcios de planos privados de saúde. Essas e outras medidas de cunho privatista têm sido pensadas e orquestradas no decorrer dos últimos anos como estratégia de alimentar a saúde privada, deslegitimando a saúde pública e universal.

Temos acompanhado nos últimos trinta anos do SUS a sua histórica fragilidade financeira, na qual prevalece insuficiência de recursos diante da necessidade de gastos para manter a sua universalidade. Além disso, continua intensa a transferência de recursos ao setor privado, em meio ao discurso de respeito à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita o aumento de gasto com pessoal no serviço público. Isso tem resultado na privatização da gestão do SUS por meio de OSs, OSCIPs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Fundações Estatais, que incrementam a prestação de serviços por meio da terceirização.

Em tese, a disputa entre os projetos para a saúde, desde a conformação do SUS até os dias atuais, difere em suas concepções fundamentais e nas políticas que propõem. O projeto da reforma sanitária, que deu origem ao SUS, é baseado em princípios de universalidade, integralidade e equidade, visando garantir o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. Ele é fundamentado na ideia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e propõe a construção de um sistema público e integrado de saúde.

Por outro lado, os projetos privatistas para a saúde têm como objetivo principal a lucratividade e a mercantilização dos serviços de saúde. Eles buscam ampliar a participação do setor privado na prestação de serviços de saúde, muitas vezes em detrimento do sistema público, e defendem a ideia de que a saúde deve ser tratada como uma mercadoria, disponível apenas para aqueles que podem pagar por ela.

Em tempos recentes, esse processo de disputa ganhou terreno do lado privado, especialmente com a ascensão de Michel Temer ao poder e a eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República em 2018. Para Behring (2021), o que se viu foi uma profusão de sinais de barbarização da vida, decorrente do pacote de perversidades que surgiu da combinação entre ultraneoliberalismo e neofascismo. Esse contexto manteve o país sob ajustes fiscais rigorosos, combinados com contrarreformas trabalhistas e previdenciárias, além das Emendas Constitucionais (EC) nº 93 e 95. Essas medidas, segundo Behring, contribuíram para o desmantelamento das políticas sociais e a precarização das condições de vida da população e acentuando as desigualdades sociais.

Diante da atual conjuntura de intenso desmonte das políticas sociais perante os interesses do capital e a política econômica adotada no país, defender o projeto da Reforma Sanitária se torna um desafio complexo. As condições para defender esse projeto incluem não apenas a resistência aos ataques privatistas, mas também a luta por uma política econômica que priorize o investimento em saúde e o fortalecimento do SUS.

É importante reconhecer as fragilidades do SUS e utilizá-las como instrumento para a retomada de seus princípios a partir das bandeiras da Reforma Sanitária. Isso envolve não apenas a defesa do sistema público de saúde, mas também a luta por políticas que promovam a equidade, a justiça social e o bem-estar da população.



### **3 COVID-19 E O MODELO DE COMBATE A PANDEMIA NO BRASIL**

Conforme já dissertado, a disseminação geográfica em escala mundial do novo coronavírus motivou a OMS, em 11 de março de 2020, a declarar a contaminação pelo vírus Sars-Cov-2, uma pandemia, devido à sua alta capacidade de disseminação. Desde a sua caracterização até a sua definição como estágio de emergência, em 05 de maio de 2020, tivemos oficialmente registrados 1550 dias de estágio mais agudo da pandemia, reconhecidos como três anos de convivência latente com a doença. Neste período, mais de sete milhões de mortes ocorreram pelo mundo, alterando profundamente nossas formas de viver e se relacionar.

É sobre esse tempo de incertezas nas mais diversas áreas da vida que pretendemos analisar o modelo adotado de gestão da pandemia no país, mas, ressaltando que as estratégias aqui adotadas são reflexo da condução da economia pela lógica financeira do capital. Destaca-se a ausência de uma congruência do órgão gestor nacional na administração da crise sanitária, o que provocou os riscos e os impactos da pandemia.

#### **3.1 As medidas de controle da pandemia e os rebatimentos na saúde pública**

A Pandemia passou a exigir dos governos diversas medidas para contenção da transmissão pelo vírus Sars-Cov-2. Essas medidas incluíam a reorganização do sistema assistencial de saúde para identificar casos leves ou assintomáticos e tratar os casos mais graves.

O primeiro caso da doença no Brasil foi oficialmente registrado em 26 de fevereiro de 2020, quando um homem que havia retornado da Itália apresentou sintomas e foi diagnosticado. No mês seguinte, em 05 de março, foram confirmados os primeiros oito primeiros casos de transmissão comunitária nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Além disso, estudos apontavam que o vírus já circulava entre nós desde janeiro. Em resposta, o Ministério da Saúde (MS), acionou o Plano Nacional de Respostas a Emergências de Saúde Pública e implantado o Centro de Emergências de Saúde Pública para o Coronavírus, (COE COVID-19), coordenado pela Secretária de Vigilância Sanitária. O objetivo desse órgão era analisar dados e informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e

técnicos na definição de estratégias e ações adequadas para o enfrentamento da emergência em saúde pública. No entanto, Oliveira e Cruz *et al.* (2022, p. 02), apontam que, “apesar de a iniciativa ter se dado em momento bastante oportuno na esfera federal, o protagonismo desse centro na condução nacional do enfrentamento fragilizou-se a partir de abril de 2020”, especialmente devido à saída de lideranças do MS. Essa fragilização era esperada, considerando que o país estava sendo liderado por Jair Bolsonaro (2019/2022).

Brandão *et al.* (2023) destacam que o Brasil foi avaliado pela Global Health Security Index da Universidade Johns Hopkins como o país da América Latina como os melhores scores dos indicadores para lidar com emergências de saúde pública, considerando a infraestrutura de vigilância sanitária e extensa rede de atenção primária, com mais de 43 mil equipes de Saúde da Família, e cerca de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Mas no transcurso da história, Bolsonaro e seus apoiadores, em contraposição a muitos governos nacionais, optaram por não aderir às diretrizes da OMS, inclusive com discurso que desdenhavam dos efeitos danosos da pandemia em nome da preservação da economia. Essa mesma postura se alinhou com as ações de países como Reino Unido e Estados Unidos, que optaram por não realizar interferências diretas no controle da pandemia por COVID-29, resultando em sérios problemas na condução da crise sanitária. (Brandão *et al.*, 2023).

Nesse início de contexto pandêmico, começava a pairar uma oposição entre salvar vidas ou manter a economia. Fazer essa reflexão requer um domínio sobre a recessão econômica enfrentada no país, somada ao contexto de desigualdade social existente. Portanto, para Gouveia (2023, p.21), “a pandemia do novo coronavírus expõe de várias maneiras a contradição entre as relações sociais de produção de tipo capitalista e o desenvolvimento das forças produtivas”. Para a autora, as próprias relações de produção capitalistas inviabilizam a priorização da vida, e isso se deve ao processo de mercantilização de acesso à saúde.

Compartilhando do mesmo entendimento Santos (2020), esclarece:

A actual pandemia não é uma situação de crise claramente contraposta a uma situação de normalidade. Desde a década de 1980 – à medida que o neoliberalismo se foi impondo como uma versão dominante do capitalismo e este se foi sujeitando a mais e mais à lógica do setor financeiro, - o mundo tem vivido em permanente estado de crise. Uma situação duplamente anómala. Por um lado, a ideia de crise permanente é um oxímoro, que já que no sentido etimológico, a crise é, por natureza, excepcional e passageira, e constitui a oportunidade para ser superada e dar origem a um melhor estado

de coisas [...] Por isso, a pandemia vem apenas agravar uma situação de crise a que a população mundial tem vindo a ser sujeita, Daí a sua específica periculosidade. Em muitos países os serviços públicos de saúde estavam mais bem preparados para enfrentar a pandemia há dez anos ou vinte anos do que estão hoje.

Para o autor, “à medida que a pandemia irrompe, a luz dos mercados empalidece, pois, uma vez que emerge uma claridade, a vassalagem que vivia na escuridão, faz ver e interpretar o futuro da civilização em que vivemos”. Antunes (2022), ao debater o cenário do modo de produção capitalista no período pandêmico e os impactos sobre as condições de vida e de trabalho das pessoas, revela que a crise econômica e a explosão da pandemia têm gerado impactos para a humanidade que depende do trabalho.

O exemplo do Brasil é elucidativo e sinaliza uma tendência que vem se desenvolvendo nos países da periferia. A vigência do sistema de metabolismo antissocial do capital, em uma fase de crise estrutural profunda, encontrou uma tragédia confluência com a explosão do coronavírus, tornando mais visível o que denomino capitalismo pandêmico ou virótico. Encontramos sua primeira manifestação em seu sentido profundamente discriminatório em relação às classes sociais, pois a pandemia tem muito maior incidência sobre a classe trabalhadora, especialmente em seus setores mais precarizados e empobrecidos. Com o crescimento acentuado da massa de trabalhadores e trabalhadoras sem condições mínimas de sobrevivência, o nível de sua contaminação e letalidade se ampliou fortemente, demonstrando sua perversidade. (Antunes, 2022, p. 33).

Certamente, a busca pela manutenção do lucro, imbricada no sistema do metabolismo antissocial do *capital pandêmico*, como sinaliza Antunes (2022), torna ainda mais explícita as desigualdades no Brasil. No contexto pandêmico, a exclusão de milhões de brasileiros, seja no acesso ao trabalho, à moradia, à higiene, à alimentação, elevou a situação a um problema de saúde pública. Daí advém uma das principais contradições que atingiu a totalidade da classe trabalhadora e a pôs sob o fogo cruzado, diante da necessidade do isolamento social e quarentena para evitar o contágio pelo coronavírus. Sobre isso Antunes (2022, p. 22), problematiza:

Mas como ficar em isolamento social o(a)s desempregado(a)s, o(a)s informais, o(a)s trabalhadores intermitentes, o (a)a suberizado(a)s, o(a)s subutilizado(a)s, o (a)s terceirizado(a)s , isto é, aqueles que não tem direitos sociais e que recebem salários somente quando executam algum trabalho? E quanto ao pequeno “empreendedor” [...] que em meio à pandemia não tem o que vender (pois não há consumidores), nem renda, nem previdência, nem convênio de saúde? Como será possível driblar o trabalho dito flexível, digital, “moderno”, que tenderá a se intensificar enormemente se o capital pandêmico continuar a comandar o mundo segundo seus interesses?

Para o autor, a influência de uma economia destruída e uma crise política inqualificável convergiu para que o Brasil se tornasse um verdadeiro cemitério coletivo, atualmente com mais de 700 mil mortes. Esse contexto, contribuiu para uma profunda depressão, considerando os dados do crescimento negativo de 2022, que impactam diretamente a classe trabalhadora, já sujeita a intensas formas de exploração, precarização, subemprego e desemprego.

Podemos assim nominar essa combinação de crise econômica com a crise sanitária como um processo de intensa relação, no qual a implementação de medidas de ajustes em um dos eixos gera impactos sobre as necessidades sociais de toda a população.

Neste cenário, delineiam-se as forças motrizes globais: desenvolvimento econômico desigual e concentração urbana, governança frágil na prevenção e respostas aos riscos da pandemia, somadas às forças motrizes subjacentes, tais como população em situação de vulnerabilidade devido à pobreza, miséria e discriminação no acesso a bens e serviços, insegurança alimentar, doenças crônicas, violências, degradação ambiental e ausência de saneamento. Nessa conjuntura, o órgão gestor central da política de saúde juntamente com o Governo Federal inicia o processo de gestão da pandemia, entretanto, fortemente permeado pelo caldo do processo eleitoral que levou ao poder um presidente que alimenta um discurso de ódio, mobiliza e legitima a violência, e constrói sua base de sustentação com pautas reacionárias, com aversão à vida, à ciência e à diversidade.

Sobre isso Brettas (2020, p. 13), explicou:

Para enfrentar a pandemia, a resposta do presidente terraplanista está centrada em dois pontos: na propaganda de medicamentos cuja eficácia ainda não está comprovada, espalhando uma sensação de segurança nas pessoas, que passam a acreditar no possível combate ao vírus com alguns comprimidos; na defesa pelo fim do isolamento social para a continuidade da atividade econômica. No mais, cada família é responsável pelos seus doentes, como o presidente já afirmou em diversas entrevistas.

No governo então vigente, as alternativas apresentadas para lidar com a pandemia estavam alinhadas às demandas da classe empresarial, com o discurso que reforçava a necessidade de romper com o distanciamento/isolamento social. Essa conjuntura já se amparava no aprofundamento do processo de contrarreforma do Estado, que perpassou os governos Michel Temer e se estendia ao governo Bolsonaro, no qual se avançava o projeto privatista sobre a política de saúde. Ou seja,

a adoção de medidas que tornassem o SUS totalmente submetido aos interesses do mercado privado, cujo reflexo máximo até então máximo se deu com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que instituiu um regime fiscal que congelou os gastos primários e investimentos em políticas públicas por vinte anos.

Entretanto, embora o gasto público com políticas sociais estivesse congelado, no contexto pandêmico, Soares *et al.* (2021) esclarece:

[...] o governo Bolsonaro liberou R\$ 1,216 trilhão para o sistema financeiro, sob o argumento de combater os impactos negativos da pandemia, visando manter a continuidade das suas operações. Tal cifra representa 16,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (Agência Estado, 2020). Enquanto isso, dos recursos destinados ao Ministério da Saúde para o enfrentamento da COVID-19, apenas 30% haviam sido efetivamente gastos até o final de julho de 2020.

Diante disso, fica evidenciado como avançou o processo de privatização do SUS, mesmo em meio ao cenário caótico, onde se multiplicavam os números de pessoas infectadas pelo vírus e ao mesmo tempo em que se ampliava diariamente os registros de mortes. Recursos financeiros eram destinados e a estratégia de manutenção do setor privado era fortalecida.

Além do processo de desmonte das políticas de seguridade, é preciso, sobretudo, destacar como os determinantes sociais influenciam no combate à COVID-19. Enfrentar essa pandemia muitas vezes requer práticas consideradas básicas de higiene, como lavar as mãos, algo que não é acessível a muitos brasileiros país afora devido à escassez de água potável.

Para Mendes *et al.* (2023, p. 03):

“É certo que a crise ocasionada pela pandemia expõe ainda mais a cruel face do capitalismo contemporâneo dependente brasileiro. Sabe-se que suas raízes históricas, marcadas por desigualdades sociais, colocam populações em situações mais precárias de adoecimento e morte, distinguindo-se o impacto de acordo com as condições de classe social, raça e gênero”

A pandemia, vista como um processo sistêmico, amplia as condições de vulnerabilidade, ao combinar-se com a crise econômica e política, afetando as condições de vida e de saúde da população mais empobrecida.

Mas afinal, como se deu a gestão da crise sanitária causada pela COVID-19 no Brasil? Sobretudo por se considerar que o órgão máximo de gestão da saúde no país, o Ministério da Saúde, era “empurrado” a não adotar as recomendações dos organismos internacionais frente à pandemia.

O Brasil e o mundo se deparavam com uma inundação de informações sobre a propagação do vírus da COVID-19, especialmente depois que a OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto no novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o nível mais alto de alerta considerando o Regulamento Sanitário Internacional. Portanto, romper com a lógica da contaminação pelo vírus, seria necessário um esforço global de coordenação, cooperação e solidariedade.

Diante dessa situação, uma atuação ágil dos gestores de saúde se tornou imprescindível na tomada de decisões relacionadas ao enfrentamento da COVID-19. Definir o funcionamento de serviços de saúde, como ambulatórios, hospitais, laboratórios e recursos humanos, representou um desafio em todos os níveis de gestão da política pública e privada de saúde.

No entanto, o entendimento adotado pelo órgão gestor central da política de saúde nacional, o Ministério da Saúde, não foi conforme o esperado. Sob a ótica de um governo de extrema-direita, liderado pelo Presidente Jair Bolsonaro, minimizou a gravidade da pandemia, adotando medidas negacionista. Isso refletiu na fragilidade na escolha e manutenção do ministro da saúde, fragilização nas relações Interfederativas, no atraso na disponibilização de vacinas, negação da ciência e também militarização dos ministérios.

Considerando todos esses aspectos, é inevitável correlacionar de correlacionar o desfecho dessa atuação com as estatísticas do número de casos e óbito pela doença no país. De acordo com o Painel Coronavírus do Governo Federal, o Brasil, registra a marca de quase 39 milhões de infectados e 708,709 óbitos<sup>9</sup> acumulados, representando uma letalidade de 1,9% e mortalidade de 336,3, por 100 mil habitantes.

Diante da confirmação dos primeiros casos da doença no país em fevereiro de 2020, as primeiras medidas oficiais foram tomadas de maneira postergada e revelam contradições. Essa demora e as contradições na resposta governamental contribuíram para o agravamento da situação da pandemia no Brasil, impactando diretamente o número de casos e óbitos.

A nível nacional, a primeira medida governamental foi editada pelo então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, por meio da Portaria n° 188, datada em

---

<sup>9</sup> Dados coletados em 13 de janeiro de 2024.

03 de fevereiro de 2020. Essa normativa declarava a infecção pelo novo coronavírus uma emergência de saúde pública de importância nacional. Neste documento, foi estabelecido o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE), com o objetivo de servir como referência nacional. O COE devendo articular gestores estaduais, distrital e municipais, além de encaminhar relatórios técnicos ao MS, divulgar informações sobre a emergência sanitária à população e atuar para a aquisição de bens e contratação de serviços.

Três dias depois, em 06 de fevereiro de 2020 é promulgada a Lei nº 13.979, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Essa medida tipifica os termos isolamento e quarentena, conforme consta em seu artigo 2º.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

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

II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus. (Lei nº 13.709/2020)

Em seguida, a Lei nº 13.709/2020, trata das medidas que poderão ser adotadas pelas autoridades diante da situação de emergência, sendo elas:

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional de que trata esta Lei, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, entre outras, as seguintes medidas: (Redação dada pela Lei nº 14.035, de 2020)

I - isolamento;

II - quarentena;

III - determinação de realização compulsória de:

a) exames médicos;

b) testes laboratoriais;

c) coleta de amostras clínicas;

d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou e) tratamentos médicos específicos;

III-A – uso obrigatório de máscaras de proteção individual;

IV - estudo ou investigação epidemiológica;

V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver;

VI – restrição excepcional e temporária, por rodovias, portos ou aeroportos;

a) entrada e saída do País; e b) locomoção interestadual e intermunicipal;

VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e

VIII – autorização excepcional e temporária para a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de

saúde sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa considerados essenciais para auxiliar no combate à pandemia do coronavírus.

Outras medidas também são destacadas na Lei nº 13.979, de especial relevância, como: utilização obrigatória de máscaras para vedação de nariz e boca, conforme estabelecido no artigo 3º -A.

Art. 3º-A. É obrigatório manter boca e nariz cobertos por máscara de proteção individual, conforme a legislação sanitária e na forma de regulamentação estabelecida pelo Poder Executivo federal, para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos coletivos, bem como em: (Incluído pela Lei nº 14.019, de 2020) (Vide ADPF 714)I – veículos de transporte remunerado privado individual de passageiros por aplicativo ou por meio de táxis; (Incluído pela Lei nº 14.019, de 2020)II – ônibus, aeronaves ou embarcações de uso coletivo fretados; (Incluído pela Lei nº 14.019, de 2020)III - estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, estabelecimentos de ensino e demais locais fechados em que haja reunião de pessoas. (Incluído pela Lei nº 14.019, de 2020) Promulgação partes vetadas (Vide ADPF 714)

Essa lei, conhecida como "Lei da Quarentena", estabeleceu uma série de medidas importantes para lidar com a emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. Ela conceituou termos como quarentena e isolamento, determinou a realização compulsória de exames, testes de laboratório, coletas de amostras clínicas e vacinas, além de estudos epidemiológicos. Também regulamentou procedimentos relacionados à exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáveres, e impôs restrições à entrada e saída do país. A lei autorizou a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas mediante indenização, e permitiu a importação de produtos sem registro na Anvisa

Além disso, a legislação determinou medidas específicas, como o atendimento prioritário aos profissionais de saúde e segurança pública nos serviços de saúde em caso de sintomas de COVID-19, e dispensou o processo de licitação para aquisição e contratação de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional.

Essa legislação representou a primeira iniciativa pública com base legal para lidar com a emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, estabelecendo medidas iniciais para enfrentar a situação emergencial. Embora não seja o objetivo deste estudo realizar uma análise detalhada da legislação, é importante discutir como



o processo de gestão da pandemia de COVID-19 se configurou a partir dos aspectos legais, políticos e sociais.

A Portaria MS nº 356, publicada em 11 de março de 2020, veio em resposta à declaração da OMS de que a emergência de saúde pública devido à COVID-19 constituía uma pandemia. Esta portaria regulamentou a Lei da Quarentena, estabelecendo a obrigação de aplicar o termo de consentimento livre e esclarecido para pessoas sujeitas a isolamento ou quarentena, bem como a notificação do isolamento. Ela também definiu os prazos para essas medidas, estabelecendo um período de quatorze dias para o isolamento, que poderia ser prorrogado, e quarenta dias para a quarentena. Embora essas medidas tenham sido consideradas limitadas e até mesmo insuficientes, representaram um interesse em reduzir o ritmo da contaminação.

Neste período, o Brasil já tinha casos confirmados pela doença em diversos estados, incluindo Minas Gerais, Alagoas, Bahia, Distrito Federal e Rio Grande do Sul. Além disso, o Ministério da Saúde, confirmou a transmissão comunitária no país, declarada pela Portaria nº 454. No final do mês de março de 2020, o Brasil registrava 2.988 casos e 77 óbitos por COVID-19.

No dia 26 de março, o então Presidente da República, Jair Bolsonaro, criticou em um pronunciamento oficial o pedido para que as pessoas ficassem em casa, indo contra especialistas e autoridades sanitárias de todo o mundo. Neste estágio inicial da pandemia, o governo encarava o problema como algo distante e começou a sabotar abertamente as medidas de contenção do vírus e as próprias ações do Ministério da Saúde.

Conforme destacado por Rodrigues *et al.* (2020), proliferaram teorias que desacreditavam as medidas dos órgãos sanitários, incluindo a ideia de que o clima tropical do país impediria a disseminação do vírus, além de elogios à suposta resistência dos brasileiros, como a declaração do então presidente Bolsonaro em um discurso oficial. Também surgiram narrativas que promoviam o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, sem embasamento científico, como tratamentos para a COVID-19, sugerindo que poderiam evitar a necessidade de paralisar a economia. Essas ações foram até mesmo direcionadas por uma medida específica, a Resolução nº 352 de 20 de março de 2020, da ANVISA, que exigia autorização prévia para a exportação de cloroquina e hidroxicloroquina como produtos destinados ao combate da COVID-19.

A estratégia para o enfrentamento da pandemia pelo Presidente da República estava delineada desde seu primeiro pronunciamento aberto, sempre com um discurso que minimizava os impactos da doença e desqualificava medidas de isolamento. Tais mensagens se propagavam na velocidade da luz por meio das redes sociais, especialmente com a disseminação de “fake news<sup>10</sup>”. Portanto, o que se pode observar como modelo de gestão para enfrentamento da COVID-19 a nível federal foi um “show” de desinformação, sensação de insegurança e descrédito à ciência e à saúde pública.

Para Costa e Mara (2021), a postura negacionista do governo se configurou como um método para manter coesa sua base social, na medida em que estaria mais uma vez atuando contra a “política tradicional” que prejudicava os interesses econômicos do país. Desta forma, segundo a avaliação dos autores.

A transferência dos impactos da crise econômica para a classe trabalhadora e o súbito empobrecimento de milhões de brasileiros aparece, assim, não como resultado das políticas de gestão do Estado, mas como consequência das políticas de interrupção da produção e circulação de mercadorias como forma de conter a pandemia. (Costa e Mara, 2021, p. 25)

A lógica negacionista, a postura imatura para o cargo, o desdém pela doença que estava ceifando vidas, somados ao desrespeito por grupo minoritários, acabavam por reforçar e aprofundar a polarização política no país, acirrando ânimos entre Congresso e Judiciário.

Nesse quadro, já se estabeleceu uma fragilização e isolamento do Ministério da Saúde, com o então ministro Mandetta, devido a um processo de desarticulação e descoordenação das ações de enfrentamento da pandemia. Sem uma atuação firme por parte do governo federal para frear as consequências da pandemia, e com adoção de medidas, resoluções e atos normativos que muitas vezes eram contrários à autoridades sanitárias mundiais, exacerbou-se o embate entre o ministro, médico, filiado ao Partido Democratas (DEM) e representante do interesses do setor privado de saúde, e o presidente da república, resultando no desligamento de Mandetta do cargo.

Diante da inconsistente condução a nível federal, ocorreu a movimentação por parte de governadores e prefeitos visando adotar medidas que pudessem gerar

---

<sup>10</sup> Termo utilizado para se referir a notícias falsas. É comumente utilizada por meio das redes sociais para difusão massiva de enunciados.

estabilidade na tomada de decisões e conforto para a população. Em resposta, o Superior Tribunal Federal (STF) reconheceu a autonomia dos governadores através do federalismo, permitindo a implementação de medidas sanitárias para a contenção da disseminação do Coronavírus. Na sentença, o relator Alexandre de Moraes, atendendo ao pedido do Conselho Federal da Ordem dos advogados do Brasil, por meio da ADPF 672, define:

[...] em respeito ao Federalismo e suas regras constitucionais de distribuição de competência consagradas constitucionalmente, assiste razão à requerente no tocante ao pedido de concessão de medida liminar, “para que seja determinado o respeito às determinações dos governadores e prefeitos quanto ao funcionamento das atividades econômicas e as regras de aglomeração”. [...] Dessa maneira, não compete ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotaram ou venham a adotar, no âmbito de seus respectivos territórios, importantes medidas restritivas como a imposição de distanciamento/isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, como demonstram a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) e vários estudos técnicos científicos, como por exemplo, os estudos realizados pelo Imperial College of London, a partir de modelos matemáticos. (STF, ADPF, 2020, p.10)

Em suma, a decisão do STF reforçou o papel do federalismo cooperativo e destacou a importância da autonomia local na gestão de crises sanitárias, especialmente em contextos onde a coordenação central se mostra falha ou insuficiente.

Com este fato inconteste, foi possível depreender que se alcançou um ponto no qual a disputa e a crise política se sobrepuseram às reais necessidades da população, resultando num enfrentamento parcial e incompleto da pandemia, interferindo e impactando as medidas que poderiam salvar vidas. A governança baseada em riscos não foi desenvolvida, ou seja, seria necessária uma gestão corretiva dos riscos e também prospectiva dos riscos futuros

Para além de uma gestão reativa e corretiva dos riscos atuais é necessária uma gestão prospectiva da pandemia atual e de emergências em saúde pública e desastres futuros. As medidas imediatas e comuns na gestão das emergências e desastres, com foco na gestão reativa e corretiva para reduzir os riscos atuais devem estar integradas a uma gestão prospectiva dos riscos, orientada para a redução das vulnerabilidades, o fortalecimento das capacidades de respostas do setor saúde e outros envolvidos (defesa civil, economia, educação, transportes, água e saneamento, meio ambiente, proteção social, agricultura, entre outros) e prevenção de novos riscos ou

Sobre isso, a Fiocruz (2020), destaca que a governança de riscos vai requerer coerência em documentos oficiais, atos e ações realizadas, e até mesmo entrevistas, não só de gestores da saúde, mas também de diferentes setores de governo. Essa coerência seria capaz de aumentar a confiança da população e mitigar os riscos e impactos da pandemia. No entanto, este não foi o cenário observado no país, quando, devido às incongruências do governo federal, governos estaduais passaram a adotar medidas para o controle da pandemia.

O mesmo relatório citado, sublinha que as medidas adotadas por meio de leis e decretos dos diversos estados apresentavam modos e quantidades distintas. Contudo, uma dessas medidas passou a ser adotada por todos, inclusive o Distrito Federal: o distanciamento social<sup>11</sup>. Este pode representar a proibição de eventos públicos, limitação de pessoas em espaços públicos, alterações nos serviços não essenciais, mudanças nas rotinas dos transportes públicos, reorganização das atividades da administração pública, restrição no sistema carcerário, suspensão de cadastramentos e provas de vida.

Além destas, outras medidas merecem destaque como: informação e comunicação, controle de fronteira, higiene coletiva e segurança pública.

Considerando os dados levantados pelo Fiocruz (2020), as medidas adotadas para o distanciamento social, que trata de serviços não essenciais, tais como o funcionamento de bares, restaurantes, lanchonetes e estabelecimentos congêneres, incluindo o distanciamento entre mesas; o fechamento de empreendimentos públicos e privados, como academias e casas de festas; a proibição da entrada de novos hóspedes no setor hoteleiro; a suspensão de eventos e reuniões de qualquer natureza, de caráter público ou privado, incluídas excursões, cursos presenciais em escolas e universidades, missas e cultos religiosos.

Dentre essas ações os estados de Sergipe e Santa Catarina foram os que adotaram maior número de medidas reguladoras. Em contrapartida, o estado de Minas Gerais foi o que adotou o menor número de medidas (apenas duas), seguidos de estados como Alagoas, Piauí, Pará e Mato Grosso do Sul.

---

<sup>11</sup> Medidas tomadas para reduzir o contato voluntário entre as pessoas, inclusive as não-infectadas, particularmente os grupos de alto risco. Com objetivo de reduzir a transmissão, evitar aumento da morbidade e, assim, diminuir a pressão sobre o sistema de saúde.

Diante da escassa gestão de riscos desenvolvida no Brasil, o governo federal, mesmo com a maioria dos estados já adotando medidas para regular a presença de pessoas em espaços públicos de caráter não essencial, editou o Decreto nº 10.282 em 20 de março de 2020. Esse decreto regulamentou a Lei nº 13.979/2020 e definiu os serviços públicos e atividades essenciais, excluindo atividades religiosas. Esta exclusão claramente atendeu aos interesses de líderes religiosos que apoiaram a eleição do presidente em 2018.

Por conseguinte, ficou evidente no discurso do governo a mobilização de argumentos não apenas econômicos, mas também ideológicos e morais para a condução da pandemia. Houve uma elevação significativa na divulgação de notícias falsas, com informações que minimizavam a gravidade da COVID-19 e promoviam tratamentos não comprovados cientificamente, como o uso da cloroquina e hidroxicloroquina.

Santos (2020) analisa que o conteúdo de notícias falsas, por mais absurdos que possam parecer, atingem crenças e as convicções das pessoas. Seus idealizadores se utilizam da ingenuidade, o desconhecimento e até de preconceito de grupos conservadores (religiosos ou não) e reacionários, focando sobretudo nas temáticas que envolvam pautas progressistas. Segundo o estudioso, essas notícias produzem e reforçam ideologias derivadas de um sistema ubíquo, na vida social da poluição brasileira, por meio do acesso as tecnologias.

Nesse momento, com as vivências de dois meses de pandemia e o aumento exponencial dos números de casos de infecção no país, as discordâncias no enfrentamento da COVID-19, entre o ministro da saúde e o presidente se tornavam cada vez mais exacerbadas. Essas discordâncias se centravam, sobretudo, na imunidade de rebanho, no tratamento precoce e no distanciamento social. Em 16 de abril de 2020, ocorre a exoneração de Luiz Henrique Mandetta. Com a sua saída do MS, o cargo foi ocupado pelo médico Nelson Teich logo no dia seguinte.

Em termos de gestão, a passagem de Teich pelo Ministério da Saúde, que durou menos de trinta dias, foi inexpressiva e sem nenhum plano de ação efetivo. Isso se deve principalmente ao fato de que o discurso negacionista do presidente ganhava força dentro do seu governo e da base apoiadora. Como resultado, a presidência tomava medidas e publicava decretos sem consultar o órgão gestor da saúde. Um exemplo disso foi a medida que caracterizou serviços essenciais, da qual o então

ministro tomou conhecimento apenas pela imprensa. Diante desse cenário, Teich pediu exoneração devido à falta de autonomia e discordância em relação à utilização da medicação cloroquina no tratamento precoce para COVID-19.

Sobre isso, Gomes (2020, p. 116), analisa:

Propaga-se no país um obscurantismo obtuso, um anticientificismo, que possibilita a disseminação de mentiras em larga escala. Mentiras que vão pautando o debate público acerca da pandemia. Um exemplo é a obsessão de Bolsonaro no uso da cloroquina/hidroxicloroquina como estratégia terapêutica no combate à COVID-19. Não há amparo científico para a imposição de tal procedimento médico. A Sociedade Brasileira de Imunologia, baseando-se em evidências recentes acerca da utilização da cloroquina/hidroxicloroquina, concluiu que “ainda é precoce a recomendação de uso deste medicamento na COVID-19, visto que diferentes estudos mostram não haver benefícios para os pacientes que utilizaram hidroxicloroquina”. E continua, “trata-se de um medicamento com efeitos adversos graves que devem ser levados em consideração” 80. Contrariar o consenso científico e se recusar a aprender com as experiências bem-sucedidas de outros países no enfrentamento da doença não são apenas condutas questionáveis, mas potencialmente mortíferas.

Para seguir com o modelo de gestão da pandemia mais alinhado os interesses do capital e do seu projeto direcionado pela extrema-direita, Bolsonaro escolhe um ministro de “maior confiança”. A nomeação do General Eduardo Pazuello marca o início da militarização do Ministério da Saúde. Para isso, houve o afastamento de servidores de carreira com conhecimento técnico-científico dos espaços de tomada de decisão no MS, abrindo espaço para agentes despreparados e submissos às idiossincrasias do presidente, capazes de cumprir suas ordens sem o pudor de ignorar a ciência. Conforme Brandão, *et al.* (2020), até o final do primeiro semestre de 2020, dos 25 militares ocupantes de cargos no MS, 21 deles não possuíam qualquer experiência na área de saúde.

Com o MS já sitiado por militares, ocorre a posse no cargo de ministro do General do Exército, Eduardo Pazuello. Como gestor, sem qualquer experiência para conduzir a pasta, o ministro implantou como principais ações o lançamento do protocolo para utilização de cloroquina, com indicação de dosagens para casos leves e graves. Além disso, sua gestão foi marcada pela ocultação e atraso na divulgação de números de casos e mortes por COVID-19. Nesse sentido, a principal estratégia adotada era a divulgação de dados das últimas 24 horas e não dados consolidados, além de liberar esses dados apenas após o horário dos noticiários nacionais. Além de

tudo isso, a gestão de Pazuello perseguia servidores efetivos, atrapalhando a execução de trabalhos técnicos (Brandão *et al.*, 2020).

O cenário era tão caótico que o presidente incitava seus apoiadores a invadir e filmar hospitais a fim de demonstrar que os números de doentes e as taxas de ocupação de leitos eram infladas. Seguindo com sua política negacionista e genocida, o governo passou a editar uma sequência de vetos, dentre eles: a obrigatoriedade do uso de máscaras em estabelecimentos comerciais e industriais, templos religiosos, escolas e demais locais fechados em que haja reunião de pessoas; a multa aos estabelecimentos que não disponibilizassem álcool em gel a 70% em locais próximos às suas entradas, elevadores e escadas rolantes; a obrigação dos estabelecimentos em funcionamento durante a pandemia de fornecer gratuitamente a seus funcionários e colaboradores máscaras de proteção individual; a obrigação de afixar cartazes informativos sobre a forma correta de uso de máscaras e de proteção individual nos estabelecimentos prisionais e nos estabelecimentos de cumprimento de medidas socioeducativas; medidas de proteção para comunidades indígenas durante a pandemia de COVID-19; e integralmente o projeto de lei que determinava compensação financeira paga pela União a profissionais e trabalhadores de saúde que ficassem incapacitados por atuarem no combate à COVID-19 (Brum, 2021).

A gestão Pazuello à frente do MS, foi sobretudo marcada pela baixa distribuição de testes no período de pico da pandemia. Com a ausência de uma estratégia de testagem em massa e o número crescente de pessoas necessitando de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), os estados começaram a apresentar colapso dos seus sistemas de saúde. O maior exemplo ficou a cargo do estado do Amazonas, que registrou mortes nos hospitais por falta de abastecimento de oxigênio no início de 2021<sup>12</sup>.

A ingerência do MS ficou evidente quando o próprio estado do Amazonas e a empresa fornecedora do gás notificaram o Ministério de que não teriam condições de manter o abastecimento da rede. Este fato atestado de Advocacia-Geral da União (AGU). Mesmo após o estado ter recebido a visita do ministro poucos dias antes do

---

<sup>12</sup> O estado do Amazonas em seis meses de pandemia da COVID-19, apresentou 123.905 casos confirmados, 3.849 óbitos, taxa de incidência de 2.944,7, taxa de mortalidade de 91,5, e taxa de letalidade de 3,11. Conforme dados no Ministério da Saúde, o Amazonas, foi o estado brasileiro que mais registrou óbitos por COVID-19, alcançando até 2021, 292,8 mortes por 100 mil habitantes.

colapso, a única estratégia adotada pelo Ministério foi reforçar o tratamento precoce, com o envio de mais de 120 mil comprimidos de cloroquina.

No maior momento de crise para o estado do Amazonas, a solução veio pelo acolhimento de pacientes em outros estados do país, além das doações de dinheiro e oxigênio por países estrangeiros, trabalhadores da saúde e artistas.

Tamanho foi a crise e o desgaste público causado pela inaptidão de Pazuello na resolução da catástrofe ocorrida no Amazonas que o presidente precisava dar uma resposta pública à altura, assim, o então ministro foi exonerado em 23 de março de 2021. Entretanto, levando em conta seu histórico de equívocos à frente da Pasta e as constantes defesas públicas de seu nome pelo Presidente da República, ficou evidente que Pazuello representou apenas um nome capaz de cumprir todas as ordens do presidente sem qualquer questionamento, ou seja, alguém fiel ao presidente Acima de Tudo, inclusive acima da vida da população brasileira. (Brandão *et al.*, p. 68, 2023)

Com a saída do terceiro ministro da Saúde, a crise humanitária se aprofundou diante da total ausência de políticas públicas eficazes para mitigar os impactos da pandemia. Essa situação ficou evidente no Relatório Técnico do Tribunal de Contas da União (TCU), que analisou a execução orçamentária das medidas de combate à COVID-19 entre 2020 e 2021.

Conforme avaliação do TCU, o ministério da saúde não operacionalizou uma política de testagem em massa, resultando numa abordagem passiva e deixando a cargo das pessoas possivelmente infectadas a busca por serviços de saúde. Além disso, o ministério distribuiu testes aos estados sem critérios definidos ou estratégias estabelecidas.

Entre os vários problemas encontrados, destaca-se o estoque de 6,8 milhões de testes com validade prestes a expirar, necessitando de revalidação pela Anvisa. Mesmo com a prorrogação do vencimento pela agência sanitária, o risco de expiração do saldo remanescente permaneceu alto.

Em relação ao planejamento, organização, coordenação e controle das providências em relação a gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal que integram o SUS, o TCU elencou que o MS não cumpriu plenamente a missão de planejar e articular medidas de combate a pandemia no âmbito nacional. O MS falhou no detalhamento e na definição de estratégias de prevenção e combate à COVID-19 e não estabeleceu uma estrutura de governança capaz de articular com as unidades da federação.



Além disso, o relatório do TCU analisou aspectos orçamentários, financeiros e de aquisições do MS durante a pandemia. Conforme o órgão:

Para a realização das ações de combate à crise foram destinados ao Ministério da Saúde, até o encerramento do quinto relatório, o valor de R\$ 66,43 bilhões, sendo que, no ano de 2020, aproximadamente R\$ 9,9 bilhões foram direcionados a transferências estaduais, R\$ 23,3 bilhões a transferências municipais e R\$ 29,10 bilhões à aplicação direta do órgão e entidades vinculadas. Do valor da aplicação direta, cerca de R\$ 22 bilhões foram reservados para aquisição de vacinas e despesas relacionadas. Em 2021, foram abertos créditos extraordinários na quantia aproximada de R\$ 2,96 bilhões. (Relatório COOPERA – TCU)

Ainda que tivesse havido maior volume de recursos a serem aplicados diante da pandemia, o relatório aponta como fragilidades orçamentárias a baixa execução dos recursos à COVID-19, especialmente os que se referem à transferência aos entes subnacionais (baixa execução de transferência fundo a fundo) e, notadamente, morosidade e irregularidades nos processos de aquisição de insumos.

Já em relação a aquisição de vacinas pelo MS, tema muito debatido e sujeito a interesses econômicos e políticos, Alvarenga *et al.* (2020, p. 06) esclarece:

Diante de sua dependência estrutural, o Brasil é forçado a buscar suprimentos e equipamentos por meio do comércio internacional, muitas vezes sujeito a questões e interesses econômicos e geopolíticos, o que demanda uma visão mais realista e pragmática da realidade internacional para garantir seus objetivos. Contudo, em nível internacional, além da desconcertante ausência de liderança do governo nos principais fóruns e iniciativas internacionais sobre o combate à pandemia e sobre acesso universal à vacina e aos equipamentos necessários, o Brasil tem atuado de forma pouco pragmática também em relação a sua política de comércio exterior, criando tensões com a China, investindo pouco ou de forma errada (cloroquina) no seu complexo econômico industrial da saúde e posicionando-se de forma passiva em relação aos recentes fenômenos de pirataria moderna.

Como evidenciado em toda a discursão até aqui apresentada, o governo brasileiro demonstrou uma notável inaptidão para lidar tanto com agentes internos quanto externos no que tange às medidas e conduções acerca da pandemia de COVID-19. Em relação à aquisição de insumos e vacinas também não foi diferente.

Dados do TCU revelam que, para a aquisição de vacinas e despesas relacionadas, foram reservados cerca de 22 bilhões de créditos extraordinários por meio de medidas provisórias. A análise do órgão é inequívoca: além da ausência de coordenação com os entes federados, faltou uma campanha eficaz para promover o conhecimento, a compreensão e o estímulo à adesão da população à vacinação. Também foi destacada a falta de informações no site do Ministério da Saúde sobre o

fornecimento de vacinas, definição do público-alvo e início da campanha de vacinação. Houve um atraso significativo no acordo de transferência de tecnologia entre a Fiocruz e o laboratório AstraZeneca, o que atrasou em cerca de seis meses o calendário de vacinação.

Apesar de todo esse contexto, dados da Fiocruz mostram que, até o final do segundo ano da pandemia, cerca de 275 milhões de doses de vacinas já haviam sido aplicadas na população brasileira, abrangendo 53% com o esquema vacinal completo. Esse feito reflete o histórico de atuação do Programa Nacional de Imunização e a eficaz distribuição e aplicação de vacinas por gestores estaduais e municipais.

Em meio ao agravamento da pandemia, a gestão federal nomeou o quarto ministro para o MS, o cardiologista Marcelo Queiroga. Com uma postura amena, Queiroga evitou críticas aos opositores do governo. O primeiro desafio do novo ministro seria enfrentar a escassez de medicamentos como anestésicos e sedativos necessários aos procedimentos de intubação de pacientes, além da perda de insumos e medicamentos devido à má gestão do ministério. Todavia, as polêmicas não pararam por aí. Durante o processo de vacinação contra a COVID-19, a pedido de Bolsonaro, o ministro reviu "a orientação dada pelo MS nos dias anteriores e desorientou a vacinação de adolescentes sem comorbidades, o que causou ainda maior tensão entre gestores e principalmente entre pais e responsáveis por esse público" (Brandão *et al.*, 2023, p. 72).

Outro ponto de tensão foi a recomendação da Anvisa sobre a utilização de passaporte vacinal, uma medida também rechaçada pelo governo, que optou apenas pela quarentena de cinco dias para quem chegasse no país. Tantas inconsistências na condução das medidas de controle da pandemia levaram à instauração, em 24 de março de 2021, de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o objetivo de apurar as ações do governo no enfrentamento à pandemia de COVID-19. Contudo, o então presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, só deu início ao processo após uma decisão do STF emitir uma medida cautelar determinando as medidas necessárias para a criação e instalação da comissão. Neste mesmo dia, o Brasil alcançava números recordes de mortes por COVID-19, com 4.249 óbitos em um período de 24 horas, conforme dados do MS.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) investigou diversos temas, como a existência de um gabinete paralelo de gestão, a proposta da imunidade de

rebanho, a disseminação de *fake news*, a promoção da cloroquina como tratamento precoce, a oposição a medidas não farmacológicas como o distanciamento social, o atraso na aquisição de vacinas, a crise no estado do Amazonas e o tratamento dispensado a indígenas e quilombolas. Ao final da CPI, foi elaborado um documento final com 1.180 páginas. A comissão durou quase seis meses, realizando oitivas e acessando documentos. Com o encerramento dos trabalhos, o presidente Bolsonaro, além de outras 78 pessoas e 2 empresas, foram indiciados, sugerindo cerca de dez delitos, incluindo mortes e crimes contra a humanidade. As principais demonstrações da ausência de governança na saúde apontada pela CPI foram o atraso deliberado na aquisição de vacinas, que contribuiu decisivamente para o aumento das taxas de óbitos, e o alastramento de novas variantes do vírus.

O Brasil poderia ter sido o primeiro país do mundo a começar a vacinação, junto com o Reino Unido. Apurou-se que, no início do desenvolvimento das vacinas, o governo federal centralizou sua atenção na vacina AstraZeneca, em vez de ampliar suas opções, para outros imunizantes como a CoronaVac, que tinha o Butantan como parceiro, a Pfizer, que tinha uma estrutura promissora para a produção de grande quantitativo de vacinas, a Jansen, que detinha a tecnologia de dose única, entre outros. Demais disso, os trabalhos da Comissão revelaram que a aquisição de imunizantes não foi uma prioridade. De fato, verificou-se demora na conclusão dos contratos de compra do imunizante falta de iniciativa do governo federal em ajustar a legislação para permitir a aquisição e o uso das vacinas. Essa atuação negligente apenas reforça que se priorizou a cura via medicamentos, e não a prevenção pela imunização, e optou-se pela exposição da população ao vírus, para que fosse atingida mais rapidamente a imunidade de rebanho. (Relatório CPI COVID, p. 1169, 2021)

O encerramento da CPI resultou no encaminhamento dos processos para o Ministério Público Federal (MPF), Ministérios Públicos Estaduais e Procuradoria Geral da República (PGR), abrangendo ações criminais como emprego irregular de verbas públicas, epidemia com resultado em morte, prevaricação, entre outros. No entanto, em julho de 2022, a pedido da PGR, o STF arquivou oito das dez investigações abertas contra o Presidente da República (Vivas e Falcão, 2022).

Enfrentamos um período em que nos deparamos com uma complexidade sanitária que demandava um modelo de enfrentamento da pandemia que levasse em conta não apenas medidas administrativas, mas também uma mudança de comportamento. Essencialmente, era necessário estabelecer maiores interações com os diversos sujeitos envolvidos, mesmo que estivessem em campos ideológicos opostos. Era indispensável compartilhar a responsabilidade pela saúde com outras áreas, indo além do âmbito sanitário. Durante o auge da pandemia, era crucial atentar

para conceitos multidimensionais que se refletissem em ações compreendendo as diversas dimensões da vida humana. No entanto, não tínhamos à frente do governo alguém com maturidade suficiente para liderar esse tipo de abordagem.

A Fiocruz, em seu relatório, destaca que um padrão eficiente de governança no enfrentamento da COVID-19 não é apenas desejável, mas também possível. Para isso, é necessário que as ações sejam orientadas pelos princípios fundamentais da democracia e em conformidade com os padrões de boa governança. Isso implica considerar a responsividade com eficácia e eficiência, transparência nas decisões de gestão e gestão financeira, além de promover a participação e representação social e manter uma conduta ética. Além disso, é essencial considerar a heterogeneidade e desigualdade social existentes na realidade do país. Por isso Barbosa e Barbosa (2022, p. 82), alertam:

Independentemente da complexidade sanitária, dos desafios científicos e tecnológicos em saúde, a pandemia expõe conflitos e problemas latentes não apenas de nossos sistemas de saúde ou da economia, mas de nossos modos de morar, nos locomovermos, trabalhar, cuidar, celebrar. Expõe a fragilidade do nosso modo de nos organizarmos e de vivermos em sociedade, local e globalmente. São problemas complexos que não permitem soluções individuais ou segmentadas, e por isso exigem um debate amplo sobre uma radical reinvenção coletiva dos nossos principais arranjos e estruturas sociais, econômicas e políticas.

Pressupondo essa realidade e objetivando mitigar a ocorrência de mortes e preservar a renda das famílias um ano após o início da pandemia, foi publicado o Decreto nº 10.661, de 26 de março de 2021, que regulamenta a Medida Provisória nº 1.039, de 18 de março de 2021, instituindo o Auxílio Emergencial para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. O benefício operacionalizou-se através da disponibilização de R\$ 600 por trabalhador não formal, com renda per capita de até meio salário mínimo, ou renda familiar mensal de até três salários mínimos, podendo abranger até duas pessoas da mesma família, desde que não fosse acumulado com benefícios da assistência e previdência social, com exceção do Auxílio Brasil. Já para as mulheres chefes de família, o valor foi dobrado.

O governo pagou a título de Auxílio Emergencial até 2021, cerca de 331,7 milhões de pagamentos a 68, 2 milhões de beneficiários, totalizando 231, 4 bilhões em recursos. Entretanto, Relatório do TCU sobre balanço de fiscalização do Auxílio Emergencial de 2022, relatava que embora o benefício fosse tempestivo, e tivesse alcançado os trabalhadores sem renda afetados pela fase mais aguda da pandemia,

foram registrados altos índices de pagamentos indevidos que resultaram desperdício de recursos públicos. Estimou-se que foram pagos cerca de 45 bilhões em pagamentos indevidos.

Alves e Siqueira (2020), em suas análises sobre o Auxílio Emergencial do ponto de vista da proteção social, salientam que o “auxílio covid” ou “covid voucher” representa o ápice da supercapitalização e extermínio populacional. Questionam que garantias de vida existem sobre o valor de R\$ 600 reais? E alertam que a mediação para o benefício ser totalmente bancária e via aplicativo pela internet enfraquecem a assistência social enquanto política pública, especialmente em um contexto de crescimento da tecnocracia e exclusão tecnológica.

A disponibilização deste benefício revela-se uma estratégia para restaurar os padrões normais de produção, visto que o trabalho é fundamental para a acumulação de capital. Mais uma vez, procurou-se obscurecer como a crise expôs a contradição entre capital e trabalho. O mundo dos negócios enfrentará angústia, pois sem trabalho não há lucro, e sem lucro não há capital. Dessa forma, o que está em jogo não é necessariamente a proteção da vida e da classe trabalhadora, mas principalmente a manutenção do próprio sistema capitalista.

Assim, pretende-se ao longo desta análise examinar o contexto subjacente das medidas de enfrentamento da pandemia, que envolvem o desmantelamento da seguridade social, o avanço da privatização da saúde e a desvalorização da assistência social, expondo claramente os interesses de classe no processo de valorização do capital.

### **3.2 A preservação da vida e a produção de riqueza: a COVID-19 na exposição dos contraditórios interesses de classes**

A pandemia de COVID-19 pode ser compreendida como mais um fenômeno que evidencia as relações de classe, especialmente porque suas consequências são imediatas e profundas para a classe trabalhadora. A produção de riqueza frequentemente ocorre através do trabalho não remunerado, e a incompatibilidade entre a geração de bem-estar e qualidade de vida para a maioria da população trabalhadora reflete, em suma, o agravamento das condições de vida decorrente da política econômica neoliberal.

Pretende-se com essa análise não estabelecer uma dicotomia entre saúde e economia, mas sim considerar, com base na experiência da pandemia de COVID-19, como as condições de vida e existência da grande massa foram agravadas devido ao modelo de gestão adotado para enfrentar o vírus.

No contexto pandêmico, além dos números globais de mortes, cresceu o empobrecimento de milhares de pessoas que, mesmo trabalhando, fazem parte da massa dos desprotegidos. No entanto cabe questionar: a pandemia, como novo elemento nesse processo de exposição de interesses de classes, foi capaz de provocar mudanças no *status quo*? Considerando que o coronavírus surgiu em um contexto de fragilidade e crise do sistema vigente?

Boaventura Santos (2020), a crise financeira permanente é utilizada para justificar os cortes nas políticas sociais e na degradação dos salários. O autor aponta ainda que mantê-la sem resolução objetiva legitima a concentração de riqueza e impede uma iminente catástrofe ecológica. Portanto, para este estudioso a pandemia apenas agrava uma situação de crise à qual a população mundial estava sujeita.

Para realizar essa leitura, é de fundamental importância considerar o contexto pré-pandêmico, no qual aquilo que se produzia pelo capital não estava voltado para atender às necessidades sociais, mas sim subordinado aos interesses de auto reprodução do sistema.

Fazendo uma análise de conjuntura Netto (2022, p. 02) explica:

Neste sentido, eu quero começar chamando atenção para alguns traços da conjuntura histórica que estamos vivendo. O primeiro traço que me parece extremamente importante é o enorme avanço do irracionalismo no domínio da cultura, da política e das práticas sociais. Nada me parece mais expressivo do que esse irracionalismo — que é um fenômeno mundial e não algo específico do Brasil, mas que no Brasil tem expressões muito evidentes. E a primeira delas é a inteira desqualificação da ciência e da teoria. Eu nunca pensei, nem na minha juventude, nem na minha maturidade, que pudesse ouvir seriamente alguém discutir se a terra tem forma arredondada ou se ela é plana. Hoje, o terraplanismo navega fácil por aí. Quando falamos sobre a desqualificação da ciência e da teoria estamos, ao mesmo tempo, falando da desqualificação de suas agências. Uma agência fundamental da ciência e da teoria é a universidade. Entre nós, a universidade hoje é vista como suspeição. Estamos embarcados num regresso ao pior da Idade Média. Do ponto de vista político também são óbvias as manifestações desse irracionalismo ou dessa cultura, desse caldo de cultura que desqualifica a ciência e a teoria. Chamaria atenção para a desconsideração das conquistas científicas traduzidas na nossa vida cotidiana sobre a necessidade do controle mínimo das práticas destruidoras do meio ambiente e da saúde humana. No contexto pandêmico, constatamos que há hoje, no mundo e no Brasil, movimentos antivacinas, o que se revela algo assustador. No plano político, identificamos manifestações claras desse regressão que constitui quase uma restauração de concepções políticas medievais. Um dos

grandes avanços na história no Ocidente foi a laicização do poder político, a separação entre igreja e Estado. Esta é uma conquista que vem da Revolução Francesa, uma conquista da burguesia revolucionária. O que nós estamos assistindo hoje é um processo de erosão da laicidade do Estado, com todas as implicações que isso tem. Para mim, formado nas tradições da modernidade, isto representa um salto para o reino das trevas.

Na análise do estudioso, estamos vivendo um contexto de intolerância nas relações humanas, contraposto ao regressivismo e ao ultraconservadorismo, um período de desqualificação de valores civilizatórios e universais.

Gouveia (2020) afirma que a crise atual é capitalista e a sintetiza em quatro argumentos que abordam seu aprofundamento. Isso inclui o acirramento da disputa geopolítica entre Estados Unidos e China, o avanço do ultranacionalismo e do ultraconservadorismo pelo mundo, confrontos militares em várias partes do mundo, inclusive com golpes de estado, configurando guerras de hegemonia. Além disso, temos a reconfiguração das formas de produção e emprego, com a utilização da alta tecnologia e inteligência artificial, resultando na expulsão da classe trabalhadora das relações de empregos formais.

Sobre as tecnologias digitais e o uso capitalista, Antunes (2023) relata que os novos espaços produtivos, cada vez mais conectados com o mundo dos algoritmos, destacam a capacidade de geração de lucro e mais valor. Portanto, é urgente conceber como as plataformas digitais estão se apropriando da infraestrutura da sociedade dentro da economia global como um todo.

Nesse sentido, Moreira (2020, p.6) esclarece:

O que o sistema capitalista promove é a maximização dos desejos e não das necessidades das pessoas. E o motivo é claro: um sistema que depende de buscar sempre mais lucro para seguir progredindo não pode se alicerçar em necessidades, dado a natureza finita destas. Ele precisa de que sempre haja a busca pelo “mais”. Desejos tem natureza infinita, o que significa que jamais podem ser preenchidos, saciados. No máximo, temporariamente acalmados. São eles a essência do capitalismo.

No Brasil, para analisar o agravamento das condições de vida, especialmente no contexto da pandemia, é necessário considerar a história recente que remonta ao final do segundo mandato do governo Dilma. Durante as gestões do Partido dos Trabalhadores (PT), o país experimentou um destaque significativo na economia mundial. No entanto, a crise estrutural do capital, iniciada nos países de capitalismo central em 2008, ganhou força na América em 2014, levando o governo Dilma a enfrentar críticas severas, principalmente por tentar implementar medidas de

austeridade fiscal. Nesse momento, eclodiram as chamadas Jornadas de Junho em 2013, relacionadas ao descontentamento da população com a corrupção e o aumento dos gastos públicos, especialmente em decorrência da Copa do Mundo de 2014.

As primeiras manifestações, originadas em São Paulo e lideradas pelo Movimento Passe Livre, surgiram em resposta ao ajuste no valor do transporte público. A partir desse ponto, o movimento se expandiu para incluir pautas anticorrupção e antipetistas. A crescente revolta foi alimentada, principalmente, pela insatisfação com as formas de representação tanto no parlamento quanto no executivo e judiciário.

Essa mobilização intensa começou a ser influenciada por movimentos de direita e extrema-direita, como o Movimento vem pra rua e o MBL (Movimento Brasil Livre). Esse turbilhão levou setores da sociedade que anteriormente não estavam envolvidos nessas questões a se engajarem no debate político, participando das manifestações de rua. Nesse contexto, a classe média tradicional e setores burgueses também se juntaram ao movimento, impulsionados pela disseminação de ideias pela grande mídia, que promovia pautas e bandeiras políticas de direita, incluindo abertamente a defesa do retorno da ditadura militar.

A partir desse momento, surgiram consequências políticas significativas, especialmente durante o processo eleitoral que levou Dilma a seu segundo mandato. Desde então, houve um aumento no confronto político, com frações das classes dominantes pressionando por uma nova abordagem governamental, que incluía medidas de austeridade mais severas. Isso resultou na redução dos direitos trabalhistas, na implementação de projetos de privatização e no ajuste das taxas de juros, o que acabou por alienar o governo da classe trabalhadora, dos sindicatos e dos movimentos sociais.

Analisando esse cenário, Demier (2020, p. 92) enfatiza:

Destarte, a melodia burguesa com suas únicas duas notas seguia sendo tocada pela banda, ou melhor, pelos bandos que nos telejornais davam e dão voz à Banca. “Mais Austeridade e mais repressão”, eis a simples receita que é melíflua ao paladar do bom padrão. Os elementos centrais do projeto bonapartista que, por dentro, corroeriam nos anos seguintes a democracia blindada, já estavam ali. O roteiro parecia já alinhavado, mesmo que nem todos os seus personagens tivessem ainda entrado em cena. Para um povo que, nas origens do movimento, isto é, em sua fase autêntica, clamava por direitos sociais, portanto, desejava o aumento do investimento estatal nos serviços estatais, o governo Dilma ofereceu um pacto vertebrado por cinco pontos, cujo primeiro era justamente a manutenção da austeridade fiscal; dizendo que ouvia a voz das ruas, nossa anemia socialdemocracia, sempre



cedendo à nossa mórbida burguesia, respondeu ao povo tal qual um surdo a alguém que berra o seu nome, portando-se de forma tão insensata como um sujeito que oferece um banho de sol a um outro que, desidratado, implora por água.

A baixa popularidade do governo, juntamente com uma base de apoio enfraquecida e escândalos de corrupção, levou à deflagração da Operação Lava Jato. Seu objetivo declarado era investigar e punir possíveis crimes de corrupção ligados ao PT, o que acabou resultando no colapso do governo de Dilma Rousseff. Como a oposição não encontrou uma solução eleitoral para remover o governo, optou-se pelo golpe. Nesse contexto, a classe dominante mobilizou um movimento aparentemente legal para encerrar o ciclo do governo petista, através de um processo de judicialização da política e politização da justiça. O impeachment de Dilma em 2016 resultou na ascensão de Michel Temer à presidência.

De acordo com Santos (2020), o movimento golpista visava reconfigurar o aparato estatal para servir exclusivamente aos interesses do capital, implementando medidas de ajuste fiscal e direcionando os gastos públicos para beneficiar os processos de acumulação capitalista.

Efetivamente o golpe de 2016 trouxe à tona a face mais perversa do neoliberalismo no Brasil, atacando, abertamente, as conquistas sociais e impondo, de maneira autoritária, o primado do Estado mínimo sobre o Estado Social e suas funções socialmente distributivas. E, dessa forma, vem impondo e exigindo medidas políticas que precarizam, mais ainda, o trabalho e aprofundam a privatização das políticas públicas. (SANTOS, 2020, p. 246)

A ilustração desse movimento foi ainda mais evidenciada pelo processo que resultou no impeachment da presidente Dilma. Curiosamente, apesar de destituí-la do poder, o mesmo parlamento que a removeu reconheceu que as provas apresentadas não configuravam crime político, o que revela uma incongruência jurídica.

Com o golpe implantado, o Brasil enfrentou uma devastação social em nome dos princípios neoliberais. A ascensão de Michel Temer ao poder marcou a expansão da terceirização, que agravou ainda mais a reforma trabalhista com a aprovação do trabalho intermitente. Além disso, foi estabelecido o teto de gastos, limitando por 20 anos o aumento dos gastos nas áreas de saúde, educação e previdência social ao orçamento do ano anterior, somado à inflação do período.

Antunes (2020), fundamentado em Marx, destaca que a expansão e a reprodução do capital se baseiam em alienações e coisificações, assim como em diversas outras dimensões, como devastação ambiental, opressão de gênero, raça,

etnia e sexo, além de ritmos acelerados de degradação do trabalho, destruição da natureza, deterioração do mundo rural, extrativismo predatório, eugenia pronunciada, racismo, desrespeito à ciência e muitos outros. Em suma, estamos diante de uma crise multidimensional, que envolve os valores da modernidade capitalista.

Analisando esse período Dowbor (2022, p. 88) conclui:

O primeiro ponto é que desde o golpe há uma fragilização generalizada das políticas sociais – e para efeitos de governança tudo começa já em 2013 com as manifestações, e com o boicote (“Dilma pode até ganhar, mas não irá governar”) e a inversão de prioridades em 2014 favorecendo o sistema financeiro. O teto de gastos, a perda de direitos trabalhistas, o retrocesso na Previdência, os ataques às organizações da sociedade civil, o congelamento do salário mínimo e do Bolsa Família e outras medidas tiveram como denominador comum o travamento da renda e do acesso aos bens de consumo coletivo pelo grosso da população, enquanto se expandia radicalmente o lucro dos bancos e dos grandes aplicadores financeiros.

Todo esse processo culminou em uma crise de polarização no país, de proporções inimagináveis, com grande parte da população aderindo às pautas da direita e adotando posturas conservadoras, o que levou à ascensão de Jair Bolsonaro à presidência da república. Compreender o movimento que levou Bolsonaro ao poder torna-se essencial, pois esse processo representou o fim da metodologia de conciliação imposta pela classe burguesa. A extrema-direita ganhava destaque não apenas nos Estados Unidos e na Europa, mas também na América Latina. Dessa maneira, estava em curso o ciclo da contrarrevolução (Antunes, 2022).

Retomando a análise sobre os impactos da crise sanitária, foi surpreendente perceber que estávamos diante de um vírus cuja infecção desencadeou uma pandemia, afetando o mundo todo, mas claramente não impactando todos da mesma maneira. Como Boaventura Santos (2020) afirma, a pandemia não é cega, mas tem alvos privilegiados. Se aplicarmos essa máxima à realidade brasileira, podemos ter total clareza dessa conjuntura, onde 40% da classe trabalhadora estava em ocupações informais de trabalho até 2019. A partir disso, passamos a ver mais cerca de 5 milhões de brasileiros experimentando condições de uberização do trabalho propiciadas pelo uso de tecnologias e plataformas digitais, as diversas formas de trabalho online e o incentivo ao empreendedorismo, além do crescimento da terceirização e da precarização dos postos de trabalho (Antunes, 2020).

Em meio a tudo isso, com o surto de COVID-19 eclodindo, uma pergunta se destacou: a vida pode parar? A narrativa sustentada pela direita argumentava que o

verdadeiro perigo mortal viria do colapso econômico. Portanto, países de capitalismo central, como os Estados Unidos de Donald Trump, defendiam a ideia de que era necessário romper o isolamento social e retornar ao trabalho. Nesse sentido, a crise que iniciamos o texto retratando se tornou ainda mais evidente com a contradição entre capital e trabalho, principalmente porque estava muito claro que o interesse em retomar os padrões normais de produção se justificava pelo simples fato de que, sem a exploração da força de trabalho, não haveria lucros.

A pandemia intensificou a crise do sistema capitalista, evidenciando a prevalência do direito ao lucro sobre os interesses gerais. Sobre isso, Moreira (2022, p. 64) analisa:

A crise do coronavírus, de uma forma absolutamente inesperada, ensinou a todos a diferença entre um mundo que se baseia em desejos e um que se apoia na busca por atender as necessidades de seus habitantes. Da noite para o dia todos passaram a compreender a incapacidade de um mundo alicerçado nos desejos atravessar crises e momentos difíceis. A fragilidade do sistema tornou-se visível, latente, nua e crua. De nada adiantavam iates, mansões, escritórios luxuosos e cofres cheios de joias diante de um sistema de saúde débil e de milhões de pessoas vivendo em condições sanitárias péssimas. Afinal, a única maneira de proteger-se de verdade, perceberam, era ter todos protegidos, com suas necessidades atendidas. A doença de um significava o risco de todos. (Moreira, 2022, p. 64)

Além disso, também aprendemos que as próprias relações capitalistas influenciam no combate à doença, quando, em busca de lucro, não se priorizou o fortalecimento da medicina preventiva, optando-se pela comercialização da saúde. Ou ainda quando a disputa pela aquisição de insumos ultrapassa os limites da organização política e econômica dos países. Desta forma, ficou explícito que a pandemia afetou populações e classes de forma distinta, embora ninguém estivesse totalmente imune e todos estivessem sujeitos a sofrer, em alguma medida, suas consequências.

Por isso Soares e Krenzinger (2020, p. 41), destacam:

A crise sanitária afeta desigualmente os desiguais, apartados pela divisão de classes, pelo racismo estrutural, pelo patriarcado, por hierarquias geopolíticas e tantas outras. Entretanto, atravessa as cisões, ameaçando até mesmo as elites. Nesse sentido, sistemas públicos de saúde tem sido e crescentemente serão importantes até mesmo para as minorias poderosas, uma vez que todos se convertem em fontes potenciais de contaminação universal. A gravidade da crise, que é também econômica, desmascara as iniquidades do capitalismo, cuja natureza eminentemente bárbara se manifesta com absoluta e chocante nitidez na privatização da saúde.

E ao lembrarmos das tantas iniquidades do capitalismo, quando propagamos o "fique em casa", para quem estamos nos dirigindo exatamente? Uma vez que há grupos populacionais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua e outras que residem em regiões de favela, sem acesso à rede de saneamento básico e que, sem renda, não podem seguir as regras de confinamento, estão mais próximas de enfrentar a contaminação e a morte de forma mais evidente. Isso é especialmente verdadeiro na realidade brasileira, onde o governo federal não correlacionou eficientemente medidas não farmacológicas com proteção social e aquisição de vacinas.

Refletindo sobre as lições da pedagogia do vírus, Boaventura Santos (2020) afirma que as pandemias não matam tão indiscriminadamente quanto se imagina. Para o estudioso, as pandemias são menos discriminatórias do que outras formas de violência cometidas em nossa sociedade, como contra trabalhadores empobrecidos, mulheres, trabalhadores precários, negros, indígenas, imigrantes, refugiados, sem-teto, camponeses e idosos. Elas discriminam no processo de prevenção, quando se espalham e quando são adotadas estratégias para mitigá-las. E, sobretudo, alerta que grande parte da população do mundo não está em condições de seguir as recomendações da OMS para se proteger do vírus, porque são obrigadas a viver em espaços exíguos ou poluídos, trabalham em condições de risco para sustentar suas famílias ou, muitas vezes, nem sequer têm acesso a sabão e água potável.

Dessa forma, compreendemos que os efeitos da pandemia de COVID-19 nos levam a enxergar a luta de classes, principalmente porque a doença afeta de forma mais contundente os mais pobres. Como afirma Demier (2020, p.94), "Seguem colocando o lucro acima da vida, seguem colocando os negócios acima dos josés e marias, e seguem condenando à morte aqueles que, digamos, nasceram sem herança e sem sorte".

O discurso propagado pela extrema-direita no país incentivou as pessoas a desconsiderarem as orientações sanitárias para a prevenção do vírus em nome da manutenção dos postos de trabalho e da saúde da economia. Isso expõe os interesses contraditórios de classes, pois essa exposição não se aplica a todos, mesmo estando em um contexto pandêmico. Por isso, entendemos que estamos lidando com um processo diferenciado.

Nas manifestações da extrema-direita, temos um discurso que apela para uma visão “sanitária” anticientífica, que convida para uma seleção forçada pela estratégia da contaminação, pelo ódio social. Nega-se a força do vírus, prega-se o uso das armas como forma de seleção forçada pelo exterminismo que acompanha as determinações divinas. A força bruta define a covardia desta regra de seleção dos mais aptos, para poder operar diante do quadro objetivo e extra-humano, próprio do vírus. A extrema-direita combina fantasias, fantasmas e negações na sua compulsão por resolver os problemas e conflitos pelo acentuar da pulsão da morte, pela via do sacrifício suicida das populações ou do morticínio fratricida. (BOCAYUVA, 2022, p. 110)

Queremos então demonstrar que todos esses processos históricos recentes compõem o movimento da luta de classes, acirrada não só pela crise político-econômica, mas também pelo impacto adicional da disseminação do coronavírus, que adicionou complexidade a um cenário já caótico.

Nesse sentido, Demier (2020, p.99) ratifica:

Talvez nunca os lados tenham ficado no embate tão claros, talvez nunca o antagonismo entre classes sociais tenham assumido formas tão virais e letais, talvez nunca o trabalho e capital tenham se feito representar tão limpidamente entre bem e mal, entre morte Severina de pedreiros severinos e a lucratividade daqueles poucos de herança e sorte, entre os que morrem defendendo a vida e os que vivem glorificando a morte. E entre a vida e a morte não há meio termo, salvo o de uma vida vegetativa, uma vida morrida, uma morte sem vida.

A sociedade burguesa é a chave para compreender a luta de classes sob a ótica de Karl Max. Dessa forma, é sobretudo com o projeto privatista da agenda neoliberal que vemos a desmobilização das massas, somada a um Estado aderido ao projeto de produção e reprodução do capital. Estamos diante de uma conjuntura na qual milhares de trabalhadores se encontram alijados do acesso a direitos, experimentando cada vez mais a força da exploração do trabalho pelo capital, situação agravada pela profunda recessão econômica e altos níveis de desemprego.

Com isso, temos uma camada populacional vulnerável, penalizada pela pandemia do vírus e do capital, que, sem proteção social, é empurrada para os espaços de ausência - seja de trabalho e renda, seja de acesso a serviços de saúde e de proteção social.

### 3.3 A prevenção e o combate ao coronavírus no Maranhão.

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Maranhão teve algumas peculiaridades, as quais serão evidenciadas no sentido de se analisar como o estado enfrentou a crise sanitária. O Maranhão foi um dos últimos estados da federação a registrar casos positivos para coronavírus, sendo o primeiro confirmado apenas em 20 de março de 2020, quando os registros de óbitos já eram presentes no Brasil, com o primeiro ocorrido no estado de São Paulo.

O Maranhão também foi o primeiro da federação a adotar a estratégias não farmacológicas, como o *Lockdown*<sup>13</sup>, fundamentado em projeções de ótica epidemiológica, como a pesquisa do Imperial College London<sup>14</sup>.

Como resultado da gestão da pandemia, o estado apresentou até 2023 uma taxa de mortalidade de 156,6 por 100 mil habitantes, o que representa uma média muito abaixo da taxa nacional de 337,3 por 100 mil habitantes e se aproximou da média de países com melhores indicadores, como Alemanha, por exemplo com média de 101,21 por 100 mil habitantes.

O Poder Legislativo do Maranhão aprovou 46 leis entre 2020 e 2021, estabelecendo medidas de proteção aos maranhenses e regulamentando diversas ações para mitigar os impactos da pandemia no campo social e econômico, na rede assistencial de saúde e em outras áreas secundárias. As principais medidas incluíram isenção de impostos na área tributária, operações relativas à circulação de mercadorias, programas de apoios produtivos, concessão de auxílio emergencial a estabelecimentos privados e concessão de auxílio combustíveis aos profissionais de transporte.

Dentre tantas medidas, destaca-se a importância da Lei nº 11.273, de 3 de junho de 2020, que dispõe sobre diretrizes para o enfrentamento do estado de calamidade pública decorrente da pandemia da COVID-19, no âmbito do Estado do Maranhão. Esse texto que versa sobre a proteção da coletividade em consonância com as orientações da OMS.

---

<sup>13</sup> Lockdown é um termo em inglês utilizado no contexto da pandemia de covid-19 para se referir a um bloqueio total. Foi utilizado por diversos países e cidades como estratégia para desacelerar a propagação do coronavírus visto que as medidas de isolamento e quarentena não eram suficientes.

<sup>14</sup> O Imperial College London é uma renomada universidade pública britânica fundada em 1907 sediada em Londres, com foco em ciência, tecnologia e medicina. É uma das mais prestigiadas universidades do mundo, sendo amplamente reconhecida pelo respeito internacional do seu ensino e pesquisa.

Outra importante medida de relevo social foi instituída com a Lei nº 11.500, de 30 de junho de 2021 que instituiu o Auxílio Cuidar, destinado a crianças e adolescentes em situação de orfandade bilateral.

Levantamento realizado pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Emergência e Desastres de Saúde (CEPEDES) registrou que o Maranhão adotou diversas medidas para enfrentar a pandemia, incluindo coordenação multidisciplinar e multissetorial, distanciamento social, comunicação com a população exposta, controle de fronteiras, proibição de eventos públicos, restrições em espaços públicos, alterações nas rotinas de empreendimentos não essenciais, reorganização da administração pública e manutenção de serviços essenciais.

No setor da saúde, houve reorganização dos serviços hospitalares, de urgência e emergência, além de medidas de vigilância, prevenção e controle de doenças, e comunicação e informação.

Por outro lado, o levantamento constatou que o estado não regulou medidas de higiene coletiva, segurança da ordem pública, alterações no transporte coletivo, medidas no setor carcerário, suspensão de provas de vida, atenção primária e manejo de cadáveres.

Embora o Maranhão tenha alcançado resultados considerados positivos no enfrentamento da pandemia de COVID-19, é importante ressaltar que isso ocorreu em um contexto de gestão de uma crise sanitária em um dos estados mais pobres do país, onde qualquer falha na condução poderia ter levado ao colapso e ao agravamento das condições de vida da maioria da população. Segundo o PNUD (Relatório de Desenvolvimento Humano – 2021/2022), o estado possui um IDH de 0,676, ocupando o último lugar na classificação dos estados brasileiros. Vinte e três cidades do Maranhão estão entre as 100 cidades do Brasil com o pior IDH, enquanto nenhuma cidade maranhense está entre as 200 com melhor IDH. Dos 217 municípios, cerca de 140 possuem IDH baixo. No Maranhão, a extrema pobreza atinge cerca de 20% da população, ou seja, um em cada cinco maranhenses sobrevive com menos de R\$ 70 por mês.

Nesse cenário, o estado, que já não era alinhado com o governo federal, especialmente devido à oposição política, buscou estratégias para conduzir a compra de insumos, em um mercado disputadíssimo com o avanço da pandemia.

Além disso, o estado se destacou com ações definidas como paradiplomacia<sup>15</sup>, ocasião em que conseguiu viabilizar a compra de 255 respiradores pulmonares diretamente da China e 200 mil máscaras de proteção individual. Nesse sentido, Alvarenga *et al.* (2020), destacam que, diante da pandemia, o governo do Maranhão protagonizou uma operação paradiplomática na área de Diplomacia em Saúde Global.

O caso do Maranhão revela as dificuldades para o enfrentamento do COVID-19 e os constrangimentos de ministros, governadores e outras instâncias gestoras diante da posição negacionista do Presidente da República em relação às abundantes evidências científicas<sup>21</sup>, do cerceamento de iniciativas do Ministério da Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos governos estaduais e municipais na busca por medidas de socorro para a população brasileira. (Alvarenga *et al.*, 2020, p. 04)

Mais uma vez, ficou evidente que a posição negacionista do governo federal e a minimização dos impactos do vírus colocavam o país à margem do debate mundial. Além disso, de forma reiterada, o governo de Bolsonaro criava tensões diplomáticas, sobretudo com a China, ocupando uma posição passiva diante da disputa mundial por equipamentos médico-hospitalares, somada à incapacidade industrial do país em produzir insumos para atender à demanda doméstica. A ação do Maranhão resultou em processo de quebra de pacto federativo, levando a responder a processo criminal na Receita Federal.

Considerando toda análise realizada até aqui, é imprescindível mencionar os impactos do coronavírus no agravamento das condições de vida no estado. Brito *et al.* (2020) destacam que as análises sobre impactos da pandemia têm especial relevância por ser o Maranhão um dos estados com os menores índices de desenvolvimento humano, menor taxa de formalização laboral do país e menor rendimento nominal domiciliar. Apesar dos esforços empreendidos, a crise sanitária agravou sensivelmente a situação de vulnerabilidade no estado.

Os autores analisam o emprego, a renda e a destruição dos postos de trabalho, apontando que a interrupção das atividades econômicas como consequência da pandemia do novo coronavírus resultou na desmobilização da mão de obra no Maranhão, gerando uma perda de 215 mil postos de trabalho no segundo trimestre de

---

<sup>15</sup> Inserção dos Estados da federação nas relações internacionais, por meio do estabelecimento de contatos permanentes e ou específicos, com entidades públicas ou privadas estrangeiras, com o objetivo de promoção socioeconômica e cultural.



2020. Em relação à renda, os trabalhadores mais afetados foram os trabalhadores por conta própria e os empregados domésticos.

Diante disso, os estudos mencionados atestam a capacidade substancial da pandemia em escancarar a vulnerabilidade das populações historicamente expostas aos processos de desenvolvimento desigual. Essa vulnerabilidade se manifesta de forma exacerbada em contextos de crise, como a pandemia de COVID-19, evidenciando a fragilidade das condições de vida e a precariedade do sistema de proteção social no Brasil.

#### **4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS:** impacto das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 na Atenção Primária em Saúde no município de São Luís -MA.

Neste item, nos debruçamos em discutir a Atenção Primária em Saúde (APS) no centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde, reconhecida como nível de atenção capaz de identificar e direcionar as diversas necessidades dos sujeitos. Destacamos também os desafios enfrentados para alcançar seus objetivos, a partir da avaliação dos impactos da pandemia de COVID-19, por meio da análise das estratégias de gestão para o controle do coronavírus.

##### **4.1 A Atenção Primária em Saúde: organização e funcionamento no SUS**

Como já mencionamos anteriormente, a APS é porta inicial de entrada no SUS, onde as equipes da Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica oferecem um conjunto de ações, tanto individuais quanto coletivas, que devem abranger a promoção da saúde e prevenção de agravos na população usuária. A APS, portanto, é fundamental para a construção de sistemas universais de saúde. Foi estruturada em modelos universais de saúde na Europa e União Soviética, na conjuntura do pós-Segunda Guerra Mundial

A relevância da APS se estabelece a partir do esgotamento do modelo médico-hospitalar de atenção à saúde. Uma das referências iniciais nesse entendimento é o Relatório Dawson, proposto pelo Ministério de Saúde do Reino Unido nos anos 1920, considerado o primeiro documento a utilizar o conceito de atenção primária em saúde a partir de uma organização sistemática, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde por nível de complexidade e base geográfica definida. Este documento influenciou a criação de sistemas de saúde em diversos países do mundo (Lavras, 2011)

A Declaração de Alma Ata, derivada desse entendimento, resultou de uma Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde realizada em Alma Ata em 1978. Ela expressou a necessidade urgente de promover saúde a todos os povos do mundo, com a premissa de que a saúde para todos os povos do mundo, fundamentada na premissa de que saúde é um estado completo de bem estar físico,

mental e social, não se limitando apenas à ausência de doença ou enfermidade, sendo, portanto, um direito humano fundamental.

A conferência enfatizou que a saúde das populações é responsabilidade dos governos, que devem implementar medidas sociais e sanitárias para abordar as desigualdades de saúde existentes entre elas. À vista disso, os cuidados primários em saúde devem considerar os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção e reabilitação conforme as necessidades. Além disso, devem considerar as condições econômicas e socioculturais das comunidades, promover a participação comunitária e questões como saneamento básico, acesso à água potável, nutrição adequada, cuidados materno-infantis, planejamento reprodutivo, imunização, controle de endemias e fornecimento de medicamentos essenciais.

No entanto, a operacionalização das metas de Alma Ata não foi alcançada por todos os países da maneira como propôs a OMS, resultando em problemas de conceituação e interpretação. Mendes (2012), destaca que há três interpretações principais sobre a APS: uma que a considera como uma abordagem seletiva, destinada apenas a regiões mais pobres e que oferece apenas tecnologias simples e de baixo custo; a APS como nível primário, organizando o acesso ao sistema e sendo capaz de resolver os principais problemas de saúde; e a APS como estratégia de organização do sistema, reconfigurando todos os recursos disponíveis para atender às necessidades, demandas e expectativas da população.

Na realidade brasileira, essa linha de cuidado está estruturada no SUS e é orientada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta portaria revisa as diretrizes e normas para a organização da atenção básica no âmbito do SUS.

De acordo com a Portaria em apreço:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Atenção Básica se desenvolve de maneira mais efetiva quando alcança o maior grau de descentralização e capilaridade possível, tornando-se próxima da vida

das pessoas. Ela deve ser percebida pelos usuários, gestores e profissionais como a porta de entrada e o centro de comunicação com a rede de atenção à saúde. A territorialização assume um papel fundamental na realização desses princípios e objetivos, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. A Atenção Básica deve estar presente em todo território como o único nível de atenção mínimo, a partir do qual as pessoas podem acessar os demais níveis de cuidado, secundário e terciário.

Deve ainda possibilitar o acesso universal e contínuo nos serviços de saúde, com qualidade e resolutividade. A APS deve oferecer com serviços de porta aberta e preferenciais, acolhendo os usuários por meio da vinculação e corresponsabilização pelas suas necessidades de saúde. A PNAB assevera que esse fundamento é a base para a efetivação da atenção básica.

No contexto mencionado, é necessário integrar os usuários e desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre os profissionais de saúde e as populações adscritas, garantindo assim a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado. Segundo a PNAB (2012, p. 23):

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

A integralidade é um dos fundamentos da Atenção Básica, abrangendo ações que vão desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância, tratamento e reabilitação, até o manejo de tecnologias em cuidado e o trabalho multidisciplinar, visando oferecer um cuidado completo e abrangente. Além disso, é essencial estimular a participação dos usuários para promover a ampliação da autonomia na construção do cuidado.

Para tanto, a PNAB concentra-se na Saúde da Família como estratégia na consolidação da Atenção Básica. Nesse sentido, ela desempenha um papel central

Rede de Atenção à Saúde<sup>16</sup>, que é ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada no sistema. Além de ser base, a Atenção Básica precisa ser resolutive, identificando riscos, necessidades e demandas dos usuários. Também coordena o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, organizando o fluxo dos usuários nos diversos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ordenando essas redes, o que envolve conhecer as demandas da população e programar os serviços de saúde para atender às necessidades de saúde dos usuários.

De acordo com a PNAB, várias ações são essenciais para a operacionalização da Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal. Em termos de estrutura e funcionamento, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser construídas seguindo as normas sanitárias rigorosas. Elas devem contar com consultórios médicos e de enfermagem, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, além de espaços coletivos para os profissionais da atenção básica.

No que se refere a recursos humanos, a equipe mínima deve incluir médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos em saúde bucal, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem bem como agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais, de acordo com a realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Desta forma, a APS representa um modelo de atenção à saúde que esteja baseado em princípios e valores que considerem os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Estes se referem às condições em que as pessoas nascem, crescem e vivem. Eles incluem diversos fatores como: condições socioeconômicas, saneamento básico, acesso à água potável, segurança alimentar, hábitos de vida saudáveis e disponibilidade e cobertura de serviços essenciais. Os determinantes sociais da saúde desempenham um papel crucial na promoção da saúde e na redução das desigualdades em saúde. Eles influenciam diretamente os resultados de saúde das pessoas e comunidades, moldando suas condições de vida e as oportunidades de saúde disponíveis para elas.

---

<sup>16</sup> Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia de cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial.

Sobre a APS, conforme o CONASS (2011, p. 19):

A APS é também uma concepção de sistema de saúde, uma “filosofia” que permeia todo o sistema de saúde. Um país só pode afirmar que tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando seu sistema de saúde se caracteriza por: justiça social e equidade; autorresponsabilidade; solidariedade internacional e aceitação de um conceito amplo de saúde. Enfatiza a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde.

Nesse sentido, a APS passa a considerar um enfoque social e político, e não apenas os aspectos relacionados a doença. Assim, espera-se que APS atue norteadada pelos princípios que direcionam o SUS, tais como a universalidade, a integralidade e a equidade. Além disso, esse modelo de atenção à saúde no Brasil requer a transformação contínua dos serviços e do trabalho desenvolvido pelas equipes. Para alcançar esse resultado na APS, é necessário desenvolver a dimensão pedagógica como uma estratégia de gestão.

De acordo com a PNAB (2011, p. 39):

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Cabe, então, concernir que a educação permanente potencializa a APS, conforme a política, possibilita a troca de experiências entre os trabalhadores e a comunidade. A partir disso, destacam-se elementos essenciais em relação ao processo de trabalho da APS, incluindo as seguintes ações da política: definição do território, programação de atividades que considerem as necessidades de saúde da população atendida, atuação prioritária em grupos de pessoas que possuem fatores de risco, para prevenir o aparecimento ou persistência de doenças evitáveis, e apoio a estratégias de fortalecimentos e controle social.

O desenvolvimento do processo de trabalho na Atenção Básica requer infraestrutura, ambiência e modelo de funcionamento definido. Para atender às necessidades da população do território, é fundamental estruturar equipamentos de saúde como a Unidade Básica de Saúde (UBS). Respeitando as normas sanitárias, a UBS é vista como um espaço social e profissional de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana às pessoas, além de um ambiente

saudável para o trabalho dos profissionais de saúde. Mais do que a garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes para a prestação de atenção à saúde nos municípios e Distrito Federal.

No que diz respeito à organização do espaço físico, a PNAB recomenda que a UBS possua consultório médico e de enfermagem, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se houver profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipamento odontológico completo.

Para atuar na atenção básica, a PNAB define as equipes que irão executar o processo de trabalho, sendo elas: Equipe de Saúde da Família- eSF, estratégia prioritária de atenção à saúde que visa à reorganização da Atenção Básica. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, favorecendo a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividade. Deve ser composta por no mínimo um médico, preferencialmente especialista em Medicina da Família e Comunidade, um enfermeiro preferencialmente especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Também podem integrar essa equipe profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal) e agentes de endemias.

A PNAB recomenda que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe seja definido com base na população, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em áreas com grande dispersão territorial, risco ou vulnerabilidade social, recomenda-se a cada CS cubra até 750 pessoas, buscando alcançar 100% da população.

Integram a APS a equipe da Atenção Básica (e-AB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a atenção básica. A gestão municipal pode formar equipes de (e-AB) de acordo com características e necessidades locais. Embora o modelo prioritário seja a ESF, as equipes e-AB, podem ser organizadas posteriormente de maneira semelhante ao modelo prioritário. As

equipes deveriam apresentar algumas qualificações: médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família. As equipes devem incluir médicos, preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiros, preferencialmente especialistas em Saúde da Família, além de outros profissionais como agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Uma característica diferencial deste modelo de equipe é que a jornada de trabalho dos profissionais e a composição da equipe são de responsabilidade do gestor, considerando o perfil epidemiológico e demográfico da área de atuação da equipe.

Esta proposta de atuação se complementa com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-aB). A primeira é responsável pela prestação de cuidados de saúde bucal individuais e coletivos a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, conforme planejamento da equipe, visando à resolubilidade. Já o Nasf-aB estabelece seu processo de trabalho com base nos problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, além das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de todas as equipes que atuam na Atenção Básica. Para isso, é essencial o compartilhamento de conhecimentos, práticas intersetoriais e gestão do cuidado em rede, bem como a realização de educação permanente e gestão coletiva nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

A PNAB inclui equipes específicas para o atendimento de populações que requerem abordagens diferenciadas, como as Equipes de Saúde da Família para a população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira (e-SFR) e as Equipes de Consultório de Rua (e-CR). Um ponto comum entre essas equipes é a realização de atividades itinerantes. As equipes e-SFR operam principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em comunidades dentro de áreas adstritas, com acesso muitas vezes feito por via fluvial, requerendo embarcações para alcançar comunidades dispersas. Por outro lado, as equipes e-CR são responsáveis por proporcionar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características similares em determinado território, utilizando unidades móveis ou fixas.

Em relação ao custeio das ações da atenção básica, a PNAB de 2017 previu um modelo de financiamento tripartite, cujos detalhes são especificados no Plano



Municipal de Saúde. Os recursos são repassados pelo Governo Federal via fundo a fundo, o que facilita o acompanhamento pelos Conselhos Municipais de Saúde. O financiamento considera aspectos sociodemográficos e epidemiológicos, além de contemplar recursos para a implantação das ações da atenção básica. Há também repasses mensais para o custeio das atividades das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), além de incentivos financeiros destinados às equipes de Consultório de Rua, equipes de saúde da família fluviais e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF).

Para garantir os repasses os municípios e o Distrito Federal (DF) precisam realizar o credenciamento dos serviços e efetivar propostas de credenciamento do projeto das equipes para atuarem na atenção básica. Essas propostas devem ser aprovadas pelo Conselho Municipal e Conselho de Saúde do DF e encaminhadas para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Uma vez aprovada pela CIB, a gestão municipal tem até quatro meses para cadastrar as equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em 2019, foi aprovado o programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Este novo modelo de financiamento altera a forma de repasse das transferências para os municípios, utilizando três critérios principais: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. Em vez de basear-se apenas na população e no número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a considerar o número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores.

No contexto dos cortes orçamentários também em 2019, o governo federal publicou o Decreto nº 9.741/2019 em edição extraordinária do Diário Oficial da União (DOU), alterando o Decreto nº 9.711/2019, que tratava da programação orçamentária e financeira. Esse ajuste detalhou o bloqueio de mais de R\$ 29 bilhões em gastos do orçamento de 2019. Como resultado, a Educação teve uma perda de R\$ 5,839 bilhões, o que representa aproximadamente 25% do valor previsto. Somados os cortes, as pastas da Educação, Saúde e Cidadania enfrentaram o congelamento de R\$ 7,5 bilhões em verbas, impactando diretamente a operacionalização de políticas e programas sociais.

Para Massuda (2020, p. 1185):

Ao se adotar a capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per-capita, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde. Imediatamente, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios. No lançamento do programa, o Ministério da Saúde apresentou a existência de 90 milhões de pessoas cadastradas e que busca registrar outros 50 milhões. Portanto, a meta do governo federal claramente não é financiar a APS para o total da população brasileira.

Na avaliação do referido estudioso, apesar do viés modernizador, considerar critérios como capacitação e avaliação de desempenho para o cálculo de transferências intergovernamentais, atende a critérios mais restritivos do que qualitativos de serviços, limitando a universalidade e ampliando distorções de financiamentos, levando a consequente focalização das ações da APS no SUS. Desta forma tende a reverter as conquistas históricas de redução das desigualdades em saúde.

Importante destacar que a PNAB 2017 representa uma remodelação daquela que foi desenhada em 2016, onde a concepção da APS é alinhada com o conceito ampliado de saúde, conforme a previsão constitucional de 1988. Nessa lógica, as ações e serviços de saúde na perspectiva integral deveriam ter papel de destaque na organização prática da assistência, impactando diretamente os determinantes sociais da saúde. Contudo, as revisões das diretrizes definidas na última revisão da PNAB questionam a forma como a APS é organizada, ao conceder autonomia ao gestor na definição dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, sejam essenciais ou ampliados.

A construção da APS no Brasil reflete uma luta histórica pela saúde universal e pública, visando superar exclusões e iniquidades que colocavam a maioria da população brasileira à margem da cidadania e da democracia. No entanto, sempre enfrentou desafios significativos, como a baixa resolutividade dos serviços e o subfinanciamento crônico de recursos, exacerbados por políticas de austeridade e cortes nas políticas públicas, que desequilibram a oferta e a demanda por serviços de saúde.

É inegável reconhecer algumas conquistas recentes, como o Programa Mais Médicos, a utilização de sistemas de informação como o E-SUS AB e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Apesar desses avanços, eles ainda são modestos considerando o objetivo de alcançar uma saúde verdadeiramente universal. Além disso, as últimas reformas nesse modelo de atenção tendem a seguir mais para um modelo de focalização, o que representa um desafio para a universalidade e integralidade da APS.

Cresce entre a população a cultura de procurar de unidades de pronto atendimento por causas que poderiam ser acompanhadas e tratadas a nível de eSF. Dessa forma, aumentam os números de internações hospitalares e dificuldades de manejo de doenças crônicas e doenças transmissíveis.

Refletindo sobre a forma de organização da APS, Mendes (2012, p. 67) destaca:

Do ponto de vista ideológico, a lógica da APS confronta alguns princípios da medicina flexneriana que são largamente hegemônicos, como a visão negativa da saúde (saúde como ausência de doenças), o individualismo, o biologismo, o especialismo e a ênfase no curativo. A medicina heróica, inerente a certos procedimentos de maior densidade tecnológica, não é o campo da APS, o que faz que sua ação cotidiana, ainda que agregue mais saúde à população, não frequente as manchetes da grande mídia e não seja notícia positiva sobre a saúde. A ideologia da medicina científica seduz a população que vê a APS como medicina de baixa qualidade e busca avidamente os cuidados dos especialistas. Não raro, a população refere-se à APS, no Brasil, de uma forma ambígua em que se combinam um pouco de simpatia e muito de preconceito, como o "postinho de saúde". (MENDES, p. 67)

Mas afinal, porque a APS não é atraente como um modelo de atenção à saúde para a maioria da população? Múltiplos fatores podem ser apontados para buscar essa resposta, mas, em regra, o modelo de estruturação da APS não parece rentável aos olhos do capital, devido à sua baixa densidade tecnológica, que não brilha aos olhos das grandes indústrias farmacêuticas e dos fabricantes de equipamentos biomédicos. Além disso, muitos profissionais de grande prestígio propagam a lógica da especialidade como modelo de atenção à saúde.

Essa resposta também pode ser encontrada à maior visibilidade política que a inauguração de uma unidade de atenção especializada ou um hospital de grande porte pode causar na população, ao invés do fortalecimento da APS.

Dessa maneira, o próprio Mendes (2012), aponta essa resposta ao explicar que o tema APS é pouco palatável para políticos, grupos de interesses de maior força na arena sanitária, médicos de maior prestígio, a mídia, a saúde suplementar e até

mesmo a própria população. Contudo, o autor ressalta que esse modelo de saúde-espetáculo não se sustentará sem uma APS como pilar, pois facilmente se esgotará.

Portanto, é considerando esse contexto, que se buscou analisar como a APS enfrentou a pandemia de COVID-19, qual o seu papel diante da crise sanitária, e sobretudo, quais foram os principais impactos do modelo de combate adotado na assistência à saúde primária da população usuária.

## **4.2 A Atenção Primária em Saúde em São Luís**

O município de São Luís se estende por 583,06 km<sup>2</sup> e conta com 1.037.775 habitantes, de acordo com o Censo de 2022. Apresenta uma densidade demográfica de 1.779,87 habitantes por km<sup>2</sup> e é classificado com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768, considerado alto. Conforme dados do IBGE, até 2021, o salário médio mensal da população da cidade era de 3,1 salários-mínimos. No mesmo período, o PIB per capita era de R\$ 32.739,65. Na comparação com outros municípios do estado, São Luís ocupava a 14<sup>a</sup> posição entre os 217 entre os municípios.

No que tange à política de saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17,53 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 14,4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 76 de 217 e 131 de 217, respectivamente. Quando comparado a cidades de todo o Brasil, essas posições são de 1479<sup>o</sup> de 5570 e 1803<sup>o</sup> de 5570, respectivamente.

A APS em São Luís segue as diretrizes da PNAB, buscando expandir, qualificar e consolidar a atenção primária. Para tanto, conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes de Saúde Bucal (ASB), equipes de Atenção Primária (EAP), Equipes de Agente Comunitários de Saúde (EACS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) por distrito sanitário.

De acordo com Plano Municipal de Saúde de São Luís (2022/2025), os serviços são ofertados por meio de 125 ESF, 10 EACS, 51 ESB, uma equipe de Consultório na Rua (CnR), 08 EAP e 03 EAP-SB.

Essas equipes estão distribuídas em 51 UBS, entre os sete distritos sanitários da cidade. O Plano aponta que não houve expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família entre os anos de 2017 e 2019. Contudo, houve um crescimento no número

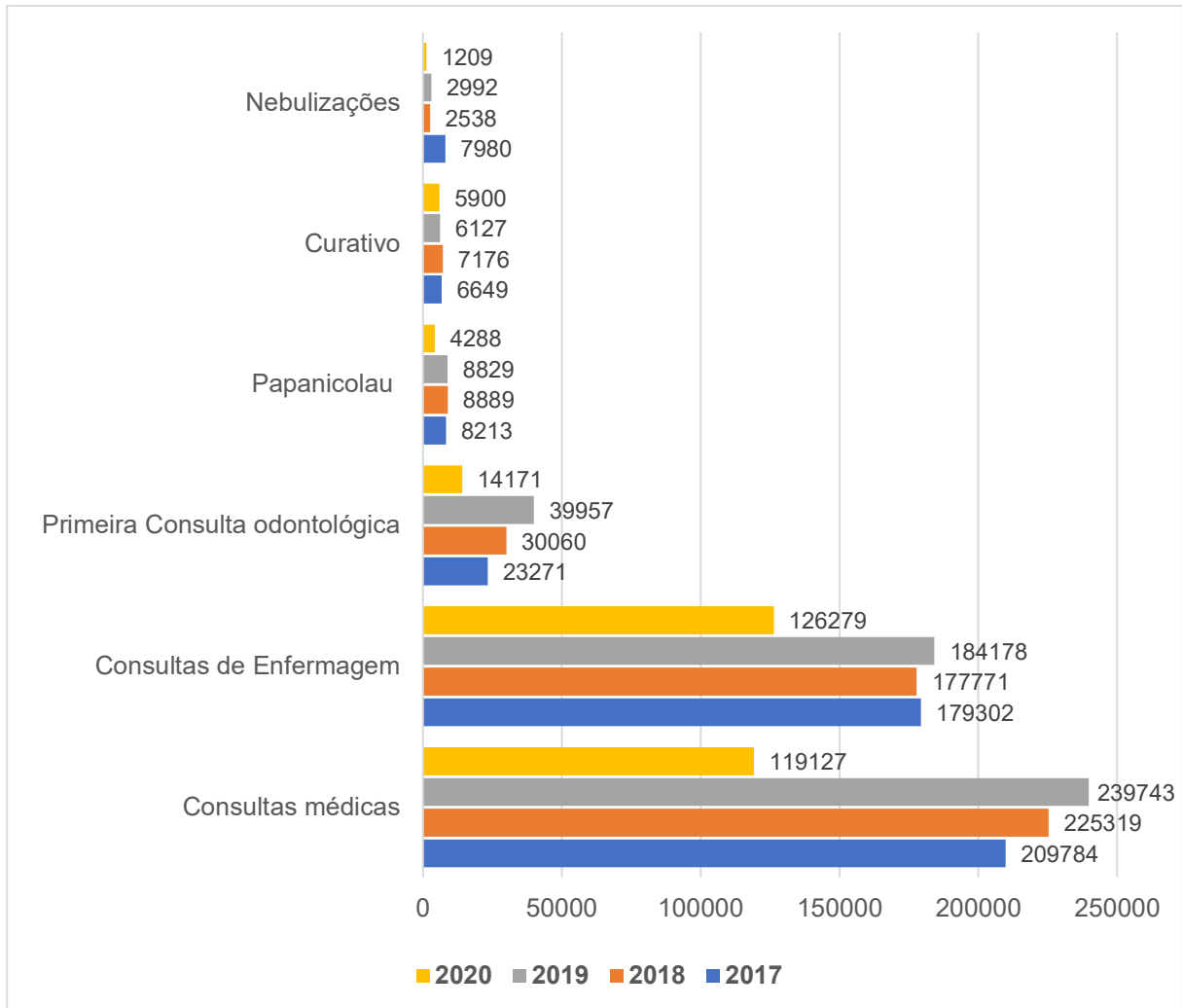
de ESF e ESB no ano de 2020, além da implantação de 8 EAP e 3 EAP-SB, com a abertura de 1 UBS. Atualmente, a cobertura da APS atinge apenas 47,33% da população, considerando a população atual.

O Plano Municipal destaca ainda a necessidade de ampliar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, indicando que seriam necessários o credenciamento de 150 Equipes de Saúde da Família e 750 Agentes Comunitários de Saúde para alcançar 100% da população.

Esse quadro de baixa cobertura da APS em São Luís contrasta negativamente com outras cidades do país. Segundo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), apenas 53% dos municípios brasileiros (cerca de 2.998 municípios) alcançam 100% de cobertura. Esse cenário reflete a realidade de que o corte nos gastos públicos, a precarização das condições de trabalho e a mais recente readequação da ESF, coroada com a EC 95, dificultam o acesso das pessoas e a continuidade das ações de saúde.

Em relação aos serviços ofertados pela APS, o Plano Municipal de Saúde já evidencia a redução na prestação de serviços no contexto da pandemia de COVID-19, conforme demonstrado em apresentação gráfica. A pandemia teve um impacto significativo na organização e na capacidade de resposta dos serviços de saúde, evidenciando ainda mais as fragilidades estruturais e de financiamento que já existiam.

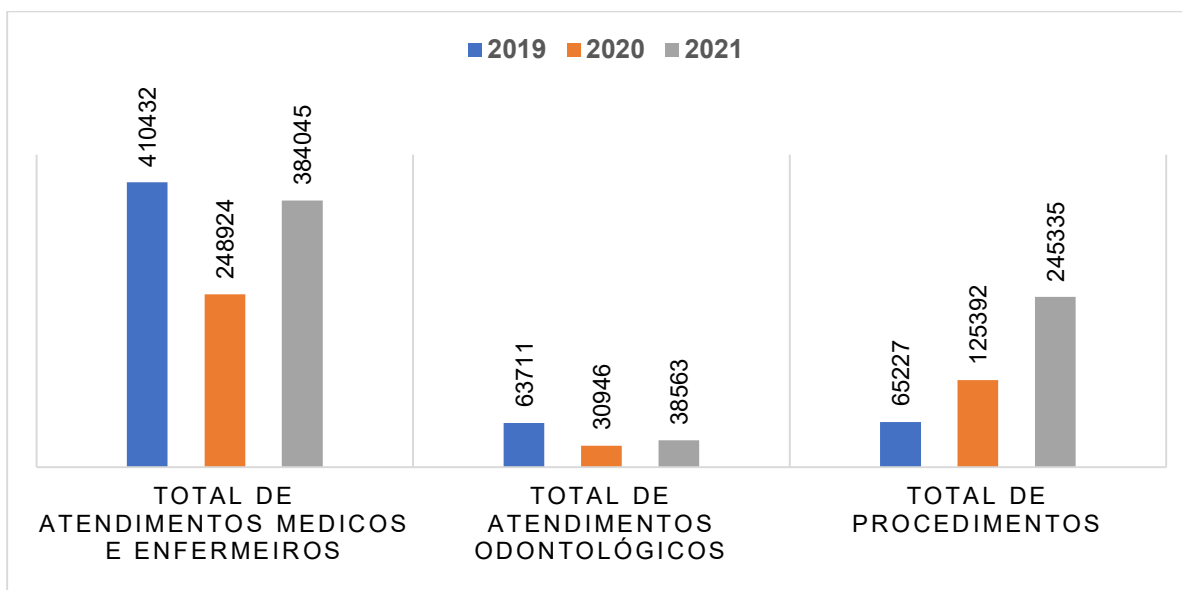
**Gráfico 1 – Série histórica do número de atendimentos gerais nas UBS (2017-2020)**



Fonte e-SAUDE – Plano Municipal De Saúde (2022/2025)

Como se observa no gráfico, nos serviços ofertados pela APS em São Luís, houve uma queda significativa em 2020, em comparação com os anos anteriores à pandemia, impactando diretamente a população usuária dos serviços de entrada no SUS. Essa redução nos serviços ofertados reflete a dificuldade de manter a continuidade das ações de saúde durante a crise sanitária, agravada pela necessidade de direcionar recursos e esforços para o enfrentamento direto da COVID-19.

**Gráfico 2 – Série histórica do número de atendimentos médicos, enfermeiros e dentistas nas UBS em São Luís (2019-2021)**



Fonte: SISAB

Neste gráfico é possível observar como em 2021, o número de atendimentos médicos e de enfermagem caiu significativamente, em razão da pandemia, tendo um aumento no segundo ano da pandemia de COVID-19.

Existem ainda outros dados sobre a APS que precisam ser considerados, definidos pelo Programa Previne Brasil, que são indicadores de pagamento por desempenho, sendo eles: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas realizadas; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Cobertura de exame citopatológico; Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida; Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

**Tabela 1 - Relatório de indicadores da Atenção Básica – São Luís (2020)**

Indicador	Quadrimestre 1	Quadrimestre 2	Quadrimestre 3	Meta
Pré-natal (6 consultas)	15%	11%	19%	60%
Pré-Natal (Sífilis e HIV)	37%	38%	48%	60%
Saúde Bucal Gestantes	13%	14%	18%	60%
Cobertura Citopatológico	7%	6%	6%	40%

Cobertura Pólio e Penta	28%	67%	73%	95%
Hipertensão	0%	1%	1%	50%
Diabetes	4%	4%	4%	50%

Fonte: SISAB

A Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, apresenta a ficha técnica dos indicadores da Atenção Básica, visando monitorar e avaliar o desempenho da PNAB e das ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária. O monitoramento e a avaliação se transformam em ferramentas de transparência, a fim de prestar contas à população sobre o investimento na área da saúde. Eles auxiliam a analisar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando, assim, a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Pode-se observar pelos dados da Tabela 1 que, para o ano de 2020, São Luís não conseguiu alcançar a meta em nenhum dos indicadores. Dentre eles, o que apresenta melhor rendimento é o indicador de cobertura vacinal, sendo o que mais se aproxima da meta. Em contrapartida, o índice mais baixo é o atendimento a hipertensos e diabéticos, cuja meta é de 50%, mas o maior percentual registrado é de 4%.

**Tabela 2 - Relatório de indicadores da Atenção Básica 2021**

Indicador	Quadrimestre 1	Quadrimestre 2	Quadrimestre 3	Meta
Pré-natal (6 consultas)	26%	29%	34%	60%
Pré-Natal (Sífilis e HIV)	50%	45%	50%	60%
Saúde Bucal Gestantes	15%	12%	16%	60%
Cobertura Citopatológico	5%	5%	5%	40%
Cobertura Pólio e Penta	52%	41%	31%	95%
Hipertensão	3%	3%	4%	50%
Diabetes	3%	4%	7%	50%

Fonte: SISAB



O cenário de 2021 também se assemelha ao de 2020, apresentando alguns avanços no indicador de proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, que chegou a alcançar, no terceiro quadrimestre, o percentual de 50%, aproximando-se da meta de 60%. Contudo, houve um decréscimo no indicador de cobertura vacinal de Poliomielite e Pentavalente, caindo, no terceiro quadrimestre para 31%, quando a meta estimada era de 95%.

As metas não alcançadas podem ser reflexo da baixa cobertura da APS em São Luís, que não chega a alcançar nem 50% da população. Além disso, é possível prever que a crise sanitária também influencia a evolução dos indicadores, tendo em vista o processo de readequação dos serviços de saúde para atender pacientes com síndromes respiratórias.

Além disso, Silva *et al.* (2023), destacam que municípios mais desenvolvidos, mais populosos, mais populosos e que apresentam maior cobertura de planos de saúde, exibem características negativas em relação à expansão da ESF. Isso ressalta a necessidade de problematizar sobre a universalidade da APS no âmbito no SUS.

#### **4.2.1 A reconfiguração da Atenção Primária e a experiência do Centro de Saúde da Vila Bacanga na assistência à saúde no período pandêmico entre 2020 e 2021.**

O Centro de Saúde da Vila Bacanga (unidade Embrião), situado na Vila Bacanga, área Itaqui Bacanga em São Luís - MA, é um equipamento de atenção à saúde primária que realiza atendimento da população adscrita. Trata-se de um órgão público de gestão municipal que funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas. Este equipamento de saúde localizado em uma região apontada como uma das mais populosas da cidade, abrigando diversas empresas, uma universidade, além de um porto de grande relevância comercial.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Centro de Saúde da Vila Bacanga oferece serviços de atenção primária, imunização, serviço de atenção ao pré-natal, serviço de atenção integral em hanseníase, atendimento de doenças crônicas (acompanhamento de diabéticos e hipertensos) e práticas integrativas e complementares.

A unidade conta com 42 (quarenta e dois) profissionais no total, 3 (três) equipes de E-SF e 1 (uma) equipe de saúde Bucal. A equipe denominada de E-SF

60194, que atende a população do bairro Sá Viana, conta com 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro e 7 (sete) agentes comunitários de saúde, assistindo 824 famílias. A equipe E-SF 1705957, que atende o bairro da Vila Bacanga é composta por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro e 5 (cinco) ACS, assistindo 1.039 famílias. Já a terceira equipe, E-SF 60208, conta com 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro e 4 (quatro) ACS's, assistindo 584 famílias do bairro Vila Isabel.

Para avaliar os impactos das medidas de controle da pandemia na assistência à saúde prestada à população no campo da atenção primária no Município de São Luís - MA, o estudo se debruçou sobre as ações adotadas para contenção da infecção pelo coronavírus. Foram examinados decretos e portarias municipais relacionados à pandemia de COVID-19 e analisados os impactos dessas medidas no terreno empírico do Centro de Saúde da Vila Bacanga. Nesse sentido, foi realizada análise de dados secundários da unidade, como relatórios de produtividade do e-Saúde AB, e pesquisa qualitativa com aplicação de entrevista semiestruturada com trabalhadores e usuários da referida unidade de saúde.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) recebendo o Parecer nº 6.594.093, aprovado em 20 de dezembro de 2023. A pesquisa, na modalidade qualitativa, envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas, ocorrendo no período de 08 a 19 de janeiro de 2024, e alcançou 21 entrevistados. Destes estes, 6 eram profissionais que atuam na unidade e que permaneceram no exercício da função no período entre 2020 e 2021 e 15 eram usuários assistidos na unidade de saúde no mesmo período. O gestor que também seria o alvo da pesquisa, foi descartado, pois a atual gestão da unidade, está nesta função apenas a partir de 2022, ou seja, fora do período determinado para a pesquisa. Para a análise dos dados, foi aplicada a técnica de análise de discurso que trabalha com o sentido do texto, em diferentes níveis de linguagem indo tanto de níveis superficiais até camadas discursivas em que se insere estruturas ideológicas.

As medidas no primeiro ano de controle da pandemia no âmbito no município de São Luís, envolveram a emissão de 12 normas, entre decretos e resoluções. A primeira dessas normas foi o Decreto nº 54.890, de 27 de março de 2020, que estabeleceu procedimentos e regras para fins de prevenção e transmissão da COVID-19, além de instituir o Comitê Municipal de Combate de Prevenção e Combate ao

COVID-19. Por meio desta normativa, foram recomendadas diversas ações no âmbito do poder executivo municipal incluindo: higienização de transportes coletivos; orientações para evitar aglomerações em locais fechados, tais como cinemas, teatros, academias de ginástica, centros esportivos; avaliação dos gestores quanto a seleção de servidores para o teletrabalho; suspensão de cirurgias eletivas; suspensão das atividades escolares da rede municipal, estendendo a medida para a rede privada.

Essas medidas foram fundamentais para a contenção inicial do vírus e refletiram as ações adotadas em diversos municípios do país, alinhadas às recomendações das autoridades de saúde nacionais e internacionais.

No que tange a prestação dessa linha de cuidado de atenção primária no SUS, no município de São Luís, no período pandêmico, foi inicialmente regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde através da Portaria N° 045/2020 de 18 de março de 2020. Este instrumento normatizou a dinâmica de funcionamento dos serviços pertencentes a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís frente à incidência de infecções respiratórias virais, principalmente COVID-19.

No que se refere às orientações para as Unidades Básicas de Saúde, a portaria estabeleceu que era necessário garantir o vínculo dos usuários com as UBS afim de evitar aglomerações nos serviços de urgência. Desta forma, as UBS deveriam realizar atendimento por demanda espontânea. As consultas previamente agendadas foram suspensas, mantendo-se o apenas pré-natal por bloco de hora, sendo uma gestante a cada 30 minutos. Conforme essa normativa, todos os grupos de atendimentos coletivos deveriam ser suspensos, tanto da ESF quanto das equipes do NASF. Desta maneira todos os profissionais foram alocados para atendimentos de demanda espontânea.

Atendimentos dos consultórios de rua foram mantidos, porém com suspensão das atividades coletivas. A assistência odontológica foi suspensa, sendo mantida apenas avaliação por demanda espontânea e condutas em situações urgentes. Igualmente suspensas foram a realização de exames e preventivos de câncer do colo uterino e visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. Os profissionais passaram a desenvolver atividades no âmbito da unidade, realizando cadastro individual e domiciliar de pessoas com sintomas respiratórios que eventualmente buscassem a unidade.

A portaria também determinou a presença de pelo menos um profissional de cada categoria durante todo o horário de funcionamento da unidade básica de saúde, para atendimento de pacientes com arboviroses, doenças diarreicas, sintomas respiratórios leves, e, se necessário, atendimento domiciliar. Além disso, indicou que pacientes idosos, gestantes, puérperas, pessoas com doenças crônicas que apresentarem sintomas gripais deveriam ter atendimento prioritário. Todas as unidades deveriam também garantir um espaço reservado para atendimento de pacientes com sintomas respiratórios.

Em relação à organização e funcionamento da unidade, o anexo da referida portaria descreve no item 15.1, recomendações para organização da sala de atendimento das pessoas com sintomas gripais. Dentre elas, estão: sala próxima ao banheiro para uso individual, manutenção de janela aberta e porta fechada, ar-condicionado desligado, garantia de disponibilidade de máscaras cirúrgicas, papel toalha para higiene nasal, pia para lavagem das mãos e lixeira para descarte de lixo contaminado.

A portaria também descreve o fluxo para atendimento do usuário com sintomas gripais, seguindo critérios da vigilância epidemiológica. O processo inicia-se com o fornecimento de máscaras cirúrgicas e encaminhamento para a sala de atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios. A triagem da enfermagem inclui a medição de temperatura axilar, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio com devido registro. Após essa triagem, o paciente é encaminhado ao médico para avaliação clínica e condução, conforme o fluxo municipal.

A portaria ainda adotou uma tabela com cuidados domésticos do paciente em isolamento domiciliar.

**Quadro 1 - Cuidados domésticos do paciente em isolamento domiciliar por 14 dias desde a data de início dos sintomas de síndrome gripal**

<b>CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS DESDE A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL</b>		
Sempre reportar à equipe de saúde que acompanha o caso o surgimento de algum novo sintoma ou piara dos sintomas já presentes.		
Isolamento de contato do paciente	Precauções do cuidador	Precauções gerais
Permanecer em quarto isolado, bem ventilado e sem	O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável)	Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao

<p>divisão com outros membros da família: Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos), Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados: Utilização de máscara cirúrgica. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara cirúrgica sempre que esta estiver úmida ou danificada; Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara. Sem visitas ao doente: O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões. preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.</p>	<p>quando estiver perto do paciente caso a máscara fique úmida ou com secreções. deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara. o cuidador deve lavar as mãos; deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes e depois de ir ao banheiro, antes e depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessária. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas; Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida.</p>	<p>papel-toalha. Caso não seja possível. utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida: Todos. - . os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando (orem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso; evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis; Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 09 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes; lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C. deixe secar</p>
---	---	--

Fonte: Portaria SEMUS/ N° 045/2020 de 18 de março de 2020.

Além desse quadro foram expedidas recomendações para fornecimento de atestado médico, orientações quanto ao registro da produtividade no e-SUS AB e orientações aos profissionais no atendimento ao paciente com sintomas gripais, incluindo orientações para o isolamento domiciliar dos pacientes.

### **Quadro 2 - Orientações para o isolamento domiciliar dos pacientes**

<b>ORIENTAÇÕES PARA O ISOLAMENTO DOMICILIAR DOS PACIENTES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar se o paciente tem condições de seguir as orientações de isolamento domiciliar;</li><li>• Orientar que, no período estabelecido, o paciente deve permanecer em casa, de preferência restrito a um quarto e com o mínimo contato interpessoal possível, em especial com idosos;</li><li>• Eleger contato próximo que monitore o paciente, principalmente no caso de idosos;</li><li>• Escolher quarto bem ventilado e orientar que o paciente fique a maior parte do tempo nesse quarto, saindo apenas em casos excepcionais;</li><li>• Instalar no local uma lixeira com saco de lixo / sacola para descarte de lenços;</li><li>• Utilizar máscara em locais compartilhados com outras pessoas, como cozinha e sala e, quando sem máscara, cobrir a boca com lenço ao tossir e espirrar.</li><li>• Também pode-se utilizar a parte interna do braço para cobrir a boca. Higienizar as mãos com frequência.</li><li>• Não dividir talheres, copos, alimentos, toalhas e outros utensílios de uso individual com outras pessoas.</li></ul>

Fonte: Portaria SEMUS/ N° 045/2020 de 18 de março de 2020.

O Centro de Saúde da Vila Bacanga, conforme a Portaria n° 045/2020, teve o seu foco redirecionado exclusivamente para o atendimento de usuários com sintomas gripais leves, suspendendo todos os demais serviços e programas da APS. Isso resultou no impacto direto nas ações da APS, com a interrupção dos atendimentos pela ESF, Saúde Bucal, imunização, programa de hanseníase, acompanhamento de gestantes, diabéticos e hipertensos.

Com a explosão da pandemia de COVID-19, a unidade precisou ser reorganizada, e a maioria dos serviços foi suspenso. Dos 42 (quarenta e dois) trabalhadores inicialmente presentes, apenas 6 (seis) profissionais permaneceram disponíveis para os atendimentos, uma vez que muitos precisaram se afastar devido ao pertencimento aos grupos de risco para infecção por COVID-19. Assim, a unidade passou a contar apenas com 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) técnico de

enfermagem, além de profissionais de apoio, auxiliar administrativo e serviços de portaria.

Em relação a produtividade, no ano de 2021, o Centro de Saúde da Vila Bacanga registrou no sistema e-SUS APS<sup>17</sup> um total de 6.448 atendimento individuais, número bem a baixo da meta mensal de 1.500 atendimentos por mês.

**Tabela 3 - Relatório de Atendimento Individual – Centro de Saúde Vila Bacanga**

2020												
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
586	355	226	456	1353	927	600	373	185	520	380	487	6448

Fonte: Sistema e-Saúde APS (Centro de Saúde da Vila Bacanga)

Como se pode observar a partir dos dados extraídos da tabela, é possível afirmar que o primeiro quadrimestre de 2020 representa o menor índice de atendimentos realizados pela a unidade, principalmente por ser o início da pandemia, quando foram adotadas as primeiras medidas para a conter o vírus e definir a estratégia de atuação da APS frente a crise sanitária. Em março de 2020, a unidade registrou o menor percentual de atendimentos do semestre, com apenas 226 atendimentos individuais, coincidindo com o momento em que os números de infectados avançaram e houve aumento no número de mortes no país. O último quadrimestre do ano também começou com baixa nos atendimentos, registrando apenas 185, aumentando nos meses seguintes e encerrando com média de 1.574 atendimentos.

**Tabela 4 - Relatório de atendimento individual – Centro de Saúde Vila Bacanga**

Ano 2021												
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Total
443	480	515	553	706	547	757	692	663	819	819	419	7140

Fonte: Sistema e-Saúde APS (Centro de Saúde da Vila Bacanga)

<sup>17</sup> O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Visa a reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, como proposta de qualificar a gestão da informação para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Os números de atendimentos individuais em 2021 apresentaram uma pequena elevação, alcançando um total de 7.140 atendimentos, o que representa um aumento anual de 692 atendimentos. De modo geral, os meses mostraram poucas oscilações nos registros, com algumas quedas mais evidentes no final do ano, culminando em 419 atendimentos no último período. Apesar do crescimento nos registros, a unidade não conseguiu alcançar a meta mensal de 1.500 atendimentos.

O ano de 2021 foi marcado pela vacinação em massa contra a COVID-19, porém também foi o ano mais letal desde o início da pandemia. As pessoas relaxaram as medidas de controle da infecção, resultando em um aumento significativo no número de óbitos. No início do ano, o país já contabilizava cerca de 200 mil mortes pelo vírus, e em 6 de abril de 2021, registrou-se um recorde diário de 4.195 óbitos.

Pelo levantamento feito até aqui, é possível inferir que a forma de organização e gestão no combate ao vírus impactou diretamente a assistência à saúde prestada para a população na porta de entrada do SUS. De acordo com a Portaria nº 045/2020, foi definido o funcionamento das unidades básicas de saúde, os cuidados da equipe de saúde no atendimento a pessoas com síndromes gripais e manejo dos sintomas, especialmente nos casos em que era recomendado o isolamento domiciliar. Entretanto, não foi previsto como as equipes da ESF poderiam atuar para apoiar a detecção precoce de infecção por COVID-19, monitoramento de casos leves, rastreamento, atendimento de quaisquer outros problemas de saúde, visando garantir a continuidade do cuidado e, sobretudo, apoio social a grupos mais vulneráveis para que pudessem aderir às medidas de prevenção de contágio.

Visando analisar essa forma de organização da APS para atender às demandas lançadas pela pandemia de COVID-19, foram entrevistados os profissionais da UBS Vila Bacanga. Na oportunidade, foi possível captar como se deu a atuação da unidade:

“Olha, no caso, a unidade, funcionou para covid, a gente recebeu um memorando via e-mail, informando sobre o afastamento dos profissionais com comorbidade, aí no período ficou trabalhando só eu, a outra técnica, o vigia, e vieram um enfermeiro e outra técnica de enfermagem para dar suporte e um médico, para ficar fazendo o atendimento”. Então nós ficamos como referência na área para casos de síndromes gripais” (Profissional 01).

“Olha, na época a gente deixou de atender as demandas que era a rotina, gestantes, hipertensos, diabéticos, e a gente ficou direcionado só para covid-19, só para síndrome gripal, então a gente mudou muito a rotina de trabalho, atendíamos só por demanda espontânea. Ficamos atendendo, se não me engano das 07 até as 19 horas e era só síndrome gripal, a gente não atendia,



nenhum hipertenso, nenhum diabético, nada, só era gripe e covid” (Profissional 02).

“Na rotina do trabalho, sim, no começo tivemos muitas mudanças, porque aqui viramos um posto de referência, e eu fiquei de dois a três meses nesse atendimento direito, aí mudou toda a rotina né, porque a gente deixou de atender a questão da estratégia em si, dos programas, foi tudo suspenso, e a gente passou a atender somente as pessoas com sintomas respiratórios, de certa forma houve muita mudança na rotina” (Profissional 03).

Na fala dos profissionais, ficou manifesto a mudança do perfil de atendimento da unidade, com a eclosão da pandemia de COVID-19. Passou-se a atender por demanda espontânea as pessoas com síndromes gripais, configurando a unidade, conforme evidenciado nas falas, como uma pequena emergência para sintomas gripais, suspendendo as atividades e programas da APS. Sobretudo, chama a atenção a fala do primeiro entrevistado ao apontar que a equipe foi reduzida com o afastamento dos profissionais de saúde que possuíam alguma comorbidade, e por isso, estavam no grupo de risco. Desta forma, as equipes tiveram como desafios além da mudança no perfil de atendimento, atuar com uma redução do quadro de profissionais. Além da redução por afastamento dos profissionais por comorbidade, ao longo do processo as equipes também foram desfalcadas porque os profissionais também se infectaram pelo vírus.

“Eu tive covid-19, logo no primeiro ano da pandemia e precisei me afastar do trabalho, fiquei 14 dias isolada por conta do vírus, que era o protocolo na época” (Profissional 02).

E também enfrentaram outros problemas de saúde decorrentes da pandemia.

“Eu não tive covid-19, e nunca precisei me afastar por conta do vírus e também não era grupo de risco, mas eu me afastei um período porque desenvolvi ansiedade, por conta do trabalho na pandemia” (Profissional 03).

Mas, os que ficaram no exercício da função, foram impactados pelos desfalques nas equipes.

“Trabalhamos com a equipe mínima, tivemos muitos afastamentos. Praticamente todo mundo se afastou, até o diretor da época foi o primeiro a se afastar, pois era grupo de risco, Eu não tive covid, se tive fui assintomático e nunca me afastei nenhum dia de trabalho, em nenhum momento precisei me afastar, mas teve dia de ficar somente eu e uma técnica” (Profissional 01).

Os impactos para os trabalhadores também envolveram aumento da sobrecarga de trabalho e até mesmo reorganização das funções:

“Eu tive alteração na minha rotina de trabalho em relação ao aumento de horas trabalhadas, porque eu trabalho só um turno, mas em alguns momentos eu precisei ficar os outros para cobrir desfalques” (Profissional 01).

“Eu trabalho na atenção primária há doze anos, trabalho esse tempo aqui no posto. Aqui eu faço aplicação de vacinas, vacinadora e triagem. Eu trabalhava como vacinadora, mas com a mudança as vacinas foram todas devolvidas para a imunização, então fiquei só fazendo a triagem dos pacientes”. Na triagem eu verificava a saturação, pressão, e encaminhava para o médico”. (Profissional 04).

Como observado, as atividades de atenção à saúde primária foram explicitamente reduzidas e até mesmo totalmente suspensas no período mais agudo da pandemia, seja por meio da reorganização do fluxo de atendimento ou adaptações das ações da APS.

Para os entrevistados, foram muitas as mudanças no processo de trabalho:

“No início estava todo mundo perdido até porque a unidade não tinha aquela noção de como a gente ia funcionar de forma emergencial né, aí no começo o fluxo, até seguir direitinho demorou bastante, porque os profissionais foram reduzidos, a maioria dos nossos agentes de saúde e dos nossos técnicos são idosos, então eles saíram, foram afastados, a gente teve que contratar outras pessoas, até se adaptar foi difícil, não foi fácil, porque imagina, uma atenção básica virar emergência né, foi difícil, foi muito pesado” (Profissional 02)

Nesse sentido, torna-se importante considerar essa fala e problematizar o significado da APS vista a partir de um modelo de atendimento emergencial. A readequação dos serviços primários para atender aos casos de coronavírus exigiu dos profissionais a adoção de novas condutas as quais eles não foram preparados. Atuar num ambiente que exigia organização estrutural com isolamento e distanciamento social, utilização de EPIs e outros equipamentos como oxímetros, além da verificação conjunta de parâmetros como saturação e temperatura, foi necessário para que os atendimentos ocorressem de forma segura e resolutiva. Isso contrastou significativamente com a forma habitual da APS até então. Por isso, a reconfiguração da APS para enfrentar a crise sanitária foi descrita pelos trabalhadores como um período de dúvidas e incertezas.

Por isso que a reconfiguração da APS para atender a crise sanitária foi expressa pelos trabalhadores como um momento de dúvidas e incertezas.

“Foi algo novo, que ninguém esperava, a gente não estava preparado, foi bem atribulado, diferente de tudo que a gente viveu né, então a gente teve, como te falei no começo, a gente tentava encontrar formas de melhorar esse fluxo de atendimento mas foi muito difícil, cansativo, exaustivo, fisicamente, psicologicamente, a gente foi muito abalado, tanto é que depois eu realmente desenvolvi ansiedade, porque trabalho também em outro hospital, em UTI, então eu fiquei muito cansada, foi muito estressante” (Profissional 03)

“Foi um período muito complicado, principalmente no começo, tivemos uma demanda para atender, e na área Itaqui-Bacanga, a única unidade para atendimento era a nossa, depois estenderam para outras unidades, mas com o tempo o fluxo foi diminuindo” (Profissional 01).

Na percepção dos trabalhadores a UBS deixou de ser um equipamento no território cujo pilar de trabalho era o referenciamento da população, passando a funcionar como uma emergência.

“Quando a gente recebia alguém com sintomas mais graves, que passava pela triagem o médico encaminhava para outro local” (Profissional 01).

“Nós não tivemos desvio do exercício profissional específico né, porque a gente passou a atender outro perfil e ficamos como se fosse uma emergência, não tinha aquele caráter que a gente já era padrão, dos usuários referenciados”. A gente trabalhava com pacientes agendados, então depois que terminava aqueles atendimentos programados do dia, era só organização da rotina, mas com a pandemia não, a gente ficava aguardando esses pacientes nos procurarem” (Profissional 02).

Nessa perspectiva, os atendimentos consistiam basicamente em triagem, atendimento médico e encaminhamento para unidades mais complexas. Nas falas dos profissionais, não foi evidenciada uma continuidade do cuidado pelas equipes, conforme expresso.

“O atendimento passou a ser por livre demanda, as pessoas chegavam com sintomas gripais e respiratórios e a gente fazia a triagem, aí passava para a consulta médica, e aí lá se tomava as condutas. Mas aqui a gente não fazia nenhuma testagem para covid” (Profissional 03).

“No começo a gente se assustou, foi começando a chegar os pacientes, cada um pior do que o outro, tinha caso que a gente atendia aqui mesmo e tinha caso que a gente mandava para unidade onde era mais viável ir, mas a gente ficou um pouco apavorado, depois foi passando o primeiro ano, depois o segundo ano, a pandemia continuou e aí que a gente foi entendendo melhor como trabalhar” (Profissional 04).

Conforme o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária, publicado pelo MS em abril de 2020, a APS como porta de entrada no SUS desempenha um papel fundamental frente a surtos e epidemias. O objetivo do documento foi definir o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da

infecção COVID-19, além de disponibilizar orientações clínicas para os profissionais que atuam nessa área. O documento norteou sobre a estratificação dos casos leves e graves, o manejo terapêutico e as medidas de prevenção comunitária e apoio da vigilância ativa. Importante frisar que as últimas ações não foram mencionadas como escopo de atuação da equipe atuante na unidade.

No que se refere a uma atuação das equipes com foco na vigilância em saúde nos territórios, orientando os indivíduos com maior risco de desenvolver quadros graves, não ficou evidente principalmente devido à indisponibilidade de recursos, tanto em termos de equipamentos quanto de pessoal humano.

“Nós não tivemos cobertura no território das equipes de ACS”. Todos se afastaram” (Profissional 01).

“Aqui a gente não fazia teste de covid, mandava para a unidade mista, lá fazia” (Profissional 02).

“Aqui no posto deixou muito a desejar, porque aqui não tinha o suporte básico, uma medicação endovenosa, algo que se pudesse fazer não tinha, era algo bem superficial, somente atendimento e encaminhamento, na verdade, neste posto, não sei como era nos outros” (Profissional 03).

Entende-se a partir das declarações que os atendimentos realizados, em geral, foram superficiais devido à carência de infraestrutura, insumos, equipamentos e recursos humanos, além da ausência e distanciamento dos usuários. Em meio às limitações impostas pela pandemia, como a redução do quadro de profissionais e o modelo de assistência focado em síndromes gripais, os profissionais que permaneceram em atividade afirmaram ter recebido os equipamentos de proteção individual necessários para garantir a segurança própria e dos usuários. No entanto, destacaram que era necessário racionar esses equipamentos devido à possibilidade de escassez.

“Nós não tivemos falta com relação a EPIS, no início tinha pouca máscara, pouco avental, pouco álcool em gel, mas tudo dentro do controle, tudo era limitado fizemos o uso racional e nunca faltou” (Profissional 01).

“Recebemos os EPI's no início sim, mas quando já chegou no período mais grave começou a faltar algumas coisas” (Profissional 02).

“No início a gente recebeu os EPIS com muita dificuldade, mas com o tempo recebeu mais regular”. Luvas, máscaras, capacete” (Profissional 03).

O acesso aos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) tornou-se uma preocupação mundial desde o início da emergência sanitária devido à escassez dos estoques globais e ao uso irracional motivado pela desinformação e pelo pânico. Essa questão não pôde ser completamente resolvida, principalmente devido à capacidade limitada de expansão da produção.

Pompeu e Slovic (2023) analisaram que abordar o acesso aos EPIs durante a crise sanitária se tornou crucial, pois essa limitação afeta diretamente a capacidade de enfrentamento da pandemia. Segundo eles, a demanda gerada pela pandemia e o comportamento de pânico do mercado esgotaram os estoques em todo o mundo. No Brasil, a situação foi ainda mais grave devido aos problemas crônicos de financiamento e acesso aos insumos no âmbito do SUS.

O impacto da ausência de EPIs está centrado sobretudo na diminuição da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde, a rigor porque exacerba o risco ocupacional dos profissionais de saúde. Na pesquisa em questão, podemos apontar que além do afastamento de maior parte dos trabalhadores, devido o risco aumentado de terem condições de saúde complicadas em decorrência de uma infecção, aqueles que permaneceram nos postos de trabalho, tiveram que lidar com a possibilidade de ausência de insumos, capacitações quanto ao uso e descarte adequado dos equipamentos e principalmente adequação a rotina incessante, com carências diversas.

Sobre as demandas dos usuários que buscavam assistência à saúde no período da pandemia, os profissionais de saúde revelaram:

“Eles foram orientados a procurar atendimento na vila Embratel, no Clodomir, no São Raimundo, em outras unidades” (Profissional 01).

“No começo os pacientes ainda vinham buscar atendimento, mas era assim, a gente teve uma época que a gente foi tentando se adequar, a gente separou uns dias para atender só hipertenso, diabético, tentando não misturar, mas aí acabou que não dava certo, e ficou só mesmo sintomáticos para covid mesmo, até porque tinha outras unidades que não era referência para covid, então os usuários iam para essas unidades”. (Profissional 03).

“Alguns ainda vinham procurar atendimento aqui, daí a gente explicava que não estava atendendo que era só referência covid, uns saíam zangados, mas no final entendiam que a gente não podia fazer nada” (Profissional 06).

A descontinuidade da assistência e do cuidado aos usuários da UBS Vila Bacanga ficou evidente devido à suspensão completa dos serviços durante a pandemia. Essa interrupção afetou diretamente os usuários, especialmente

considerando que a territorialização é um princípio fundamental da Atenção Primária à Saúde. Os profissionais destacaram que os usuários que dependiam dos serviços dessa unidade foram severamente impactados pela falta de atendimento durante esse período crítico.

“Houve prejuízo na prestação da assistência, com certeza, a gente deixou de dar assistência para as enfermidades crônicas, para as gestantes, então o fluxo, ele ficou bastante prejudicado” (Profissional 02).

“As consultas foram suspensas, aí ficou muito ruim para os pacientes que eram acompanhados aqui”, os diabéticos, os que fazem tratamento de TB (tuberculose), hanseníase” (Profissional 04).

“Eu acho que teve um sim prejuízo sim para os pacientes referenciados aqui, sabe quando a pessoa mora num bairro e tem aquela rotina todo tempo de ser atendido no posto e ficar sem (atendimento), eles ficaram perdidos, eles sentiram muito, e com a melhora da pandemia eles foram voltando” (Profissional 05).

“Eu tenho certeza que os pacientes foram muito prejudicados quando aqui passou a ser atendido somente covid. Eles eram os que precisavam mais e não podiam sair das suas casas para buscar a saúde, por medo. No período mais tenso da pandemia, os pacientes não apareciam aqui, tinham medo né” (Profissional 06).

A suspensão da prestação dos serviços na APS não apenas deixou os usuários desassistidos, mas também acarretou múltiplos prejuízos, como a limitação de acesso a medicações, insumos, exames, consultas. Isso possibilitou o agravamento das condições de saúde, especialmente dos usuários que dependem de cuidados contínuos. Os profissionais que atuam na unidade de saúde em questão avaliaram que além dos impactos na assistência prestada à população referenciada, houve um prejuízo significativo para a saúde dos pacientes que possuem doenças crônicas<sup>18</sup>.

“Para mim o público mais prejudicado foram os hipertensos e diabéticos, pois eles têm uma rotina para tomar a medicação certinha, fazer as consultas e eles já tinham o hábito de chegar aqui e já tinha o agente de saúde para organizar, para marcar o atendimento, ver a glicemia e a pressão e no caso quando a gente dizia que no momento o posto não estava fazendo esse tipo de atendimento eles pegavam aquele impacto e ficavam se perguntando para onde eu vou? Pois em todo lugar que a gente vai a maior parte agora é covid? E sentiram muito por isso. A gente teve muito paciente aqui da gente que morreu também né por covid” (Profissional 06).

---

<sup>18</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as patologias crônicas como doenças de lento desenvolvimento e uma longa duração, podendo acompanhar a pessoa durante a vida. Normalmente, os problemas persistem por período superior a seis meses e requerem tratamentos e terapias longas ou complexas.

“Alguns pacientes, voltaram para a gente com a diabetes descompensada, porque ficaram sem atendimento né, sem a continuidade, algumas crianças que não fizeram puericultura. Eu atendi criança que passou mais de um ano sem ir num posto, foi um ano sem consulta com pediatra, hipertensos da mesma forma, alguns pacientes que voltaram com a descoberta de uma insuficiência cardíaca após a pandemia, porque não ficaram acompanhando, então sem dúvida prejudicou muito as doenças crônicas e com sequelas associadas e sem contar os transtornos mentais, muitos pacientes desenvolveram.” (Profissional 02).

Além do destaque aos pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão, foi bastante presente na fala dos profissionais entrevistados o impacto no tratamento das pessoas com hanseníase e tuberculose.

“Depois que voltou a normatizar os atendimentos os pacientes foram voltando, mas para mim os pacientes de TB (tuberculose) foram muito afetados e juntamente com os de hanseníase” principalmente porque ficaram sem receber as medicações aqui” (PROFISIONAL 04).

“Sim, tivemos muito prejuízo na assistência ao usuário, tanto é que passamos a receber muitos pacientes descompensados, ficaram sem tomar as medicações, houve muito prejuízo. Eles tinham medo de sair né, mesmo que fosse para outras unidades, eles tinham receio de sair e ir buscar um atendimento, então eles não iam aferir a pressão, verificar a glicemia e não acompanhavam nada”. (Profissional 03).

“Eu acho que o grupo de diabéticos e hipertensos, principalmente os idosos, os grupos de riscos, ficou muito afetado, certamente para eles foi pior” (Profissional 02).

Entender que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde é fundamental nos sistemas universais. No contexto da crise sanitária, não há outra forma de pensar a não ser explorar a capilaridade da APS e sua presença nos territórios. Isso poderia incluir o monitoramento contínuo dos casos, além das ações de vigilância, especialmente porque em muitas regiões, a unidade básica de saúde é um dos poucos serviços disponíveis.

Os entrevistados destacaram que, embora as ações de enfrentamento à pandemia fossem necessárias, é crucial compreender que a vasta gama de problemas de saúde enfrentados pela população usuária do SUS requer ações contínuas de prevenção e cuidado, que não podem ser interrompidas. Portanto, é mais que necessário garantir a sustentabilidade da APS. Isso implica construir um fluxo sistêmico na rede de atenção à saúde, coordenando os diferentes níveis de assistência e permitindo que a APS atue na crise sanitária mantendo sua base

comunitária. Isso envolve trabalho em equipe, busca por uma atenção integral e não apenas o cumprimento de uma lista de serviços.

Para Giovanella *et al.* (2022, p. 201), o enfrentamento da pandemia de COVID-19 vai além de garantir o cuidado individual; ele requer uma abordagem comunitária de vigilância em saúde. Os serviços de atenção primária do SUS, especialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF), são destacados pelo seu modelo de atenção focado na responsabilidade territorial, orientação comunitária e capilaridade em todo o território nacional. Portanto, esses serviços devem ser compreendidos como fundamentais para enfrentar os desafios impostos pela pandemia.

Para os autores, faz-se necessária uma articulação do individual com o coletivo, ou seja, uma atuação integrada no âmbito das unidades de saúde com os territórios, a comunidade e seus equipamentos sociais. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da pandemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagens familiar e comunitária.

Além disso, manter o contato das pessoas com os profissionais da saúde que as atendem diariamente é fundamental. Isso não só para a detecção precoce da infecção por COVID-19 e seu monitoramento, mas também para o tratamento de outros problemas de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados e o apoio social aos grupos vulneráveis. Recursos como teleconsultas, processos de trabalho focados em medidas de precaução, disponibilização de EPIS, e a limpeza e desinfecção adequadas dos instrumentos de trabalho são estratégias que podem ser utilizadas para esse fim.

Parece que a reconfiguração da APS no contexto pandêmico no cenário empírico mencionado não seguiu essa proposta sugerida. Apesar da orientação para que os usuários fossem encaminhados para outras unidades, fora de seus territórios, isso teve um grande impacto, resultando na perda de vínculo e na descontinuidade do cuidado. Para os usuários vinculados às equipes que compunham essa unidade básica de saúde, não houve manutenção do acesso nem qualquer forma de readequação para garantir a continuidade dos serviços.

Tal percepção ficou evidenciada durante a pesquisa, especialmente quando se debruçou ao analisar as falas dos usuários adscritos na UBS da Vila Bacanga. Os



entrevistados já utilizavam os serviços da UBS, antes mesmo do período pandêmico, sejam por possuírem doenças crônicas que necessitam de acompanhamento, seja como porta de entrada para os demais serviços do SUS, conforme expresso nas falas.

“Eu frequento o posto de saúde há mais de 10 anos, aqui eu utilizo os serviços para pegar minhas receitas e receber meus remédios e também para consultar né. Eu tenho diabetes, tenho hipertensão, tenho problema na tireoide, colesterol, gordura no sangue, tudo isso aí” (Usuário 02).

“Eu moro aqui no Bacanga há 29 anos, então frequento esse posto desde essa época que eu moro aqui, porque eu trazia meus filhos para consultar, eu sempre faço meus acompanhamentos por aqui, então já faz um tempinho mesmo. Eu não tenho nenhuma doença crônica, só aquelas coisas que aparecem na gente, uma dor aqui outra ali, aí precisa fazer um exame, a gente corre aqui para pegar os encaminhamentos, essas coisas todas” (Usuário 03).

“Aqui eu consulto há uns 4 anos, aqui faço vacinação para criança, acompanhamento do bolsa família, ginecologista também” (Usuário 04).

“Aqui tem uma faixa de uns quatro anos que consulto aqui, o que eu tenho é pressão alta e diabetes. Eu faço o tratamento certinho” (Usuário 6).

No que tange a utilização dos serviços da UBS e ao acompanhamento das equipes de ESF, os usuários que não tiveram infecção por COVID-19, relataram que, em respeito às regras de isolamento e com receio de contaminação, optaram por não procurar atendimento na UBS durante a pandemia.

“Eu não tive nenhum (atendimento) negado assim, quer dizer, na época do covid eu não consultei, até porque a gente ficou nessa história do isolamento e tudo” (Usuário 05).

“Sim, eu estava com a pressão muito alta, e naquela época estavam atendendo só covid, e se fossem me atender corria o risco de eu pegar e piorar a situação, então não fui atendida” (Usuário 6).

“Eu não consultei aqui no tempo da pandemia, eu só comprava o remédio com a receita repetida. Eu usava máscara direto, eu nem saía de casa, meu marido viajou nessa época, eu não saía nem para comprar comida, meus filhos que levavam” (Usuário 09).

“Já tem mais de 20 anos, aqui faço consultas médicas, eu sou diabética e hipertensa. Na pandemia eu não vinha no posto não, eu só conseguia as receitas para comprar os remédios” (Usuário 10).

Os usuários que passaram pelo quadro de infecção por COVID-19 e utilizaram os serviços da UBS destacaram a importância de ter uma equipe disponível para atender a demanda presente. Eles valorizaram a presença e o suporte dos profissionais de saúde, mesmo em um contexto de grandes desafios e limitações.

“Ao contrário, eu fui tratada aqui, porque eu tive covid, fiquei muito ruim, eu vinha aqui era praticamente todo dia, por conta do covid, eu tive um atendimento muito bom aqui e agradeço muito por eles terem colocado uma equipe aqui para atender a gente, foi muito bom” (Usuário 13).

Além das pessoas que precisaram utilizar o espaço da UBS por sintomas gripais, é importante destacar a fala de uma gestante. Ela compreendia que, apesar do momento de enfrentamento da pandemia, não poderia ficar sem os atendimentos necessários. No entanto, salientou que precisou buscar fora da atenção básica.

“Aqui eu consulto há uns 4 anos, aqui faço vacinação para criança, acompanhamento do bolsa família, ginecologista também. Não tenho nenhuma doença. Na época do covid-19 eu estava grávida, era prioridade, então eu não poderia deixar de ser atendida e consultada, mas eu não fui atendida aqui, eu fiz consultas na Maternidade da Penha, Anjo da Guarda e procurei outro posto para fazer as vacinas, o que atrapalhou bastante porque eu tinha que ir mais longe né e acabava me expondo” (Usuário 4).

Essa fala corrobora com o que foi verbalizado pelos profissionais de saúde ao se referirem ao perfil dos usuários que mais foram impactados pela reconfiguração das ações da APS no período pandêmico no Centro de Saúde Vila Bacanga.

“Na minha avaliação os atendimentos mais prejudicados foram o hipertenso, para hipertensos e diabéticos, gestantes e puericultura que é o atendimento para criança, que aqui eles tinham bastante acesso, no período normal todos os dias eles estavam aqui, mas na pandemia eles não tinham como vir né, por possuírem fatores de risco”. (Profissional 2).

Mais uma vez, é possível inferir a quebra do cuidado dirigido à saúde materno-infantil e aos demais grupos prioritários. Dados de uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira da Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2021, a nível nacional, demonstraram que as atividades e serviços da atenção primária foram reduzidas em decorrência da pandemia de COVID-19. De acordo com essa pesquisa, entre julho e novembro de 2021, o atendimento por demanda espontânea e as consultas médicas e de enfermagem estavam mantidas em cerca de 75% das unidades básicas do país. Atendimentos de pré-natal estavam mantidos em 87% sem adaptação e 10% com adaptação. Já os atendimentos para continuidade do cuidado a pessoas com doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes, estavam mantidos em 73% e reduzidos ou suspensos em 13% das UBS no país.

De forma qualitativa, a fala dos usuários da atenção primária foi marcante, ao destacar o efeito das suspensões dos serviços e atendimentos.

“Na pandemia, eu não tive muita assistência de saúde, não recebi visita ou assistência de equipes de saúde, mesmo sendo grupo de risco, não recebi visita de agente comunitário de saúde” (Usuário 01).

“Eu não vim aqui na pandemia, não saía de casa” (Usuário 02).

“Olha na época sim, ficou um pouco difícil, como a gente tinha aquela coisa que não podia tá no posto porque estava no covid, poderia piorar o risco, pois é, então a gente ficou mais em casa isolado” (Usuário 06).

“eu não cheguei a ter atendimento negado porque eu realmente não procurei, tentei ao máximo me cuidar em casa, não comer açúcar para ficar controlada da diabetes, a gente sabia que a doença estava matando mais gente de risco como eu né, então fiz o que eu pude, com as minhas possibilidades” (Usuário 13”).

Na fala dos usuários ficou esclarecido como as medidas, não farmacológicas, de contenção da pandemia afetaram não só os seus acompanhamentos de saúde como também toda a rotina de vida.

“Eu me isolei por aqui mesmo dentro de casa, eu morava com minha mãe na época e filhos eu tive que ficar mais isolada, no meu quarto, ali trancada, sem falar com ninguém na rua, até pelo menos melhorar ne” (Usuário 6).

“Olha na época eu ia começar a fazer um curso, curso de culinária e um curso de artesanato, eu estava bem empolgada, mas aí foi quando começou tudo isso, tive que adiar, tive que ficar em casa, esperar passar o tempo, só que aí o tempo foi passando, fui esfriando um pouco, acabei que não dei continuidade” (Usuário 7).

“Eu estava trabalhando, mas hoje eu não estou mais, eu fiquei com medo porque dentro do ônibus tinha um risco muito grande, muita gente, lotado, gente tossindo, aquela coisa, fiquei com medo, preferir não ir mais e evitar” (Usuário 10).

“Eu trabalho como diarista, mas deixei de trabalhar e fiquei só em casa” (Usuário 14).

“Nessa época eu trabalhava numa loja, mas quando entrou a pandemia e quarentena, aí logo depois me deram férias, acabou as férias, e fiquei totalmente em casa, mas depois eu não tive como voltar e fiquei em casa mesmo, perdi meu trabalho, fiz um acordo na loja” (Usuário 15).

Para os usuários, o impacto sobre o trabalho e a renda foi muito marcante. Alguns entrevistados relataram que tiveram que optar entre continuar trabalhando, apesar dos riscos, ou deixar o trabalho, seja por pertencerem ao grupo de risco ou por conviverem com pessoas nesse grupo, enquanto outros foram afetados pelas mudanças no mercado de trabalho. À medida que os usuários enfrentaram essas mudanças, tanto no trabalho quanto nas suas interações sociais e comunitárias, é possível compreender que isso afetou suas condições de saúde. Considerando a

saúde em seu conceito ampliado, desde a reforma sanitária, entendemos que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um completo estado de bem-estar físico, mental e social.

Ainda no que tange ao trabalho desenvolvido na APS, em relação à atuação nos territórios, as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), precisam realizar o cuidado em saúde à população adscrita tanto nas unidades de saúde quanto no domicílio ou nos espaços comunitários. Contudo, no processo de reconfiguração da APS para atender as demandas apresentadas pela crise sanitária, muitos serviços foram suspensos, conforme a recomendação da Portaria. Sobre isso, os usuários destacaram:

“Eu tenho agente de saúde, mas na minha casa nunca foi, se foram não encontraram ninguém em casa, não é presente, quando eu quero uma consulta eu venho aqui e marco” (Usuário 2).

“A gente tem a cobertura do ACS, mas que eu lembre não, não recebemos visita deles, essa época eu não lembro não. Também não recebemos nenhuma visita de profissional de saúde” (Usuário 5).

“Não recebi visita de profissionais em casa, e olha eu morava aqui nesse bairro e sempre tinha, mas aí como eu tive que mudar, estou para outro bairro, lá eu fico um pouco desamparada, ainda não consegui falar com ninguém” (Usuário 6).

“Eu até tenho atendimento com agente de saúde, mas na pandemia eu nem lembro, acho que foi tudo suspenso mesmo, não recebi visita de ninguém” (Usuário 8).

“Não recebo visita de agente comunitário de saúde, mas eu trato hipertensão, depois que eu descobri que eu tenho com a hipertensão, tem uns três anos e eu descobri sem querer, eu fui consultar a minha mãe aí a marquei minha consulta e na hora deu alta a pressão e o médico mandou eu fazer exames” (Usuário 10).

Esses relatos sublinham a importância de manter um nível de continuidade nos serviços de APS, mesmo durante crises sanitárias, para garantir que a saúde da população não seja comprometida de maneira mais ampla. A experiência da pandemia destaca a necessidade de fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde primária para enfrentar futuras emergências, garantindo que possam adaptar-se sem perder de vista a integralidade do cuidado.

Não obstante, para um entrevistado, a ausência de ações de atenção à saúde no território e a suspensão de serviços, estavam justificadas pelo risco de contaminação dos pacientes, assim como dos profissionais.

“Olha eu não sei nem o que dizer assim, porque nesse tempo como diz, foi um tempo muito ruim, de muita gente com medo, e eles com isso?, eles não frequentavam a casa da gente, com certeza também com medo né, então eu não os culpo se foram negligentes, porque o mesmo jeito que eu estava com medo eles também estavam né, então estavam na razão deles, cada um tinha que procurar seguir a orientação do médico e ficar em sua casa, seguir a orientação direitinho para evitar né” (Usuário 14).

Para os entrevistados, o isolamento e o distanciamento social foram medidas necessárias, e tiveram adesão dentro das condições singulares de cada um.

“Eu conseguir ficar em casa até um certo tempo enquanto estava muita gente pegando a doença, então eu fiquei em casa” (Usuário 01).

“Mas eu deixei de ir nos lugares por causa da pandemia, a minha mãe era acamada, eu não podia sair, e ela nunca pegou essa doença, eu me resguardava junto com ela, então eu não saía e não adoecia, como estou dizendo para a senhora eu adoeci agora” (Usuário 02).

“Eu não tive covid, e acho que foi porque eu realmente fiquei em casa, nem a minha mãe que morava na estiva eu não ia visitar, eu só ficava ligando, conversando pelo telefone para saber como ela estava para não ter que sair de casa” (Usuário 09).

“Com o covid, a vida da gente mudou muito né, de todo jeito, a cada notícia que pessoas conhecidas que morreram eu ficava mais preocupada, mas algumas coisas da vida não tinham como parar, eu tenho filhos na escola, que ficaram em casa, mexeu muito com a rotina, eu consegui uma licença do trabalho por ser diabética, isso foi importante, se não nem saberia como fazer” (Usuário 11).

“Eu quase não sai de casa, ave maria, quem não teve medo? Até depois da vacina a gente ainda ficou com medo, tomei já três doses, tomei todas no Clodomir, no anjo da guarda” (Usuário 12).

Apesar da importância do distanciamento social, entre os usuários entrevistados, também foi apontada as consequências dessa medida.

“O distanciamento na minha opinião também acaba com as pessoas, porque estavam protegidos, mas também acabaram ficando só, o uso de máscara eu achei muito bom, por exemplo a minha tia morreu no tempo da pandemia, ela tinha problema de câncer né ai nesse negócio de ir para o médico, ela pegou uma bactéria, então foi uma pessoa que morreu, mas a gente nem sabe como, e se foi no dia que disseram mesmo, porque não podia ir no hospital” (Usuário 10).

Chamou atenção também a fala de alguns entrevistados com o relato de que, embora apresentassem sintomas gripais, optaram por não procurar atendimento e buscaram uso de medicações caseiras.

“Eu ficava mais era em casa, uma vez me atacou um frio e uma febre, mas eu não fui para o médico logo assim não, fiquei em casa tomando limão, e nem confirmei se foi covid, não fui não, eu senti um sintoma assim da febre e frio de bater o queixo, mas não fui, tomei remédio, eu não quis ir... pensei assim, o hospital agora está cheio e pensei, isso aqui não é covid não, eu não saia para lugar nenhum, tinha certeza que não saia para a rua para pegar covid, então fiquei esperando melhorar e tratando mesmo em casa” (Usuário 8).

“Eu não sei se tive covid na época, não era tão difícil fazer um teste, eu até tive sintomas de gripe, mas foi leve, então nem procurei hospital, só fiquei em casa isolada” (Usuário 11).

“Até que eu não fiquei com tanto medo, meu esposo também teve febre, mas não foi adiante, a gente confiava muito nos remédios caseiros” (Usuário 15).

Mas também houve relatos de usuários que expressaram não conseguir seguir as recomendações de isolamento como medida de controle de infecção.

“Não consegui manter o distanciamento social total, quando dava ficava mais em casa entendeu? e com a família”.

Não tinha como ficar em casa, eu precisava trabalhar, mas sempre usei máscara e álcool gel nas mãos” (Usuário 14).

Quanto à atuação dos profissionais de saúde durante o período pandêmico, na perspectiva dos usuários entrevistados, mesmo com a suspensão e reconfiguração dos serviços na APS, eles entenderam que o trabalho foi realizado dentro do que foi previsto.

“Para mim os profissionais de saúde são corajosos, muito corajosos, essas pessoas foram uns guerreiros, principalmente os que ficaram dentro dos hospitais atendendo os pacientes de covid” (Usuário 01).

“Eu achei excelente, muito boa, acho que eles trabalharam muito, eles vinham mesmo com a intenção mesmo de ajudar as pessoas, eu não tenho do que me queixar, muito bom” (Usuário 04).

“Nossa, era muito difícil assim, até eles temiam também né, ficar junto com as outras pessoas e adquirir a covid” (Usuário 05).

“Eu acho que o trabalho deles foi importante, procuraram trabalhar o máximo possível pelas pessoas, para salvar vidas, meu marido até consultou aqui no tempo da COVID, ele teve sintoma gripal, fez o tratamento aqui” (Usuário 09).

De modo geral, os usuários entrevistados apontaram que o enfrentamento da COVID-19 comprometeu a continuidade do cuidado com a saúde, especialmente devido à forma como a UBS avaliada reorganizou seus serviços. Além disso, destacaram que o medo de contágio pela doença, principalmente entre aqueles com doenças crônicas, foi determinante para a mudança nos hábitos e adoção de medidas como o isolamento social.

Nesse sentido, a análise dos impactos das ações de enfrentamento à pandemia na APS, tanto para a população usuária quanto para os trabalhadores, conforme Arcoverde e Albuquerque (2016), requer compreender e objetivar as mudanças provocadas na qualidade de vida material, na consciência, na percepção e no comportamento perante a vida. A percepção subjetiva dos impactos, segundo as autoras, envolve entender como a população percebe e considera a realidade que a cerca.

Diante do que foi apreendido com os dados secundários da APS em São Luís e a realização da pesquisa qualitativa com os usuários e trabalhadores do Centro de Saúde da Vila Bacanga, é possível captar os estímulos que a pandemia de COVID-19 fez despertar, de modo a buscar estratégias para seu enfrentamento na lógica da saúde pública, e mais ainda, concernir que enfrentá-la também traria múltiplos impactos para aqueles que se alinham com o SUS, seja para trabalhadores ou população usuária.

A reconfiguração da APS para combater a pandemia foi necessária, aproveitando o perfil do SUS de se organizar de forma capilar e próxima da população. No entanto, ao analisar as estratégias adotadas em São Luís, compreendemos que as medidas de enfrentamento à COVID-19 na APS têm repercussões em todo o sistema de saúde, considerando os desafios enfrentados para se firmar em um contexto marcado por contradições políticas e econômicas.

Durante esses anos de pandemia, ficou claro que a superação consciente da crise exige um modelo centrado em ações coletivas, planejadas e cooperativas, indo além de abordagens individuais e focadas apenas na alta complexidade hospitalar. As medidas isoladas se mostraram insuficientes diante das altas taxas de mortalidade no Brasil. Portanto, é essencial fortalecer uma abordagem integrada e sustentável que valorize a atenção primária como parte fundamental do sistema de saúde pública.

Assim, a leitura feita é de que as ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 e a definição do papel da APS em São Luís impactou designadamente os pilares da PNAB para a população adscrita no território da Vila Bacanga. A decisão de designar a unidade para atendimento exclusivo para usuários com sintomas gripais deixou aqueles que precisavam de outros tipos de atenção e cuidados de saúde sem garantia de assistência.

Além disso, conforme relatado pelos entrevistados, não foram mencionadas diretrizes claras quanto ao papel da APS na prevenção e no controle clínico-epidemiológico. Isso significa que além do atendimento imediato aos sintomáticos, não houve uma metodologia visível para o acompanhamento dos casos, como rastreamento de contatos próximos, identificação de famílias vulneráveis e classificação de prioridades para inclusão na política de imunização. É relevante notar que a UBS não foi percebida inicialmente como um local privilegiado para fortalecer a imunização contra a COVID-19.

Essas observações destacam a necessidade de revisão das estratégias adotadas para integrar melhor a APS no enfrentamento de crises sanitárias, garantindo que não apenas o atendimento imediato seja considerado, mas também ações preventivas e de controle que são fundamentais para mitigar os efeitos da pandemia na comunidade.

A suspensão do trabalho das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode ser apontada como um fator significativo que enfraqueceu as ações da APS durante a pandemia. Esses profissionais desempenham um papel crucial ao reforçar junto aos usuários as medidas de prevenção domiciliar e ao acionar a rede de apoio comunitária quando necessário.

Além disso, outras consequências importantes surgiram durante o enfrentamento da pandemia na APS, como a redução das equipes devido ao afastamento de profissionais pertencentes a grupos de risco ou por contaminação pelo vírus. Esses afastamentos contribuíram para uma diminuição na capacidade de resposta da APS diante da demanda crescente por serviços de saúde durante a pandemia.

As mudanças nos processos de trabalho da APS, que envolveram lidar com o risco de infecção pelo vírus e até mesmo a possibilidade de morte relacionada ao trabalho, foram fatores que desencadearam problemas significativos de saúde mental



entre os profissionais de saúde. O estresse, a ansiedade e outros impactos psicológicos resultantes dessas condições de trabalho intensificaram os desafios enfrentados pelas equipes da APS durante a crise sanitária.

Esses aspectos ressaltam a importância de considerar não apenas as condições de trabalho e de saúde dos usuários, mas também o bem-estar e as necessidades dos profissionais de saúde na formulação de estratégias eficazes para enfrentar crises como a pandemia de COVID-19.

Os impactos relatados pelos usuários da APS durante a pandemia de COVID-19 foram significativos e multifacetados, relacionando-se principalmente às medidas de isolamento social, que resultaram na quebra do vínculo com a unidade de saúde. Essas mudanças afetaram não apenas as dinâmicas familiares, sociais e de trabalho dos usuários, mas também comprometeram a continuidade dos cuidados de saúde.

Apesar dos desafios enfrentados e das lacunas identificadas, é crucial destacar a urgência de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). A crise sanitária causada pela pandemia de coronavírus evidenciou a importância e a grandiosidade do SUS como uma política pública vital para resguardar vidas. Portanto, é fundamental investir em tecnologias que beneficiem a APS, aumentando o investimento financeiro para expandir sua cobertura e garantir que ela possa verdadeiramente ser uma linha de cuidado universal no SUS.

Esses investimentos não apenas fortalecerão a capacidade de resposta da APS em crises futuras, mas também promoverá um sistema de saúde mais resiliente e inclusivo, capaz de atender às necessidades variadas e emergentes da população brasileira.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se debruçou sobre os impactos das ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, na assistência à saúde, em seu campo inicial. Ou seja, na Atenção Primária em Saúde – APS, tendo como terreno empírico, o Centro de Saúde da Vila Bacanga, no município de São Luís, entre os anos de 2020 e 2021. Para tanto, seguindo a metodologia proposta, com base no materialismo histórico-dialético, mediante o movimento de aproximação sucessiva da realidade, deslocando-se do universal ao particular, propusemo-nos a analisar a reorganização da APS para atender à crise sanitária, e mais do que isso, como o enfrentamento ao COVID-19, impactou a rotina dos trabalhadores da saúde e da população usuária que utiliza os equipamentos e serviços da APS.

Em verdade, as ações de enfrentamento a pandemia escancaram a precariedade dos serviços prestados à população, também já afetada por condições de vida muito limitadas, devido à pobreza, ausência de trabalho formal, acesso à educação, habitação e segurança. Tudo isso se reflete no cenário de desmonte da política de saúde no contexto neoliberal, de apropriação do fundo público, e, principalmente, considerando o contexto de fragilidade da APS em meio ao congelamento dos recursos públicos para a saúde, somada a sua baixa cobertura e pouca valorização como estratégia.

O Sistema Único de Saúde brasileiro, estruturado a partir da Constituição de 1988, com os princípios da Reforma Sanitária, conseguiu inserir um padrão de ações e serviços públicos de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada, com base em diretrizes como: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Apesar dessa grande conquista, o cenário de incertezas do processo de redemocratização, somado aos pensamentos e ações neoliberais para a economia nos anos 1990, interferiu diretamente na efetivação do modelo constitucional de seguridade social. Esse processo foi conduzido por meio de sucessivas contrarreformas previdenciárias e trabalhistas, sobretudo quando se trata da destinação de recursos, com definição de valores mínimos para custeio das políticas sociais. Apesar da Emenda Constitucional nº 29, de 2005, que definiu que os estados

e o Distrito Federal devem aplicar 12% de recursos oriundos de impostos próprios e de transferências, e os municípios 15%, a designação da responsabilidade do nível federal nunca foi estabilizada em níveis suficientes para o adequado financiamento de um sistema público e universal de saúde. Além disso, no governo Temer, a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, passou a desfinanciar a saúde, tendo seu piso mínimo de gastos congelado desde 2017.

Esse processo de desmonte da saúde foi demonstrado em todo o percurso deste estudo, em face do ajuste neoliberal. Apontamos que a concretização do SUS, conforme o modelo constitucional, sofre intenso processo de disputa, com interesses da classe trabalhadora de um lado e a contrarreforma do Estado brasileiro no bojo do ideário neoliberal do outro.

No escopo da saúde pública, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada a forma mais adequada para acesso da população usuária. Essa linha de cuidado é responsável por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo para abranger a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Embora seja desenhada dessa forma, a sua configuração se refaz a cada investida do capital, com a perspectiva mercadológica para a saúde.

Com a crise sanitária decorrência da COVID-19 em 2020, o mundo todo viu a necessidade de controle da doença, com a adoção de medidas de contenção e mitigação do processo de transmissão. Assim, foi fundamental a aplicação de ações efetivas com estratégias complexas nos mais diversos âmbitos da vida em sociedade. Tais medidas de prevenção iam desde ao uso de máscaras, higienização das mãos, isolamento ou distanciamento social até suspensão de atividades não essenciais.

Entretanto, no contexto brasileiro, além da crise sanitária, vivenciamos uma crise política e econômica, sobretudo com a adoção pelo governo federal de uma gestão para a saúde de viés negacionista. A resistência para adoção de medidas cientificamente validas para o controle da COVID-19, reverbera sobre as pessoas em situação de vulnerabilidade social, sobretudo devido ao nosso histórico de profundas desigualdades sociais, colocando sobre as pessoas mais pobres os riscos de contaminação e morte.

Desde então, o que se viu foi uma intensa mobilização de gestores de diferentes esferas governamentais atuando para responder às demandas trazida pela

pandemia. A principal estratégia foi organizar a rede de atenção para casos graves de insuficiência respiratória aguda com assistência hospitalar, ampliação de leitos de terapia intensiva, aquisição de equipamentos como respiradores e abertura de hospitais de campanha. A ênfase hospitalar foi motivada pela elevada taxa de mortalidade e das sequelas deixadas pelo adoecimento.

Neste estudo, apontamos que a ausência de uma coordenação nacional para as ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19 contribuiu para a disseminação do vírus no país, levando milhares de pessoas ao desfecho de morte, muitas das quais sequer tiveram a oportunidade de ter acesso a imunizantes, devido ao atraso do governo federal em formalizar contratos para aquisição dos mesmos.

A gestão de Bolsonaro (2019/2022) descredibilizava as medidas de distanciamento social, com o discurso de que essa estratégia prejudicaria a economia dos pais. Além disso, sem qualquer evidência científica, propagava que a imunidade de rebanho deveria ser adotada, uma vez que para a maioria das pessoas, a manifestação da doença equivaleria apenas a uma “gripezinha”. Como estratégia política, promovia aglomerações, dispensava uso de máscaras e, no campo da gestão utilizava-se de portarias e decretos para flexibilizar protocolos e medidas de distanciamento social, com o discurso de que precisava salvar o trabalho das pessoas.

As respostas advindas do governo federal centraram-se na propaganda de medicamentos sem eficácia comprovada, levando para a maior parte da população, já bombardeada por *fake news*, à sensação de segurança, por meio da teoria do tratamento precoce. Além disso, pairava um “show” de desinformação quanto à vacina, na qual se colocavam em xeque a sua serventia, fortalecendo uma campanha antivacina, com o próprio presidente da república, que se negava e usar imunizantes, como principal apoiador.

Certamente, essas estratégias buscavam unicamente proteger os interesses das forças produtivas, tendo vista que o país já amargava altos índices de desemprego, alcançando quase 13 milhões de pessoas. Além disso, havia um alto nível de flexibilização das relações de trabalho, prevalecendo os chamados postos de trabalho “uberizados”, intermediados pela tecnologia dos aplicativos, sem nenhuma garantia de direitos.

Evidenciamos ainda como as medidas adotadas a nível nacional de enfrentamento à pandemia possuíam um claro descompromisso com a ciência e a

saúde pública. Desta forma, a população usuária passa a ser diretamente afetada por essa ausência de posição assertiva, que acaba reverberando nos demais níveis de gestão em saúde.

No campo da Atenção Primária em Saúde, apontamos que as mudanças recentes, a partir de 2017, com a flexibilização e descaracterização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como referência de modelo assistencial, a interrupção da alocação de médicos em áreas mais distantes das grandes capitais e, além disso, mudanças nas formas de financiamento do Programa Previne Brasil, contribuem para a desvinculação das ESF com os atributos e responsabilidades nos territórios.

Ademais, a APS ainda enfrenta a baixa cobertura e a pouca valorização dessa estratégia, o que pode ser apontado como um importante fator para o pouco apreço da APS como campo de enfrentamento à pandemia. No eclodir da crise sanitária, em regra, equipes de atenção básica, ACS e equipes de saúde bucal bem como os demais atendimentos ambulatoriais, foram desmobilizados, acumulando uma demanda social e de saúde da população que necessitam de assistência.

No município de São Luís - MA, a reconfiguração de equipamentos da APS para atender as demandas trazidas frente a pandemia de COVID-19, promoveu mudanças nas rotinas de atendimento. Diante desse cenário, as entrevistas aplicadas como com trabalhadores e usuários adscritos na Atenção Básica, revelaram uma insegurança quanto ao enfrentamento da pandemia de COVID-19. Os discursos produzidos durante a pesquisa de campo revelam os impactos da crise sanitária na assistência à saúde prestada no campo primário, na medida em que os sujeitos entrevistados exprimem em suas falas toda a mudança de rotina no processo de cuidado.

O acesso ao cuidado na atenção primária durante o contexto pandêmico, foi diretamente afetado. A principal norma expedida pela SEMUS, Portaria nº 45, que direcionava a organização dos atendimentos, não previu uma estratégia propositiva de enfrentamento à pandemia, na atenção primária, que alçasse o seu protagonismo e possibilitasse respostas efetivas no combate ao vírus. Na fala dos trabalhadores, foi característico, como as incertezas diante a doença, fragilizaram os profissionais, muitos já pertencentes a grupos de risco, elevando o medo quanto à contaminação, complicações ou sequelas causadas pelo vírus.

A carga emocional sobre os trabalhadores da saúde foi um fator presente nas falas dos entrevistados. Manter os cuidados para não se contaminar, continuar atendendo as pessoas, atuar em equipe, atualizar-se em relação às possibilidades de tratamento, garantir a continuidade do acompanhamento e ainda lidar com os desfalques nas equipes gerou uma carga muito forte, estando presente no discurso de um entrevistado que o afastamento do trabalho não diretamente pelo COVID-19, mas pelas consequências e impactos dele sob a saúde mental.

O afastamento dos trabalhadores no campo primário, não despertou a possibilidade de contratação de mão de obra, mesmo que em caráter excepcional, que pudesse atender à demanda que se apresentava. Na unidade estudada, mais 80% dos trabalhadores tiveram atividades suspensas ou entraram com pedido de afastamento. A alternativa utilizada de suspender atendimentos, levou os indicadores de desempenho, que já estavam abaixo das metas, a alcançarem registros ainda menores.

No discurso dos trabalhadores entrevistados, não se reproduziu nenhuma fala que tratasse do manejo clínico do coronavírus com foco em uma atuação voltada para medidas de prevenção comunitária ou de apoio à vigilância ativa, conforme documento orientador no Ministério da Saúde para protocolos na atenção primária. O consenso produzido entre os profissionais era de que a APS funcionava como um serviço de triagem, com identificação de casos suspeitos, orientações nos casos de sintomas leves para o manejo terapêutico e isolado domiciliar, e, nas situações graves, realizavam-se encaminhamentos para os serviços de referência em síndromes respiratórias. Outrossim, a impressão percebida é que, além de equipes reduzidas para o atendimento das demandas, os que ficaram não se sentiam tecnicamente preparados, com orientações claras dos órgãos competentes.

Do ponto de vista institucional, no cenário pandêmico, os depoimentos dos trabalhadores nos revelam uma falta de gestão quanto aos processos de trabalho na APS, desenvolvidos durante a crise sanitária. Destacamos que o sentimento de incertezas e inseguranças, se expressaram em uma falta de clareza quanto às possibilidades de atuação das equipes, sobretudo no que diz respeito às medidas de prevenção comunitária, apoio à vigilância e também ao atendimento domiciliar de pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas idosas e pessoas acamadas.

Por isso, para os trabalhadores entrevistados, é inegável o impacto sobre a assistência prestada aos usuários adscritos na unidade estudada, em face da readequação dos serviços da APS para atender à crise sanitária no território da Vila Bacanga. Depreende-se das falas expressas que a APS foi minimamente capaz de atender as demandas trazidas pela pandemia, mas que isso teve um custo, e esse custo se deu sobretudo sobre a forma de ser da APS, sobre a sua territorialidade, sobre o seu objetivo de fazer e manter vínculo com as pessoas, sobre estar inserida na configuração familiar dos sujeitos e da comunidade. Para os trabalhadores, o maior impacto recai ferozmente sobre as pessoas com doenças crônicas, que necessitaram de acompanhamento sistemático e rotineiro, e tiveram seus tratamentos e acompanhamentos suspensos de maneira abrupta, tais como diabéticos, hipertensos, pacientes com tuberculose e hanseníase.

Em relação aos usuários adscritos no Centro de Saúde da Vila Bacanga e entrevistados, as falas nos revelam de forma contundente que o isolamento social foi uma medida acatada. No entendimento dos usuários, pertencer a grupos de risco e se manter em exposição geraria grande ameaça para a vida e para saúde. Desta forma, abandonar suas rotinas de acompanhamento de saúde, não foi apenas uma opção, mas, além de tudo, uma necessidade, diante da ausência de tratamentos cientificamente testados ou da possibilidade breve de um programa de imunização.

Em face disso, para a população assistida nos serviços de atenção primária, a suspensão dos atendimentos se apresentou como uma necessidade, que muitas vezes se apresentava em regra solitária. Para alguns entrevistados, o receio da contaminação era tão monumental que mesmo diante de qualquer sintoma gripal, alguns diante da possibilidade de ser somente uma influenza, relataram permanecer em suas casas e serem expostos.

As mudanças nas rotinas dos usuários foram mencionadas como fatores que impactaram suas vidas e cuidados com a saúde. Alguns mencionaram que, diante do isolamento social, tiveram não só que deixar seus cuidados em saúde, mas também abandonar seus postos de trabalhos, optar pelo cuidado de familiares no âmbito doméstico, deixar de visitar familiares e amigos e até mesmo mudar de ramo profissional devido à pandemia.

Os conteúdos produzidos durante a realização das entrevistas semiestruturadas, técnica escolhida metodologicamente como principal estratégia

para coletas de dados, e diretamente tratadas e analisadas no último capítulo deste estudo, nos permitem analisar que, do ponto de vista estratégico, consoante inclusive à conjuntura nacional, a pressão por elaboração de respostas imediatas levou gestores a agir movidos pelos problemas impostos diante do momento, não permitindo um processo organizativo que fosse capaz de projetar decisões que levassem em consideração os programas já em condução na política de saúde. Além disso, a politização sobre a eficácia de medidas de controle da pandemia de caráter não farmacológico, a falta de recursos humanos, escassez de insumos e equipamentos, e a própria reorganização dos serviços impactam diretamente a população usuária do SUS.

Dito isto, conclui-se que as ações e respostas de enfrentamento à pandemia no município de São Luís, ao redefinir a atuação da APS e reorganizar os serviços de saúde, não levaram em consideração as limitações da cobertura da APS, ou projetaram o significado da pandemia sobre os territórios marcados por desigualdades sociais. Desta forma, a pandemia e suas ações de enfrentamento, ao interromperem a operacionalização dos processos de trabalho, em seu caráter multidisciplinar, fragilizaram a saúde na medida em que diminuíram a capacidade resolutive da APS.

Em face disso, percebeu-se durante a realização das entrevistas que dentre as ações de enfrentamento, nenhuma se utilizou ou aplicou medidas inovadoras com a adoção de recursos tecnológicos que visassem garantir o acesso da população aos serviços ou que facilitassem a continuidade dos atendimentos, principalmente das pessoas pertencentes a grupos de risco.

Por isso se torna imperativo destacar que uma ABS restrita, não universal, limitada a um modelo tradicional, com foco meramente ambulatorial e sem caráter territorial, não consegue, considerando a sua proposta e diretrizes, definidas pelo SUS, emitir as respostas necessárias diante de uma crise sanitária, principalmente num contexto de desmonte da saúde pública, com as restrições de financiamento, diante da vigência da EC nº 95, e um esquema de privatização em curso.

Além de tudo isso, cumpre destacar outro ponto fundamental do pilar da saúde pública, que é o controle social. Embora não seja objeto deste estudo, importante frisar o quanto a ausência efetiva desta ferramenta no acompanhamento das ações de enfrentamento da crise sanitária pode trazer impactos nos processos de condução da saúde em tempos de pandemia.



Por isso, torna-se necessário reconhecer as fragilidades e adversidades que enfrenta o SUS, e os desafios postos diante da necessidade de enfrentamento à COVID-19 e partir disso tirar ensinamentos que sejam capazes de provocar mudanças nos modelos de gestão, nos hábitos e comportamentos de trabalhadores e usuários dos serviços.

Nesse sentido, buscar o fortalecimento da APS, torna-se crucial, por entender que ela possui uma capilaridade e proximidade com os territórios, tornando-a um mecanismo capaz de oferecer cuidado no cotidiano das pessoas e, com isso, projetando na população o sentimento da necessidade de fortalecer a saúde como política pública universal, gratuita e estatal, em total oposição à saúde como mercadoria e fonte de lucro.

Portanto, o entendimento que se tem é de que o combate pela saúde se faz pelas mãos das pessoas e dos movimentos sociais. Defender o SUS representa a luta contra o avanço dos ideais neoliberais, a luta contra o avanço da extrema direita, a luta contra os processos de privatização da saúde, sendo cada vez mais urgente o resgate dos princípios da Reforma Sanitária, na qual a alocação dos recursos públicos sejam direcionados para a ampliação da rede pública em todas as esferas de governo. Por isso, urge a defesa do SUS para atender as necessidades da população, sem a presença do setor privado. Viva o SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. *Dividômetro*. Disponível em: <https://auditoriacidadada.org.br/>. Acesso em: 8 fev. 2024.

AFONSO, Almerindo Janela. *O retorno do Estado, a crise pandêmica e o keynesianismo de exceção*. *Lutas sociais*, São Paulo, v. 24, n. 45, p. 216-228, jul./dez. 2020.

ALVARENGA, Alexandre Andrade; ROCHA, Erika Maria Sampaio; FILIPPON, Jonatahn; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 12, e00155720, 2020.

ALVES, Glaucia Leis; SIQUEIRA, Luana de Sousa. Projeto neoliberal, coronavírus e auxílio emergencial: o desmonte da assistência social. In: *Em tempo de pandemia: propostas para a defesa da vida e os direitos sociais*. [Organizadores] Elaine Moreira, Rachel Gouveia [et al]. Rio de Janeiro: UFRJ. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social, 2020.

ANTUNES, Ricardo. *Capitalismo pandêmico*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2022.

ANTUNES, Ricardo. *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

AQUINO, Estela M.L *et al*. Medidas de distanciamento social na pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, 2020.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. *Avaliação de políticas públicas em múltiplos olhares e diferentes práxis*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. Como avaliar impactos. In: *Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito; ALBUQUERQUE, Cristina Maria Pinto. *Avaliação de impactos: da teoria à práxis*. Recife: Editora UFPE, 2016.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; BARBOSA, Eduardo Kaplan. Covid-19 por uma aposta radical na saúde para o bem da sociedade. In: *COVID-19 desafios para organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. Informação para ação na Covid-19 series. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BATISTA JUNIOR, Francisco. Gestão do SUS o que fazer? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 36 p.

BEHRING, Elaine Rosseti. Fundo público, exploração e expropriações no capitalismo em crise. In: *Expropriações e direitos no capitalismo*. Ivanete Boschett (Org.). - São Paulo: Cortez, 2018.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Fundo Público, valor e política social*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2021.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FACCHINI, L. A.; MENDONÇA, M. H. M.; CURY, G. C.; NEDEL, F. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2021.

BRANDÃO, Celmário Castro; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima. O Ministério da Saúde e a gestão de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, abr./jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A construção social da atenção primária em saúde*. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Lei nº. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde na resposta à pandemia de Covid-19. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde, 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724378>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 5/2020-DESF/SAPS/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Versão 07. Brasília – DF, abril 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2024.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos n. 1.371 e 1.372, de 2021). Relatório Final.

Aprovado pela Comissão em 26 de outubro de 2021. Brasília, 2021. 1287 p.  
Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc73ab53-3220-4779-850c-f53408ecd592>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Eliane Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde no governo Temer. *Argum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BAKER, Judy. Avaliando o impacto de projetos em desenvolvimento voltados à pobreza. In: BARREIRA, Maria Cecilia Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brand de (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine; MENEZES, Juliana. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. In: *Revista Ser Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191-209, jan./jun. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. *Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho. Expropriações e direitos no capitalismo*. Ivanete Boschett (Org.). - São Paulo: Cortez, 2018.

BRETTAS, Tatiana. Dívida pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: *Financeirização, fundo público e política social / Evilasio Salvador. [et al.] (orgs.)*. — São Paulo: Cortez, 2012.

BRUM, Eliane. Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma “estratégia institucional de propagação do coronavírus”. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html>. Acesso em: 10 de dez. 2023.

CALIL, Gilberto Grassi. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CASTRO, Caroline Tianeze; GAMA, Romana Gama; NEPOMUCENO, Ana Flávia Souto Figueiredo; CASTRO, Beatriz Tiazene. Atenção Primária à Saúde frente a pandemia de covid-19 no Brasil: possibilidades e desafios. In: FURTADO, Jose Henrique de Lacerda; QUEIROZ, Caio Ramon; ANDRES, Silvana Carloto (Org.).

*Atenção primária à saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo* [livro eletrônico]. Campina Grande: Editora Amplla, 2021. 356 p.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto. A prática da análise de discurso na investigação social. In: ARCOVERDE, Ana Cristina Brito (Org.). *Metodologias qualitativas de pesquisa em Serviço Social*. Recife: Ed. Universidade UFPE, 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, gratuito e de qualidade*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

DEMIER, Felipe. Burguesia e pandemia: notas de conjuntura sobre o neofascismo e o ultraneoliberalismo no Brasil de Bolsonaro. In: *Políticas Sociais e ultraneoliberalismo*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

DOWBOR, Ladislau. Além do Corona Vírus. In: TOSTES, Anjuli; MELO FILHO, Hugo (Org.). *Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois*. Ilustrações de Carlo Giambarresi. 1. ed. Bauru: Canal 6, 2020. Recurso digital. (Projeto Editorial Praxis).

ESCARCINA, Jesus Enrique Patiño; MEDINA, Maria Guardalupe. Vigilância em saúde no âmbito da atenção primária em saúde para enfrentamento da pandemia de covid-19: revisão documental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial, p. 119-130, mar. 2022.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafory. Política de Saúde uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev., e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FONTELLI, Amanda. Estado e fundo público: ferramentas a serviço do capital. In: *Revista direitos trabalho e política social*. Cuiabá, v.6, n. 10, p. 157-179, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/9756/6645>, acesso em 10 de jun. 2024.

FONTES, Virgínia. A transformação dos mercados de existência em capital: expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, Ivanete (Org.). *Expropriação e direitos do capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict). *MonitoraCovid-19*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

GERTLER, Paul J. et al. *Avaliação de impacto na prática*. 2. ed. Washington: Grupo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2018.

GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, Vitor Leandro Chaves. A morte como projeto. In: *Para além da quarentena: reflexões sobre a crise e pandemia*. Org. Alexandre de Ávila Gomide; Michelle Moraes de Sá Silva; Maria Antonieta Leopoldi. Rio de Janeiro: Morula editorial, 2020.

GOMID, Alexandre de Avila; SILVA, Michelle Moraes de Sá; LEOPOLDI, Maria Antonita. Políticas Públicas em contexto de retrocesso democrático e populismo reacionário: desmontes e reconfigurações. In: GOMID, Alexandre de Ávila; SILVA, Michelle Moraes de Sá; LEOPOLDI, Maria Antonieta (Ed.). *Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)*. Brasília: IPEA; INCT/PPED, 2023.

GOUVEIA, Marina Machado. A culpa não é do vírus. In: MOREIRA, Elaine; GOUVEIA, Rachel, et al. (Org.). *Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais*. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAGIA E ESTATÍSTICA. *Panorama de São Luís - MA*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-luis/panorama>. Acesso em: 1 mar. 2024.

JUNIOR, Dorival Fagundes Cotrim; CABRAL, Lucas Manoel da Silva. Crescimento de Leitos de UTI no país durante a pandemia de covid-19: desigualdades entre o público e o privado e iniquidades regionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300317, 2020.

KRUNGER, Tania Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços de saúde do SUS. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 135, p. 271-289, maio/ago. 2019.

MARANHÃO (Estado). Procuradoria Geral do Estado. Consolidação das Leis sobre a Pandemia da COVID-19 no Estado do Maranhão. /Procuradoria Geral do Estado do Maranhão. – São Luís: PGE, 2022.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde – SES. *Plano Estadual de Saúde 2020/2023*. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-Estadual-de-Saude-Versao-Modificado-em-08-de-julho-2021.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2021.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para pesquisa. In: *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. Ed. Cortez: São Paulo, 2006.

MARX, Karl. *Contribuição à Crítica da Economia Política*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Manifesto do Partido Comunista*. 1º Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no sistema de Saúde Brasileiro: avanços ou retrocessos? In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1181-1188, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 8ª edição. Petrópolis: Vozes, 2016.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOREIRA, Eduardo. A economia do desejo e a covid-19. In: Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. Org. Anjuli Tostes, Hugo Melo Filho; ilustração de Carlo Giambarresi. 1.ed. Bauru: Canal 6, 2020. Recurso digital. (Projeto Editorial Praxis).

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da crise e seguridade social. 7ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: Direitos Sociais e Competências Profissionais. CFESS: 2009.

NETTO, José Paulo. Marxismo de Serviço Social: palestra do professor Jose Paulo Netto. In: Revista Katál., Florianópolis, v.25, n. 3, p. 1-14, Set-Dez. 2022.

OLIVEIRA E CRUZ, DM; CARVALHO, LF; COSTA, CM; AGUILAR, GMO; SARACENI, V; CRUZ, OG, *et al.* Centro de operações de emergência na COVID-19: a experiência do município do Rio de Janeiro. Ver. Panam. Salud Publica. 2022.

PAIVA, Amanda; COSTA, Maria Dalva Horário da. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. In: Revista de Políticas Públicas, São Luís, v. 20, n 1, p. 51-58, jan./jun. 2016.

PALMA, José João; GOLVEIA, Roberto. SUS na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 139, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/d396dhqnvKJn4YL4jCLVrvy/?lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2021.

PEREIRA, Camila Potyara. Proteção Social no capitalismo: críticas a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, Potyara A. P. Abordagem de pesquisa em Serviço Social. In: Revista Serviço Social e Sociedade. N. 21 São Paulo: Cortez, 1996.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. 25 anos: desenvolvimento humano no Brasil: Construir caminhos, pactuando novos horizontes / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Brasília, DF: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, 2024.

PNUD– PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório de desenvolvimento humano 2021/2022.

POMPEU, Eriton; SLOVIC, Anne. Desafios da Segurança da Saúde Global em tempos de pandemia: O acesso a Equipamentos de Proteção Individual na crise da covid-19. In: Saúde Soc. São Paulo, v.32, n.3, e230331pt, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PFRfj3nCsfxvdDLfFb7s6VH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 de maio de 2024.

RODRIGUES, Vicente A C; STAMPA, Inez. A pandemia e a “inteligência” do presidente. In: Para além da quarentena: reflexões sobre a crise e pandemia. Org. Ana Lole, Inez Stampa e Rodrigo Lima R. Gomes. Morula editorial.

SALVADOR, Evilásio. Disputa do fundo público em tempos de pandemia. In: Textos e contextos, Porto Alegre, v. 19, n° 02, p. 1-19, jul.-dez. 2020.

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e políticas sociais na crise do capitalismo. In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, Evilásio; RIBEIRO, Isabela Ramos. Dependência, ciclo do capital e limites do fundo público no Brasil. In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, v. 146 (3), e-6628339, 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SANTOS, Liliam dos Reis Sousa. O Estado brasileiro: entre o velho e o novo no contexto do capitalismo dependente. In: Ascensão da nova direita e colapso da soberania política. Org. Potyara Amazoneida P. Pereira. 1 ed. São Paulo: Cortez: Politiza, 2020.

SANTOS, Ronaldo Teodoro. Neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a saúde coletiva e a resposta aos impactos sociais. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300211, 2020.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS. Guia De Distritos De Saúde. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/conteudo/1265>. Acesso em: 2 de dez. 2021.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS. *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*. São Luís, 2021. Disponível em: [https://www.saoluis.ma.gov.br/midias/anexos/4012\\_plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2022-2025.pdf](https://www.saoluis.ma.gov.br/midias/anexos/4012_plano_municipal_de_saude_2022-2025.pdf). Acesso em: 15 jan. 2024.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS. Portaria n° 045 /2020, publicada em 18 de mar. 2020.

SARTI, Thiago Dias; LAZARINI, Welington Serra; FONTENELLE; Leonardo Ferreira *et al*. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 29(2): e2020166, 2020.

SILVA, Ademir Alves da. A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.



SILVA, Daniel Nogueira; NORONHA, Kenya; ANDRADE, Monica Viegas. Indicadores municipais da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Desempenho e Estrutura no período 2020-2022. APS em Revista, Vol. 5, n. 2, p. 65-72, maio/agosto – 2023. ISSN 2596-3317. DOI: 10.14295/aps. v5i2.285.

SILVA, Giselle Sousa. Financeirização do capital, fundo público, políticas sociais em tempo de crise. In: Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SOARES, Luiz Eduardo; KRENZINGER. Lições da Quarentena. In: Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e de direitos sociais. Org. Elaine Moreira, Rachel Gouveia *et al.* Rio de Janeiro: URFJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Escola de Serviço Social, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma no SUS e o serviço social [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SOUSA, Diego de Oliveira. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. In: Revista Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 43, N Especial 5, p. 71-81, dez 2019.

VIVAS, Fernanda; FALCÃO, Márcio. PGR pede arquivamento de apurações sobre Bolsonaro e ministros abertas com base na CPI da covid. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/07/25/pgr-pede-ao-supremo-para-arquivar-apuracao-da-cpi-da-covid-sobre-bolsonaro.ghtml>. Acesso em: 10 de jan. de 2024.

YAZBEK, Maria Carmelita; BRAVO, Maria Inês; SILVA, Maria Liduina de Oliveira; MARTINELLI. A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. In: Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Página 1 de 2

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE (Para Maiores de 18 anos)

Este é um convite para você participar da pesquisa: **AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19**: uma avaliação de impacto na atenção primária em saúde no município de São Luís – MA entre 2020 e 2021, que tem como pesquisador responsável, Thayanny Lopes do Vale Barros. Esta pesquisa pretende avaliar os impactos das ações estratégicas de combate à pandemia de COVID-19, na atenção primária em saúde entre 2020 e 2021 em São Luís – MA.

O motivo que nos levam a fazer este estudo, se dão pela relevância que os impactos da pandemia de covid-19 trouxeram para o modo de viver em sociedade, e sobretudo pelo entendimento do lugar da política de saúde no contexto da seguridade social, mostrando uma inédita legitimidade do sistema público de saúde.

Não acreditamos que há algum método alternativo para os procedimentos que serão adotados. Caso decida participar, você será submetido a uma entrevista, com perguntas relacionadas aos seus atendimentos na política de saúde na atenção primária, a entrevista será gravada por sistema de gravação de voz, mediante sua autorização e assinatura de formulário de autorização. Os dados obtidos por essa pesquisa permitem a utilização do material em outras pesquisas:

- ( ) Concordo, mas após a tramitação de um novo projeto.
- ( ) Não concordo.

Informamos que a realização da pesquisa se dará em ambiente adequado e reservado para garantir a privacidade do participante.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos ao indivíduo na medida em que pode trazer à memória situações vividas que trazem constrangimento, incomodo, timidez e evocação de sentimentos, contudo, poderemos minimizar os riscos, deixando o sujeito numa condição de acolhimento, assegurando a confidencialidade e o sigilo dos dados.

Como benefícios da pesquisa podem ser apontados: desenvolvimento de metodologias; conhecimento da realidade local para desenvolvimento de ações; evidências para apoiar a incorporação de ações; desenvolvimento de estratégias; desenvolvimento de material para conscientização da população; contribuir para o subsidiar o trabalho de gestores da política de saúde pública de modo a melhorar a oferta dos serviços prestados. Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando

\_\_\_\_\_ (rubrica do Participante/Responsável legal) \_\_\_\_\_ (rubrica do Pesquisador)

para **Thayanny Lopes do Vale Barros**, End: **Rua dez, nº200 Cond. Dunas do Litoral, Bl.17 Ap. 204 – Planalto Vinhais, São Luis – MA. CEP: 65074863, telefone: 98-984219222 e [thayanny.barros@discente.ufma.br](mailto:thayanny.barros@discente.ufma.br) ou CEP- HUUFMA, tel: 98-21091250, e-mail: [cep@huufma.br](mailto:cep@huufma.br) (R. Barão de Itapari, 227 - Centro, São Luis - MA, 65020-070).**

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Caso você tenha algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você terá o direito de buscar indenização nas instancias legais. (Item IV - 4.c da Resolução Nº 466 de 12/12/2012).

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no telefone (98) 2109-1250, através do e-mail [cep@huufma.br](mailto:cep@huufma.br). Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h, no Hospital Universitário Presidente Dutra, Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luis-MA. CEP: 65020-070. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Este documento foi impresso em duas vias e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinadas, na última página por você ou por seu representante legal. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. O Consentimento Livre e Esclarecido após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

São Luis (MA), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_ (rubrica do Participante/Responsável legal) \_\_\_\_\_ (rubrica do Pesquisador)

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PROFISSIONAIS)**

**QUESTÕES NORTEADORAS (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

1. Há quanto tempo você trabalha na atenção primária?

---

---

---

2. Qual sua profissão e quais suas principais atividades na atenção primária?

---

---

---

3. Você teve infecção por covid-19 entre 2020 e 2021?

---

---

---

4. Você se afastou do trabalho em razão da infecção por covid?

---

---

---

5. Você teve alguma alteração na sua rotina de trabalho no período da pandemia?

---

---

---

6. Você recebeu EPIS adequados para trabalhar?

---

---

---

7. Como você avalia a atuação de APS no período da pandemia?

---

---

---

8. Como como se desenvolveu a rotina de trabalho no período da pandemia?

---

---

---

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
(PROFISSIONAIS)**

**QUESTÕES NORTEADORAS (USUÁRIOS)**

1. Há quanto tempo você utiliza esse equipamento de saúde?

---

---

---

2. Você teve COVID-19 confirmado entre 2020 e 2021?

---

---

---

3. Você possui alguma comorbidade/ pertence a algum grupo de risco?

---

---

---

4. Quantas vezes você buscou atendimento na UBS no período da pandemia e por que?

---

---

---

5. Você deixou de frequentar a UBS em razão da pandemia?

---

---

---

6. Você buscou algum serviço nesta unidade e não foi atendido em face da pandemia?

---

---

---

7. Quais as principais atividades da vida diária você deixou de realizar no período da pandemia devido ao distanciamento / isolamento social?

---

---

---

8. Você recebeu alguma orientação sobre medidas preventivas contra a covid-19 dos profissionais da APS? Você seguiu orientações sobre medidas preventivas?

---

---

---

9. Você tem cobertura de ACS no teu território? Como foi a atuação desse profissional?

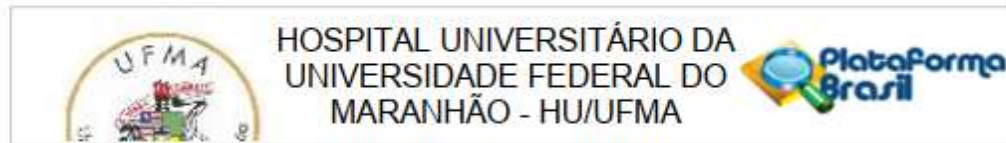
---

---

---

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19: uma avaliação de impacto na atenção primária em saúde no município de São Luís - MA entre 2020 e 2021.

**Pesquisador:** Thayanny Lopes do Vale Barros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 74666123.3.0000.5086

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.594.093

##### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2197311.pdf 19/12/2023 14:24:07

##### Resumo:

O presente projeto de pesquisa visa fazer uma avaliação de impacto considerando as ações governamentais de combate a pandemia de COVID-19 na atenção primária em saúde no município de São Luís- MA no período de 2020 a 2021.

##### Introdução:

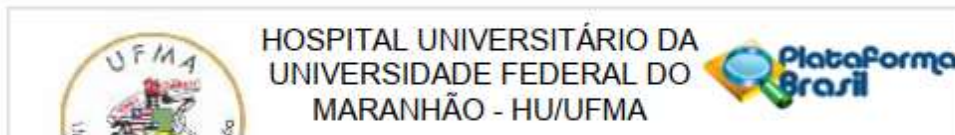
Desde o início de 2020 a população mundial convive com a doença da COVID-19 de nível pandêmico, causada pelo vírus denominado SARS-CoV2, identificado ainda em 2019 na China, tornando-se um dos grandes desafios do século XXI, pois afetou países e territórios dos cinco continentes do planeta, impactando direta e indiretamente não somente a saúde, mas também a economia e a forma de interação mundial. No Brasil o primeiro caso de COVID-19 foi divulgado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo, tratando-se de um homem de 61 anos, que havia retornado a Itália, desde então a doença tem se espalhado o por

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br

todo o território brasileiro, tendo sido registrado até então mais de 37 milhões de infectados e cerca de 700 mil mortes. O marco temporal para esta pesquisa compreende o momento do alastramento do coronavírus em nível de pandemia perpassando seus dois primeiros anos, nos quais foi possível compreender como as consequências da pandemia agravaram a já instituída crise econômica, impactando diretamente no empobrecimento da classe trabalhadora. Diante disso a pandemia de COVID-19 trouxe uma nova realidade para o mundo: adoção de protocolos para evitar o contágio pela doença passando a ser recomendado os cuidados redobrados com higiene, uso de máscaras, álcool em gel e o mais impactante: isolamento social. O plano de contingência da doença exigiu um novo comportamento dos governos, instituições, empresas e da forma de se relacionar entre as pessoas. Os impactos de isolar-se são inúmeros: desde a saudade de pessoas queridas, ansiedade, insegurança no trabalho, impactos na economia e nos vários aspectos da saúde. O ato de cumprimentar, abraçar ou estar junto com as pessoas que amamos e até realizar atividades cotidianas foi reduzido ou muitas vezes até cancelado por completo por um longo período. Destarte, a discussão gira em torno dos efeitos da pandemia da COVID-19 sob a assistência à saúde na atenção primária, que conta com um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede, mas que apresenta problemas crônicos de desfinanciamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Assim, a especificidade desta pesquisa se dará pela compreensão do impacto das ações de enfrentamento a pandemia de COVID-19 no âmbito da atenção primária em saúde no município de São Luís. O primeiro ato administrativo de combate à pandemia de COVID-19 no âmbito federal foi a publicação no dia 04 de fevereiro de 2020 da Portaria nº188 de 03 de fevereiro de 2020 que se complementa com a Lei nº13.979, de 06 de fevereiro de 2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Com destaque para o seu Art. 2º que determinou: I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus. A forma de condução e controle da pandemia de COVID-19 no Brasil foram objeto de Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI, aberta por determinação do ministro Luís Roberto Barroso, do Supremo Tribunal Federal, e comandada por senadores opositoristas.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br





Continuação do Parecer: 6.594.093

Instrumento mais político que jurídico, a CPI evidenciou que o governo Jair Bolsonaro falhou no enfrentamento da crise da Covid-19, que deixou mais de milhares de mortos. O Estado do Maranhão tem registrado em seus dados epidemiológicos até dezembro de 2022, 488.093 casos confirmados e 11.034 óbitos, ao passo que o município de São Luís possuía 76.087 casos, no mesmo período. Desde o início da pandemia o Maranhão tem adotado um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 que elenca ações de gestão, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência à saúde, diagnóstico e educação em saúde. Desde 16 de março de 2020, foram publicados vários atos normativos (Decretos) para minimizar a pandemia no estado, determinando medidas restritivas de circulação de pessoas e veículos, uso obrigatório de máscaras de proteção, ampliação de leitos. Tais medidas são essenciais no combate à pandemia de COVID-19, mas também trazem consigo impactos nas ações de saúde, sobretudo na atenção primária, porta de entrada da população aos serviços públicos de saúde, uma vez que se estima que o distanciamento social levou milhares de pessoas a abandonarem tratamentos ou não buscarem atendimento por medo de contaminação com a COVID-19. Daí é possível então conferir relevância ao estudo, ou seja, como a quebra da cadeia de transmissão da doença também acarreta impactos nas demais ações e cuidados primários em saúde.

#### Hipótese:

Ações de combate à pandemia de COVID-19 impactaram a assistência a saúde na atenção primária em saúde.

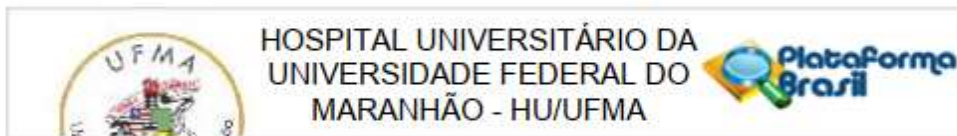
#### Metodologia Proposta:

A pesquisa aqui proposta cumprirá uma perspectiva teórico-metodológica crítico dialética, considerando o método marxiano de aproximações sucessivas do objeto em estudo, compreendido como a síntese de muitas determinações. A aproximação com a realidade objetiva no processo de conhecimento ocorre por meio da dialética de particular e universal, partindo do puramente singular, que se eleva à clareza teórica, no confronto com a realidade e em sua relação com a universalidade, revelando as leis, as tendências e as determinações que se especificam no particular, e somente assim se tornam acessíveis à prática. Portanto, ao chegar à universalidade, através da particularidade, também se chega ao elemento de crítica, obtida das reais mediações da dialética entre o particular e o universal, pois seguindo esse caminho metodológico, "a universalidade, sobretudo, não é jamais um ponto de chegada

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br

autônomo do pensamento" (SILVA, 2019). Entendendo ainda que a investigação aqui presente não é um fim em si mesmo, mas segundo Pereira (1986), caracteriza-se como um momento no processo da busca do conhecimento e que este tema possui relevância social me proponho apreender os diversos elementos que compõem e interagem na realidade estudada, sendo necessário aprofundar outras categorias que consideramos fundamentais, a saber, a saúde, o isolamento social, a atenção primária. Retomando essas categorias básicas tem-se, portanto, que a pesquisa proposta será de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando o modelo de avaliação de impactos e compreendendo que a avaliação de políticas sociais usa os métodos próprios da pesquisa social. De acordo com Silva (2008, p.93), "a pesquisa avaliativa é concebida como modalidade da pesquisa social aplicada, que produz conhecimento no campo das políticas e programas sociais". Portanto, a escolha deste método não é neutra, mas carregada de intencionalidade, traz uma posição política de transformação da realidade. Dessa forma, com auxílio do método proposto, ancorado nas categorias teóricas explicitadas, busca-se desvendar a atenção primária em saúde, explicitando o que está além da aparência ou do discurso oficial da política de saúde situando em sua relação com o Estado e a sociedade, verificando o contexto e os interesses que se articulam para sua implementação e quais mudanças operou na realidade do grupo ou da população a que se destina, quanto às ações adotadas no contexto de combate a COVID-19. Como resultado desse processo investigativo crítico, a transformação da realidade avaliada, a partir da produção de conhecimento crítico, são a premissa e a finalidade da postura teórico-metodológica aqui proposta. O caminho metodológico para análise proposta compreenderá os seguintes procedimentos a serem desenvolvidos de forma articulada: a) Pesquisa bibliográfica: essencial neste processo, uma vez que serão estudados autores que se debruçam sobre a temática, buscando resgatar as historicidades das categorias centrais a essa pesquisa: atenção em saúde primária, isolamento social, neoliberalismo, COVID-19. b) Pesquisa documental, necessária para a reconstrução das medidas de enfrentamento a COVID-19 nos três níveis de gestão da política de saúde, dentre as quais destacamos as principais: c) Análise de dados secundários, a saber, relatórios de atendimento internos, acesso aos dados do SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). d) Entrevista individual semiestruturada com os gestores e técnicos da atenção básica. Esta técnica é essencial, pois acredita-se que esta se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões dos sujeitos entrevistados. Optou-se pela entrevista semiestruturada por ser uma técnica de pesquisa que permite revelar sentimentos, valores ou concepções mais profundas dos entrevistados (MARSIGLIA,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.594.093

2006).

**Metodologia de Análise de Dados:**

Ela tem a possibilidade de esgotar o fenômeno social. Para atender aos objetivos da avaliação, os sujeitos da pesquisa serão selecionados a partir de uma amostra intencional que contemple gestores da instituição e profissionais que trabalham diretamente na execução da política, como profissionais de saúde e técnicos administrativos. Adotou-se como proposta na avaliação de impacto, o "modelo somente depois" que considera apenas a população-objetivo do programa; efetua a medição após a implementação do programa, orientando-se pelas informações disponíveis. Portanto, o impacto é medido tomando por base o resultado posterior e a reconstrução da situação inicial. (SILVA, 2013). Utilizando o método qualitativo, não será focalizado o estudo comparativo, mas os processos de entendimento, comportamentos e condições, como são compreendidos por indivíduos e grupos que estão sendo investigados (BAKER, 2001). Para a avaliação de impacto, os sujeitos serão os gestores, técnicos e usuários atendidos no Centro de Saúde da Vila Bacanga no período pandêmico (2020 e 2021). Cabe-nos ressaltar que o processo metodológico não deve ser rígido, e que no decorrer de sua dinâmica poderá ocorrer a reformulação de estratégias a fim de assegurar maior eficácia na investigação científica do objeto, principalmente, levando em conta a relação dinâmica entre sujeito e objeto que se propõe. A partir dos objetivos propostos e com base na pesquisa teórica, documental e de campo, será feita a sistematização e análise dos dados coletados, buscando responder as questões levantadas e ampliar o conhecimento referente ao objeto de estudo.

**Desfecho Primário:**

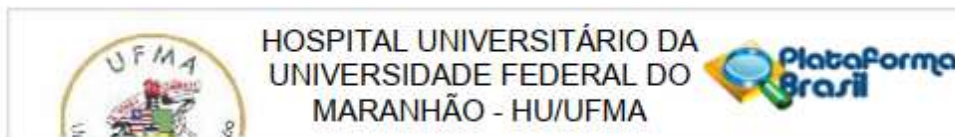
Espera-se constatar os impactos da pandemia de COVID-19 na oferta de serviços de saúde na atenção primária.

**Desfecho Secundário:**

Os dados obtidos serão explicados, considerando o modelo de gestão da pandemia adotado focado na atenção hospitalar, trazendo impactos na atenção primária. A pesquisa deverá ser amplamente divulgada em eventos científicos para servir de referência para futuros modelos de gestão em contingências sanitárias.

Tamanho da Amostra no Brasil: 30

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.594.093

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Avaliar os impactos das ações estratégicas de combate à pandemia de COVID-19, na atenção primária em saúde entre 2020 e 2021 em São Luís – MA.

Objetivos Secundários:

- Analisar o distanciamento social enquanto estratégia de combate à pandemia de COVID-19 frente aos interesses do Estado Capitalista;
- Apreender as bases de sustentação da política neoliberal voltadas para a acumulação de capital e as implicações sobre a saúde pública;(concentração maior de recursos?)
- Buscar fontes, relatórios do TCU, CGU);
- Verificar o desvio de recursos? Aquisição de insumos
- Discutir os projetos em disputa para a política de saúde no Brasil;
- Compreender a atenção primária em saúde como espaço no território capaz de fortalecer as bases do SUS;
- Realizar avaliação de impactos na atenção primária em saúde em São Luís no período pandêmico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o pesquisador:

Riscos:

Como possibilidade de risco, os participantes da pesquisa podem passar por momentos de timidez sobre as quais em caso de ocorrência, minimizaremos com uma abordagem acolhedora e deixando os participantes mais confortáveis possíveis.

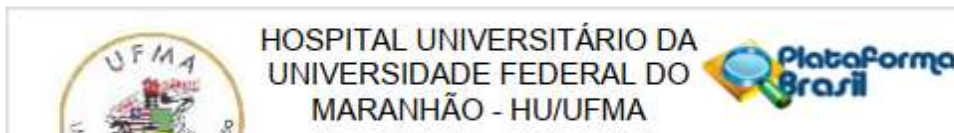
Benefícios:

Os resultados da pesquisa trarão como benefícios a compreensão dos impactos na atenção primária dos processos de gestão e de assistência em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa possui relevância social e científica, pois possibilitará avaliar os impactos das ações estratégicas de combate à pandemia de COVID-19, na atenção primária em saúde entre 2020 e 2021 em São Luís – MA.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 6.594.093

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

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

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

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. Sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	cartaresposta_pdf.pdf	20/12/2023 10:19:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2197311.pdf	19/12/2023 14:24:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_versao_final.pdf	19/12/2023 14:21:27	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO - HU/UFMA



Continuação do Parecer: 6.594.093

Ausência	TCLE_versao_final.pdf	19/12/2023 14:21:27	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/08/2023 10:53:16	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito
Outros	Termodecompromisso.pdf	21/08/2023 10:52:17	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocep.pdf	21/08/2023 09:27:21	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_atual.docx	17/08/2023 16:10:50	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito
Declaração de concordância	termodeaceite.pdf	17/08/2023 15:48:56	Thayanny Lopes do Vale Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 20 de Dezembro de 2023

---

Assinado por:  
Camiliane Azevedo Ferreira  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 4º andar  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1002 E-mail: cep@huufma.br

Página 05 de 06

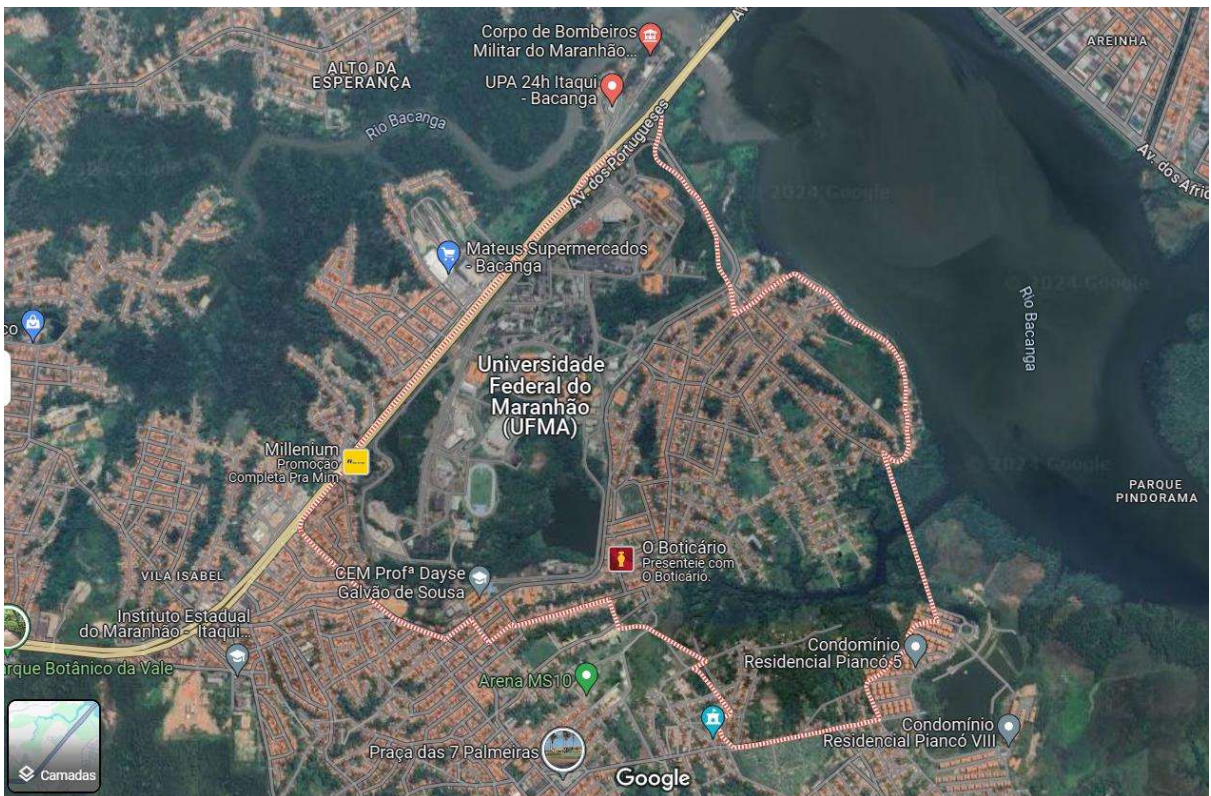
## ANEXO B – IMAGENS

**FIGURA 1 - Centro de Saúde da Vila Bacanga**



Fonte: Google Maps

**FIGURA 2 - Bairro Sá Viana**



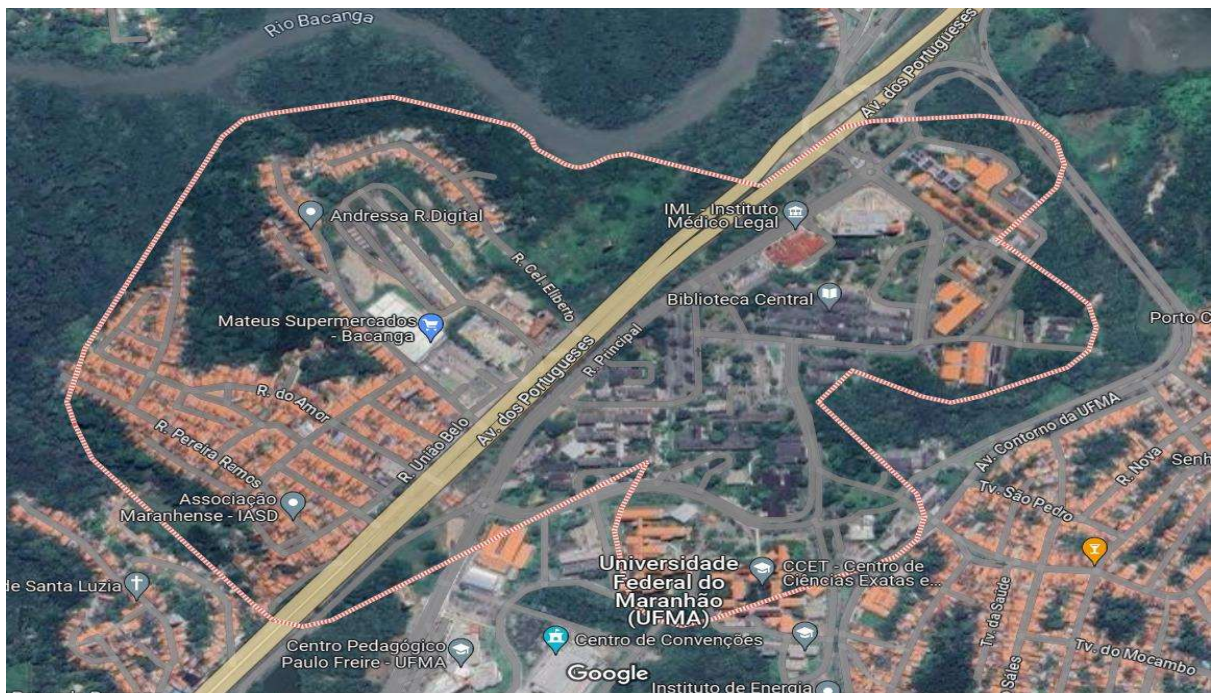
Fonte: Google Maps

**FIGURA 3 - Bairro Vila Isabel**



Fonte: Google Maps

**FIGURA 4 - Bairro Vila Bacanga**



Fonte: Google Maps