

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF)
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPgSC)

WILLIAM PEREIRA SANTOS (BILL)

**A SAÚDE É SOCIAL? REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO (PÓS)
PANDÊMICO**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
SETEMBRO, 2024

WILLIAM PEREIRA SANTOS (BILL)

**A SAÚDE É SOCIAL? REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO (PÓS)
PANDÊMICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Leandro David Wenceslau

Coorientadora: Profa. Dra. Danielle Teles da Cruz

Juiz de Fora - Minas Gerais

Setembro, 2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, William Pereira.

A saúde é social? Representações de profissionais da Estratégia de Saúde da Família no contexto (pós) pandêmico / William Pereira Santos. -- 2024.

168 p. : il.

Orientador: Leandro David Wenceslau

Coorientadora: Danielle Teles da Cruz

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Desigualdades sociais. 4. Determinação social da saúde. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Wenceslau, Leandro David, orient. II. Cruz, Danielle Teles da, coorient. III. Título.

WILLIAM PEREIRA SANTOS (BILL)

**A SAÚDE É SOCIAL? REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTEXTO (PÓS) PANDÊMICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 27 de setembro de 2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Leandro David Wenceslau - Orientador e Presidente da Banca
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Profa. Dra. Danielle Teles da Cruz - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla - Membro Titular Externo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva - Membro Titular Interna
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Profa. Dra. Maria Augusta Nicoli - Membro Suplente Externa
Università di Bologna (Itália)

Profa. Dra. Érika Andrade e Silva - Membro Suplente Interna
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Documento assinado eletronicamente por **Leandro David Wenceslau, Professor(a)**, em 30/09/2024, às 09:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 30/09/2024, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alcindo Antonio Ferla, Usuário Externo**, em 30/09/2024, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **WILLIAM PEREIRA SANTOS, Usuário Externo**, em 30/09/2024, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 07/10/2024, às 20:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **María Augusta Nicolí, Usuário Externo**, em 09/10/2024, às 13:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uff (www2.uff.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1960092** e o código CRC **815C4D11**.

“Em memória dos que morreram e se sacrificaram”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pela torcida e orações. Sem o apoio da minha irmã, Bruna, esta conquista não seria possível. Sem o carinho da minha mãe, Rosa, o meu maior exemplo de vida, esta conquista não seria possível. Dedico e também agradeço ao meu sobrinho Enzo. Com apenas dois anos de idade, vez ou outra ele deixava de brincar, quando estávamos perto, e digitava alguma tecla do meu computador quando estava trabalhando na construção desta Dissertação. Ainda não sei se estava me ajudando ou querendo brincar com o computador... Também dedico esta Dissertação ao meu pai, Jairo, e ao meu irmão, Felipe, que estão acompanhando esta conquista de algum lugar muito especial.

Agradeço ao professor Leandro David e à professora Danielle Teles, pela orientação e aprendizagens durante o Mestrado. Agradeço a dedicação e as contribuições, que foram imprescindíveis durante o percurso de formação.

Agradeço também aos membros da banca examinadora, o aceite, disponibilidade e as considerações perspicazes que contribuirão para o enriquecimento desta pesquisa.

Aos professores e professoras do Programa de Saúde Coletiva da UFJF. A interação com cada um e cada uma foi uma fonte constante de aprendizado.

À Elisângela e à Patrícia do PPgSC (UFJF) pelo profissionalismo sempre acompanhado de muita leveza e carinho.

Aos profissionais de saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde onde foram realizadas a ambientação e as entrevistas deste estudo. Todas as pessoas foram muito gentis e muito solícitas ao meu convite. Durante a pesquisa percebi o engajamento e o compromisso dos profissionais de saúde com o trabalho, com as pessoas, com o cuidado e com o SUS. Foi lindo ver a atuação de cada profissional dentro das UBS e este pequeno trecho está sendo escrito em lágrimas, pois realmente fiquei muito comovido com o trabalho que realizaram durante a pandemia e seguem realizando para garantir uma saúde mais justa às pessoas. Também fiquei muito feliz ao ver e entender a rede viva que se forma e se espalha por todo o território, conectando todas as pessoas. Eu sinto que nunca vou conseguir agradecer o suficiente a essas pessoas maravilhosas pela contribuição nesta pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, na pessoa de Glenda Aquino, que sempre foi muito atenciosa durante os atendimentos. Agradeço o apoio indispensável durante a parte prática da pesquisa realizada nas UBS.

Ao meu grande amigo, professor Alcindo Ferla, uma das pessoas mais maravilhosas que já conheci. Eu me senti honrado e feliz com cada convite que recebi para participar de projetos

tão potentes sob sua orientação. Cada oportunidade me fez conhecer e defender ainda mais o SUS, os territórios, a vida... além de me aproximar, cada vez mais, da Saúde Coletiva.

Às minhas amigas Hudimila (Honey) e Livia (Luxinha) pelo apoio e torcida. Certamente elas perceberam e me ajudaram a administrar a ansiedade até o desfecho do Mestrado. E aos meus amigos Carlos Eduardo e Xiquim pelo apoio e carinho sempre constantes.

À Clarissa Cunha pelo apoio e sensibilidade durante as fases mais apertadas de escrita.

Eu não sei como terminar este agradecimento sem dizer, da forma mais sincera possível e cheia de carinho, à todas as pessoas que cruzaram o meu caminho, “muito obrigado”.

“Não vai ser fácil. Mas não se preocupe, tudo vai melhorar. Começamos essa história juntos e é assim que vamos terminar. Eu prometo”.

Filme “Mulan”, 1998.

“No ano eleitoral, a coisa mais importante que todos podemos fazer é votar. Mas você não pode simplesmente falar para as pessoas votarem, você tem que inspirá-las a sentir a necessidade”.

Ru Paul Charles (*Ru Paul's Drag Race*, Episódio 10, Temporada 16, 2024)

RESUMO

Desde dezembro de 2019, a crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19, iniciada na China, expôs muitas desigualdades sociais e fragilidades nos territórios e nos sistemas de saúde, sobretudo de países do Sul Global. No Brasil, os registros evidenciaram a heterogeneidade nos casos, revelando infectados e mortes entre pessoas de diferentes faixas etárias e lugares, mas com foco maior nos territórios vulnerabilizados e em situações de baixa estrutura dos serviços de saúde ou nos territórios nos quais foram observadas negligências e banalização no enfrentamento à COVID-19. A pandemia desafiou a formulação de estratégias para superar os impactos causados pelo novo coronavírus, seja nos serviços de saúde, nas comunidades, nos ambientes domiciliares ou de trabalho, representando uma ameaça súbita ao fluxo habitual das práticas cotidianas. Esta Dissertação tem como objetivo geral compreender as representações de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que atuaram neste nível de atenção durante a pandemia, sobre a saúde e o adoecimento como fenômenos sociais. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e compreensiva, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de médio porte de Minas Gerais. A população do estudo foi composta por 16 profissionais de saúde vinculados às UBS. O trabalho de campo foi realizado por meio de entrevistas individuais do tipo semiestruturada. As informações obtidas a partir das entrevistas foram analisadas com o uso da técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke (2006). Os resultados suscitaram aspectos relacionados a: (I) impacto na saúde física e mental, com relatos de ansiedade, depressão, desejo de suicídio e doenças crônicas e transmissíveis; (II) desigualdades sociais, exacerbando a dificuldade de acesso a recursos básicos; (III) mudanças relacionadas aos processos e organização no trabalho para garantir atendimentos e, ao mesmo tempo, segurança; (IV) medidas sanitárias e respostas locais de enfrentamento à crise; (V) vacinação contra a COVID-19; e (VI) consequências na educação e na economia, incluindo desemprego e perda de renda e fechamento de escolas e empresas. A interconexão entre os resultados direciona à compreensão sobre como é difícil separar completamente esses domínios, pois eles interagem e se influenciam mutuamente e provoca a refletir sobre a pandemia a partir de uma perspectiva da prática social. A experiência da pandemia não é apenas uma questão de subjetividade individual, mas envolve as relações e interações entre diferentes atores sociais. Essa abordagem reconceitua a saúde, ampliando a visão além da mera normalidade dos órgãos. Em vez de focar exclusivamente na saúde física e na ausência de condições patológicas, essa perspectiva considera a saúde como um estado de bem-estar integral que inclui aspectos sociais, emocionais e psicológicos. Reconhece-se que fatores sociais, como desigualdades, condições de trabalho e acesso a recursos, têm um impacto significativo na saúde das pessoas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; COVID-19; Desigualdades Sociais; Determinação Social da Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Necropolítica.

ABSTRACT

Since December 2019, the health crisis caused by the COVID-19 pandemic, which began in China, has exposed many social inequalities and weaknesses in territories and health systems, especially in countries of the Global South. In Brazil, the records have shown the heterogeneity of cases, revealing infected people and deaths among people of different age groups and places, but with a greater focus on vulnerable territories and situations where health services are poorly structured or in territories where negligence and trivialization have been observed in the fight against COVID-19. The pandemic has challenged the formulation of strategies to overcome the impacts caused by the new coronavirus, whether in health services, communities, home or work environments, representing a sudden threat to the usual flow of everyday practices. The general aim of this dissertation is to understand the representations of Primary Health Care (PHC) professionals, who worked at this level of care during the pandemic, about health and illness as social phenomena. This was a qualitative, descriptive and comprehensive study carried out in three Basic Health Units (BHUs) in a medium-sized municipality in Minas Gerais. The study population consisted of 16 health professionals linked to the UBS. The fieldwork was carried out using individual semi-structured interviews. The information obtained from the interviews was analyzed using the thematic analysis technique proposed by Braun and Clarke (2006). The results revealed aspects related to: (I) the impact on physical and mental health, with reports of anxiety, depression, desire for suicide and chronic and communicable diseases; (II) social inequalities, exacerbating the difficulty of access to basic resources; (III) changes related to work processes and organization to ensure care and safety at the same time; (IV) health measures and local responses to the crisis; (V) vaccination against COVID-19; and (VI) the consequences on education and the economy, including unemployment and loss of income and the closure of schools and businesses. The interconnection between the results leads to an understanding of how difficult it is to completely separate these domains, as they interact and influence each other, and provokes reflection on the pandemic from a social practice perspective. The experience of the pandemic is not just a matter of individual subjectivity, but involves relationships and interactions between different social actors. This approach reconceptualizes health, broadening the view beyond the mere normality of organs. Instead of focusing exclusively on physical health and the absence of pathological conditions, this perspective sees health as a state of integral well-being that includes social, emotional and psychological aspects. It recognizes that social factors such as inequalities, working conditions and access to resources have a significant impact on people's health.

Keywords: Primary Health Care; COVID-19; Social Inequalities; Social Determination of Health; Family Health Strategy; Necropolitics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica de Juiz de Fora, MG.....	50
Figura 2. Localização geográfica das regiões de Juiz de Fora, MG.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Região de Planejamento (RP) de Juiz de Fora.	52
Quadro 2. Organização básica das UBS A, B e C.....	56
Quadro 3. População de estudo: distribuição dos profissionais de saúde entrevistados por UBS.	60
Quadro 4. Perfil das(os) profissionais de saúde das UBS participantes da pesquisa.	61
Quadro 5. Agenda de realização da ambientação e das entrevistas nas UBS.	67
Quadro 6. As seis fases da Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006).....	71
Quadro 7. Organização dos temas guarda-chuva, subtemas e falas-exemplo.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis relacionadas aos profissionais de saúde das três Unidades Básicas de Saúde, 2024.	74
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	156
ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS	162

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	163
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	167

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACÕES E ACRÔNIMOS

- AB - Atenção Básica
- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- ANT - Ator-Rede
- Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS - Atenção Primária à Saúde
- BA - Bahia
- BNCC - Base Nacional Comum Curricular
- BVS - Biblioteca Virtual da Saúde
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*
- CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
- DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DPASS - Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde
- Dr. - Doutor
- Dra. - Doutora
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- EAD - Ensino à distância
- EC - Emenda Constitucional
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual
- EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
- et al. - “et alii” (e outros)
- FGV - Fundação Getúlio Vargas
- FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
- h - Hora
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

- INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
- ISP - Internacional de Serviços Públicos
- IST - Infecção Sexualmente Transmissível
- JF - Juiz de Fora
- LAHPSA - Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia
- LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binários, + (representa a inclusão de outras identidades e orientações que não estão diretamente representadas na sigla)
- m - Minuto
- M4A - MPEG-4 Áudio (formato de codificação de áudio que utiliza técnicas de compressão para armazenar e transmitir áudio digital)
- MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*
- MeSH - *Medical Subject Headings*
- MG - Minas Gerais
- min - Minuto
- MP3 - MPEG-1 Audio Layer 3
- MS - Ministério de Saúde
- nº/n. - Número
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OIT - Organização Internacional do Trabalho
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- org.(s) - Organização
- p. - Página
- PAM - Pronto Atendimento Médico
- PJF - Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
- PNI - Plano Nacional de Imunização
- PPgSC - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- Prof. - Professor
- Profa. - Professora
- RN - Rio Grande do Norte
- RP - Região de Planejamento
- s - Segundo
- SciELO - *Scientific Electronic Library On-line*

SMS-JF - Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
Sr. - Senhor
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UP - Unidade de Planejamento
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
v. - Volume
VD - Visita domiciliar
WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 A COVID-19 ENCONTRA O TERRITÓRIO.....	26
2.1 NECROPOLÍTICA E DESIGUALDADES ESTRUTURAIS NA PANDEMIA: O IMPACTO DOS MARCADORES SOCIAIS E A GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....	27
2.2 COVID-19 E A TEORIA ATOR-REDE: INTERAÇÕES COMPLEXAS E DESAFIOS NO CUIDADO À SAÚDE	37
2.3 RECONFIGURAÇÃO DA SAÚDE, DINÂMICAS SOCIAIS E DESAFIOS DA SAÚDE COLETIVA.....	39
2.4 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NOS TERRITÓRIOS OCUPADOS PELAS UBS	41
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	49
3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	49
3.2 TRABALHO DE CAMPO.....	53
3.2.1 Fatores combinados para a seleção das Unidades Básicas de Saúde: reconhecendo o papel na gestão do cuidado, formação em saúde e espaço para pesquisa	53
3.2.2 Unidades e profissionais participantes da pesquisa.....	55
3.2.3 Ambientação: quando a prática pede uma imersão	61
3.2.4 Estruturação e procedimentos das entrevistas em Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	66
3.2.5 Entrevista semiestruturada: estruturando o instrumento de coleta de dados.....	68
3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	70
3.3.1 Análise quantitativa.....	70
3.3.2 Análise qualitativa.....	70
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	73
4 DESCRIÇÃO DO PERFIL DA AMOSTRA ESTUDADA	74
5 ANÁLISE DESCRITIVA DAS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE ATUARAM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	76
6 A POTÊNCIA DAS FALAS E A CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA.....	80

6.1 PERCEPÇÃO DO SOCIAL A PARTIR DA VIVÊNCIA DIÁRIA NAS UBS DURANTE A COVID-19	80
6.1.1 Entre o medo e o cuidado: a realidade dos trabalhadores da saúde durante a crise da COVID-19	80
6.1.2 Impactos da COVID-19 nas UBS: adaptações, desafios e lições no cuidado à saúde.....	89
6.2 GRUPOS E TERRITÓRIO	99
6.2.1 Efeito da COVID-19 nas condições de moradia: escancarando as desigualdades e os efeitos das <i>fake news</i> nos territórios.....	99
6.3 GRANDES MARCADORES SOCIAIS.....	111
6.3.1 Desigualdades e vulnerabilidades na pandemia de COVID-19: impactos ocupacionais, econômicos e de gênero.....	111
6.3.2 Desigualdades raciais e saúde na pandemia de COVID-19	119
6.3.3 Demanda reprimida e complicações de saúde durante e após a COVID-19...	120
6.3.4 Suspensão das aulas presenciais durante a pandemia: desafios e adaptações no ensino à distância.....	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	136
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	156
ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS	162
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	163
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	167

1 INTRODUÇÃO

“Hoje é um novo olhar para a comunidade, porque a pandemia trouxe exclusão, individualismo e o humano é sociável”. (Participante B1)¹.

A frase em destaque é uma reflexão de uma das pessoas participantes da pesquisa que embasa esta Dissertação. Ela é densa e traz significados muito profundos, nos conectando ao que será desenvolvido neste estudo. A frase sugere que a pandemia exigiu uma adaptação nas relações coletivas e que também repercute na saúde. A partir da COVID-19, que exigiu distanciamento social, as relações foram fragilizadas pelas exigências das estratégias sanitárias, também por ter mobilizado o medo da morte e de não haver possibilidade de reencontro com pessoas próximas. No início da pandemia, era mais evidente o adoecimento do corpo, depois disso, os impactos na educação, na cultura, na política, na economia e no mundo do trabalho passaram a ser observados. A pandemia afetou não apenas a saúde individual, mas também diversas estruturas e aspectos da vida em sociedade, suscitando a necessidade de maior compreensão sobre os agravos da crise que matou, em pouco mais de três anos, 7 milhões de pessoas no mundo e 713.115² no Brasil, conforme estatísticas oficiais³ (BRASIL, 2024; SILVA et al., 2021). Com segurança podemos dizer que a pandemia esteve conectada fortemente com o social na sua emergência e afetou profundamente o social no seu desenrolar.

Desde dezembro de 2019, a crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), iniciada em Wuhan, na China, expôs muitas desigualdades sociais e fragilidades nos territórios e nos sistemas de saúde, sobretudo de países do Sul Global (CASTRO, 2021; HEINZELMANN et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2020).

A infecção pelo novo coronavírus, fator de risco biológico preponderante para o desenvolvimento da COVID-19, se espalhou rapidamente, estabelecendo um quadro de emergência global, com muitos casos de adoecimentos e mortes. À medida que o vírus avançava entre os países, a partir dos primeiros meses de 2020, a pandemia de COVID-19, até então com forte característica infecciosa e de abordagem biomédica, cujos maiores perigos estavam em sua alta transmissibilidade, potencial de letalidade e no fato de o organismo humano não lhe ser imune (WHO, 2020), deixava um rastro de desestrutura nos serviços de saúde e nos setores de

¹ “B1” corresponde a uma das pessoas participantes nesta Dissertação. O detalhamento sobre a escolha e uso desses codinomes será apresentado na seção dedicada à metodologia do estudo.

² Número de mortes por COVID-19 no Brasil atualizado em 9 de setembro de 2024, às 7h15min. (BRASIL, 2024).

³ Constata-se a subnotificação da COVID-19 no Brasil por motivos relacionados a falta de testagem para a doença e negligência. O número, portanto, pode ser maior. A subnotificação é grave e prejudica a tomada de decisão em saúde (GUARNIERI et al., 2021; PRADO et al., 2020).

prestação de demais serviços essenciais, como circulação de alimentos e insumos para a saúde e outras áreas, transporte e segurança pública, serviços funerários, entre outros (CIRILO et al., 2020; SANTOS; FERLA, 2020). Essa dinâmica da pandemia evidenciou o colapso global na saúde, estrangulado pela elevada procura de pessoas acometidas pelo novo coronavírus e/ou com forte suspeita, bem como por pessoas com doenças crônicas sob condições de tratamento e acompanhamento aos serviços de saúde (WHO, 2020).

Apesar dos primeiros registros de COVID-19 no final de 2019, a doença somente foi considerada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), que significa o nível mais alto de alerta da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, e só em 11 de março de 2020 foi considerada uma pandemia. Para essa declaração, a OMS considerou o registro de casos em diversos países simultaneamente. Até o dia 21 de abril de 2020, 213 países, territórios ou demais áreas relataram casos da doença (BRITO et al., 2020; SANTOS et al., 2024).

No Brasil, a identificação da contaminação pelo novo coronavírus ocorreu no final de fevereiro de 2020, enquanto a Europa já registrava centenas de casos de COVID-19. No país, o primeiro caso da doença foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, envolvendo um homem de 61 anos que havia retornado de uma viagem à Itália. Diagnosticado em São Paulo, esse caso marcou o início da pandemia no Brasil⁴, que rapidamente se espalhou por todas as regiões (BRITO et al., 2020). No país, os registros evidenciaram a heterogeneidade nos casos, revelando infectados e mortes entre pessoas de diferentes faixas etárias e lugares, mas com foco maior nos territórios vulnerabilizados, com baixo acesso a bens e serviços e em situações de dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou nos territórios nos quais foram observadas negligências e banalização no enfrentamento à pandemia de COVID-19 (BIEHL, 2021; BRASIL, 2021; MOREL, 2021; MORETTE et al., 2021; ORELLANA et al., 2020). Ou seja, o novo coronavírus atinge a todos, mas o faz de maneiras diferentes, agudizando diferenças sociais e iniquidades. Esse quadro configura e expõe as pessoas, mas sobretudo algumas pessoas, à necropolítica e revela situações e comportamentos de racismo e descompromisso com relação aos cuidados à população (BUSS, 2020; CASTRO, 2021; STEVANIN, 2020).

Mas é preciso ter em conta que a expressão da iniquidade não traduz uma situação natural e imutável, mas, ao contrário, é consequência de escolhas que limitam o alcance e a abrangência de políticas sociais. Na saúde, as relações de saber e poder são bastante reconhecidas no campo da Saúde Coletiva, onde o conceito de “biopolítica”, originário das

⁴ Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completa-seis-meses-nesta-quarta.ghtml>>. Acesso em: 8 ago. 2024

produções de Foucault (FOUCAULT, 1979) e que expressa o poder de definir a vida. A pandemia nos explicitou outra forma, que não mais diz de normalidades e do que pode viver. O conceito da “necropolítica” no contexto da pandemia nos remete à submissão da vida ao processo de morte, que, para Mbembe (2016), não é só deixar morrer, como na produção foucaultiana, mas também fazer morrer. Durante a pandemia, esse conceito se manifestou de várias maneiras. No Brasil, a gestão inadequada da crise sanitária, a falta de infraestrutura de saúde suficiente, as decisões políticas que priorizaram certos interesses sobre o bem-estar coletivo, a demora na distribuição de vacinas, e a falta de acesso equitativo a tratamentos são exemplos de como a necropolítica se concretizou (BRASIL, 2021; CALIL, 2021; GUEDES et al., 2022b; LEITE, 2020).

A pandemia tensionou a normalidade social, provocando medos e incertezas e alterando as dinâmicas familiares e sociais. Essas mudanças exigiram uma reconfiguração das relações entre segurança e insegurança, desenvolvendo formas de lidar com as perturbações sociais e de saúde que surgiram durante o contexto, considerando a ruptura com o fluxo normal das práticas diárias (ALVES, 2023).

A pandemia de COVID-19 revelou e intensificou as desigualdades sociais preexistentes, especialmente no contexto de territórios vulnerabilizados, expondo as mudanças nas relações estruturas sociais (HEINZELMANN et al., 2021). A pandemia também expôs a fragilidade dos sistemas de saúde quando são submetidos a um financiamento inadequado, bem como a interferência política na condução da crise e emissão de respostas para garantir a segurança frequente das pessoas, impactando a equidade no enfrentamento da crise e a própria eficácia das respostas e articulação entre os estados com o governo federal. A curiosidade epistêmica que se produziu lendo e acompanhando o desenrolar da pandemia, foi o quanto essa conexão entre o social e a saúde foi afetada, considerando que a formação e a prática dos profissionais estão submetidas ao paradigma da medicina ocidental moderna e essa resiste à compreensão do social, naturalizando a saúde no corpo biológico (FERLA, 2021). Esse é o problema geral a ser investigado nesta pesquisa.

Esta pesquisa aborda a representação do impacto social do período pós-pandêmico sobre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), focando em temas como saúde, adoecimento, mudanças no processo de trabalho, e adaptações nas dinâmicas cotidianas e relações sociais durante a pandemia. Esses profissionais estiveram na linha de frente do atendimento e, portanto, possuem uma visão profunda e prática das mudanças e desafios enfrentados durante esse período.

Nessa perspectiva, é pertinente incluir a Atenção Primária à Saúde (APS) nas discussões propostas nesta Dissertação, uma vez que, por meio de sua atuação nos territórios, especialmente no contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a APS desempenha um papel relevante na (re)organização dos atendimentos em cada território. A APS tem um escopo de práticas alargado, que deveria estar bem integrado às situações que mobilizam a atenção à saúde. No caso da pandemia, envolviam a manutenção dos atendimentos já em curso, que precisaram passar por alterações na agenda, além da nova demanda relacionada aos casos de COVID-19. Essa demanda incluiu a capacitação da equipe, a vigilância em saúde, o controle dos casos e da transmissão viral, bem como a prática de vacinação quando a campanha foi implementada no país (BRASIL, 2012; MOTA et al., 2023).

Esta pesquisa se concentra em levantar relatos sobre como a comunidade e as pessoas do território, assim como o processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), foram impactados pela pandemia, e como essas mudanças foram percebidas pelos profissionais. Dessa forma, as questões elaboradas para levantamento de informações buscavam saber como os profissionais da APS perceberam e interpretaram a saúde e o adoecimento, bem como a relação com as mudanças no processo de trabalho e a adaptação às novas demandas impostas pela pandemia, como as adaptações e os desafios enfrentados; e o cotidiano nos territórios com a noção ampliada pela abordagem populacional, considerando idade, gênero, sexo, identidade sexual e identidade de gênero, trabalho e renda.

Interessava-me conhecer em maior profundidade a temática, considerando que a pandemia de COVID-19 foi compreendida em muitos lugares e por muitas pessoas, inclusive por mim, como um fenômeno responsável pela crise biológica e pela crise social, na qual é possível perceber os impactos na economia, no trabalho, na comunidade... É fato, porém, que a crise é “uma só”, quando consideramos o biológico também como social. À luz de Latour (2012), o biológico é social, pois o conhecimento e as práticas relacionadas à biologia são moldados e moldam o contexto social e cultural em que se inserem.

O campo temático deste estudo está em pensar a saúde da população como um fenômeno social impactado por uma crise biológica que se desdobrou numa crise humanitária disparada pelo novo coronavírus (FERLA, 2021). O fenômeno social, portanto, será apresentado, entendido e defendido nesta Dissertação como um processo que ocorre em contextos de interações e estruturas sociais que é influenciado por comportamentos, relações e doenças, como foi a COVID-19. Assim, pretende-se analisar como os profissionais de saúde vinculados às UBS percebem o social no contexto de suas atuações durante a COVID-19. Para alcançar essa proposta, estabeleceu-se como questão disparadora: “Como os profissionais de saúde

compreendem ou percebem o social a partir de suas atuações nas Unidades Básicas de Saúde e nos territórios de abrangência da APS durante a pandemia de COVID-19?”

Esta Dissertação apresenta uma abordagem que leva em consideração as adaptações práticas e as respostas diárias dos profissionais de saúde às novas circunstâncias impostas pela pandemia de COVID-19. Ao focar na experiência direta e nas práticas emergentes, obtém-se uma compreensão mais completa das dinâmicas sociais modificadas (e forçadas a modificar) durante o período de crise. Nesse sentido, este estudo se alinha à perspectiva da saúde como um fenômeno social, destacando que os determinantes sociais, embora representem uma tentativa de sistematizar aspectos que desafiam a lógica biomédica tradicional, não esgotam a discussão e as reflexões sobre o social na saúde (MINAYO, 2006). Essa é a justificativa deste estudo, que busca explorar e compreender as dimensões sociais da saúde em um contexto de crise, indo além da perspectiva biomédica tradicional. Ao focar nas práticas emergentes e nas experiências diretas das populações afetadas, este estudo pretende revelar como as dinâmicas sociais são modificadas e como, por sua vez, essas modificações impactam a Saúde Coletiva.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo geral compreender as representações de profissionais da APS, que atuaram neste nível de atenção durante a pandemia de COVID-19, sobre a saúde e o adoecimento como fenômenos sociais. E, como objetivos secundários: (I) Levantar relatos sobre as mudanças no processo de trabalho ocorridas na APS, durante a pandemia de COVID-19 e as representações dos profissionais quanto aos aspectos sociais que produziram essas mudanças; e (II) Analisar as diferentes visões de profissionais da APS sobre o “social” e sua relação com a saúde e o adoecimento em um contexto pandêmico.

A Dissertação está dividida em sete partes: O capítulo 1 consiste na introdução, com apresentação da justificativa e dos objetivos geral e específicos da pesquisa. O capítulo 2 apresenta a revisão bibliográfica sobre os temas e conceitos relacionados ao estudo. No capítulo 3 constam os aspectos metodológicos, incluindo a imersão no campo empírico e as estratégias de amostragem com as devidas considerações éticas. Os capítulos 4 e 5 correspondem aos resultados da pesquisa, enquanto o capítulo 6, apresenta a discussão, no qual os resultados deste estudo são colocados em diálogo com a literatura. Por fim, o capítulo 7 apresenta as considerações finais, que suscitam algumas reflexões sobre os principais achados da pesquisa, destacando suas implicações e contribuições para o campo da APS no contexto de pandemias.

2 A COVID-19 ENCONTRA O TERRITÓRIO

A COVID-19 precipitou uma crise multifacetada em muitos países, afetando diversas dimensões da sociedade e da vida cotidiana. A crise, inicialmente com forte característica biológica, em que era possível perceber o grande número de pessoas infectados e mortes que se acumulavam em curto espaço de tempo, fragilizou e desafiou as pessoas e os serviços, suscitando estudos que apresentassem explicações e respostas acerca dos impactos em diferentes áreas (CIRILO et al., 2020; SANTOS; FERLA, 2020). A abrangência e as dimensões da crise demonstraram a fragilidade das estruturas e políticas, não apenas pela dificuldade de mitigar os efeitos da pandemia, mas pela magnitude dos efeitos que a pandemia produziu em diferentes territórios.

Parece oportuno, portanto, analisar como a produção da saúde se relaciona com as diferentes dimensões da vida social e como essas contribuíram para a distribuição desigual dos impactos da COVID-19. A pandemia não apenas revelou as desigualdades preexistentes, mas também aprofundou as questões relacionadas à necropolítica, ou seja, à forma como decisões políticas e sociais influenciam quem vive e quem morre. Se, por um lado, a conexão do social com a saúde não é exatamente novidade no campo da Saúde Coletiva, o fato é que a nitidez com que as conexões do adoecimento na pandemia e as condições do andar da vida de pessoas e grupos se tornou visível para um conjunto grande de analistas. Como descrito adiante, essas conexões transparecem nos depoimentos dos trabalhadores das equipes de atenção primária em saúde que compuseram o empírico da pesquisa, mesmo com a reconhecida subjetivação biomédica, que, muitas vezes, ofusca essas conexões, naturalizando a dimensão biológica da saúde e da vida (FERLA, 2021).

Sendo assim, também os conceitos de “ator-rede” e APS, em nossa análise, são relevantes para ampliar a compreensão sobre a COVID-19, conectando o pensamento também aos fenômenos da vida social para compreender os efeitos da doença. Sob a análise de ator-rede, teoria de Latour (2012), revela-se como profissionais de saúde interagiram e coordenaram suas ações para garantir cuidados integrados e eficazes, superando, muitas vezes, a lógica da necropolítica. A APS, sendo o primeiro ponto de contato com o Sistema Único de Saúde (SUS) para muitas pessoas, desempenhou um papel importante na resposta à COVID-19 e ao controle de demais doenças crônicas que seguiram o seu curso evolutivo durante a pandemia. Compreender como esse nível de atenção lida com o território e as diferenças observadas e como se integra com outros níveis de cuidados pode identificar barreiras ao acesso. Esses

conceitos contribuem com uma compreensão mais abrangente e complexa e uma resposta mais ampla nas situações provocadas pela pandemia.

2.1 NECROPOLÍTICA E DESIGUALDADES ESTRUTURAIS NA PANDEMIA: O IMPACTO DOS MARCADORES SOCIAIS E A GESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Os marcadores sociais, como raça, etnia, gênero, classe social, sexualidade, idade... desempenham um papel crucial na construção das identidades e na definição das oportunidades e desafios que as pessoas enfrentam ao longo de suas vidas. Esses marcadores não apenas moldam as experiências pessoais e sociais, mas também refletem e perpetuam desigualdades e injustiças estruturais na sociedade. Durante a pandemia, os marcadores sociais foram amplamente evidenciados, revelando como essas categorias estruturam desigualdades, influenciando no acesso a recursos, à proteção e aos cuidados em saúde (BIEHL, 2021; FERLA et al., 2020).

A COVID-19 chega ao Brasil em um momento de ferrenha tentativa de desmonte das políticas públicas, que teve início no governo Temer com a publicação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) e prosseguiu no governo Bolsonaro. Importante olhar para um passado próximo para compreender a negligência observada durante a condução da pandemia no Brasil. A EC-95/2016 ataca os direitos mais elementares conquistados e garantidos à população na medida em que constitucionaliza o subfinanciamento e dificulta o investimento nos serviços de saúde e educação. O congelamento no investimento limita o crescimento das despesas primárias do governo federal à inflação do ano anterior por vinte anos. Há, portanto, a dificuldade de manter programas, políticas e recursos humanos e técnicos para assistência de qualidade às pessoas. Em um período de crise, como foi a pandemia, emendas dessa proporção fragilizam a capacidade de resposta do governo aos agravos (BASTOS et al., 2020; BIEHL, 2021; MENEZES; MORETTI; REIS, 2019; PAIM, 2018).

Nesse contexto, a noção da necropolítica - que se refere ao poder de decidir quem vive e quem morre - tornou-se particularmente relevante (LEITE, 2020; MBEMBE, 2016).

A ideia de “deixar viver ou deixar morrer” tem se tornado ainda mais relevante na contemporaneidade. O filósofo camaronês, Achille Mbembe (2016), que foi mencionado anteriormente, desenvolveu, a partir da ideia de biopolítica, o conceito de necropolítica. A lógica da biopolítica nos remete ao exercício do poder sobre as coisas, os lugares e, sobretudo, as pessoas (FOUCAULT, 1979). Dessa forma, a biopolítica se refere à maneira como o poder é exercido na modernidade. Para Foucault, a biopolítica é uma maneira específica de

administrar a vida e a população, diferente das formas de poder mais tradicionais que se focam na repressão ou na lei. Leite (2020, p. 4) completa que “o Estado brasileiro sempre dividiu a população entre aqueles que devem viver e os outros que nem tanto...”. Essa é uma crítica à forma como o Estado brasileiro tem historicamente tratado diferentes grupos da população de maneira desigual. A ideia central é que há uma divisão entre os que são considerados merecedores de direitos e proteção, e aqueles que são marginalizados ou negligenciados. Dessa forma, na perspectiva da necropolítica, de Mbembe (2016), a abordagem é para enfatizar como certos grupos de pessoas são tratados de forma desigual, sendo deixados à margem, expostos a condições de vida precárias e à violência, enquanto outros são mais protegidos e valorizados pelo Estado. Muitas vezes a necropolítica se manifesta por meio da violência explícita e do controle sobre populações, como em zonas de conflitos e comunidades marginalizadas. Ou ainda, pode ser percebida em práticas de detenção arbitrária com uso excessivo da força policial sobre determinados grupos, ou exclusão de certos grupos de serviços básicos durante crises, como foi registrado durante a pandemia.

Banalizar a letalidade do novo coronavírus, incitar o ódio e a violência, encorajar a invasão de hospitais durante a pandemia, permitir e protagonizar a produção e disseminação de *fake news*, incentivar o desuso de máscaras faciais e outros equipamentos de proteção individual e coletiva e, em contrapartida, a incentivar aquisição e consumo de medicamentos não comprovados cientificamente contra a COVID-19 são medidas e comportamentos irresponsáveis que resultaram no adoecimento e morte das pessoas (MOREL, 2021; MORETTE et al., 2021; MS, 2021; PEIXOTO; LEAL; MARQUES, 2023). Essa situação se materializa ainda com a postergação da implantação e/ou implementação de recomendações cientificamente comprovadas e orientadas por autoridades e organizações internacionais, como a vacina (BRASIL, 2021; MBEMBE, 2016). À época, o então presidente do Brasil, sr. Jair Bolsonaro, minimizou a letalidade do novo coronavírus ao declarar publicamente que, por ter “histórico de atleta” (PRATA; SILVA; ALVES JÚNIOR, 2020), não estaria em risco de desenvolver a COVID-19. Esta e outras falas do mandatário foram, em sua maioria, sem uso de máscara de proteção facial ou, quando muito, utilizando-a incorretamente. Esse comportamento irresponsável obstaculizou qualquer empenho de prover cuidado às pessoas, sobretudo as mais vulneráveis. Ainda vale ressaltar que, em março de 2024, o ex-presidente, sr. Bolsonaro, foi indiciado por dois crimes relacionados a um esquema de falsificação de cartões de vacinação (CALIL, 2021; MOROSINI, 2024; VENTURA; REIS, 2021). A postura do governo federal nunca esteve focada no combate ao vírus e o resultado foi a produção de mortes, nos colocando, portanto, em contato com a necropolítica (FERNANDES, 2021; MOREL, 2021).

A negligência quanto às medidas de proteção também mantém relação com a necropolítica durante a pandemia no Brasil. Em muitos momentos, houve uma minimização da gravidade da pandemia por parte de líderes políticos, o que resultou em menos ênfase nas medidas de proteção, como distanciamento social e uso de máscaras. O sr. Jair Bolsonaro chegou a imitar de forma jocosa pacientes com crise de falta de ar⁵. Isso teve um impacto desproporcional nas populações mais vulneráveis, expondo-as a um risco maior de contágio e morte. Mas também deve ser considerado o atraso nas medidas de restrição. A demora na implementação de medidas restritivas em estados e municípios pode ser vista como uma forma de necropolítica, ao não proteger adequadamente os grupos mais expostos ao vírus.

Indo além na tentativa de contextualizar o conceito da necropolítica, na contemporaneidade, não se trata mais apenas de deixar as coisas acontecerem, mas sim de criar um conjunto de mecanismos para que certos eventos ocorram, resultando na morte de determinadas pessoas e grupos. Existem modelos políticos que operam de maneira a garantir que determinados grupos sociais sejam, de fato, eliminados (LEITE, 2020; MBEMBE, 2016). Os modelos políticos e regimes que, historicamente, utilizaram políticas e práticas para eliminar ou suprimir determinados grupos sociais, usaram, em algumas situações, abordagens e estratégias sistemáticas de extermínio, repressão ou exclusão, como o regime de nazismo na Alemanha (1933-1945), que representa o totalitarismo⁶; o regime de Stalin na União Soviética (1924-1953)⁷ e regime de Pol Pot no Camboja (1975-1979)⁸, que representam regimes comunistas; a ditadura de Pinochet no Chile (1973-1990)⁹ e a ditadura militar no Brasil (1964-1985)¹⁰, que representam os regimes autoritários e ditatoriais; e o genocídio de Ruanda (1994),

⁵ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vO6TIUcUVZA>>. Acesso em: 6 set. 2024.

⁶ Sob o controle de Adolf Hitler, o regime nazista promoveu uma ideologia de pureza racial que levou ao Holocausto, o genocídio sistemático de seis milhões de judeus, além de outros grupos como ciganos, homossexuais e pessoas com deficiência. O totalitarismo nazi usou propaganda, repressão e violência para eliminar aqueles que eram considerados "indesejáveis". Sugestão de filme: "Zona de Interesse" (*The Zone of Interest*; 2023; Direção de Jonathan Glazer). O filme é uma adaptação do romance homônimo de Martin Amis e retrata a vida de uma família alemã que vive próxima a um campo de concentração durante a Segunda Guerra Mundial. A narrativa explora a normalidade e a banalidade da vida em um ambiente de horror e violência, focando na desconexão entre a vida cotidiana e os horrores que ocorrem ao redor. Essa dissonância é particularmente reveladora quando conectada ao conceito de necropolítica, com base nos marcadores sociais de classe (ZONA DE INTERESSE, 2023).

⁷ Sob Joseph Stalin, o regime soviético implementou uma série de políticas de purga e repressão que resultaram na morte de milhões de pessoas, incluindo líderes políticos, intelectuais, e camponeses durante as Coletivizações Forçadas e os Expurgos.

⁸ O Khmer Vermelho, liderado por Pol Pot, tentou implementar uma sociedade comunista agrária através da eliminação de todos os "inimigos" internos, o que resultou na morte de cerca de 1,7 milhões de pessoas, incluindo intelectuais, minorias e pessoas de classe média.

⁹ Augusto Pinochet implementou uma ditadura militar que empregou tortura, desaparecimento forçado e execução para suprimir a oposição política e social.

¹⁰ Durante o período da ditadura militar, o regime utilizou tortura, desaparecimento forçado e execução para reprimir opositores políticos, especialmente aqueles que eram vistos como ameaças ao regime.

que exterminou pessoas, predominantemente, da etnia tutsi¹¹. Nesse sentido, a COVID-19 no Brasil também pode ser considerada um genocídio, devido ao crescimento exponencial de mortes no país. Esses regimes têm uma ideologia que justifica a exclusão ou destruição de determinados grupos, seja por motivos raciais, étnicos, políticos ou ideológicos, e reprimem severamente qualquer forma de resistência ou oposição, utilizando sistemas de repressão para manter o controle (GONÇALVES; LIMA, 2017; GUETTNAUER, 2022; RAMOS, 2018; ROCHA, 2015; SANTOS, 2020; WOITOWICZ; PEDRO, 2009).

Na pandemia de COVID-19, o conceito de necropolítica pode ser observado em vários aspectos da resposta do Estado brasileiro à crise sanitária. Com relação à desigualdade no acesso à vacina, dois aspectos são relevantes. Sobre as desigualdades regionais, durante a pandemia, as regiões mais pobres e periféricas, como as comunidades e áreas rurais, enfrentaram uma escassez ainda maior de recursos e infraestrutura, como ficou evidente no Amazonas em alguns períodos da pandemia (SCHWEICKARDT et al., 2022a). A falta de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), ventiladores e medicamentos foi mais pronunciada nessas áreas (BUSS, 2020; STEVANIN, 2020). E quanto ao acesso à vacinação contra a COVID-19, áreas mais ricas e pessoas com mais acesso a recursos foram vacinadas mais rapidamente, enquanto as populações vulneráveis e marginalizadas enfrentaram maiores dificuldades para obter a vacinação (FIOCRUZ, 2021a; FIOCRUZ, 2022).

A produção de vacinas e o incentivo à vacinação não foram medidas do ex-governo federal (2019 - 2022). Em vez disso, o tanto quanto foi possível, promoveu tratamentos medicamentosos cuja eficácia não era comprovada. Além disso, o governo federal pressionou trabalhadores da saúde a prescrever esses medicamentos, o que indica uma abordagem de saúde pública contrária às recomendações científicas e potencialmente prejudicial para a população.

18 de dezembro de 2020 - Agenda em Porto Seguro (BA): “Será que precisa ter muita inteligência para entender que a hidroxicloroquina serve para as duas coisas (coronavírus e malária), é coisa simples, por que politizaram? Por que em alguns estados se perseguiu, se proibiu a hidroxicloroquina, ivermectina a troco de quê? Se podia até proibir, mas tivessem uma alternativa”¹².

¹¹ Durante o genocídio em Ruanda, o governo Hutu extremista executou uma campanha sistemática para exterminar a minoria Tutsi. Em um período de aproximadamente 100 dias, mais de 800.000 pessoas foram assassinadas. Sugestão de filme: *Hotel Ruanda* (*Hotel Rwanda*; 2005; Direção de Terry George). O filme faz referência ao hotel que salvou a vida de mais de 1.200 pessoas durante o conflito (HOTEL RWANDA, 2005).

¹² Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-defendeu-uso-de-cloroquina-em-23-discursosoficiais-leia-as-frases-25025384>>. Acesso em: 2 ago. 2024.

Um estudo amplo que acompanhou os efeitos da pandemia em municípios amazônicos, correlacionou mortalidade, acesso a vacinas, medidas de resposta embasadas em conhecimentos sólidos da ciência e o perfil dos gestores, mostrando que o risco e a vulnerabilidade são projetos políticos embasados em ações necropolíticas. A correlação entre mortalidade e negligência dos gestores públicos adiciona uma nova camada de densidade analítica à noção de interseccionalidade, que se aplica a populações indígenas, tanto em áreas rurais quanto urbanas, às comunidades nas periferias urbanas, às populações ribeirinhas e às que vivem ao longo das estradas no chamado Brasil profundo, áreas do país que são frequentemente caracterizadas por uma combinação de isolamento geográfico, desigualdade econômica e social, e falta de infraestrutura (SCHWEICKARDT et al., 2022a; SCHWEICKARDT et al., 2022b).

Retomando a EC-95/2016, o ponto da negligência pode fragilizar a atuação da APS e, conseqüentemente, a prestação de serviços à comunidade. Quando os recursos são desigualmente alocados ou inexistentes, isso pode resultar em um acesso desigual aos cuidados de saúde. Populações marginalizadas e vulneráveis podem ter menos acesso a serviços de saúde, aumentando o adoecimento e a mortalidade nos territórios (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). A carência de insumos essenciais compromete a qualidade do atendimento nas unidades de saúde, enquanto a falta de tecnologias de informação e comunicação adequadas dificulta a gestão e organização dos serviços. Muitos problemas estruturais nas UBS também impactam a qualidade do atendimento, e dificuldades na gestão da Estratégia Saúde da Família (ESF) prejudicam a eficiência e a organização dos serviços prestados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

O governo de muitos estados e municípios brasileiros esteve associado aos comandos do governo federal, que na época era liderado pelo sr. Jair Bolsonaro. Freitas e colaboradores (2022), na análise que realizaram sobre os impactos da COVID-19 em Carauari, no Amazonas, observam e chamam a atenção para um fato muito preocupante:

“A partir dos últimos meses de 2020, podemos observar o estabelecimento de tratamento precoce como competência dos serviços de atenção básica, indicando a administração de substâncias especificadas como Ivermectina, Zinco, Vitamina D e Azitromicina (em alguns momentos inclui-se também ácido acetil salicílico, vitamina C, acetilcisteína e polivitamínico), aos indivíduos sintomáticos, independente de resultados de testes. Somado a isso, temos também o estabelecimento de tratamento chamado de tratamento da fase inflamatória, com oxigenoterapia e medicamentos descritos como dexametasona, anticoagulante e antibioticoterapia” (p. 50).

O incentivo a esses medicamentos fez com que ficassem escassos para pessoas que faziam uso contínuo deles. Em janeiro de 2021, o Ministério de Saúde (MS) pressionou a gestão municipal do Amazonas a utilizar cloroquina e ivermectina para os casos de COVID-19. A multiplicação de *fake news* e a pressão geraram como resultado a adoção dos medicamentos na rotina de atendimento às pessoas suspeitas ou com diagnóstico de COVID-19 (FREITAS et al., 2022).

Durante a pandemia, o uso de medicamentos específicos, promovido em várias localidades do Brasil e em países com políticas neoliberais, foi mais uma estratégia política do que uma abordagem baseada em evidências científicas. O ex-presidente Jair Bolsonaro e seus aliados incentivaram o uso de tratamentos não comprovados, demonstrando uma postura de negacionismo em relação às diretrizes científicas estabelecidas. Essa prática não só desviou a atenção de medidas eficazes, como também refletiu uma tentativa de manipulação política da crise sanitária, colocando em segundo plano o rigor científico e a eficácia dos tratamentos (CAPONI et al., 2021).

A lógica do capitalismo, ao priorizar interesses econômicos sobre a saúde pública, demonstrou sua influência negativa durante a pandemia. Em vez de focar em estratégias de saúde pública eficazes, como o acesso universal a vacinas e tratamentos comprovados, políticas capitalistas frequentemente favoreceram decisões que visavam a manutenção da economia, mesmo que isso comprometesse a eficácia das medidas de combate ao novo coronavírus. Essa abordagem reflete uma hierarquia de valores onde o lucro e o crescimento econômico foram colocados acima da proteção da saúde da população, evidenciando uma falha em equilibrar as necessidades econômicas com as demandas de uma resposta sanitária abrangente e científica (CAPONI et al., 2021).

A fala de muitas pessoas participantes nesta pesquisa, revelam que profissionais médicos vinculados às UBS também prescreveram, durante a pandemia, os medicamentos recomendados por Bolsonaro. Esse sentido nos conecta à necropolítica imposta como poder político compatível com governos autoritários (LEITE, 2020). Nesta Dissertação, foi evidenciado, em algumas situações, que o enfrentamento à pandemia foi influenciado pela gestão da necropolítica, evidenciada pela demora na distribuição de vacinas e pela promoção de medicamentos não comprovados. Essa gestão inadequada não só prolongou a crise sanitária, mas também alimentou a desconfiança pública e comprometeu a eficácia das respostas de saúde, como também se observou nesta pesquisa. O incentivo público e a ênfase em soluções não baseadas em evidências demonstraram uma negligência preocupante com a saúde e a vida

das populações mais vulneráveis, refletindo uma abordagem que priorizou interesses políticos e econômicos em detrimento da segurança coletiva.

Os impactos desproporcionais sobre grupos vulneráveis também são uma expressão da necropolítica. No início da pandemia, havia evidências de que a COVID-19 afetava principalmente idosos e pessoas com comorbidades, como diabetes, doenças cardíacas, doenças pulmonares e câncer. No entanto, à medida que a crise se desenvolveu globalmente, o perfil da doença evoluiu, mostrando também um elevado número de casos e mortes em pessoas de diversas idades, localizações e sem condições pré-existentes. Essa mudança revelou a influência de fatores individuais, coletivos, territoriais e culturais (CAVALCANTE et al., 2020; FERREIRA et al., 2020; LEITE, 2020). Com o passar do tempo, grupos de pessoas em situação de rua, indígenas e trabalhadores informais enfrentaram altos índices de infecção e mortalidade. Esses grupos, muitas vezes, têm acesso limitado a cuidados de saúde e enfrentam condições de vida que dificultam o distanciamento social e outras medidas de proteção. Dessa forma, a taxa de mortalidade por COVID-19 foi desproporcionalmente mais alta entre pessoas negras e pobres, refletindo uma divisão racial e econômica nas consequências da pandemia (RAMOS-FLORÊNCIO, 2022).

A necropolítica também perpassa pelas políticas de saúde públicas inadequadas. A fragmentação das políticas de saúde pública e a falta de um plano coordenado contribuíram para a alta taxa de mortalidade. E a insuficiência de medidas de apoio econômico para trabalhadores informais e pequenas empresas aumentou a vulnerabilidade desses grupos, forçando muitos a continuar trabalhando em condições inseguras e, portanto, expostos ao vírus. Em 20 de março de 2020, contra as medidas de isolamento para conter a COVID-19, a Secretaria de Comunicação da Presidência da República lançou a campanha “O Brasil não pode parar”¹³. Essa frase foi particularmente notável durante a pandemia de COVID-19, sendo usada no contexto da crise para transmitir a ideia de que o país deveria continuar funcionando, mesmo diante de desafios significativos e da recomendação de evitar aglomerações em espaços comuns. A campanha se sustentava na falsa premissa de que não havia mortes entre jovens e adultos e incentivava seus apoiadores a desrespeitar as medidas de isolamento social estabelecidas pelos governos municipal e estadual. O incentivo ao trabalho, especialmente para autônomos, ambulantes e outras categorias essenciais, revelava, de maneira implícita e depois explícita, uma falta de interesse em negociar um auxílio emergencial adequado para a população, no intuito de apoiar um *lockdown* nacional.

¹³ Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-pararcontra-medidas-de-isolamento/>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

Muitas das recomendações e posições da época da crise, orientadas para o compromisso de redesenhar processos e transformação das estruturas e sistemas sociais, econômicos e políticos existentes, especialmente em resposta a crises significativas, permaneceram como metas não alcançadas, conforme evidenciado primeiros meses do *lockdown* (NICOLI, 2022).

Inicialmente, a pandemia era percebida como uma ameaça externa, com o vírus afetando principalmente aqueles que haviam viajado para fora do país. No entanto, as primeiras mortes no Brasil foram de pessoas que não haviam viajado, como no caso de uma empregada doméstica negra no Rio de Janeiro (UFRGS, 2020). Esse padrão se repetiu, refletindo a desigualdade no modelo de atendimento à saúde, no acesso às vacinas e acesso a oxigênio e leitos hospitalares.

Entre os trabalhadores de saúde, a taxa de mortalidade também foi alta, especialmente entre aqueles que eram negros. Isso ocorre devido a uma percepção errônea de que essas pessoas são mais resistentes, o que, na verdade, reflete um processo de desumanização anterior à COVID-19. Trata-se de preconceito. Essas populações tiveram menos acesso a cuidados adequados, o que as deixou mais vulneráveis ao novo coronavírus. A taxa de letalidade foi significativamente maior entre esses grupos, evidenciando uma política que favorece a morte dentro de determinados segmentos sociais (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

As pessoas que mais morreram e que mais foram afetadas são as que mais circularam por não terem tido, por exemplo, condições de substituir suas atribuições presenciais pelo formato remoto de trabalho, seja porque os seus trabalhos eram considerados essenciais e, portanto, precisaram sair de casa diariamente, ou porque foi imposto pelos empregadores, contrariando as orientações sanitárias. Dessa forma, entregadores de *fast food*, trabalhadoras domésticas, trabalhadores do setor de limpeza pública, motoristas de ônibus e aplicativos e trabalhadores da saúde estiveram mais expostas ao risco biológico (ARAÚJO; GUEDES, 2022; TEIXEIRA et al., 2021).

Algumas atividades, consideradas essenciais, precisavam ser mantidas. É intrigante, porém, que apesar da necessidade de manter as atividades, muitas delas são remuneradas com inferioridade e, em muitas situações, os trabalhadores estiveram sem a devida proteção com relação ao novo coronavírus e ao tensionamento causado pela pandemia. Essa visão reduz a pandemia a uma questão biológica e técnica, ignorando as diversas realidades e necessidades das pessoas e comunidades afetadas. Para enfrentar a pandemia de maneira mais eficaz e justa, é crucial reconhecer e abordar a complexidade dos impactos sociais, econômicos e individuais da crise (NICOLI, 2022).

A adaptação ao trabalho remoto não foi viável para todas as pessoas, devido à natureza de certas atividades que requerem a presença física dos trabalhadores. Assim, o risco de

infecção pelo novo coronavírus estava presente em locais que promoviam aglomerações, como nos transportes públicos e nos próprios ambientes de trabalho. Esse risco foi agravado, em parte, pelo incentivo ao retorno às atividades presenciais antes da disponibilidade de uma vacina específica contra a COVID-19 (CAMPOS, 2020; JACKSON FILHO et al., 2020; PEREIRA et al., 2022). Em alguns momentos, inclusive, também houve discussões sobre permitir que o vírus se espalhasse naturalmente para alcançar a imunidade de rebanho, sem considerar adequadamente o impacto devastador que isso teria, e já apresentava, sobre os grupos mais vulneráveis. Essa abordagem pode ser vista como uma forma de necropolítica, que incitava o adoecimento de determinados grupos.

13 de julho de 2020. Discurso na Cúpula Ministerial sobre Inclusão Social para a América Latina e o Caribe da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Ministro da Economia, Paulo Guedes, assegurou: “Algumas regiões brasileiras já contam com imunidade de rebanho contra o novo coronavírus. [...] Há Estados em que o confinamento social foi limitado e a pandemia avançou rapidamente. Houve grande mortalidade e os sistemas de saúde foram pressionados, às vezes faltando atendimento. E agora são os Estados onde a doença está caindo mais rapidamente” (p. 8).

Nesse sentido, as pessoas mais afetadas pela COVID-19, tanto em termos de contágio quanto de mortalidade, foram aquelas cujas ocupações eram consideradas essenciais. Essas ocupações, além de serem essenciais, são geralmente mal remuneradas e, paradoxalmente, mantiveram essas pessoas expostas ao vírus durante a pandemia (BUSS, 2020; STEVANIN, 2020).

Concordando com Nicoli (2022, p. 17), “a pandemia é multifacetada, como a saúde de todos os lugares, e o estudo de seus efeitos não pode ignorar essas dimensões”. A reflexão enfatiza a complexidade e a diversidade dos impactos da pandemia de COVID-19.

A violência vista durante a pandemia revela como as decisões políticas e sociais determinaram quem seria protegido e quem seria deixado à própria sorte. Durante a pandemia, as desigualdades estruturais ficaram ainda mais evidentes, com certos grupos. Além de trabalhadores nos serviços essenciais, houve entre os grupos a expressão de gênero, identidade e raça. Mulheres, a população LGBTQIAPN+, negros, e demais pessoas vulnerabilizadas ficaram mais expostos ao risco e à morte, muitas vezes devido à ausência de políticas eficazes e equitativas. Essas escolhas reforçam a lógica da necropolítica, onde a vida de alguns é valorizada, enquanto a de outros é descartada (ARAÚJO; GUEDES, 2022; GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; TEIXEIRA et al., 2021).

Dispositivos para análise da prática da necropolítica têm aos montes. Quando se considera a situação da violência urbana, muitas mulheres são violentadas cotidianamente, sem que políticas eficazes sejam implementadas para enfrentar esse problema. Observa-se, em vez disso, uma discussão focada na segurança pública, que prioriza o aumento do policiamento em bairros nobres, negligenciando a violência contra a mulher, exposta a muitas formas de violência. Ao agir dessa forma, as autoridades estão, de certa forma, escolhendo quem vai viver e quem vai morrer. Da mesma forma, a ausência de uma resposta efetiva à violência contra a população LGBTQIAPN+ reflete uma escolha implícita de quem será ou não violentado (ARAÚJO; GUEDES, 2022; LIMA; MACHADO, 2021; TEIXEIRA et al., 2021).

A necropolítica se manifesta quando certas populações, com base em sua raça, classe ou outros marcadores, são sistematicamente privadas de cuidados e recursos essenciais. Durante a pandemia, a ausência de uma distribuição equitativa de recursos, como respiradores, vacinas e leitos hospitalares, replicou as dinâmicas de exclusão vistas na violência urbana. As autoridades, ao negligenciar as necessidades desses grupos vulneráveis, fizeram escolhas que, direta ou indiretamente, determinaram quem teria mais chances de sobreviver e quem estaria mais exposto à morte. Assim, tanto no contexto da violência urbana quanto na gestão da pandemia, a necropolítica se manifesta nas políticas que priorizam a vida de uns em detrimento de outros (CALIL, 2021; FIOCRUZ, 2021b; MORETTE et al., 2021; PACZEK; DUARTE; FERLA, 2021; SANDUANE et al., 2021).

Dessa forma, a necropolítica se manifesta, por exemplo, na decisão sobre a destinação de recursos limitados. Na compra de um único respirador, a escolha para onde enviá-lo, se para um hospital de uma área nobre ou periférica de uma cidade, reflete como políticas públicas podem, intencionalmente ou não, determinar quem tem acesso à vida e quem é deixado à margem, refletindo as desigualdades sociais e econômicas nas decisões de saúde. Quando se toma essa escolha, decide-se quem vai viver e quem vai morrer. Essas escolhas, em geral, se conectam aos marcadores sociais, como classe, gênero e raça, e, frequentemente, desfavorecem a vida de pessoas negras, mulheres e outros grupos marginalizados. Essas decisões revelam as profundas desigualdades estruturais presentes em nossa sociedade, que já tinham grande destaque antes da pandemia de COVID-19 (HEINZELMANN et al., 2021).

Quando se considera a pandemia uma crise multifacetada é premente a ampliação de debates sobre as determinações que atravessam a noção da produção do cuidado. Essa lógica também parece um dispositivo importante para superar a necropolítica. Portanto, com a relação à COVID-19, os debates não poderiam ser dissociados das realidades sociais que fragilizavam

ainda mais a vida das pessoas e o contexto em que as políticas foram implantadas ou implementadas (BRASIL, 2021; FERLA et al., 2022; MENDONÇA et al., 2022).

2.2 COVID-19 E A TEORIA ATOR-REDE: INTERAÇÕES COMPLEXAS E DESAFIOS NO CUIDADO À SAÚDE

Contextualizando a teoria de ator-rede de Latour (2012), a propagação da COVID-19 pode ser entendida como o resultado de uma rede de interações complexas. Essas interações incluem as relações entre pessoas, movimentos de viagens, o mundo do trabalho, políticas de saúde pública, a implementação de medidas de contenção e outros elementos que influenciam a disseminação do vírus, mas também a sua contenção e cuidado às pessoas.

Ainda nessa perspectiva e como exposto antecipadamente, a pandemia de COVID-19 foi marcada por várias controvérsias, como questionamentos sobre a eficácia das vacinas, o uso de máscaras e as políticas de isolamento e/ou distanciamento espacial. Essas controvérsias revelam diferentes posições e interesses dos atores envolvidos e como as políticas de saúde foram formuladas e implementadas. Elas também destacam como o conhecimento científico é produzido e contestado dentro das redes de interesses. Durante a pandemia, o conhecimento sobre a COVID-19 evoluiu rapidamente, com novas descobertas científicas e mudanças nas diretrizes de saúde pública. A teoria de Latour (2012) permite analisar como essas mudanças foram percebidas, negociadas e aceitas na rede de pesquisadores, profissionais de saúde, políticos e o público em geral. As controvérsias também consolidam evidências de como as tecnologias leves (MERHY, 2002), ou seja, as relacionais, foram aplicadas para convencer a população sobre boas práticas de cuidado e o seu contrário, quando embasaram iniciativas de negação do conhecimento cientificamente construído.

A teoria de Latour (2012), para compreender a COVID-19 e seus desdobramentos, se amplia e nos permite compreender diversos aspectos da pandemia, examinando como diferentes atores (governos, empresas, indivíduos) reagiram e se adaptaram às novas realidades. Isso, evidentemente, quando foi possível uma adaptação. Em algumas circunstâncias, mesmo quando foi possível uma adaptação como resposta às orientações sanitárias, elas ocorreram após um longo tempo. O saldo final desse impasse foi o elevado número de adoecimentos, mortes, bem como impactos em diversos setores e serviços, como o funcionamento de escolas, sobretudo públicas. Nesse sentido, o trabalho remoto, o fechamento de empresas e as novas formas de interação social emergiram como respostas à rede complexa de associações influenciadas pelo novo coronavírus (SANTOS; FERLA, 2022; SANTOS et al., 2024). Durante a pandemia, o

novo coronavírus se tornou um ator de destaque (não-humano) responsável pelas mudanças e interrupções de atividades e, não raro, fechamento temporário ou definitivo de empreendimentos; atraso na aprendizagem devido ao fechamento de escolas; e agravos à saúde mental com o registro de ansiedade, estresse, insônia e irritabilidade durante o isolamento espacial e a pandemia de maneira geral (SANTOS; FERLA, 2022; VASCONCELOS; FERLA, 2021).

Com o exposto, a teoria ator-rede também permite compreender como a sociedade foi afetada e se mobilizou em resposta à pandemia, por meio dos esforços de profissionais de saúde em parceria com a comunidade, no interior ou fora dos serviços de saúde, perto ou à distância... A teoria vale para enfatizar que o novo coronavírus funcionou como um dispositivo de transformação social, levando os diferentes atores (pessoas e não pessoas, como instituições) a uma mudança pessoal, coletiva, nas relações, no território, na economia e até nas políticas públicas.

Dessa forma, compreende-se o social também a partir da ampliação do conceito das determinações da saúde, levando-nos buscar respostas mais profundas sobre a pandemia de COVID-19, percebendo relações entre a teoria ator-rede e as condições que as pessoas vivem, trabalham e acessam os serviços de saúde. Tais compreensões perpassam pela dimensão biológica, mas não somente, entendendo, portanto, a saúde não apenas como uma dimensão dos corpos biológicos, mas como resultado das conexões de saberes e práticas nos territórios, alimentação, educação, transporte, trabalho e renda (FERLA, 2021).

A dinâmica da articulação entre o contexto social e a produção da saúde em cada território é “matéria prima” por excelência do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva (LUZ, 2023). Há, porém, uma face contrária a essa que, durante a pandemia, dificultou alcançar essa saúde com compromisso ético com as vidas de cada pessoa, de cada grupo, em todos os territórios.

A retomada do enfoque social na saúde, alinhando-se às formulações das ciências sociais e humanas, introduz uma dimensão mais complexa no pensamento sobre saúde. A dimensão da saúde e as políticas públicas quando consideram as influências dos aspectos sociais, econômicos, biológicos, étnicos, raciais e ambientais desenvolvem um pensamento e tecnologias de cuidado mais capazes de oferecer respostas mais baseadas na integralidade. Isso permite mitigar os efeitos negativos do “social” na saúde e potencializar os fatores e condições favoráveis em cada território (MINAYO, 2006).

O conceito de social, quando entendido de forma abrangente e complexa, tem a vantagem de promover uma aprendizagem significativa e uma resposta ajustada às condições

de produção da saúde em cada território. Compreender a complexidade do social na saúde é essencial para oferecer um cuidado que fortaleça a saúde e a equidade, considerando que a equidade é um aspecto do social que pode influenciar negativamente a saúde nos territórios (MINAYO, 2006).

Portanto, a teoria de Latour fornece uma ferramenta valiosa para analisar e compreender a complexidade das relações sociais e a construção das realidades sociais através de redes de interação e mediação entre diversos atores.

2.3 RECONFIGURAÇÃO DA SAÚDE, DINÂMICAS SOCIAIS E DESAFIOS DA SAÚDE COLETIVA

Desde 2019, a pandemia de COVID-19 se disseminou rapidamente, criando uma situação de emergência global. O surto causou muitos casos infecções e mortes, afetando profundamente a vida das pessoas, a economia e os serviços de saúde. A disseminação e os efeitos na saúde e em outras áreas sociais revelavam um verdadeiro colapso devido à alta taxa de letalidade e transmissibilidade do vírus, à gravidade da doença e à complexidade de desenvolver respostas rápidas para combater a enfermidade e proteger a população (CIRILO et al., 2020; JUNG; SCHETTERT; BRASIL, 2021; MORETTE et al., 2021).

Nesse cenário, a pandemia rompeu com o fluxo normal das práticas diárias, forçando as pessoas a desenvolver novas estratégias para enfrentar as perturbações geradas por essa crise (ALVES, 2023). Na perspectiva de Alves (2023), a pandemia é vista como uma ameaça à normalidade social, que provoca medos e incertezas, alterando as dinâmicas familiares, de/no trabalho, na comunidade e quanto ao acesso aos serviços de saúde. A pandemia trouxe à tona novos desafios e preocupações, alterando profundamente a dinâmica social e a forma como as pessoas interagem. O medo da infecção e a busca por segurança redefiniram as normas e comportamentos, influenciando desde as interações pessoais até as políticas públicas e a organização dos serviços de saúde. Adaptar-se a essas novas realidades exige um ajuste contínuo nas práticas sociais e nas estratégias individuais para enfrentar as incertezas e as demandas emergentes desta crise global. Essas teorias ajudam a explorar como os indivíduos e coletivos se adaptam e respondem às crises, como se observou na COVID-19.

Os desafios impostos pela COVID-19 também desafiam a pesquisa, especialmente no que diz respeito à análise das práticas e experiências de profissionais de saúde em contextos pandêmicos. Nesta Dissertação, destaca-se a relevância de capturar a realidade vivida pelos

profissionais de saúde durante a pandemia, considerando não apenas as narrativas e as opiniões expressas, mas também as mudanças concretas nos comportamentos e nas interações sociais.

A integração das ciências sociais e humanas na saúde, especialmente na Saúde Coletiva, foi iniciada por autores como Minayo (2006), que é um expoente nesse campo. Essa abordagem reconceitua a saúde, ampliando a visão além da normalidade dos órgãos, base do conhecimento biomédico tradicional, que fundamenta a medicina, a saúde pública e a epidemiologia moderna. A Saúde Coletiva, ao revisitar essas bases, reconceitua a saúde ao examinar criticamente esses conceitos. No entanto, a epidemiologia, por vezes, tenta apropriar-se ou colonizar esse conceito ao reduzir o social na saúde a um conjunto simplificado de determinantes. A teoria dos determinantes, considerando um conjunto de aspectos, captura o aspecto social da saúde, mas simplifica-o a fatores específicos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, essa abordagem reconecta o social à discussão da saúde, mas dentro de uma lógica que ainda busca controlar a saúde, sem esgotar completamente o conceito, mas ao contrário, eles surgem posteriormente e tentam capturar um aspecto positivo, pois ao fazer isso, sistematizam elementos que desafiam a lógica biomédica. Assim, os determinantes sociais expandem o conceito, mas o fazem dentro de uma lógica de controle da saúde, restringindo os limites a uma lógica biomédica tradicional, que pode limitar sua aplicação prática e teórica. Essa abordagem não esgota o que Latour (2012) propõe por meio de uma perspectiva linguística e epistêmica alternativa, desconstruindo a lógica convencional. Dessa forma, Latour (2012) oferece uma visão mais dinâmica e interconectada, enfatizando como diferentes atores e elementos interagem e moldam o conceito de saúde (LATOUR, 2012; MINAYO, 2006).

Em alguns momentos, os profissionais de saúde, em suas respostas, falam só do biomédico, quando evidenciam, por exemplo, a falta de medicamentos, de equipamentos de proteção, recursos básicos para o trabalho, procedimentos e protocolos complexos e/ou instáveis... Isso não é falso, mas traduz uma saúde, que, apesar de ser uma realidade, é menos abrangente do que quando coloca o social em destaque, como parte de suas análises e respostas. Nesse sentido, quando ampliam suas reflexões sobre o tema desta Dissertação (ainda que de forma dirigida pelas perguntas do instrumento de coleta de dados - APÊNDICE 1), incorporam em suas respostas questões relacionadas a alimentação, escolaridade, acesso a aula, território, transporte e outros temas. Muitos deles apontam que, antes, durante e depois da pandemia, o social se manifestava nas políticas públicas, na política e nas afetações da necropolítica, no esgotamento físico e mental, no acesso aos serviços, nas condições e disponibilidade de recursos, na economia, nas condições de trabalho e moradia... Nesse sentido, os profissionais

de saúde oferecem uma visão completa da saúde, que vai além das limitações do enfoque biomédico.

É fato que essas questões se entrelaçam, tornando o momento pós-COVID-19 (no sentido de “a partir de” - para se referir ao período e às condições que surgem com a pandemia de COVID-19) muito mais complexo, influenciando a qualidade de vida e o bem-estar da população em cada lugar.

No decorrer da pandemia de COVID-19, os registros de infectados pelo novo coronavírus e mortes pela doença ficaram heterogêneos, mas com forte ancoragem nas desigualdades raciais, de gênero e territoriais preexistentes no Brasil, afetando as vidas em diferentes aspectos, como educação, acesso à saúde e aos serviços de baixa, média e alta complexidade, saneamento básico, segurança alimentar, moradia, mercado de trabalho, acesso a renda e tantos outros que favorecem sua exposição ao vírus e à morte, além de refletir sobre a divisão acentuada em opiniões e posições políticas e ideológicas que impactaram a forma como questões sociais, políticas e econômicas são percebidas e discutidas na sociedade (BITENCOURT et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2020; ROSA-CÓMITRE et al., 2023).

2.4 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA RESPOSTA À PANDEMIA DE COVID-19: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS NOS TERRITÓRIOS OCUPADOS PELAS UBS

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como um de seus principais objetivos ser o primeiro ponto de contato para a maioria das pessoas no sistema de saúde. Ela é a porta de entrada para o cuidado, oferecendo serviços iniciais e direcionando as pessoas para serviços especializados quando necessário (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Um dos principais aspectos da APS é a proximidade e acessibilidade que oferece, tornando-se o ponto de coesão entre a comunidade e os serviços de saúde, mesmo considerando a influência cultural e financeira, por exemplo, na relação entre as pessoas e o acesso (ALMEIDA et al., 2018). As unidades de saúde primária estão localizadas nas comunidades, facilitando o acesso a cuidados preventivos e curativos.

Dessa forma, a compreensão sobre APS se expande ao considerar o conceito de território, que influencia a maneira como são abordados os estilos de vida e a forma como as pessoas e grupos se organizam e interagem entre si e com o ambiente em que vivem (SANTOS, 1998). Na saúde, considerar o território na prática de gestão do cuidado permite estruturar e operacionalizar as ações voltadas à população. Esse trabalho mobiliza conhecer a população, questões epidemiológicas e sociais do território, incluindo as próprias pessoas e a produção do

cuidado, ampliando a integralidade, como já é previsto no SUS. Assim, o território deixa de ser apenas uma noção geográfica e passa a ser uma condição essencial para entender a micropolítica do cuidado, que envolve a experiência e as contribuições no trabalho, além de considerar a gestão, a produção do cuidado e a formação em saúde (FERLA, 2017; MARTINS et al., 2022; SANTOS; SILVA; JURGENSEN, 2024). A lógica do território permite que ações de prevenção e promoção da saúde sejam ajustadas às características e necessidades específicas de cada local, ao invés de seguir uma abordagem padrão centrada apenas na medicina. No contexto da COVID-19, isso significa que medidas como campanhas de vacinação, distanciamento espacial e educação sobre saúde devem ser adaptadas conforme às realidades de cada comunidade, garantindo uma resposta mais eficaz e contextualizada.

Nesta Dissertação, o território surge como transversal ao objeto de estudo, visto que a proposta da pesquisa consiste em analisar o comportamento da COVID-19, o surgimento, a disseminação e o impacto da pandemia nos diferentes territórios das UBS em que se manteve a aproximação. Nesse sentido, a categoria analítica, o território, contribui ao entendimento das questões de saúde, mantendo relação com questões como trabalho, moradia, família, educação e demais aspectos que compõem o social (ALVES, 2023).

No Brasil, as primeiras medidas tomadas para enfrentar a pandemia não foram voltadas à APS, mas focaram na expansão da infraestrutura para a atenção especializada, com ênfase nos casos mais graves, como o aumento de leitos, unidades de terapia intensiva, ventiladores pulmonares e a construção de hospitais de campanha devido ao elevado número de adoecimentos. No entanto, a reestruturação dos outros níveis de atendimento também era necessária, como a APS, que continua enfrentando a pandemia nos territórios (MIRANDA, 2021; NASCIMENTO et al., 2023). Mesmo com a desconfiança em seu papel expressivo no cuidado e a negligência de financiamento, sobretudo observado no período de 2019 a 2022, a APS teve o papel relevante de diminuir as internações por COVID-19 nos hospitais (MIRANDA, 2021; QUITES et al., 2023). Durante a pandemia de COVID-19, muitos hospitais enfrentaram situações de sobrecarga severa, o que resultou em vários desafios significativos. Alguns dos principais problemas enfrentados pelos hospitais incluem elevado número de filas para atendimentos e internações, falta de equipamentos de proteção e respiradores, e impacto em outras áreas de atendimento, como o cancelamento de procedimentos não urgentes, que impactou na evolução de doenças crônicas (CIRILO et al., 2020; FIOCRUZ, 2021b; MIRANDA, 2021).

Dessa forma, a APS, por meio dos serviços e atributos próprios, incluindo o acesso e adesão dos usuários à atenção integral, equânime e contínua mediante suas necessidades,

demonstrou-se capaz de reduzir a necessidade de hospitalização e, conseqüentemente, aliviando a pressão sobre os sistemas hospitalares (QUITES et al., 2023). Considerando que a APS é fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na gestão de condições crônicas, atuando como um ponto de acesso contínuo e acessível para as pessoas, suas estratégias para mitigar o impacto da pandemia incluíram o monitoramento e gestão de casos da COVID-19; gestão de comorbidades relacionadas à COVID-19 e demais agravos; reorganização dos atendimentos com expansão para o formato on-line (em alguns territórios); acesso à vacinação; suporte e coordenação de demais cuidados e serviços; além de serviços relacionados à educação em saúde (QUITES et al., 2023). Essas medidas foram estabelecidas durante a COVID-19 no sentido de ampliar a capacidade de resposta à própria pandemia, bem como manter as pessoas e o território em segurança.

Quanto ao monitoramento e gestão de casos, a APS teve papel importante na triagem e identificação precoce de casos de COVID-19, o que possibilitou a detecção e o manejo de sintomas antes que se agravassem, e implementou acompanhamento domiciliar para pessoas com sintomas leves, contribuindo para a redução das internações hospitalares. Nesta Dissertação, observou-se que as UBS se esforçaram significativamente no monitoramento de casos, dedicando recursos, por exemplo, a distribuição de máscaras, visto que algumas UBS receberam doações, e atenção para garantir que as pessoas fossem acompanhadas com qualidade e segurança. Dessa forma, houve diminuição de consultas não urgentes para evitar aglomerações nas unidades, sendo oportuno para a contenção da propagação do vírus e na proteção da saúde comunitária (MS, 2021; QUITES et al., 2023; SCHWEICKARDT et al., 2022a; SCHWEICKARDT et al., 2022b).

Ainda com relação ao monitoramento de casos de COVID-19 e demais agravos à saúde, a APS também realizou o acompanhamento constante de comorbidades consideradas fatores de risco para formas graves de COVID-19, como diabetes e hipertensão, reduzindo a probabilidade de agravamento da doença. Mesmo com os esforços, as UBS envolvidas nesta pesquisa enfrentaram desafios. Foi percebida a cronificação das condições de adoecimento devido à falta de cuidado sistemático, como requerem as comorbidades, aumentando as chances reais de complicação por COVID-19 e, não raro, morte. Para mitigar esses agravos, a APS, por iniciativa própria, em muitos casos, implantou o esquema de atendimento à distância, fazendo uso de recursos tecnológicos, como o celular com acesso ao WhatsApp (QUITES et al., 2023).

O WhatsApp foi, por muitos profissionais de saúde durante a pandemia, considerado um recurso para esclarecer dúvidas da população sobre a COVID-19 e mesmo sobre o funcionamento das UBS durante o período de crise e funcionamento atípico dos serviços de

saúde, mantendo a comunicação e coordenação de casos de COVID-19. Considerando que aparelhos de celular e acesso à internet estão mais acessíveis, a comunicação se tornou rápida, sendo útil para esclarecer dúvidas, compartilhar informações seguras, informar sobre o agendamento de consultas e fornecer suporte, especialmente em contextos em que o contato físico era limitado ou impraticável, conforme orientações sanitárias (QUITES et al., 2023; SILVEIRA; RIBEIRO; MENEGHEL, 2021). O uso do WhatsApp cria e reforça redes de comunicação entre profissionais de saúde e a comunidade onde estão instaladas as UBS. A interação e as trocas que o aplicativo permite, revela como as tecnologias e as pessoas se conectam e interagem dentro de um sistema e constrói coletivos (LATOURE, 2012; SILVEIRA; RIBEIRO; MENEGHEL, 2021).

De certo modo, a pandemia impulsionou a incorporação de determinadas tecnologias no cotidiano das pessoas e no esquema de trabalho que colaborava com que as pessoas mantivessem distanciamento, como era proposto por instituições sanitárias (CIRILO et al., 2020; KEESARA; JONAS; SCHULMAN, 2020).

Mesmo lidando com as limitações observadas durante a pandemia, mas que vêm de outras décadas, que limita a universalidade (MASSUDA, 2020), a APS coordenou os cuidados entre diferentes níveis de atenção, garantindo que as pessoas com necessidades de tratamento mais complexo fossem adequadamente encaminhadas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou hospitais, enquanto os casos menos graves eram acompanhados no nível primário. Essa perspectiva da gestão na APS mostra a capacidade resolutiva do nível de saúde ao mesmo tempo que possui autonomia para se comunicar com demais níveis de saúde, fragilizados com a procura elevada de casos graves de COVID-19. Novamente, o exposto mostra que os serviços disponíveis na APS são diferentes dos cuidados prestados em hospitais, abrangendo cuidados contínuos e atividades preventivas e de educação em saúde (BRASIL, 2012; MACINKO; MENDONÇA, 2018; SARAIVA et al., 2020).

Considerando o exposto, a APS desempenhou um papel crucial na vacinação contra a COVID-19, que tem caráter preventivo, contribuindo de várias formas para o sucesso das campanhas de imunização. A saúde não se restringe apenas ao tratamento de doenças, mas também inclui uma série de atividades voltadas à prevenção e promoção do bem-estar. Essas atividades envolvem práticas como a vacinação. No caso de uma doença causada por um patógeno de alta transmissibilidade, como é o novo coronavírus, a melhor estratégia de prevenção é com a vacina. A APS foi responsável por organizar a logística, alcançar a população local e assegurar que as vacinas fossem administradas de forma eficaz e equitativa, assegurando uma cobertura vacinal mais equitativa. A presença de programas de saúde da

família ajudou a proteger as comunidades mais pobres de uma cobertura vacinal inadequada (FIOCRUZ, 2022).

O Brasil, porém, enfrentou significativos atrasos na aquisição e implementação das vacinas, indicando que o plano de imunização não recebeu a devida prioridade do Ministério da Saúde. Em 2020, sob a liderança do então Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, houve dificuldades nas negociações para a compra de vacinas. Além disso, o presidente, ao perceber que Pazuello não estava alinhado com suas estratégias, procurou planejar ações com outros conselheiros, excluindo a equipe ministerial responsável pela saúde pública. Esse cenário contribuiu para uma resposta menos eficaz à pandemia, refletindo a falta de coordenação e prioridade na gestão da vacinação e na mitigação da crise sanitária (BRASIL, 2021). Durante a pandemia de COVID-19, o governo brasileiro foi amplamente criticado por sua gestão da crise, especialmente em relação ao elevado número de mortes no país. Um relatório da CPI da COVID-19 revelou que, se a vacinação tivesse sido iniciada mais cedo, aproximadamente 127 mil vidas poderiam ter sido salvas.

A promoção da saúde também abrange a educação em saúde, campo importante que enfatiza a importância de formar profissionais de saúde não apenas para transmitir informações, mas para atuarem como agentes de mudança social e política. A educação em saúde desenvolve habilidades e conhecimentos que permitam às pessoas tomar decisões, estratégia fundamental para a prevenção de doenças, promoção de hábitos saudáveis e fortalecimento da cidadania (CECCIM; FERLA, 2008).

Durante a pandemia de COVID-19, a educação em saúde tornou-se ainda mais importante. Profissionais de saúde foram fundamentais para disseminar informações precisas sobre prevenção, como o uso de máscaras, distanciamento social e práticas de higiene, além de combater a desinformação. Eles também desempenharam um papel essencial na promoção da vacinação, esclarecendo dúvidas e promovendo a adesão às campanhas de imunização, o que foi vital para o controle da pandemia. Assim, a educação em saúde não apenas ajudou a enfrentar a crise imediatamente, mas também fortaleceu a capacidade das comunidades de responder a desafios futuros com mais resiliência e conhecimento. Essa é a lógica da educação permanente em saúde, que integra ensino, trabalho e cidadania, promovendo um aprendizado contínuo e colaborativo entre os profissionais de saúde e a comunidade, como é sugerido que aconteça nos territórios onde está instalada a APS (CECCIM; FERLA, 2008).

As campanhas de prevenção contra a COVID-19 recomendavam o distanciamento social, uma das medidas mais eficazes para controlar a propagação da doença, reduzindo a circulação do novo coronavírus e garantindo um ambiente mais seguro em locais de grande

circulação. Também foram sugeridas outras estratégias eficazes e de baixo custo financeiro para contribuir na proteção e na redução das taxas de infecção e mortalidade, incluindo a higiene pessoal com lavagem frequente das mãos, uso de álcool 70% e prática de etiqueta respiratória (BITENCOURT et al., 2021; FERREIRA et al., 2020; MIRANDA, 2021; MS, 2021). As recomendações também abrangeram a desinfecção de superfícies com álcool 70%, especialmente em áreas internas com movimentação coletiva onde havia confirmação ou suspeita de COVID-19, e a manutenção de ambientes bem ventilados (MS, 2021). Além disso, também foi recomendado o uso de recursos tecnológicos para apoiar o ensino à distância e os atendimentos on-line (JACKSON FILHO et al., 2020; PEREIRA et al., 2022; SANTOS; FERLA, 2022).

Assim sendo, com o intuito de fortalecer ações e serviços de base territorial e comunitária para a atenção, as UBS se empenharam significativamente para atender às orientações de prevenção da COVID-19, buscando garantir que tanto a comunidade quanto os serviços de saúde fossem constantemente atualizados com informações precisas e confiáveis (MS, 2021; VASCONCELOS; FERLA, 2021). As UBS se dedicaram a fornecer informações claras sobre horários e fluxos de atendimento para melhor organizar a demanda de trabalho, além de manter os protocolos vigentes bem divulgados. Também asseguraram que as orientações da OMS sobre a gravidade do novo coronavírus, a cadeia de transmissão e as medidas de proteção individuais e coletivas fossem amplamente comunicadas. Esse esforço foi fundamental para garantir que a população estivesse bem informada e pudesse seguir as recomendações necessárias para reduzir a propagação do novo coronavírus e proteger as vidas e os territórios. A estratégia de comunicação também desempenhou um papel crucial no enfrentamento das notícias falsas (conhecidas como *fake news*) que se espalhavam rapidamente, especialmente nas redes sociais. Essas mensagens eram elaboradas com base em crenças pessoais, gostos, ideologias e valores presumidos, muitas vezes acompanhadas por discursos de ódio que instigavam a violência (CALIL, 2021).

10 de junho de 2020. “Live” no Facebook. O presidente da República incita a invasão de hospitais de campanha: “Pode ser que eu esteja equivocado, mas, na totalidade ou em grande parte, ninguém perdeu a vida por falta de respirador ou leito de UTI. Pode ser que tenha acontecido um caso ou outro. Seria bom você, na ponta da linha, tem um hospital de campanha aí perto de você, um hospital público, arranja uma maneira de entrar e filmar. Muita gente tá fazendo isso, mas mais gente tem que fazer para mostrar se os leitos estão ocupados ou não” (p. 10)¹⁴.

¹⁴ Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-incentiva-invasao-de-hospitais-parafilmar-leitos,d6d91d6b5d4ede0c0afeaa23f1b5d16fuukb4x1w.html>>. Acesso em: 18 jul. 2024.

Com um forte impacto persuasivo, essas informações levavam as pessoas a acreditar e a compartilhá-las sem checagem, ajudando na disseminação e expansão da desinformação (CALIL, 2021; CASSINO; SOUZA; SILVEIRA, 2021; SILVEIRA; RIBEIRO; MENEGHEL, 2021; MARQUESI; SILVA, 2023). As manifestações de Jair Bolsonaro eram amplificadas por meio da divulgação estratégica de mensagens nas redes sociais, facilitada por estruturas de propaganda conhecidas como “Gabinete do Ódio”. Essa expressão se refere a um grupo de apoio e comunicação associado ao bolsonarismo, que operava para promover e disseminar informações favoráveis ao presidente e suas políticas, bem como para desacreditar a ciência e ao esforço do setor saúde (CALIL, 2021, p. 41). O ex-presidente se comunicava com seus apoiadores pelas redes sociais, pequenas comitivas de imprensa e *lives*, sendo esses os principais veículos de divulgação das informações falsas (PEIXOTO; LEAL; MARQUES, 2023).

A APS desempenhou um papel significativo no enfrentamento das *fake news* durante a pandemia. A disseminação de informações falsas e imprecisas sobre a COVID-19, suas causas e tratamentos contribuiu para a desinformação e dificultou as estratégias de saúde pública (NASCIMENTO et al., 2023). A baixa adesão da população nas campanhas de vacinação contra a COVID-19 foi observada pelas pessoas entrevistadas nesta Dissertação, assim como a baixa adesão em outras campanhas de vacinação.

Como já suscitado anteriormente, os resultados apresentados nesta Dissertação destacam a iniciativa positiva dos profissionais para controlar o avanço da pandemia nos territórios das UBS, bem como para combater as *fake news*, que contribuíram para a prolongação da COVID-19 ao desorientar as pessoas sobre a vacinação e cuidados sanitários. Mas a fala de algumas pessoas neste estudo destaca uma (suposta) deficiência das unidades de saúde em superar algumas das dificuldades enfrentadas na mobilização de educação e comunicação em saúde. Essa deficiência inclui questões anteriores à pandemia, como a quantidade insuficiente de profissionais da saúde e precarização do trabalho para a prestação de serviços.

Mas esse não foi o único desafio. Faltou apoio psicológico e emocional para apoiar as pessoas usuárias das UBS e os profissionais de saúde a lidarem com o estresse e as dificuldades relacionadas à pandemia. A saúde dos trabalhadores das áreas da saúde e demais áreas essenciais receberam pouca atenção quanto às medidas de proteção. Desde a descoberta da COVID-19, a rotina de trabalhadores da saúde não foi a mesma. Os trabalhos, que já eram densos e exaustivos, considerando a problemática e histórica falta de recursos e condições dignas de trabalho, tornaram-se um risco à saúde das pessoas. Sem um bloqueio controlado,

qualquer espaço de aglomeração de pessoas tornou-se um espaço de contágio, sobretudo na época em que não havia imunização específica, devido aos atrasos na negociação e compra das vacinas (BRASIL, 2021; SANTOS; FERLA, 2022; VEDOVATO et al., 2021).

Mas não apenas isso. Também faltou e foi observado pelas pessoas entrevistadas, o fortalecimento das redes de serviços em saúde. A ideia é que diferentes serviços (hospitais, clínicas, unidades de atenção básica, serviços de urgência e emergência, laboratórios, farmácias) trabalhem juntos para oferecer um cuidado interconectado que atende às necessidades de saúde da população de maneira integrada.

Em suma, a APS não se limita a ser um ponto de atendimento para cuidados básicos; é também um campo onde se definem prioridades de saúde pública e estratégias de gestão. A configuração e o funcionamento das unidades de APS frequentemente envolvem negociações complexas entre diferentes atores políticos e administrativos, que buscam influenciar como e onde os recursos serão distribuídos.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e compreensiva, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município de médio porte de Minas Gerais.

A escolha pelo estudo qualitativo é por considerar que esse tipo de pesquisa permite uma análise mais variada e detalhada de fenômenos sociais específicos (BRAUN; CLARKE, 2006; HAGUETTE, 2003), como as dinâmicas e impactos da pandemia de COVID-19 nas UBS, territórios e na vida das pessoas. Dado o caráter complexo e multifacetado da crise sanitária e considerando os objetivos estabelecidos neste estudo, o estudo qualitativo é mais adequado para captar as nuances e experiências subjetivas das pessoas afetadas. Um estudo quantitativo não seria suficiente para revelar a profundidade das vivências individuais e contextuais durante a pandemia, como é a proposta desta Dissertação (FLICK, 2004).

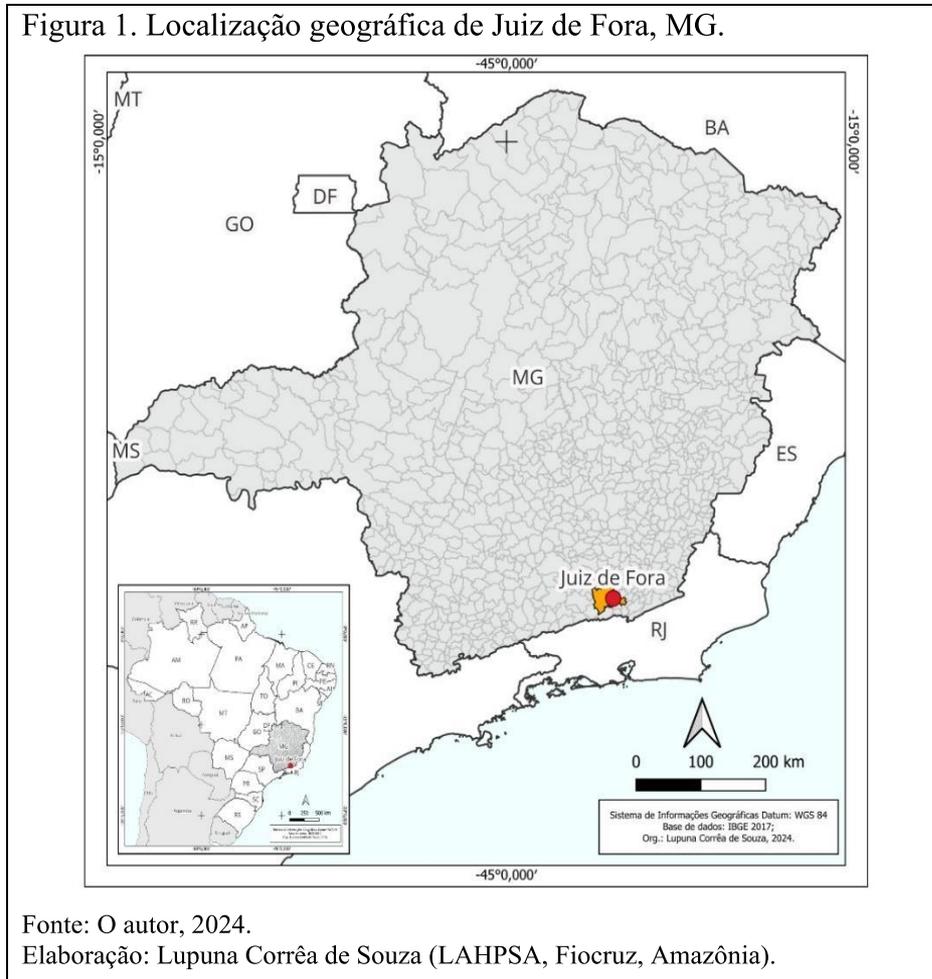
Nesta Dissertação, optou-se pela análise temática indutiva, que é descrita como “um processo de codificação dos dados sem tentar inseri-los em um esquema de codificação preexistente ou nas expectativas analíticas do pesquisador. Assim, essa abordagem da análise temática é orientada pelos dados” (BRAUN; CLARKE, 2006). Neste estudo, algumas categorias de análise alcançaram formatos próximos de outras pesquisas e de conceitos da literatura relacionada à temática.

As naturezas descritiva e compreensiva do estudo permitem revelar como a pandemia afetou diferentes aspectos da vida das pessoas, incluindo suas respostas emocionais, estratégias de enfrentamento e adaptações sociais. A abordagem descritiva, como o próprio nome sugere, permite descrever as características e os impactos das experiências vividas, possibilitando ampliar a investigação, enquanto a abordagem compreensiva facilita a interpretação dos significados e das percepções subjacentes às situações enfrentadas, proporcionando uma visão holística do fenômeno investigado (DUSILEK, 1999; FLICK, 2004).

3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, município de médio porte da região da Zona da Mata. A cidade tem área territorial de 1.435.749 km (IBGE, 2024; PJF, 2022), tendo como limites demarcados com outras catorze cidades mineiras: Santos Dumont, Ewbank da Câmara, Piau, Coronel Pacheco, Bicas, Chácara, Pequeri, Santana do Deserto, Matias Barbosa, Belmiro Braga, Santa Bárbara do Monte Verde, Lima Duarte, Pedro Teixeira e Bias Fortes (PJF, 2022) (Figura 1). O município se localiza entre polos econômicos do Brasil, como

Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, dispõe de oportunidades de crescimento, resultando na geração de empregos, atraindo pessoas de municípios próximos (BOTTI, 1994; MUSSE, 2006).



A população, de acordo com o Censo 2022, é de 540.756 pessoas, com densidade demográfica de 376,64 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2024).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2022-2025), foi estimado pelo Ministério da Saúde que a população em 2020 apresentou um crescimento da faixa “economicamente ativa”, que representou mais de 68% da população total, compreendida na faixa etária entre 20 a 59 anos. Observou-se também que Juiz de Fora segue a tendência nacional com o envelhecimento da população devido uma melhoria na expectativa de vida dos brasileiros. Houve aumento na concentração de pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos. Já a população idosa, com sessenta anos ou mais, representava aproximadamente 19% da população do município no ano estimado. Juiz de Fora não apresentou queda do número de jovens, como

ocorreu com os dados nacionais. Quando comparados os últimos cinco anos, a população jovem cresceu em torno de 1% entre 2016 e 2020 (PJF, 2022).

Juiz de Fora, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, é considerada município polo da Região de Saúde Macrorregião Sudeste de Minas Gerais, polarizando 08 (oito) microrregiões e 94 (noventa e quatro) municípios, totalizando uma população estimada de 1.577.484 (um milhão, quinhentos e setenta e sete mil e quatrocentos e oitenta e quatro) pessoas para a macrorregião e 571.958 (quinhentos e setenta e um mil, novecentos e cinquenta e oito) habitantes referentes à microrregião de Juiz de Fora (PJF, 2022).

O município é referência para a Macrorregião na prestação de serviços de alta complexidade em ortopedia, transplantes (córnea, fígado, medula, pâncreas e rim), neurocirurgia, cardiologia, oncologia, parto e nascimento de alto risco. É também referência no tratamento de doenças raras, diagnóstico de fibrose cística, processo transexualizador e no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais. Já para as microrregiões de Juiz de Fora, Lima Duarte, São João Nepomuceno/Bicas, o município é referência para os atendimentos de urgência e emergência e de média complexidade (PJF, 2022).

A Rede de Atenção à Saúde pública no município é composta por: Atenção à Saúde (Atenção Básica e Atenção Especializada), Regulação do Acesso, Assistência Farmacêutica, Urgência e Emergência e Vigilância em Saúde. Também há “16 (dezesesseis) hospitais que compõem o sistema de saúde em Juiz de Fora, sendo 14 (quatorze) hospitais gerais e 02 (dois) hospitais especializados, dos quais um é municipal, um federal, um estadual e treze particulares” (PJF, 2022, p. 16). A Atenção Básica é composta por 64 (sessenta e quatro) UBS.

Com relação ao cenário de pandemia de COVID-19 no município, marcado pelo aumento do contágio do novo coronavírus, precisou-se ampliar a oferta de leitos para atendimento às pessoas, sendo disponibilizados à população o total de 168 (cento e sessenta e oito) leitos de UTI, 15 (quinze) leitos de suporte ventilatório pulmonar e 216 (duzentos e dezesseis) leitos de enfermaria, conforme Deliberação Cib-SUS nº 3.393, de 23 de abril de 2021 (PJF, 2022).

Conforme consta no Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora (2022-2025), o município possui 8 (oito) Regiões de Planejamento, que agregam 38 (trinta e oito) Unidades de Planejamento, como é apresentado no Quadro 1. As Regiões de Planejamento em Saúde são uma estratégia de organização do SUS e correspondem a unidades territoriais estabelecidas pelos sistemas de saúde, com o objetivo de planejar a prestação de serviços de saúde nessas áreas de forma mais eficiente e integrada, coordenando os serviços, estabelecendo metas e monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde na região. Essas regiões são definidas

considerando critérios, como a distribuição da população, características epidemiológicas, demandas de saúde e os recursos disponíveis em cada região. Com a definição das regiões, torna-se mais viável planejar, executar e avaliar as ações de saúde (PJF, 2023).

A Secretaria de Saúde, por sua vez, para a implementação de políticas, oferta de serviços e execuções de ações, segue o ordenamento territorial conforme as regiões de planejamento, sendo: (I) Região de Planejamento Sul (RP Sul); (II) Região de Planejamento Oeste (RP Oeste); (III) Região de Planejamento Centro Oeste (RP Centro Oeste); (IV) Região de Planejamento Norte (RP Norte); (V) Região de Planejamento Nordeste (RP Nordeste); (VI) Região de Planejamento Leste (RP Leste); (VII) Região de Planejamento Sudeste (RP Sudeste); e (VIII) Região de Planejamento Centro (RP Centro) (PJF, 2022).

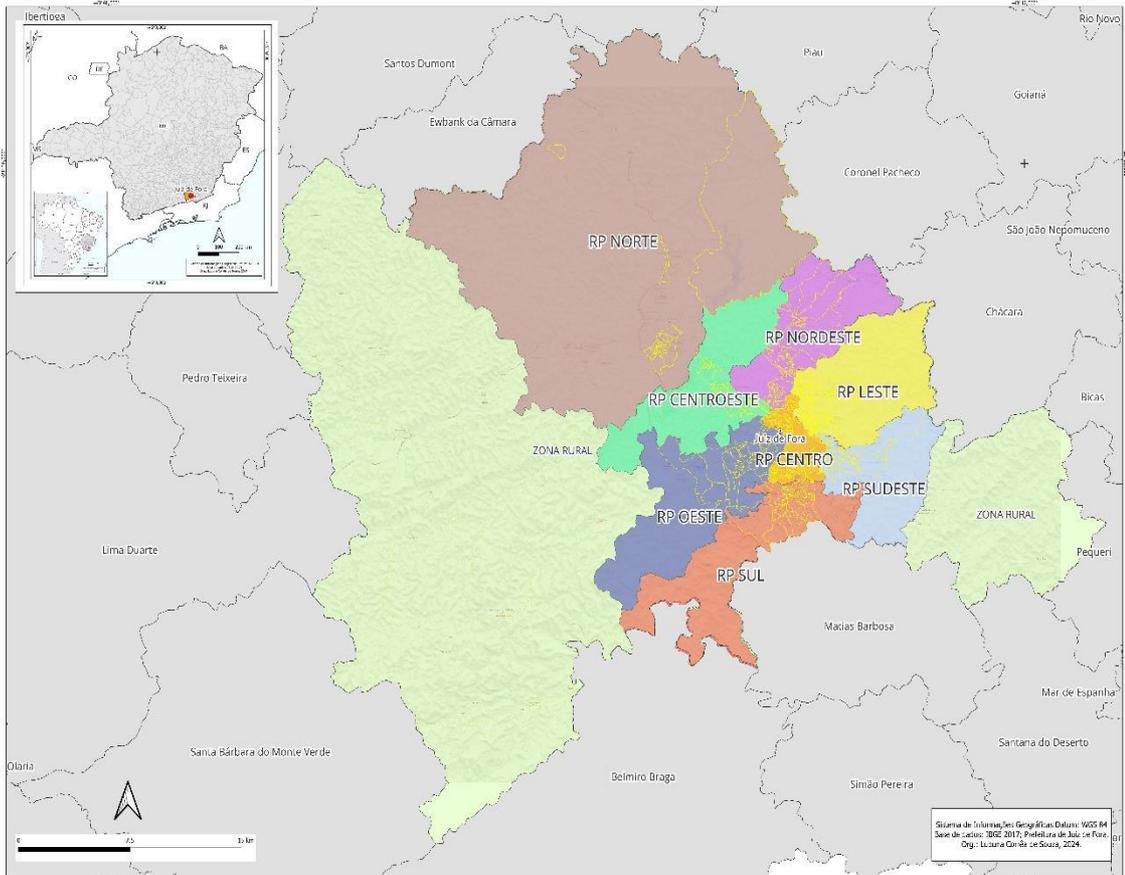
De acordo com as informações levantadas, das 64 UBS, 12 são rurais e 52 atendem a região urbana. Dentro da estrutura apresentada no Quadro 1, a Atenção Primária é composta por 106 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de uma equipe de consultório na rua, com atendimento realizado no PAM-Marechal (Pronto Atendimento Médico). A Figura 2 apresenta a divisão e a localização geográfica das regiões de Juiz de Fora, MG.

Quadro 1. Unidades Básicas de Saúde (UBS) por Região de Planejamento (RP) de Juiz de Fora.

Regiões	Total de UBS	Quantidade de Equipes de Saúde Família	População (Estimativa IBGE-2021)
CENTRO	03	03	64.749
CENTRO-OESTE	08	18	59.687
LESTE	08	21	89.636
NORDESTE	06	07	54.769
NORTE	10	16	64.975
OESTE	03	05	38.096
SUDESTE	08	14	51.197
SUL	06	14	67.512
ZONA RUAL	12	08	7.861
Total	64	106	498.482

Fonte: O autor, 2024. Adaptado de CNES (2023) e IBGE (2024).

Figura 2. Localização geográfica das regiões de Juiz de Fora, MG.



Fonte: O autor, 2024.

Elaboração: Lupuna Corrêa de Souza (LAHPSA, Fiocruz, Amazônia).

3.2 TRABALHO DE CAMPO

3.2.1 Fatores combinados para a seleção das Unidades Básicas de Saúde: reconhecendo o papel na gestão do cuidado, formação em saúde e espaço para pesquisa

A presente investigação foi realizada com os profissionais de saúde vinculados a três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em diferentes regiões geográficas e de planejamento de saúde em Juiz de Fora, MG. Nesta Dissertação, as UBS serão codificadas e apresentadas por denominações fictícias, sendo UBS “A”, UBS “B” e UBS “C”. Já o nome dos profissionais de saúde participantes foi substituído por um número arábico sequencial, começando em 1, para cada UBS. Dessa forma, os participantes foram identificados da seguinte maneira: Participante A1, Participante A2, etc.; Participante B1, Participante B2, etc.; Participante C1, Participante C2, etc. Assim, tiveram sua identidade protegida.

As três UBS foram selecionadas para este estudo por prestarem o mesmo nível de atendimento em saúde e por pertencerem a uma mesma organização do SUS, a Atenção Primária à Saúde; por possuírem estrutura semelhante; e por localizarem-se em diferentes regiões do município de Juiz de Fora, MG.

Além desses aspectos, também foi considerado o fato dessas unidades de saúde já serem reconhecidas no município como unidades abertas a receber estudantes, sobretudo da graduação, para o cumprimento de suas vivências acadêmicas. Isso permite a aproximação à gestão da APS e uma relação direta com a estrutura da UBS, sua organização e a gestão de atendimento e aproximação aos usuários.

Na saúde, o território é marcado pela coesão entre fatores históricos, ambientais e sociais que criam condições específicas para o surgimento de doenças e/ou proteção da saúde. Compreender esses fatores é crucial para identificar e abordar problemas de saúde de forma eficaz (BARCELLOS et al., 2002). Essa compreensão se conecta a elaboração e implantação de políticas públicas, que devem considerar as características ambientais da área e as condições que as pessoas vivem e acessam aos serviços de saúde, sendo afetadas pelas condições do território. Caso contrário, tenta-se implantar um modelo de saúde, que, na prática, é inadequado ou irreal. Essa reflexão nos conecta à pandemia de COVID-19, que exigiu a proteção individual e coletiva como rápida resposta para conter o avanço da doença, que afetava as vidas e as estruturas sociais e econômicas. É importante notar que cada território respondeu de maneira diferente, refletindo a influência política (em defesa da vida ou a favor da necropolítica), bem como as potencialidades e capacidades, ainda que mínima, dos territórios e dos serviços de saúde, frente ao contexto da crise. É fato, porém, que as UBS foram um suporte na ordenação do cuidado, desempenhando um papel crucial na organização e na prestação de serviços de saúde em nível local (PRADO et al., 2023; SCHWEICKARDT et al., 2022a).

Este ponto relacionado aos processos de trabalho no âmbito da APS mantém uma coesão com o processo de formação de estudantes da área da saúde, como é a realidade das UBS selecionadas para o estudo desta Dissertação. A pandemia exigiu uma compreensão maior da saúde e do processo de adoecimento, como é o objetivo deste estudo, e, na medida em que as UBS executavam os serviços diários, como acesso a cuidados básicos, orientação e suporte à população em termos de informação e comunicação, também foram fundamentais ao processo de formação, mesmo quando o retorno presencial dos estudantes vinculados às instituições de ensino só foi possível após o controle das etapas mais críticas da pandemia e após a autorização oficial para o exercício das práticas como era antes da COVID-19.

A formação em saúde também passa pelo trabalho em ato proposto por Merhy (2023), contribuindo para uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado à saúde da comunidade. A micropolítica, nesse caso, foca nas interações e dinâmicas que ocorrem no cotidiano das organizações e das equipes de trabalho, que se amplia com a inserção dos estudantes e dos professores supervisores de estágio, que, no caso desta Dissertação, já mantinham contato prévio devido à natureza de suas atribuições como docentes nas instituições de ensino às quais estão inseridos.

Essa interação entre trabalho e formação em saúde e a abertura do espaço nas UBS à pesquisa é uma grande articulação entre teoria e prática, reconhecendo que a pesquisa pode ser um forte dispositivo de análise e, conseqüentemente, entrega de resultados, que podem fomentar políticas e serviços de saúde. No caso desta Dissertação, os resultados foram alcançados por meio de uma abordagem mista entre a experiência direta do pesquisador no campo e a voz dos profissionais de saúde que contribuíram com relatos pessoais e profissionais acerca do que vivenciaram no exercício do trabalho em saúde durante a pandemia, como sugerem (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017). Essa condição entre trabalho em saúde e pesquisa amplia a potência deste estudo: compreender a face social da pandemia.

3.2.2 Unidades e profissionais participantes da pesquisa

Todas as UBS incluídas no projeto de pesquisa seguem o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este modelo de atendimento primário oferece assistência integral e contínua às famílias em cada território, levando em conta suas características e necessidades específicas. A abordagem baseada na integralidade, uma forte característica da APS, também promove um atendimento mais humanizado e eficiente, ao se alinhar mais de perto com as necessidades reais das famílias e comunidades atendidas (MENDES, 2010).

O Quadro 2 sintetiza as informações colhidas durante a entrevista aos respectivos supervisores de cada UBS.

Quadro 2. Organização básica das UBS A, B e C.

UBS		Número de ESF	Horário de atendimento	População atendida
A	Durante a pandemia	2 equipes completas	Segunda a sexta-feira: 7 - 11 horas 13 - 17 horas	Aproximadamente 8 mil pessoas
	Pós-COVID-19	4 equipes incompletas	Segunda a sexta-feira: 7 - 19 horas Sábado: 7 - 12 horas	
B	Durante a pandemia	2 equipes completas	Segunda a sexta-feira: 7 - 11 horas 13 - 17 horas	Aproximadamente 9 mil pessoas
	Pós-COVID-19	4 equipes completas	Segunda a sexta-feira: 7 - 19 horas Sábado: 7 - 12 horas	
C	Durante a pandemia	3 equipes incompletas (faltavam ACS)	Segunda a sexta-feira: 7 - 11 horas 13 - 17 horas	Aproximadamente 12 mil pessoas
	Pós-COVID-19	5 equipes incompletas	Segunda a sexta-feira: 7 - 19 horas Sábado: 7 - 12 horas	

Fonte: O autor, 2024.

Nota: Informações coletadas durante o trabalho de campo.

As UBS incompletas, como consta no Quadro 2, indicam que a equipe não apresenta o número mínimo de trabalhadores da saúde, como é previsto (BRASIL, 2012; COSTA; CAMPOS; PEREIRA, 2013; GIOVANELLA et al., 2009). As ESF devem ser compostas por, no mínimo: (I) Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) Auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012). Territórios com especificidades locais podem requerer diferentes arranjos organizacionais, como, por exemplo, comunidades ribeirinhas e fluviais, que são bem comuns na Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense. Dessa forma, o Ministério de Saúde (MS) prevê e orienta que as equipes de saúde desempenhem suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) ou nas comunidades localizadas à beira de lagos e rios cujo acesso ocorre pelas vias fluviais (BRASIL, 2012; SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2021).

O número de ESF por UBS é calculado e varia de acordo com o tamanho e a cobertura populacional, seguindo as políticas e as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias de Saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2012).

Quando as ESF são incompletas, ou seja, deficientes de trabalhadores de quaisquer categorias profissionais, a comunidade e o direito de acesso à saúde são imediatamente atingidos, devido à incapacidade de atendimento às pessoas e às famílias. O tamanho da ESF deve, portanto, passar por uma análise detalhada sobre as condições locais de vida e de saúde. A incapacidade de atendimentos inclui reduzir os serviços de cuidado em saúde ofertados pelas UBS, como acompanhamento de gestantes e crianças; vacinação; visitas domiciliares (VD) regulares; promoção de ações de educação em saúde, como, por exemplo, realização de grupos para debates sobre agravos e promoção à saúde.

Com exceção da UBS C, que registrou o quadro incompleto de ACS durante a pandemia, as UBS A e B estiveram completas durante a COVID-19. Todas as UBS entrevistadas registraram aumento do número de ESF até o momento da entrevista, ou seja, pós-pandemia. Esse aumento ocorreu em decorrência da reorganização dos processos de trabalho na atenção primária em Juiz de Fora, MG, promovidas pela gestão municipal atual (2021 - 2024), como, por exemplo, horário estendido do funcionamento das unidades de saúde. No momento da entrevista, as UBS estavam incompletas devido não apresentarem o número mínimo de ACS por ESF, como é preconizado pelas diretrizes (BRASIL, 2012).

As pessoas supervisoras de cada UBS informaram que a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora realizou, em 2023, processo seletivo para a contratação de ACS. Portanto, cada Unidade aguarda a contratação e lotação desses trabalhadores, visto que a seleção já se encontra encerrada (PJF, 2023).

A população do estudo foi composta por 16 profissionais de saúde vinculados às UBS selecionadas para a pesquisa. Concordando com Bradshaw; Atkinson; Doody, (2017), não há tamanho padronizado para pesquisas qualitativas, que geralmente são menores devido à ênfase na interação aprofundada com os participantes e os resultados gerados. Para esta Dissertação, o total de participantes foi considerado satisfatório devido a abordagem escolhida para este estudo e por considerar que o total responde suficientemente às questões propostas (BRADSHAW; ATKINSON; DOODY, 2017).

A escolha das equipes participantes foi intencional para garantir a relevância e a representatividade dos dados, oferecendo um panorama preciso sobre a metodologia empregada no estudo e maior aproximação aos objetivos. A proposta inicial incluía a realização da pesquisa em mais UBS do município. Porém, o período de campo empírico coincidiu com o período de mudanças internas no âmbito da APS em Juiz de Fora, MG, motivada pela gestão municipal atual (2021 - 2024). As mudanças, como já exposto, incluíram ampliação das equipes de saúde com a contratação de novos trabalhadores de diferentes categorias profissionais, bem como

ampliação de horário de funcionamento das UBS, passando de oito para doze horas, alteração de horário dos trabalhadores que já mantinham vínculo com as unidades. Dessa forma, para não comprometer a realização da pesquisa e não extrapolar o prazo de curso do Mestrado, houve uma adaptação quanto à seleção de UBS, reduzindo de quatro para três unidades, visto que muitas UBS do município, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), não estavam em condição de receber projeto de pesquisa, devido às mudanças internas. A insistência poderia comprometer a organização interna da unidade e o fluxo de atendimentos às pessoas usuárias, comprometendo, também, a metodologia e a coleta de dados da pesquisa.

Considerando o exposto, houve solicitação e intervenção da SMS, que apoiou na seleção das UBS, apontando aquelas que já apresentavam mais adequação com relação às mudanças, como quadro de trabalhadores e horários e turnos de trabalho mais definidos. Evidente que a seleção não ficou totalmente a cargo da SMS. Para esse processo, a participação do setor foi de contribuir com o levantamento das UBS que já apresentavam estabilidade quanto à organização do trabalho e, por isso, poderiam atender à demanda externa apresentada no projeto desta pesquisa. Na prática, acertar os pormenores foi relevante, pois a abordagem por entrevista individual demanda ter espaço físico e que as pessoas participantes tenham tempo para a abordagem.

Nessa perspectiva, dentre as unidades levantadas, foram priorizadas UBS que se localizavam em diferentes áreas geográficas do município. Esse critério serviu para aumentar a possibilidade de analisar a dinâmica de prestação de serviços de saúde. A intenção em preservar esse critério é também para garantir que o estudo reflita a diversidade socioeconômica do território e a diversidade de respostas. Isso ajuda a obter uma visão mais abrangente e representativa das práticas e desafios enfrentados pelas UBS em várias partes do município. Esse ponto mantém conexão com o objetivo desta Dissertação na perspectiva de revelar as dificuldades, mas também a organização interna e a potência das UBS e territórios durante o enfrentamento à COVID-19.

Para não comprometer e interromper o atendimento das UBS às pessoas usuárias, este estudo também estabeleceu como critério importante que as unidades selecionadas tivessem, no momento da entrevista, no mínimo duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Esta também foi uma forma de garantir que as pessoas selecionadas e/ou que manifestaram interesse na pesquisa pudessem participar das entrevistas sem comprometer totalmente a dinâmica de trabalho na UBS.

Considerando que o objeto desta pesquisa é COVID-19 e a compreensão dos profissionais de saúde sobre a perspectiva social da pandemia, a Dissertação também se ocupou

em propor uma entrevista que permitisse levantar memórias e informações sobre eventos passados, ainda que fossem de um passado próximo, considerando que ainda sofremos influência da COVID-19 e convivemos com o novo coronavírus, que tem sido considerada como “COVID-19 longa” (ou síndrome pós-COVID-19 ou ainda COVID-19 persistente) (MILL; POLESE, 2023), que se refere a um conjunto de sintomas e efeitos que permanecem ou surgem após a fase aguda da infecção pela doença. As perguntas do instrumento solicitavam à pessoa participante que recordasse e descrevesse eventos, experiências ou mudanças ao longo do tempo.

Assim, ao explorar como a trajetória dos profissionais de saúde foi afetada pela pandemia conecta-se esta pesquisa a uma entrevista retrospectiva, por contribuir com a evocação do passado a partir das perguntas do instrumento de coleta de dados. Nesse processo de organização das experiências passadas, foi possível lidar com as significações que as pessoas entrevistadas faziam sobre a COVID-19, proporcionando *insights* detalhados sobre as experiências pessoais e profissionais. Dessa forma, foi fundamental que um dos critérios de participação fosse que os profissionais de saúde tivessem vínculo com as UBS durante a pandemia.

Após a seleção das UBS, a SMS oficializou a escolha das Unidades, mantendo contato direto com a(o) gestor(a) de cada unidade. O contato foi registrado via e-mail, sendo apresentada a pesquisa e o pesquisador, bem como a instituição de ensino ao qual estão vinculados. Posteriormente, à ciência da proposta de estudo, houve a aproximação do pesquisador às UBS. Durante o contato inicial, ocorrido entre o pesquisador e gestão de cada unidade, foram explicitados os objetivos e procedimentos da pesquisa e esclarecimentos adicionais, além dos agendamentos das etapas da pesquisa - a ambientação, que será detalhada adiante, e as entrevistas individuais.

A ambientação, sucintamente, teve como objetivo, proporcionar a experiência do pesquisador acerca do funcionamento das UBS e a relação dessas unidades com o território onde estão instaladas. Essa prática da pesquisa foi relevante para suprir uma deficiência curricular da formação em Ciências Biológicas. Mas também serviu para já conhecer e se aproximar das pessoas que poderiam ser entrevistadas. Esse método, denominado “bola de neve”, envolve uma pessoa recomendando ao pesquisador os nomes de possíveis entrevistados (MARTINS-SALANDIM; SILVA et al., 2020). Na prática foi exatamente isso que aconteceu. As pessoas com quem realizei o primeiro contato, foi sugerindo as demais. A partir disso, tive o cuidado de analisar se os profissionais selecionados para a entrevista atuaram nas respectivas UBS durante o período da pandemia, de janeiro de 2020 a maio de 2023. O período estipulado

engloba o início da COVID-19 até a data em que a OMS declarou o fim da emergência de saúde pública da pandemia (BRASIL, 2022). Esse critério foi relevante para ser observado, pois a entrevista conduz a pessoa entrevistada a resgatar a memória sobre a vivência durante o enfrentamento à crise.

O Quadro 3 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde entrevistados por UBS, com detalhes sobre a quantidade de cada categoria profissional nas três unidades (A, B e C).

Quadro 3. População de estudo: distribuição dos profissionais de saúde entrevistados por UBS.

Categorias Profissionais	Unidades Básicas de Saúde (UBS)			Total de pessoas entrevistadas por categoria profissional
	A	B	C	
Agente Comunitário(a) de Saúde (ACS)	02	03	01	06
Enfermeira(o)	01	02	03	06
Farmacêutica(o)	-----	01	-----	01
Médica(o)	01	-----	01	02
Técnica(o) de Enfermagem	01	-----	-----	01
Total	05	06	05	16
	16			

Fonte: O autor, 2024.

O Quadro 4 apresenta o perfil das pessoas entrevistadas nas três UBS, destacando informações como gênero, idade, raça/ cor de pele, categoria profissional e tempo de atuação. Esses dados permitem uma análise da diversidade e da experiência dos profissionais de saúde que atuam nas unidades.

Quadro 4. Perfil das(os) profissionais de saúde das UBS participantes da pesquisa.

Participantes	Gênero	Idade	Raça/ Cor de pele	Categoria Profissional	Tempo de atuação na UBS
Participante A1	Mulher	45 anos	Parda	ACS	Dezembro/2012
Participante A2	Mulher	52 anos	Parda	ACS	Dezembro/2012
Participante A3	Mulher	42 anos	Branca	Enfermeira	Dezembro/2012
Participante A4	Mulher	40 anos	Branca	Médica	Abril/2013
Participante A5	Mulher	34 anos	Parda	Técnica em Enfermagem	Janeiro/2020
Participante B1	Homem	49 anos	Branco	ACS	Julho/2000
Participante B2	Mulher	60 anos	Parda	ACS	Julho/2000
Participante B3	Mulher	50 anos	Branca	ACS	Maió/2006
Participante B4	Homem	47 anos	Pardo	Enfermeiro	Março/2020
Participante B5	Mulher	35 anos	Branca	Enfermeira	Outubro/2019
Participante B6	Mulher	50 anos	Branca	Farmacêutica	Novembro/2019
Participante C1	Mulher	41 anos	Parda	ACS	Fevereiro/2014
Participante C2	Mulher	33 anos	Preta	Enfermeira	Dezembro/2019
Participante C3	Homem	65 anos	Branco	Enfermeiro	Setembro/1999
Participante C4	Mulher	33 anos	Branca	Enfermeira	Setembro/2019
Participante C5	Mulher	60 anos	Branca	Médica	Dezembro/2020

Fonte: O autor, 2024.

Legenda: (1) ACS (Agente Comunitário de Saúde). (2) Informações coletadas durante o trabalho de campo.

3.2.3 Ambientação: quando a prática pede uma imersão

No campo empírico, as entrevistas foram antecedidas por uma etapa denominada, nesta Dissertação, de “ambientação”, que ocorreu de forma gradual, como sugere Minayo (2001), e foi agendada previamente com a gestão de cada UBS. Ainda concordando com Minayo (2001), “a inserção do pesquisador no campo está relacionada com as diferentes situações da observação participante por ele desejada”. Neste caso, a estratégia considera a aproximação aos territórios para compreender a rotina de trabalho e organização dos serviços nas UBS, bem como os lugares de fala e, igualmente importante, perceber as condições que produzem as falas.

A escolha por fazer a ambientação é pessoal e pragmática. É pessoal, pois, como biólogo e citologista, que, apesar de serem categorias profissionais com atuação no campo da saúde, a formação no nível de graduação não inclui uma imersão direta nos serviços de saúde. Tanto a biologia como a citologia se desenvolvem fortemente centradas em ambientes naturalizados, uma no “ambiente natural” (dicotomizado da noção de território vivo, no qual a separação entre o “natural/biológico” e o humano é um artefato de leitura), outra no laboratório de análise citopatológica (onde a perspectiva da produção da saúde se resume a amostras de material humano preparadas e fixadas para análise) e “ensinam” o que está naturalizado nos seus respectivos campos disciplinares. Não é diferente das demais formações e ocupações, que são disciplinares (com a dupla compreensão de recortes especializados do conhecimento, mas também regimes de produção de verdade) e, tradicionalmente, incapazes de reconstruir a dimensão complexa da produção da saúde no cotidiano (FERLA, 2021). Dessa forma, levantou-se a possibilidade de, antes de realizar as entrevistas para levantamento e registro de dados, estabelecer um contato mais próximo com as unidades de saúde, tornando a etapa não apenas para realizar a parte prática do projeto, mas para torná-la uma vivência. Ou seja, a ambientação é um incremento à metodologia para ganhar densidade analítica.

A estratégia foi importante para conhecer a organização interna das UBS, os serviços e a dinâmica de trabalho e, também, o território, incluindo as pessoas que acessam as unidades e como elas o fazem. A ambientação, portanto, significou uma oportunidade de aproximação ao “social”, apresentado nesta Dissertação, sob a luz de Bruno Latour (2012), que redefine o conceito de social, propondo uma perspectiva inovadora sobre como os seres humanos e não-humanos interagem e se influenciam mutuamente nas redes de associações. Latour, em sua obra, propõe que o social não é uma esfera separada, mas um efeito gerado pelas associações entre diferentes atores, sejam eles humanos (pessoas, organizações) ou não-humanos (objetos, tecnologias...). Latour ainda propõe que a realidade social é constituída e constantemente modificada por essas interações (LATOURE, 2012). Ao analisar a complexidade das interações humanas e não-humanas, desafiando as fronteiras tradicionais entre o social, o técnico e o material, a teoria de Latour (ator-rede - ANT) também oferece uma perspectiva útil e inovadora para compreender a complexidade da pandemia de COVID-19. A aplicação da teoria ao contexto da COVID-19 permite analisar como diferentes atores - humanos e não-humanos - interagem e influenciam uns aos outros na propagação, contenção e impacto do vírus.

Dessa forma, ao entender essas redes, podemos obter uma compreensão mais profunda dos desafios e respostas à pandemia, bem como das dinâmicas sociais e políticas que moldaram o curso da crise, sobretudo nas unidades de saúde analisadas.

A ambientação também possibilitou o contato com outros conceitos usados na Saúde Coletiva. Como descreveu Merhy (2023), o trabalho vivo em ato permite a compreensão das tecnologias em saúde que as UBS reivindicam. Assim, a ambientação também pode ser apontada como uma inovação desta pesquisa para compreensão, a partir da perspectiva do trabalho vivo, da gestão, da promoção de saúde e da própria formação e aprendizagem.

Nessa relação, portanto, entre o pesquisador e a dinâmica de trabalho nas UBS, há uma aproximação à “micropolítica do trabalho em saúde”. Novamente concordando com Merhy (2023), o conceito de micropolítica tem sido aplicado para se referir e tornar visíveis as relações que se estabelecem entre as pessoas e com as tecnologias em saúde, às dinâmicas políticas, sociais e organizacionais que ocorrem em nível micro dentro do contexto do trabalho em saúde. Dessa forma, há uma compreensão das interações diárias, das relações de poder, das práticas de trabalho e das resistências que surgem no interior dos serviços e nos territórios. Ao compreender a micropolítica do trabalho em saúde, torna-se possível também compreender como as unidades de saúde respondem aos agravos às pessoas em cada território.

Destaco aqui o conceito de tecnologias leves (MERHY, 2023), que é justamente o conjunto de tecnologias relacionais que operam no trabalho, e aqui particularizo o trabalho em saúde. Tecnologias relacionais, segundo o autor, não são atributos pessoais, como amorosidade e simpatia, mas capacidades de produção de vínculo e acolhimento, que permitem um plano de alteridade com o outro (“outro” no sentido de um “fora de si”, e não apenas humano e masculino, como poderia fazer crer a compreensão literal). A conexão com o “fora de si”, também significa a quebra da naturalização da própria experiência, absorvendo aspectos da dimensão complexa da produção de saúde nos territórios (FERLA, 2021). A “ambientação”, portanto, significa também a capacidade de ampliar a compreensão do contexto da pesquisa, a dimensão da micropolítica do trabalho que opera no território, os lugares de onde os sujeitos falam quando contam da sua experiência no trabalho em saúde durante a pandemia; enfim, condições para que o pesquisador cumpra as funções de “externo” (que observa, analisa e interpreta uma realidade com uma certa objetividade), mas também com a intimidade de perceber o que está fora das identidades/personagens construídos na interação formal e institucional.

A “ambientação”, portanto, teve como função o mergulho na dimensão social das conexões dos serviços que compuseram o campo empírico com os territórios, para quebrar a naturalização da experiência prévia (o olhar de “fora” e de “longe”), e construir um plano de tensão do olhar sobre esse empírico. Não foi simplesmente para “visitar” e estabelecer contatos, senão que teve uma função de ativar a capacidade de pesquisa a partir das “tecnologias leves”

(MERHY, 2023), permitindo que a pesquisa tivesse capacidade de investigar a dimensão micropolítica do trabalho, que ela pudesse ser produzida também com trabalho vivo em ato e, portanto, que fosse para além da constatação do já sabido (FERLA, 2021). A aproximação e a persistência me recordam muito o filme “Erin Brockovich” (2000), no qual a protagonista, uma personagem real, se conecta profundamente com as pessoas de uma comunidade afetada pela contaminação causada por uma empresa instalada nas redondezas. A narrativa do filme ilustra a importância de aproximar e compreender o contexto local e ouvir as experiências e histórias das pessoas diretamente impactadas para uma investigação mais completa e significativa (ERIN BROCKOVICH, 2000; FERLA; SANTOS, 2024).

A ambientação, enquanto imersão ao interior e na organização do trabalho nas UBS e nos territórios, valeu para ampliar o olhar e pensar sobre como a equipe de saúde funciona em termos de dinâmica de trabalho, se há ou não uma relação construtiva e vínculo de confiança e afetos, por exemplo. Mas também analisar o “trabalho vivo” e o “trabalho morto”, que usam tecnologias leves, leveduras e duras para organizar os trabalhos de cuidado e gestão (FERLA, 2021; GOMES et al., 2023).

Dessa forma, a ambientação me colocou, enquanto pesquisador, no lugar de refletir e criar dispositivos para analisar a relação entre a micropolítica do trabalho e a COVID-19. Com a necessidade de reorganizar o trabalho nas unidades de saúde para enfrentamento à pandemia e manter a segurança das pessoas e do território, as equipes criaram relações centradas nas tecnologias leves para interagir com os territórios e para criar trabalhos inventivos, como a reorganização das visitas domiciliares; atendimentos presenciais de forma que as pessoas envolvidas tivessem distanciamento seguro; que usassem de forma precavida tecnologias duras, como álcool em gel e máscaras faciais. Mas, como se registrou em cenário nacional, as tecnologias leves também foram usadas quando foram negados os riscos que se sabiam sobre a doença e, por isso, aumentou a exposição e infecção pelo novo coronavírus; criou-se resistência às vacinas ao contrário de esclarecer as pessoas sobre os benefícios e a segurança; houve prescrição irresponsável de cloroquina, ivermectina e outros medicamentos não comprovados contra a COVID-19, incentivando ao uso e criando constrangimento às pessoas, mentindo que funcionavam (FERLA, 2021; GOMES et al., 2023). Considerando o exposto, as tecnologias em saúde dizem sobre as relações que se estabelecem no encontro. Dessa forma, a micropolítica possibilitou abrir o olhar sobre como as pessoas se relacionaram entre si, mas também com as tecnologias leves, leveduras e duras, com a construção da ciência ou ao contrário.

A ambientação nas UBS contribuiu com a familiarização com o conjunto de dados e o desenvolvimento de uma mentalidade engajada e crítica, como sugerem Braun e Clarke (2006).

A familiarização foi constituída a partir da condução das entrevistas e observações durante a prática no campo empírico. Ainda concordando com Braun e Clarke (2006), a familiarização significa um envolvimento com a diversidade de significados desafiadores e estimulantes. Portanto, conhecer em ato os dados presentes nas falas das pessoas entrevistadas suscitava o envolvimento com os dados coletados, bem como era possível imaginar perguntas mais profundas sobre as mensagens proferidas. É relevante destacar que essas questões são pontos para reflexão. E a reflexão reduz a possibilidade de produzir uma análise inadequada ao evitar que os dados sejam analisados de maneira superficial. Ela nos conduz a questionar a maneira como estamos interpretando os dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

A ambientação é muito relevante para a pesquisa qualitativa, dado que a densidade do que se analisa está relacionada ao grau de intimidade que o pesquisador consegue produzir com o campo empírico, estabelecendo com ele relações tensas, que não estejam embasadas na naturalização do olhar de um observador externo, mas também que consigam estabelecer quebras, interrogando-o com base nas teorias prévias. Madel Luz (2023) permite compreender o olhar complexo de uma certa perspectiva da Saúde Coletiva, quando descreve esse campo de saberes e práticas, ao mesmo tempo, como constituído por tensões entre as disciplinas que o compõem (epidemiologia, saúde pública e ciências sociais e humanas na saúde) e entre a racionalidade da ciência e as lógicas pragmáticas das interações dos sujeitos que fazem o cotidiano dos sistemas de saúde. A “ambientação” foi, portanto, constitutiva também da capacidade ampliada de olhar o campo empírico e contextualizar os depoimentos captados por meio das entrevistas. Não é irrelevante destacar que, como parte constitutiva da metodologia, a ambientação foi necessária para constituir enlaces entre o dentro e fora e, portanto, ampliar a capacidade de tensionar (como técnica de desnaturalizar o discurso e da relação puramente “técnica” do olhar do pesquisador) pensamentos e práticas da pesquisa, como nos sugeriu a professora Madel Luz (2023) ao caracterizar um movimento interdisciplinar (quicá um caminho para um pensamento transdisciplinar) e de conexões entre as teorias e as práticas cotidianas, como constitutivo da episteme da Saúde Coletiva, no interior do qual a pesquisa se realiza.

O encontro com o território produziu mudanças na minha experiência pessoal e profissional. O exercício da análise e da percepção do território reflete em fazer uma saúde pública mais democrática e equânime, que estimule o debate e combata as diferenças em todos os lugares.

3.2.4 Estruturação e procedimentos das entrevistas em Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As entrevistas foram realizadas nas respectivas UBS selecionadas. A escolha do local foi bem cuidadosa, considerando que o momento do encontro e interação devem possibilitar condições para a realização das abordagens. Dessa forma, ocorreram em uma sala reservada para diminuir a possibilidade de interferências externas e comprometimento da concentração das pessoas participantes.

Para favorecer essas condições, foram considerados os critérios: (I) conforto necessário, haja vista que as pessoas participantes permanecerão por um determinado tempo em sala; (II) disposição de assentos de forma que permitisse melhores condições de acomodação, anotações e gravações; e (III) silêncio. Mas, em cada entrevista, as pessoas participantes foram orientadas a ficar bem à vontade no momento da abordagem. Para constar, em cada entrevista, não percebi ninguém desconfortável com a pesquisa. Ao contrário, as pessoas estavam dispostas a contribuir com a entrevista e com os objetivos do projeto. Isso pode ser uma consequência da relação de confiança estabelecida entre o pesquisador e as pessoas participantes. Na pesquisa qualitativa, o clima de confiança é fundamental para a construção do diálogo e, portanto, coleta de dados (SILVA; OLIVEIRA; SALGE, 2021). No caso deste estudo, a relação de confiança foi imprescindível para que os profissionais de saúde relatassem acerca do fenômeno estudado. Esses relatos, muitas vezes, eram revelações sobre as relações interpessoais, com a comunidade e sobre as dinâmicas de trabalho.

As entrevistas foram agendadas antecipadamente e combinadas entre as partes envolvidas, seguindo orientações da literatura específica, que estabelece esse critério para garantir que o pesquisador seja recebido no local e horário estabelecidos, mesmo que continue ocorrendo a possibilidade de imprevistos (FLICK, 2004). O agendamento também foi importante para não interromper totalmente a rotina de atendimento às pessoas nas respectivas UBS. As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos (variação de 26m46s a 1h10min) e foram realizadas no período de 9 de abril a 16 de maio de 2024, conforme é especificado no Quadro 5.

Quadro 5. Agenda de realização da ambientação e das entrevistas nas UBS.

UBS	Atividade	Data	Horário	Entrevistas realizadas
A	Ambientação	08/05/2024	8 - 17h	-----
	Entrevistas	16/05/2024	7h30min - 14h	05
B	Ambientação	05/04/2024	8 - 17h30min	-----
	Entrevistas	09/05/2024	7 - 15h	06
C	Ambientação	04/04/2024	8 - 13h	-----
	Entrevistas	10/04/2024	7h30min - 13h	05

Fonte: O autor, 2024.

Nota: Em síntese, na ambientação foram realizadas as atividades: (1) Observação da rotina e fluxo de trabalho; (2) Interação com os profissionais e os usuários dos serviços de saúde; (3) Agendamento das entrevistas.

Cada entrevista foi antecedida pela apresentação do pesquisador e do tema da pesquisa, mencionando os interesses e a instituição envolvida; justificativa da escolha da unidade e das pessoas participantes; garantia do anonimato e sigilo em quaisquer publicações desta pesquisa, como é previsto na legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS) (CNS, 2012). A abordagem inicial foi importante para criar um espaço de confiança e favorável à participação, colaborando para que as pessoas participantes se sentissem à vontade no espaço e com o momento da entrevista. Não houve preparação prévia das pessoas participantes quanto ao aprofundamento do tema proposto, pois o que se desejou foi levantar contribuições inéditas sem indução do externa (do pesquisador) (MINAYO, 2000; TRAD, 2009).

As entrevistas foram gravadas em formato áudio. Foram utilizados dois aparelhos para garantir maior segurança e precavendo possíveis perdas, defeitos e outras complicações técnicas que pudessem atrapalhar ou impedir a gravação. Os recursos tecnológicos utilizados foram um Gravador de Voz Digital (Marca Knup; Modelo KP-8004), que gravou o som da entrevista em formato MP3, e o recurso de gravação de voz de um aparelho de celular (Marca Samsung; Modelo S20 Plus), que gravou o som da entrevista em formato M4A. As gravações são importantes para que o pesquisador volte às gravações sempre que necessário, seja para recuperar alguma informação ou para revisitar o contexto, as nuances e as emoções durante as falas dos participantes (SILVA; OLIVEIRA; SALGE, 2021). Posteriormente, todas as falas foram transcritas automaticamente para compor o conteúdo do corpus textual a ser analisado. Para a transcrição foi utilizado o recurso de transcrição do Word (Microsoft Office 365), que

ocorreu no período de 18 a 23 de maio de 2024. Após cada transcrição, foi realizada revisão do texto em conjunto com a oitiva dos áudios de gravação.

A ambientação e a entrevista são oportunas por manter o compromisso ético de não tomar as falas ou “tratá-las” com metodologias colonialistas que asfixiam a realidade em nome de um método científico. Há um impacto epistêmico da investigação sobre a prática de investigação se revelou essencial, onde a descrição sobre a metodologia de pesquisa e o papel dos participantes ganhou uma nova perspectiva: de simples “informantes” de dados para detentores de conhecimento singular, resultando numa ampliação da habilidade de reconhecer diferentes vozes autorizadas. Dessa forma, as estratégias tornam visíveis os diferentes lugares de fala, tornando o pesquisar em uma produção situada de conhecimentos.

3.2.5 Entrevista semiestruturada: estruturando o instrumento de coleta de dados

O trabalho de campo foi realizado por meio de entrevista individual do tipo semiestruturada com profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais. A entrevista semiestruturada tem como característica a flexibilidade, que consiste em estabelecer um roteiro prévio, mas abrindo espaço para que o pesquisador faça perguntas fora do que havia sido planejado (FLICK, 2004). Na prática, em todas as entrevistas surgiram perguntas adicionais motivadas, inclusive, pelas respostas das pessoas participantes.

Para condução das entrevistas foi elaborado um instrumento para levantamento de dados, denominado, nesta Dissertação, de “Instrumento para Coleta de Dados: Roteiro para Entrevista Individual”. Esse roteiro foi estruturado em três partes: Parte I: Identificação das UBS; Parte II: Dados sociodemográficos; e Parte III: Instrumento de Coleta de Dados. Essas seções são detalhadas a seguir e a versão final deste instrumento é apresentada no Apêndice 1. A seguir, está o detalhamento minucioso do instrumento utilizado.

A Parte I se ocupou em levantar as seguintes informações: (I) Região de Planejamento de Saúde a qual a UBS pertence; (II) região geográfica; (III) horário de funcionamento; (IV) se a unidade é organizada e desenvolvida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou se possui modelo tradicional, isto é, sem ESF para as funções gerenciais e assistenciais; (V) em caso de possuir ESF, foi levantado o total de equipes por UBS. Também foi reservado um campo específico para observações. Este campo é importante para o registro de informações adicionais e comentários que não são cobertos pelas perguntas pré-estabelecidas.

A Parte II, estruturada com perguntas abertas, permitiu levantar a vivência dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 nas UBS selecionadas para o estudo,

bem como analisar a associação entre o território de abrangência das UBS nos casos de adoecimento e morte por COVID-19. A sequência das perguntas permitiu a continuidade e a conexão das respostas, bem como a lembrança de experiências passadas para responder sobre o que vivenciaram durante o exercício de suas atribuições nas UBS (BOURDIEU, 1999).

Para que as respostas se aproximassem ao tema da pesquisa, o instrumento foi composto por onze perguntas, sendo divididas em três blocos. O primeiro bloco foi composto por perguntas gerais sobre a experiência subjetiva e processo de trabalho. Dessa forma, esse bloco busca levantar a percepção individual dos participantes quanto às dinâmicas e práticas envolvidas em seu processo de trabalho. Nessa perspectiva foi esperado que as pessoas entrevistadas interpretassem e relatassem suas próprias vivências e sentimentos e lembrassem de suas rotinas durante o exercício de suas tarefas diárias e como se relacionaram com as pessoas e os meios durante a pandemia.

O segundo bloco se ocupou em levantar informações acerca de grupo e território. O foco dessa parte foi levantar informações sobre dois aspectos principais: o grupo de pessoas envolvidas e o território em que estão situadas (e como se relacionam com o meio). Assim, envolve conhecer os aspectos sociais e culturais do território, a disponibilidade e acesso a recursos, bem como os desafios e oportunidades.

E o terceiro bloco apresentou questões mais diretas sobre os determinantes sociais de saúde. Esse bloco concentrou perguntas que investigam fatores que afetam a saúde, com enfoque em temas como: (I) educação; (II) ambiente de trabalho; (III) renda e condições econômicas; (IV) habitação e condições ambientais; e (V) acesso aos serviços de saúde.

Na Parte III do Instrumento de Coleta de Dados, as informações sociodemográficas foram coletadas com base na autodeclaração das pessoas entrevistadas, conforme as perguntas formuladas. As perguntas levantaram informações sobre idade, raça/cor de pele, gênero, formação, categoria profissional e o tempo de vínculo na UBS para verificar se a pessoa entrevistada atuou na unidade durante a pandemia. Para cada opção de resposta da pergunta sobre gênero foi incluída uma nota explicativa sobre os termos apresentados, conforme é apresentado no Apêndice 1.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

3.3.1 Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram agrupados por grupo de variáveis e organizados e codificados, servindo de base para análise descritiva dos resultados, expressos por representações numéricas absolutas e relativas por percentuais, apresentados de forma a permitir análises.

Para exploração dos dados de interesse, os mesmos foram agregados por diversas categorias, sendo: (I) UBS; (II) categoria profissional; (III) cor da pele; (IV) gênero; (V) escolaridade; (VI) idade; e (VII) proximidade ao local de trabalho. As categorias permitiram levantar e observar informações profissionais e sociodemográficas.

Utilizou-se o apoio do software Stata 14® para realização das análises descritivas. Para as variáveis foram elaboradas tabelas com base nas informações obtidas nas análises.

3.3.2 Análise qualitativa

As informações obtidas a partir das entrevistas foram analisadas com o uso da técnica de análise temática proposta por Braun e Clarke (2006). Trata-se de uma abordagem qualitativa utilizada para analisar dados textuais. Envolve identificar padrões de significado ou “temas” nos dados, que são categorias interpretativas que capturam aspectos importantes do fenômeno estudado. Esta abordagem segue seis etapas: familiarização com os dados, geração de códigos, busca de temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas e produção do relatório, conforme sumarizado no Quadro 6.

Quadro 6. As seis fases da Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006).

Fases	Descrição
1) Familiarização com os dados	Ambientação das UBS; imersão nos dados para compreendê-los completamente: transcrição e revisão dos dados; leitura e releitura do banco; registro das ideias iniciais durante o processo
2) Produção dos códigos iniciais	Identificação de padrões, temas e conceitos relevantes nos dados: codificação dos aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunião de trechos relevantes a cada código
3) Elaboração dos temas	Reunião dos códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial
4) Revisão dos temas	Refinamento e definição dos temas, garantindo sua consistência e relevância
5) Definição e nomeação dos temas	Descrição e nomeação dos temas de maneira clara e precisa
6) Elaboração da redação	Redação do relatório final, incluindo a apresentação dos temas e evidências relevantes

Fonte: O autor, 2024. Adaptado de Braun e Clarke (2006).

Braun e Clarke (2006) delineiam diversas fases que os pesquisadores devem seguir para realizar uma análise temática. As fases detalham a condução da análise temática de maneira rigorosa e significativa, além disso, como enfatizam as próprias autoras, tornam as análises flexíveis, tornando-as adequadas para uma ampla variedade de contextos de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2006; BYRNE, 2022; FIELDEN; SILLENCE; LITTLE, 2011).

Na Fase 1, dedicou-se ao exercício da familiarização com os dados coletados. Essa etapa envolveu, no caso, a leitura imersiva e repetida das transcrições das entrevistas e das observações de campo. O objetivo foi desenvolver uma compreensão mais profunda do conteúdo dos dados, identificando ideias, conceitos e padrões que pudessem ser importantes para a investigação. Nessa fase, houve, portanto, envolvendo com o material para desenvolver uma base de conhecimento sobre o contexto e os elementos que compõem os dados, sendo fundamental para orientar o processo de análise subsequente e garantir uma interpretação adequada dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006; BYRNE, 2022).

Na Fase 2, começou-se a identificar unidades de significado nos dados. Esse processo é entendido como codificação. Nessa fase, realizou-se leitura minuciosa dos materiais de pesquisa, destacando elementos relevantes. Conforme literatura, os códigos podem ser palavras, frases ou trechos maiores que surgem repetidamente nos dados e que podem ser importantes para responder às questões de pesquisa ou explorar os temas emergentes. Eles ainda representam unidades básicas de informação que capturam conceitos, ideias ou temas presentes.

A geração de códigos iniciais foi um passo fundamental para organizar os dados e iniciar o processo de análise mais aprofundada. Esses códigos forneceram uma estrutura inicial para identificar padrões, tendências e relações entre os diferentes elementos dos dados, gerando melhores condições para as etapas subsequentes da análise (BRAUN; CLARKE, 2006).

Na Fase 3, concentrou-se em agrupar os códigos iniciais em temas mais amplos. Essa fase envolveu examinar os códigos gerados na fase anterior para identificar padrões e relações entre eles, com a finalidade de formar categorias temáticas coerentes. Realizou-se, portanto, a revisão e agrupamento dos códigos, identificação de temas provisórios e refinamento dos temas. Durante o refinamento, alguns temas foram combinados, subdivididos ou descartados, conforme a relevância para o estudo (BRAUN; CLARKE, 2006; MENEAR et al., 2024).

Na Fase 4, revisitou-se os temas previamente identificados para garantir que eles se tornassem mais precisos, coerentes e representativos dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006). As descobertas e rearranjos dos temas foram discutidos em grupo com a finalidade de tornar os temas mais interpretativos e menos descritivos (BRAUN; CLARKE, 2006; MENEAR et al., 2024).

Na Fase 5, dedicou-se a definir e nomear os temas emergentes que foram identificados nas fases anteriores. Essa fase envolveu a revisão cuidadosa dos agrupamentos de códigos ou categorias identificados na análise. Durante essa etapa, buscou-se compreender a relação entre os diferentes temas e como eles se relacionam com as questões que motivaram a pergunta e/ou o objetivo do estudo. A definição e a nomeação dos temas são importantes para comunicar claramente os resultados da análise realizada dos dados e para enfatizar os principais achados da pesquisa. Essa fase também, como orientam Braun e Clarke (2006), é o momento de tornar as informações e *insights* mais compreensíveis.

Na Fase 6, concentrou-se na produção do relatório final, que apresenta os achados da pesquisa de maneira coerente e, também, convincente. Nessa fase, são apresentados os resultados da análise, destacando a representação dos dados analisados e a importância dos temas identificados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Como apontam Menear et al. (2024), a precisão e a confiabilidade no tratamento dos dados foram asseguradas por meio de sucessivas leituras e um envolvimento prolongado com os próprios dados, bem como da elaboração cuidadosa da codificação, tematização e de discussões.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Seguindo os procedimentos de observação ética de pesquisa com seres humanos, segundo orientações das Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP-UFJF), registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE nº 70203623.9.0000.5147. A aprovação final foi emitida em 28 de setembro de 2023 com o Parecer nº 6.917.885 (ANEXOS 1 e 2).

Após a aprovação, os gestores responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolvidas nesta pesquisa foram comunicados oficialmente quanto à pesquisa pelo Departamento de Programas e Ações de Atenção à Saúde (DPASS) da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS-JF). Oportunamente, os gestores foram informados sobre o projeto, o tipo de abordagem para levantamento de dados, as pessoas participantes e os objetivos da pesquisa.

A etapa da pesquisa de coleta de dados foi antecedida por uma fase que, nesta Dissertação, foi denominada de “ambientação”, que constituiu na aproximação e vivência nas UBS para observar o ambiente de atendimento às pessoas usuárias dos serviços de saúde de cada uma das regiões.

Na etapa de entrevista, foi solicitado a anuência dos participantes (profissionais de saúde das UBS) por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No início de cada entrevista, foi lido o TCLE pelo pesquisador à pessoa participante. O respectivo termo apresentava informações acerca da pesquisa, como apresentação do tema e objetivos a serem alcançados, responsáveis e seus respectivos contatos, e foi impresso em duas vias devidamente assinadas, sendo uma para ficar retida com o pesquisador e a outra com o participante.

A estrutura final do TCLE é apresentada no Apêndice 2.

4 DESCRIÇÃO DO PERFIL DA AMOSTRA ESTUDADA

Foram realizadas entrevistas com 16 profissionais de saúde e gestores de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), com localização em diferentes regiões de saúde. A Tabela 1 sumariza os dados sobre diversas variáveis relacionadas aos profissionais de saúde das UBS, fornecendo uma visão geral das características, incluindo distribuição por local de trabalho, categoria profissional, características demográficas e educacionais, bem como dados sobre a proximidade de residência ao local de trabalho e idade média.

Tabela 1. Variáveis relacionadas aos profissionais de saúde das três Unidades Básicas de Saúde, 2024.

UBS	n	%
A	5	31,25%
B	6	37,50%
C	5	31,25%
Categoria Profissional		
ACS	6	37,50%
Técnica em enfermagem	1	6,25%
Enfermeiro(a)	6	37,50%
Médica	2	12,50%
Farmacêutica	1	6,25%
Cor da pele		
Branco(a)	9	56,25%
Pardo(a)	6	37,50%
Preto(a)	1	6,25%
Gênero		
Mulher cis	13	81,25%
Homem cis	3	18,75%
Escolaridade		
Ensino médio completo	2	12,50%
Técnico	3	18,75%
Superior completo	1	6,25%
Superior incompleto	1	6,25%
Pós-graduação*	9	56,25%
Mora no mesmo bairro do trabalho		
Sim	6	37,50%
Não	10	62,50%
Idade		
30 a 39 anos	4	25,00%
40 a 49 anos	6	37,50%
50 a 59 anos	3	18,75%
≥ 60 anos	3	18,75%
Média	46 anos	
Mínima	33 anos	
Máxima	65 anos	

Fonte: O autor, 2024.

*Foi considerada a maior titulação para esta categoria, considerando Residência, Especialização e Mestrado.

Os dados apresentados na Tabela 1 fornecem *insights* importantes sobre a composição dos profissionais de saúde nas UBS pesquisadas, suas características demográficas e educacionais, bem como padrões de distribuição geográfica e etária, fornecendo uma compreensão mais profunda da equipe que atua nessas unidades.

A distribuição de profissionais de saúde abordados em cada uma das três UBS é relativamente equilibrada, com a UBS “B” tendo o maior número de profissionais (37,50%).

Com relação a categoria profissional representada nesta Dissertação, a presença de agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros é significativa, cada um representando 37,50% do total de profissionais. A categoria médica compreende 12,50% dos profissionais, enquanto os farmacêuticos e técnicos em enfermagem representam proporções menores, 6,25% cada.

Com relação ao quesito raça/ cor da pele, a maioria dos profissionais é branca (56,25%), seguida por indivíduos pardos (37,50%). A representatividade de profissionais pretos é baixa, apenas 6,25%. Quanto ao quesito gênero, a grande maioria das pessoas entrevistadas é composta por mulheres cis (81,25%), enquanto homens cis representam uma proporção menor (18,75%).

Sobre a escolaridade, há um destaque para a pós-graduação (56,25%), indicando uma alta qualificação acadêmica entre os profissionais de saúde, sugerindo especializações avançadas em suas áreas de atuação.

Quanto à proximidade ao local de trabalho, 37,50% dos profissionais moram no mesmo bairro onde trabalham, enquanto a maioria (62,50%) reside em bairros diferentes. Todos os profissionais que residem no mesmo bairro das UBS são ACS.

A faixa etária mais comum entre os profissionais é a de 40 a 49 anos (37,50%), seguida pelas faixas de 30 a 39 anos e de 50 a 59 anos, ambas com 18,75% cada. 18,75% têm 60 anos ou mais. A idade média dos profissionais é de 46 anos, com uma variação entre 33 e 65 anos.

5 ANÁLISE DESCRITIVA DAS NARRATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE ATUARAM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Neste estudo foram identificadas três categorias de análises, associadas aos oito grandes temas que guiam esta Dissertação: (I) Percepção do social a partir da vivência diária nas UBS durante a COVID-19; (II) Grupos e territórios; (III) Grandes marcadores sociais. Os temas foram organizados no Quadro 7 em razão da densidade e relevância dos seus conteúdos.

Nessa perspectiva, o processo de análise das entrevistas suscitou conceitos-chave sobre a pandemia de COVID-19. Entre os principais identificados, destacam-se: (I) impacto na saúde física e mental, com relatos de ansiedade, depressão, desejo de suicídio e doenças crônicas e transmissíveis; (II) desigualdades sociais, exacerbando dificuldade de acesso a recursos básicos e recursos de proteção; (III) mudanças relacionadas aos processos e organização no trabalho para garantir atendimentos e, ao mesmo tempo, segurança; (IV) medidas sanitárias e respostas locais de enfrentamento à crise; (V) vacinação contra a COVID-19; (VI) consequências na economia, incluindo desemprego e perda de renda e fechamento de empresas, gerando impactos na vida individual e em grupo-familiar.

Esses temas são vistos como essenciais e apontam um caminho para compreender como os profissionais da APS vivenciaram e interpretaram a saúde e o adoecimento como fenômenos sociais durante a pandemia de COVID-19.

Nesse sentido, os trechos selecionados revelam experiências individuais e coletivas dos profissionais de saúde com relação à atuação nas UBS, interação com o serviço, equipamentos, usuários e a demanda de trabalho. Dessa forma, as pessoas participantes das entrevistas compartilharam suas experiências, revelando percepções diversas da pandemia como um “campo de guerra” e os desafios enfrentados no atendimento à saúde, incluindo a hesitação em relação à vacinação e a necessidade de adaptação dos serviços de saúde. Além disso, as pessoas participantes expuseram problemas econômicos e sociais, como o aumento do desemprego e a precarização do trabalho, que afetaram a capacidade das pessoas de manter uma renda estável e acessar recursos básicos, além de aumentar, em algumas circunstâncias, a exposição ao novo coronavírus. A importância da humanização no atendimento é enfatizada, assim como as estratégias necessárias para restaurar a confiança nas relações comunitárias e fortalecer a saúde mental da população. Os trechos também destacam as soluções criativas e adaptativas no contexto da crise, ressaltando a necessidade de reintegrar serviços de saúde suspensos para

evitar aglomerações nas unidades de saúde e promover a colaboração entre setores para enfrentar os desafios emergentes que surgiram durante e após a pandemia.

Além disso, a pandemia teve um impacto significativo na saúde física e mental das pessoas. Sequelas da COVID-19 e agravamento de doenças pré-existentes foram amplamente relatados. O medo de exposição ao vírus e a falta de informação adequada e a falta de recursos contribuíram para complicações adicionais. O sistema de saúde enfrentou desafios ao lidar com o aumento de casos e ao manter o atendimento a outras condições de saúde. O desafio inclui o adiamento de tratamentos e cuidados importantes que já estavam em curso, agravando a situação de saúde das pessoas, além de incluir o desafio do sistema de saúde em equilibrar a atenção entre a COVID-19 e outras necessidades de saúde.

Essa síntese pode ser observada no Quadro 7 e na discussão que segue posteriormente.

Quadro 7. Organização dos temas guarda-chuva, subtemas e falas-exemplo.

Grandes temas	Principais subtemas	Falas-exemplo
Adoecimentos físico, psicológico, sequelas e demais agravos durante a COVID-19: incertezas e inseguranças	<p>Comorbidades, etarismo, mortalidade por COVID-19 e falta de informação</p> <p>Reações: estresse, impacto emocional, cansaço físico, adoecimento, depressão, problemas físicos</p> <p>Profissionais de saúde enfrentaram pânico e ansiedade</p> <p>O medo de contrair COVID-19 causou desrespeito às normas da UBS e aos protocolos de prevenção</p>	“Foi um momento de muitas incertezas. Tinha muitas dúvidas, muito medo, muita insegurança [...] porque a gente sabia que isso ia chegar até nós”. (Participante C3).
Redução de aglomerações e implantação de atendimentos à distância com uso de tecnologias	<p>A pandemia gerou alta demanda de trabalho nas UBS, filas grandes para vacinação e resistência à vacina devido a desconfiança e politização</p> <p>A UBS destacou-se como um dos principais pontos de vacinação: intenso trabalho com controle rigoroso das doses</p> <p>Diferentes condições de trabalho: infraestrutura inadequada, como salas pequenas, falta de ventilação e ausência de janelas, aumentando o risco de infecção</p> <p>Desafios relacionados ao isolamento social, trabalho on-line, falta de apoio e dificuldade na organização do trabalho de campo</p>	“Até que nós estamos tentando adaptar a realidade aqui do posto, porque mesmo parando, os atendimentos eletivos, algumas situações não podiam também ficar sem assistência”. (Participante A4).
Doenças em alta: aumento de casos na comunidade e a interrupção de atividades (assistência) nas UBS	<p>Comparação da COVID-19 com campo de guerra: adoecimentos e mortes</p> <p>Mudanças e reorganização da estrutura e fluxos de atendimentos na UBS</p> <p>Relações: de amizade e trabalho</p> <p>Medo de transmitir COVID-19 para familiares, especialmente para os mais vulneráveis como a família idosa</p>	“E aquele terror, né? de virar que um campo de guerra, as pessoas entubadas”. (Participante B6).
Adaptação dos serviços de saúde e da comunidade: comunicação (eficiente), uso de EPI, vacinação, <i>home office</i> , suspensão de agendas de atendimentos	<p>WhatsApp possibilita rápida comunicação</p> <p>Atendimento às gestantes manteve-se constante, mas a organização e demanda sofreram alterações</p> <p>Crenças e atitudes pessoais em relação ao uso de medicamentos</p> <p>Esforço para retornar à rotina normal da UBS dificultado pelo distanciamento da população</p>	“A ferramenta do celular é boa, excelente, porque ela economiza tempo e tempo no diagnóstico salva vida”. (Participante B1).

<p>Suspensão de aulas, aumento do desemprego, falta de apoio social, diminuição ou perda de renda: exacerbando desigualdades sociais</p>	<p>Trabalho informal e desemprego: diminuição ou perda de renda</p> <p>Falta de apoio social, sensação de abandono, vulnerabilidade econômica, impacto no emprego e cuidado infantil</p> <p>Educação, emprego e mobilidade social: suspensão de aulas presenciais, evasão escolar e aglomeração em casa</p> <p>A perda do trabalho impactou no lazer, organização financeira e levou as pessoas ao estresse</p>	<p>“Patrão manda embora, ele já mandou outros embora, ele falou que essa doença não existe’. Então, assim, o desemprego foi uma coisa grande. Na saúde, acaba que a falta de emprego vai gerar consequências”. (Participante C5).</p>
<p>Disparidades socioeconômicas de gênero e raça: desigualdades no acesso à saúde, condições precárias de moradia e transporte, e falta de recursos básicos (EPI, alimentação...)</p>	<p>Condições precárias de moradia e dificuldade de acesso à recursos</p> <p>Realidade das drogas no território: drogas pesadas e boca de fumo</p> <p>Influência da cor, moradia e aspectos culturais e sociais na condição social e na percepção cultural</p> <p>Casas pequenas e condições de moradia superlotadas: dificuldade no isolamento durante a pandemia</p>	<p>“As famílias mais pobres sofriam mais quando tinha doença, porque às vezes moram em um barraco de 2, 3 cômodos. Como que isolava as pessoas que estavam doentes?”. (Participante A2).</p>
<p><i>Fake news</i>: queda nas campanhas de vacinação, aumento no uso de medicamentos, influência no uso de EPI e nas campanhas de distanciamento espacial</p>	<p>Isolamento prejudicado por desinformação e má influência de políticos e redes sociais</p> <p>Impacto negativo das <i>fake news</i>: disseminação de mitos sobre a vacinação, EPI e medicamentos</p> <p>Uso inadequado de medicamentos: orientações políticas ao invés de protocolos estabelecidos, resultando na falta de medicamentos, resistência microbiana e ineficácia dos tratamentos</p> <p>Vínculo controverso com o presidente da república e sua coligação política, que adotaram uma postura negligente em relação à saúde pública: diversas autoridades descreditaram a vacina e promoveram propostas terapêuticas ineficazes</p>	<p>“Mas a desinformação, agora é <i>fake</i>. [...] está sendo disseminada de uma maneira muito forte, e essa ideologia política em acreditar numas coisas assim como não tem fundamento”. (Participante A5).</p>
<p>Conscientização pública e acesso à informação segura: conscientização sobre tratamentos, acesso a recursos essenciais</p>	<p>Condições de isolamento e moradia: realidade das casas e organização familiar</p> <p>Perda de contato com comunidade</p> <p>Doenças crônicas pioraram: falta de atendimento preventivo e descontinuidade dos serviços de saúde</p> <p>Falta de medicamentos para doenças autoimunes</p> <p>Papel dos líderes religiosos: muitas pessoas abandonaram medicamentos, apostando a cura na fé</p>	<p>“Era um hipertenso que não aceitava fazer o controle por questão religiosa. Aí ele piorou, internou... Enfim, não aceitava ficar no hospital”. (Participante C1).</p>

Fonte: O autor, 2024.

6 A POTÊNCIA DAS FALAS E A CONTRIBUIÇÃO PARA A PESQUISA

A experiência da pandemia não é apenas uma questão de subjetividade individual, mas envolve as relações e associações entre diferentes atores sociais. As análises que seguem, ampliam a possibilidade de compreensão da face social da COVID-19. Essa abordagem permite uma análise mais rica das adaptações sociais e das novas formas de interação que surgiram durante a pandemia.

6.1 PERCEPÇÃO DO SOCIAL A PARTIR DA VIVÊNCIA DIÁRIA NAS UBS DURANTE A COVID-19

6.1.1 Entre o medo e o cuidado: a realidade dos trabalhadores da saúde durante a crise da COVID-19

Durante a pandemia, os profissionais de saúde estiveram à frente nos serviços de saúde para contornar a situação. A atuação incluía a coordenação do cuidado, mantendo atenção às pessoas com suspeita e sintomas gripais; trabalho inventivo e adaptativo para lidar com a novidade advinda com o novo coronavírus e com a falta de recursos adequados para o exercício do trabalho com segurança.

O enfrentamento da pandemia faz parte das funções essenciais da Saúde Pública, que exigiu estratégias bem estruturadas e integradas internacionalmente. Nesta Dissertação, as pessoas entrevistadas relataram uma mudança radical no cotidiano e no espaço de trabalho, envolvendo sobrecarga de trabalho, adaptação a novas formas de atendimento e gestão, e desafios adicionais relacionados ao estresse e à saúde mental. A pandemia exigiu uma rápida reestruturação das rotinas, com a necessidade de implantação de medidas de segurança e protocolos de prevenção. Considerando o exercício das atividades, os profissionais de saúde são considerados um grupo de risco aumentado para a COVID-19 devido à sua exposição direta a atendimentos às pessoas infectadas ou com suspeita para a doença. Portanto, o risco de infecção decorre tanto da exposição quanto das condições de trabalho (NEDEL; SILVEIRA; VIVIAN, 2023). Além disso, os profissionais enfrentaram dificuldades significativas em equilibrar suas responsabilidades profissionais com suas questões pessoais, resultando em um impacto substancial em sua qualidade de vida e desempenho no trabalho. Considerando o exposto, a insegurança no enfrentamento à pandemia, envolve questões relacionadas à biossegurança, à saúde mental e à morosidade ou negligência de ordem política.

“A gente trabalhava toda paramentada, que não via nada, só via os olhos [...]. Botava aquele pijama por cima da roupa, botava o propé, botava touca, botava o gorro, botava óculos. A gente parecia que estava num campo de guerra”. (Participante A3).

“[A pandemia de COVID-19] Atrapalhou muito essa questão de curtir um momento, eu tinha várias coisas programadas, viagem, festas e acabou que não pôde fazer, né?”. (Participante B4).

A primeira questão, o risco biológico, é ampliado por problemas relacionados à desestruturação tecnológica dos serviços devido à redução de investimentos e ao despreparo para emergências epidemiológicas. Esses fatores são condicionantes do colapso desses serviços e do adoecimento comunitário. A segunda, a sobrecarga e o estresse no trabalho, mantiveram influência na qualidade de respostas e funcionamento dos serviços, bem como no adoecimento dos profissionais, potencializado pelo medo e insegurança. A terceira, a banalização da doença pelo negacionismo e negligência governamental às recomendações internacionais ampliaram o risco aos trabalhadores.

“Os casos de saúde mental, as pessoas ficaram doentes da cabeça. E quando eu falo saúde mental, eu falo é de uma maneira geral, porque, assim, a gente tem os mais variados problemas, desde transtorno de ansiedade, bipolaridade, tentativa de suicídio”. (Participante A3).

“A saúde mental da gente ficou bem abalada e a gente não teve nenhum suporte nessa parte da Psicologia, porque foi uma coisa muito desgastante, que quem estava aqui é uma coisa que vai lembrar pro resto da vida da época da COVID”. (Participante B3).

“E muitas vezes as propagandas, as *fake news*, falavam, ‘Ah, você vai vacinar, você vai contrair isso, você vai vacinar, você vai contrair essa outra doença’, então... Isso nos atrapalhou favoreceu bastante”. (Participante B6).

“Mas nem todos os médicos obedeciam a isso [as orientações sanitárias]. Muitas vezes eles iam pela conduta que o Presidente dava”. (Participante B6).

No Brasil, bem como em outros países, muitos trabalhadores de saúde foram afastados das atividades profissionais por pertencerem a algum grupo de risco, considerando fatores, como comorbidades, idade, gravidez e puerpério; ou por terem se infectado pelo novo coronavírus e apresentado sintomas da doença. Além disso, muitos morreram em consequência

da COVID-19 (MEDEIROS, 2020; VEDOVATO et al., 2021), como também foi observado entre os profissionais de saúde entrevistados.

“Tivemos profissionais que não puderam permanecer pela idade, o risco das doenças, comorbidades que existiam, hipertensão, diabetes eram doenças às vezes que comprometia muito sistema imunológico e essas pessoas foram sendo afastadas da assistência”. (Participante C3).

No início da pandemia, as evidências eram de que a doença acometia idosos, pessoas com doenças prévias e profissionais de saúde, mas, com o avançar da crise pelos países, o perfil da doença foi sendo modificado, revelando também grande número de adoecimentos e mortes na população de faixas etárias diversas, lugares e sem doenças prévias (CAVALCANTE et al., 2020; CRUZ et al.; 2023; FERREIRA et al., 2020; LEITE, 2020). Neste estudo, alguns profissionais de saúde relataram afastamento devido aos fatores mencionados. Houve registro de afastamento devido a doenças relacionadas à COVID-19 ou outras, como doenças respiratórias, estresse, síndrome de Burnout. A Síndrome de Burnout se refere à exaustão física, emocional e mental causada por estresse prolongado e sobrecarga, geralmente no contexto de trabalho. A fala de C3 ilustra o aumento do trabalho, enquanto B6 relata Burnout relacionado à sobrecarga de trabalho.

“Isso pode ter resultado no burnout, sim. Olha, eu já tive dois casos de sobrecarrega”. (Participante B6).

“A demanda aumentou muito, nós ficamos com o tratamento preferencial, quase que exclusivo somente para pacientes sintomáticos”. (Participante C3).

Um estudo de 2010, já observava que trabalhadores vinculados à ESF enfrentavam frequentemente ambientes insalubres e propensos a riscos à saúde, o que pode contribuir para o desenvolvimento de Burnout. A exposição constante a condições adversas e estressantes, combinada com a pressão de demandas intensas e a necessidade de dedicação integral, pode levar a uma exaustão física, emocional e mental significativa, característica do Burnout (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Mais de 3,5 milhões de trabalhadores da saúde de diferentes categorias estão vinculados diretamente ao SUS. Estima-se que mais de 2 milhões de trabalhadores atuaram na linha de frente prestando assistência às pessoas em diferentes condições de agravamento pela COVID-19 e em diferentes lugares de todas as regiões do país, sendo que as mulheres representam a

maior força de trabalho, chegando a 70% (NEDEL; SILVEIRA; VIVIAN, 2023; PORTELA; REIS; LIMA, 2022). Nesta Dissertação, as mulheres também representaram o maior grupo de pessoas entrevistadas (81,25%). Portela, Reis e Lima (2022) destacam a baixa remuneração, que gera, como consequência, a busca de mais vínculo ou aumento da jornada de trabalho para aumento da renda. Nesta Dissertação, não foi observado se os profissionais de saúde possuíam mais de um vínculo além do vínculo com as UBS envolvidas nesta pesquisa. Mas a carga horária e a sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde já evidenciavam a grande possibilidade de infecção pelo novo coronavírus. Profissionais de saúde vinculados à ESF possuem dedicação integral às UBS, com disponibilidade de 40 horas semanais, equivalente a 8 horas por dia (TRINDADE; LAUTERT, 2010). Ressalta-se que durante as entrevistas as UBS enfatizaram o aumento de trabalho, sobretudo com a implantação do Plano Nacional de Imunização (PNI) específico contra a COVID-19. Em especial, a UBS B, sentiu mais rapidamente os impactos, pois foi uma das primeiras referências em vacinação em Juiz de Fora, MG.

“Porque nessa época, das 63 UBS do município, apenas 5 foram eleitas como ponto referência para essa vacinação”. (Participante B5).

A noção de risco se amplia com a ausência ou escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no trabalho em saúde. No Brasil, há associação entre a falta de EPI e o número de adoecimentos entre os profissionais de saúde. Muitos casos de síndromes gripais e casos suspeitos de COVID-19 foram atendidos na APS, por ser um espaço inicial para o primeiro contato das pessoas com o SUS. Era coerente, portanto, a manutenção dos estoques de EPI nas UBS como forma de garantir a segurança das pessoas envolvidas, mitigando os riscos de adoecimento, bem como para manter a continuidade dos serviços nos espaços de saúde (SARAIVA et al., 2020). Neste estudo, os profissionais de saúde entrevistados relataram exposição direta ao novo coronavírus durante as práticas laborais, concordando com o estudo de Saraiva et al. (2020). Ainda completam que em muitos momentos, inclusive nos mais críticos e dramáticos da pandemia, houve falta EPI, tendo a necessidade, em algumas situações, de comprar usando os próprios recursos financeiros. Alguns relataram, inclusive, que muitos usuários das UBS se recusavam a usar máscara facial ou usavam incorretamente e outros não tinham condições financeiras de acesso aos recursos de proteção, aumento o risco de infecção.

“Ah, tem que usar máscara’, mas aí não troca a máscara e não lava a máscara. Encosta a mão em alguma coisa, não faz a higienização das mãos corretamente”. (Participante A1).

“Durante a pandemia foi bem complicado, porque... Muita falta de material. Tinha falta de tudo. O EPI não vinha. Máscara, a gente tinha que aproveitar durante vários dias”. (Participante A5).

“Às vezes a máscara a gente teve que comprar, porque não foi fornecido máscara em quantidade suficiente”. (Participante B6).

“A gente não tinha máscara suficiente. A gente não tinha insumos de um modo geral para atender a todos que pudessem necessitar”. (Participante C3).

Rosetto e Valim (2023) colocam que as instituições de saúde devem garantir a disponibilidade de insumos e estrutura necessária para os serviços de saúde. A disponibilidade de recursos deve incluir todos os profissionais de saúde, assim como agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, porteiros e seguranças (SARAIVA et al., 2020). Além disso, o tipo de equipamento disponibilizado deve ser de acordo com o tipo de exposição e a gravidade do risco (GODDERIS; BOONE; BAKUSIC, 2020). Algumas pessoas entrevistadas relataram a utilização de máscaras de pano entre os usuários das UBS e a utilização de EPI confeccionado por outro material diferente do usual e/ou recomendado, entre os profissionais. A máscara vale para a segurança própria e alheia, devendo, portanto, ser adequada ao risco. Alguns estudos apontaram a ineficiência das máscaras de pano, por exemplo (LEAL, 2021; STÉDILE; MARTINS, 2022).

“Por fim, a gente estava comprando aquela máscara de pintor de tanto medo que tinha”. (Participante B2).

“Nem todos têm dinheiro para comprar medicação, ainda que seja uma dipirona de 10 reais, não têm”. (Participante B5).

Durante a COVID-19, houve dificuldade de aquisição de EPI prontos ou insumos para a fabricação, como declarou o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CNS, 2020; EPSJV, 2022). Com a baixa capacidade de produção de insumos no complexo econômico e industrial e, por isso, sem conseguir produzir EPI, o Brasil ficou dependente da produção de outros países, como a China, que se tornou a grande fornecedora mundial.

Com relação à morte por COVID-19 entre profissionais de saúde, um estudo da Internacional de Serviços Públicos (ISP) e produzido pela Lagom Data, publicado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV) (EPSJV, 2022) revelou que mais de 4,5 mil trabalhadores de saúde morreram durante o auge da pandemia, sendo que 70% eram auxiliares ou técnicos de enfermagem e 24% eram enfermeiros. Ainda revela que “as médias de mortes extras entre os profissionais eram mais altas do que as do total de profissões no Brasil”. Nesta Dissertação, ACS e técnicos de Enfermagem relataram ter tido COVID-19 durante a pandemia.

“Qualquer sinal que a gente tivesse, sei lá, parecido com uma gripe [...]. Eu tive [COVID-19] por duas vezes. Meu esposo acabou tendo junto comigo. A gente ficou isolado juntos. Então assim, foi um período difícil”. (Participante A2).

“Meu esposo ficou gripado, aí veio para consultar, fez o teste, deu positivo, eu tive que fazer também, mas eu não estava sentindo nada. Eu fiz porque eu moro com ele. Eu estava com COVID”. (Participante B2).

A situação de saúde dos profissionais da saúde também se agrava com relação à saúde mental. Em todas as UBS envolvidas neste estudo foi observado irritação, ansiedade, estresse, depressão, além de exaustão emocional, dificuldades de concentração e insônia. Não raro, muitas pessoas entrevistadas relataram adesão ao uso de medicamentos psicotrópicos pós-COVID-19.

“Todo mundo hoje em dia toma um “parente” da família do [nome do psicotrópico]”. (Participante B2).

Um estudo transversal realizado em um dos primeiros Centros de Referência em Testagem de COVID-19 para profissionais atuantes em unidades de saúde no Rio de Janeiro (entre maio e agosto de 2020) objetivou “analisar as associações entre a percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em profissionais atuantes em unidades de saúde” (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022, S.I.). O estudo apontou a necessidade de ampliar o cuidado para além de disponibilizar EPI, devido à possibilidade de agravos diferentes de riscos biológicos. Os dados do estudo revelaram uma preocupação significativa com a saúde mental dos trabalhadores, com uma proporção

considerável apresentando níveis variados de depressão, ansiedade e estresse (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022). Uma das pessoas entrevistadas nesta Dissertação revela:

“O resquício da pandemia muitas vezes foi o stress, nervosismo, mau humor”.
(Participante B1).

O estudo mantém algumas semelhanças com esta Dissertação. As semelhanças entre os grupos de profissionais de saúde, inclui a predominância do sexo feminino. Em termos de profissões, mostram maior representação de enfermeiros e técnicos de enfermagem, refletindo uma presença expressiva desses profissionais em diferentes contextos de trabalho. Não foram incluídos ACS, como ocorreu nesta Dissertação (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022).

Os profissionais de saúde tiveram de lidar com a exaustão de estar presencialmente no trabalho diariamente; com o medo da infecção e morte, pois aumentava a cada dia o número de infectados e, não raro, mortes entre trabalhadores; mudança na rotina de trabalho - mais complexa e rígida; e com a insensibilidade da gestão às necessidades dos profissionais da saúde no seu cotidiano de trabalho. Também por imposição da pandemia, foram registrados privação do convívio social e familiar, e supressão de direitos já existentes, tais como adicionais de insalubridade, adicionais salariais e até mesmo férias (PORTELA; REIS; LIMA, 2022).

“Atrapalhou muito essa questão de curtir um momento. Eu tinha várias coisas programadas, viagem, festas e acabou que não pôde fazer”. (Participante B4).

“...O lazer dessas pessoas é na igreja. A igreja não podia abrir porque não podia aglomerar. Então tem esse impacto aí, o lazer”. (Participante C5).

Além das práticas sociais das pessoas, refletindo a profundidade das mudanças provocadas pela crise, cabe um destaque para o medo: apesar dos profissionais de saúde terem a formação para atuar em momentos de crise, isso não os isentou do sentimento. Como é relatado na literatura e foi observado neste estudo, o medo inclui ser infectado e também transmitir para membros da família, sobretudo os mais vulneráveis, como pessoas com comorbidades e idosos (GRIEP et al., 2022). A pandemia mudou o comportamento das pessoas, ainda que só pelo momento da crise. Alguns profissionais de saúde relataram a adesão à rotina de higienização dos itens da compra de supermercado ou de realizar a troca de roupa fora de casa para minimizar o risco de contaminação pelo coronavírus. Além disso, mencionaram

práticas adicionais como desinfetar frequentemente as mãos e evitar contato com superfícies potencialmente contaminadas para garantir uma proteção adicional contra a COVID-19.

“As pessoas, a gente mesmo, essa questão de pegar e ter que chegar em casa, tirar a roupa, tirar sapatos, tomar banho e a roupa lavar separada”. (Participante B2).

“No final do dia você ia ter que voltar pra casa, ter que tirar sua roupa toda, que era o que a gente fazia. Colocar pra lavar, né? Tirar o sapato, deixar de fora, aquela quantidade de higienização de compra, [...]. A gente ficou muito cansado no final das contas”. (Participante C5).

Também foi percebido o medo entre os usuários das UBS:

“As pessoas, por mais que tivessem algum problema de saúde, evitavam vir à unidade por medo. As pessoas não queriam vir aqui, então aqui era um local de risco [...]”. (Participante C4).

O medo também pode ter relação com a equipe reduzida em algumas UBS, como refletiram estes participantes:

“Aqui a gente teve um outro desgaste. O problema que a gente enfrentou também é que alguns profissionais também estavam em trabalho remoto. Então a gente trabalhou nesse tempo exaustivo, cansativo, com um número reduzido de profissionais, o que, de certa forma sobrecarregou a equipe”. (Participante B4).

“Eu não tinha o número de equipes que eu tenho hoje. Hoje eu tenho um número de equipe muito maior. Na época eu tinha uma equipe pequena”. (Participante C3).

Griep et al. (2022, p. 2) relatam que “os eventos de longo prazo podem afetar a saúde mental de forma mais drástica do que exposição aos breves” e ainda completam que em situações de pandemia os profissionais de saúde ficam sujeitos a estresse crônico.

Foi em março de 2020 que a COVID-19, uma doença que lembrava pneumonia, se espalhava pela China. À medida que o vírus avançava os países, sem mesmo chegar ao Brasil, já despertava medo e ansiedade entre as pessoas. Antes, portanto, de sermos expostos diretamente ao risco biológico, fomos expostos à insegurança que ele causava. Nesse sentido, estamos expostos há, pelo menos, cinco anos aos impactos negativos causados pela pandemia.

“Até porque não tinha muito assunto, só o assunto era COVID, COVID, COVID [...]. Não tinha aquele clima igual eu hoje, sabe? A gente brinca, a gente comenta de uma coisa na televisão, porque não tinha o que falar, você ligava a televisão COVID, tantas pessoas mortas...” (Participante A1).

O trabalho remoto na saúde não é uma condição de trabalho sempre possível na área assistencial. Quando foi possível, os profissionais sofreram com os impactos do isolamento social e com a mudança do ambiente domiciliar para o exercício do trabalho, uma realidade do “novo normal” advindo da pandemia, que inclui, além do trabalho remoto, distanciamento social, uso de tecnologia, medidas de saúde e higiene e mudanças no estilo de vida (FERLA et al., 2021). Essas considerações servem de dispositivo de análise para profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde, no sentido de que, em crises futuras, saibamos quais impactos todos poderemos sofrer.

A contribuição de A1, apresentada acima, também nos faz refletir sobre demais condições de adoecimento diferentes da COVID-19.

“A dengue estava aí, o mosquitinho que estava aí, mas eu não vi uma campanha forte com dengue. Hoje a dengue está estourada, mas é tudo consequência do que não foi feito lá atrás, porque era tudo COVID”. (Participante B3).

B3 sugere que a ausência de campanhas eficazes e de ações preventivas para a dengue foi uma consequência da priorização das respostas à COVID-19. Isso evidencia como a concentração de esforços em uma crise pode levar à negligência de outras questões de saúde pública, resultando em consequências graves quando essas questões são desconsideradas. A frase destaca a importância de equilibrar a atenção e os recursos entre diferentes áreas de saúde para prevenir e controlar múltiplas crises simultaneamente. B4 e B5 também refletem sobre o impacto da suspensão de terminadas atividades nas UBS:

“A gente, no pós-pandemia, colheu esses resultados, que muitas pessoas chegaram para a gente de forma descompensada, como diabetes, hipertensão, justamente por não ter feito controle, acompanhamento. Alguns relatos de pessoas que diagnosticaram, por exemplo, um câncer durante a pandemia. O atraso aconteceu por conta das condutas de segurança que tinham sido tomadas”. (Participante B4).

“Várias mulheres queixando às vezes de um nódulo na mama, que apareceu a 2 anos atrás”. (Participante B5).

As reflexões suscitam e deixam um aprendizado para crises futuras: as linhas de cuidado para enfrentamento a novas epidemias e pandemias devem incluir, além da segurança das todas as pessoas, estratégias de monitoramento da saúde, evitando agravos relacionados a outras causas. A capacidade ampliada nas respostas exige, portanto, a disponibilidade de recursos profissionais e técnicos, bem como infra-estrutura adequada das unidades de saúde, profissionais treinados para a ação de saúde e investimento adequado na saúde pública (BRASIL, 2005; SALDIVA; VERAS, 2018).

6.1.2 Impactos da COVID-19 nas UBS: adaptações, desafios e lições no cuidado à saúde

As limitações estruturais da vida em sociedade conduzem diversos grupos a buscar alternativas solidárias, bem como novas formas de organização social nas comunidades e áreas periféricas (MENDONÇA et al., 2022). Nos momentos mais dramáticos e de dificuldades nos territórios, foi possível observar, a partir da fala das pessoas entrevistadas neste estudo, o esforço e o fortalecimento contínuo da solidariedade e o desenvolvimento do senso de cuidado e responsabilidade.

Durante a pandemia, as pessoas passaram a dedicar mais atenção aos idosos, crianças e gestantes devido ao aumento da vulnerabilidade nessas condições ao novo coronavírus. Essa atenção extra inclui medidas como oferecer suporte para evitar a exposição ao vírus, garantir que recebessem cuidados em saúde adequados, e realizar acompanhamentos para assegurar o bem-estar emocional e social. A conscientização sobre os riscos elevados levou a um esforço maior para garantir segurança adicional em saúde.

Um estudo realizado em Nova Lima, MG, apresentou a experiência da APS no enfrentamento à COVID-19. O estudo destacou a reorganização da APS no município diante da crise sanitária, apoiada nos vínculos estabelecidos no território e na continuidade do cuidado de forma segura, com ênfase em dar suporte a grupos vulneráveis. Houve reorganização do trabalho no âmbito da APS sem perder a proposta da atenção primária (FERNANDEZ et al., 2020; QUITES et al., 2023). As contribuições a seguir evidenciam o esforço pessoal/profissional e das unidades para apoio às pessoas dos territórios.

“Eu tive uma senhorinha que a filha dela pegou COVID. Aí essa senhorinha ficava separada no quatinho, porque ela já tinha 86 anos na época, com toda assistência, mas ninguém chegava perto dessa senhora para não passar enquanto a COVID estava na casa”. (Participante B3).

“A equipe soube se organizar. A gente se organizou, nós, agentes de saúde, a gente passou a fazer atendimento on-line ou à distância no portão, na rua, dando preferência para aquelas pessoas de prioridade, né? Idoso, criança e restante”. (Participante C1).

Algumas pessoas entrevistadas, durante suas reflexões, mencionaram que suas UBS de vínculo receberam doações de máscaras faciais. A iniciativa contribuiu para suprir a escassez ou a ausência do EPI nas unidades de saúde com foco na proteção coletiva. Algumas UBS chegaram a distribuir essas máscaras às pessoas da comunidade. Essa foi uma forma de apoiar as medidas sanitárias que previam a segurança de todas as pessoas nos territórios, mas que nem sempre era possível de ser praticada, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade (MENDONÇA et al., 2022), como é observado nesta Dissertação.

“A gente fornecia as máscaras, depois começaram a vir as máscaras cirúrgicas, a gente fornecia as máscaras cirúrgicas”. (Participante C3).

“A Secretaria mandava sabe máscara para distribuição”. (Participante C5).

Nos períodos mais intensos de vacinação contra a COVID-19 em determinadas UBS, a comunidade local se solidarizou ao trabalho extenso e exaustivo dos profissionais de saúde. Por vezes, a jornada não tinha interrupção ou, no máximo, um curto intervalo para almoço. A sobrecarga de trabalho no âmbito da vacinação, como apontado pelas pessoas entrevistadas, tornou-se mais intensa devido, entre outros motivos, à baixa quantidade de recursos humanos. Reconhecendo que os trabalhadores da saúde estavam cumprindo com exímio suas atribuições e, principalmente, fazendo um esforço pessoal para atender à demanda de vacinação da população, a comunidade, ocasionalmente, oferecia bolo e/ou refeição como gesto de apoio e carinho. Essa postura contrapunha comportamentos mais agressivos, traduzidos, em alguns momentos nas unidades, em agressões verbais e físicas, como as pessoas entrevistadas relataram.

“A gente não saía do posto, ficava aqui o dia inteiro, almoçava por aqui. Quando chegava em casa, tirava a roupa do lado de fora de casa”. (Participante B2).

“E tem sempre aquelas mesmas pessoas que vêm aqui nos dar esse suporte [...] Então eles mandavam às vezes um bolo, pão, alguma coisa [...]. Lógico, eles tinham muitos problemas, a gente também tinha, por parte da população, o reconhecimento, agradecimento”. (Participante B5).

O esforço dos trabalhadores da saúde também inclui a utilização de aparelho de celular e internet pessoais para manter o atendimento às pessoas em uma segurança possível. Havia, nas fases mais críticas da pandemia, a orientação de suspensão de serviços e atendimentos não urgentes. Mas, para manter o cuidado à saúde das pessoas, muitas UBS viabilizaram o atendimento on-line, incluindo o contato realizado pelo WhatsApp. Em muitos casos, como foi observado neste estudo, essa medida foi sustentada por recursos dos próprios profissionais da saúde vinculados às UBS. O emprego do WhatsApp foi múltiplo, valendo para marcação e comunicação de consultas agendadas; monitoramento de saúde; busca ativa para consultas obrigatórias; orientações, informações e atualizações sobre a pandemia e vacinação.

“A ferramenta do celular é boa, excelente, porque ela economiza tempo e tempo no diagnóstico salva vida”. (Participante B1).

“É, por sorte, existiu WhatsApp e a gente pôde manter uma orientação às pessoas dentro do WhatsApp. Achei que rendeu muito, foi um trabalho muito produtivo usar o WhatsApp nesse momento, tanto é que usamos até hoje”. (Participante B2).

“A gente não poderia, por exemplo, fazer uma ação educativa, que juntasse mais e mais pessoas. Tanto é que por conta desse período (a pandemia), também outras atividades educativas foram suspensas”. (Participante B4).

O WhatsApp se tornou uma suposta ferramenta na telemedicina, devido à sua acessibilidade e popularidade. A incorporação permitiu a avaliação e o acompanhamento das pessoas sem a necessidade de visitas físicas às unidades de saúde, reduzindo o risco de exposição ao vírus e a sobrecarga nos serviços de saúde (KEESARA; JONAS; SCHULMAN, 2020). A incorporação, porém, pode ser questionável ou controversa. Sabe-se que há limitações quanto ao uso e acesso dessa ferramenta (SANTOS; FERLA, 2022).

Mota et al. (2023), no estudo sobre fatores facilitadores na APS durante a pandemia, destacam a utilização do WhatsApp nas práticas de trabalho diário. A iniciativa é relevante para manter as práticas de cuidado, vigilância e monitoramento das condições de saúde dos territórios de abrangência das UBS. Foi também bem útil para diminuir o acesso de casos não urgentes às UBS, mantendo o espaço da unidade mais seguro para atendimentos presenciais

obrigatórios. No caso desta Dissertação, não foi apontado pelas pessoas entrevistadas se houve apoio institucional para ampliar o uso das tecnologias de acesso remoto pelos profissionais de saúde. Mas uma pessoa entrevista menciona a falta de apoio para aquisição de materiais mais básicos para o enfrentamento à crise:

“Então, porque era tudo assim, muito precário. Depois, até que a gente, no meio da pandemia em diante, começou a haver material, mas no início não tinham testes, não tinha nada. Então a gente não tinha para quem pedir. A gente passava para o nosso superior, mas não vinha, não tinha o que fazer, entendeu?” (Participante A5).

“O ruim é que eu te falei, é o apoio, porque aqui é muito básico, vocês viram gente só está tendo um soro...”. (Participante A5).

A implantação das tecnologias gera, também, outras análises. Como já observado por Rosa-Cómitre et al. (2023), quando refletem sobre o agendamento da vacinação via internet, o uso das tecnologias pode não ser acessível a todas as pessoas, sobretudo as mais vulneráveis sem acesso a tecnologias. Nesse sentido, vale expor que a busca ativa na saúde é relevante para garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde necessários (ROSA-CÓMITRE et al., 2023). Nesta Dissertação foi observado o uso da tecnologia para marcação de consultas. Outra questão é o fato de profissionais de saúde estenderam sua jornada de trabalho ao lidarem com as mensagens sobre assuntos relacionados à COVID-19 que recebiam via WhatsApp e, em algumas circunstâncias, posteriormente ao horário de trabalho nas UBS.

“[...] mantinha uma distância dos usuários, profissional sempre de máscara, sempre de com álcool em gel do lado [...]. tinham um álcool em gel disponível na recepção e o atendimento era agendado com horário para que elas (as pessoas) não ficassem no menor tempo possível na unidade”. (Participante A2).

“Então, assim, já cansados, já desgastados do período de cumprimento dessa carga horária, às vezes não liam o WhatsApp, que de fato não era uma obrigação fora do seu horário de serviço. Você não tem que acompanhar o grupo de serviço, né? E isso acabava prejudicando ainda mais a parte psicológica do profissional, que já teve desgaste durante o dia todo e ainda tinha que ficar antenado nessas informações fora do horário de serviço”. (Participante B5).

“A não ser que fosse uma demanda muito urgente mesmo. Mas aí a gente trabalhava com um agendamento”. (Participante C2).

Outra iniciativa que apoia o distanciamento espacial e foi observada em todas as UBS envolvidas neste estudo, é a ampliação da validade das receitas de prescrição de medicamentos. Usuários das UBS que estão sob acompanhamento por alguma doença crônica, recebem a orientação de retornar à UBS para acompanhamento de saúde em determinado tempo, seja para verificação dos sinais vitais, receber imunização, realizar ou mostrar resultados de exames de rotinas, receber orientações e encaminhamentos para especialidades, ou renovar receitas de prescrição de medicamentos. Nesse caso, existe um tempo determinado para cada quadro, que é especificado por normas e regulamentações estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) (ANVISA, 2019; BRASIL, 1998; CFM, 2024)¹⁵.

“As receitas de remédios contínuos também tiveram uma validade ampliada para que (o paciente) não precisasse vir com tanta frequência à unidade”. (Participante B3).

Mas, durante a pandemia, entrou em vigor a lei que regulamenta a ampliação do prazo de validade das receitas de medicamentos dos períodos para retorno às farmácias, elevando o quantitativo de medicamentos dispensados para as pessoas (BARROS; SILVA, 2023; BRASIL, 2020). A regulamentação da lei impactava em diminuir a circulação de pessoas em ambientes que pudessem gerar aglomeração, como as UBS e os estabelecimentos farmacêuticos, ou mesmo as ruas, visto que não houve adesão total ao uso de máscaras. Esses ambientes de procura e movimentação coletiva tornaram-se ambientes de possível transmissão coletiva e adoecimento pelo novo coronavírus (BRASIL, 2021; SANTOS; FERLA, 2022). As UBS deste estudo mantiveram adesão à regulamentação e, então, ampliaram o prazo de validade das receitas de prescrição de medicamentos.

Apesar das orientações dos profissionais de saúde aos usuários das UBS sobre a modificação temporária, as mudanças no esquema de dispensação das receitas alteraram a rotina de procura, a frequência e a regularidade com a qual os usuários devem procurar os serviços de saúde, como foi observado neste estudo. Também foi observado nesta Dissertação, que tem sido um desafio retornar ao esquema de atendimentos como era antes da pandemia. Muitas pessoas entrevistadas relataram que muitos usuários não procuram mais as UBS com a

¹⁵ Lista com as receitas com as respectivas validades: (I) Receita Simples: 30 dias (a partir do dia da sua emissão); (II) Receita Antimicrobiana: 10 dias (a partir do dia da sua emissão); e (III) Receita de Controle Especial: 30 dias (a partir do dia da sua emissão). Disponível em: <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/faq_farmacuticos/validade-das-receitas/>. Acesso em: 3 set. 2024.

justificativa de que, durante a pandemia, passaram muito tempo sem atendimento e a alteração da frequência não impactaria significativamente nos tratamentos, visto que seguiam (alguns deles) as orientações das receitas de medicamentos.

“A gente está tentando retornar ao normal da unidade [...]. Só que infelizmente a gente não está conseguindo” (Participante A5).

“A gente percebeu - assim que eu acho - que esse momento trouxe uma acomodação para as pessoas com comorbidade, de hipertenso, diabetes, que aí ficou falando “Ah, deixa a receita, renova, né?” E aí a pessoa acostumou, “Ah, porque é que agora eu tenho que passar por consulta médica?” “Porque antes eu só deixava aí para poder renovar”. A gente tem que fazer todo um trabalho explicando que a pessoa tem uma condição de saúde que precisa do acompanhamento da equipe, um acompanhamento médico através de exames laboratoriais, a aferição de pressão [...]. A pessoa acha mais cômodo deixar a receita. E quando a gente alega que isso tem que passar por um atendimento e lá fazer renovação, elas acham ruim”. (Participante B4).

“Já vai para 3 anos, eu acho, com vacina, e mesmo assim as pessoas ainda têm esse marco de abandono da própria saúde [...]. ‘Então eu parei de ir ao posto para me prevenir de problemas de saúde, seja fazer exames regulares, um preventivo, uma mamografia, uma consulta e passei a ir só em urgência’”. (Participante C4).

Esse reflexo, conforme as pessoas entrevistadas, é observado em diferentes serviços nas UBS, como consultas médicas e de enfermagem, puericultura, acompanhamento de casos crônicos, grupos para orientação e promoção de saúde e vacinação em públicos de diferentes faixas etárias, inclusive crianças, que têm a necessidade de vacinas obrigatórias. O retorno à normalidade, como era antes da pandemia, tem sido um desafio nas três UBS entrevistadas.

“Ainda há demanda reprimida. Ainda não conseguimos [voltar às atividades]. Nós tínhamos regularidade nos nossos grupos de hipertensos, diabéticos. Não conseguimos ainda. Tem muita gente que ainda não voltou”. (Participante A4).

“Eu acho que o movimento [anti-vacina] ficou forte, o que atrapalhou muito, né? Tanto que hoje reflete em quedas importantes na porcentagem de cobertura vacinal”. (Participante A4).

“A gente suspendeu, aí agora ele vem na unidade, mas assim vem quando quer”. (Participante A5).

A procura por unidades de saúde diminuiu durante a COVID-19, um comportamento observado nas UBS em diversas regiões do Brasil e também nas UBS analisadas nesta Dissertação. Esse comportamento tem justificativas que já foram discutidas e são corroboradas pela literatura existente (SILVA et al., 2023). Mas a diminuição quanto à busca no pós-COVID-19 é algo que ainda precisa ser melhor investigado. Esse aspecto suscita muitos questionamentos, dentre eles: “por que as pessoas não retornaram às UBS?”, “quais são as dificuldades encontradas pelas UBS?”, “será uma influência da necropolítica e das *fake news*?”.

O relatório de pesquisa “Desafios da Atenção Básica no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no SUS - 2ª Onda, 2021” destaca a importância da Atenção Básica (AB) como um pilar fundamental na resposta a emergências sanitárias e a necessidade de medidas sustentáveis para melhorar a capacidade de resposta e a resiliência dos serviços de saúde. E o desafio de conscientizar as pessoas a procurar novamente as UBS é também o desafio de reverter a descaracterização da AB. O relatório apresenta uma análise dos impactos e desafios enfrentados pelos serviços de atenção básica durante a pandemia e aponta a descaracterização da AB por razões relacionadas, inclusive a mudanças econômicas, estruturais e políticas no sistema de saúde (BOUSQUAT et al., 2021).

Nesta Dissertação, os trabalhadores de saúde entrevistados também relataram a descaracterização das APS.

“Então a Saúde da Família acabou. Agora a gente é a mini UPA sem recurso, e esse é o pior, porque não tem recurso, a gente não tem uma medicação venosa, agora não tem porque acabou”. (Participante A4).

No estudo de Rosa-Cómitre et al. (2023), os autores detalham essa descaracterização ao analisar as diferenças entre o primeiro e o segundo ano da pandemia. No primeiro momento, houve desorganização das estratégias de cuidado e mais ênfase de atendimento aos casos de COVID-19. Já no segundo momento, foram retomadas atividades, como visitas domiciliares, que haviam sido suspensas, e atendimentos de rotina, que, somadas ao agravamento do contexto sócio-sanitário e às novas demandas, como a vacinação, provocaram sobrecarga de trabalho e acirramento das relações entre profissionais e usuários. Além disso, constatou-se a fragilização dos espaços coletivos e de cogestão, tanto no nível da gestão municipal, quanto em reuniões de equipe e espaços de participação social. A retomada de tais espaços e o cuidado aos trabalhadores desgastados por esse período constituem-se desafios para a APS no contexto pós-pandemia (ROSA-CÓMITRE et al., 2023).

Retomando ao que foi observado nesta Dissertação, muitas pessoas entrevistadas relataram sobrecarga e demandas aumentadas; mudanças nos modelos de atendimento, exigindo alterações de rotinas e expondo os profissionais de saúde ao risco de infecção pelo novo coronavírus; falta de formação contínua e adequada; priorização de cuidados emergenciais e hospitalares sobre os serviços da APS; além da falta de entendimento por parte dos usuários em distinguir as UBS e as UPA, o que dificulta a comunicação entre as partes.

“As pessoas não sabem claramente a diferença de uma UBS e um pronto atendimento. Quando eu falo que nós viramos um pronto atendimento aqui é uma expressão, um modo de dizer, porque, na verdade, se a gente precisar fazer algum procedimento mais complexo, a gente não tem recursos. A gente é básico”. (Participante A3).

Entendemos essas consequências como prejuízos aos processos de trabalho, como apontam Rosa-Cómitre et al. (2023). Os autores também consideram a caracterização da APS um desafio. As modificações nas rotinas das UBS foram necessárias devido à gravidade da pandemia, mas também geraram prejuízos que precisam ser reparados. Esse desafio já foi assumido pelos profissionais de saúde das UBS entrevistadas.

Apesar da redução de atendimentos presenciais, as UBS não interromperam os atendimentos considerados prioritários e/ou urgentes.

“Muitas visitas ficaram períodos sem visita, trabalhando mais na unidade. Mas não deixamos de fazer visita onde era necessário, mas mais no portão, com uma certa distância, com máscara, com luva, com álcool, essas coisas assim”. (Participante A2).

As UBS se esforçaram para que os usuários mantivessem, dentro dos limites de segurança possível, atendimentos e acompanhamentos. O estudo de Lopes e Costa (2020), ao descrever a experiência de uma enfermeira durante a pandemia em uma UBS de Mossoró, Rio Grande do Norte (RN), observa que foi criado um espaço dedicado para a triagem de casos, bem como uma sala específica para o acolhimento desses pacientes, garantindo que o atendimento fosse realizado separadamente daqueles que não apresentavam sintomas gripais. Além disso, alguns atendimentos e consultas foram temporariamente suspensos para reduzir o fluxo de pessoas. Esta Dissertação também observou que os profissionais das UBS entrevistadas se mobilizaram em termos de organização dos espaços para atendimento adequado, separando, por exemplo, gestantes, que não tiveram o atendimento suspenso, de

pessoas com sintomas gripais. Além disso, havia também espaço entre as consultas e estas, muitas vezes, eram agendadas para evitar a aglomeração nas unidades.

Um ponto importante nesta discussão é com relação ao trabalho vivo em ato dos profissionais da APS que compuseram a frente no combate à pandemia. A APS atuou, em muitos lugares, na defesa dos territórios e das vidas, ao adotar medidas para proteger a saúde da população e garantir o acesso contínuo a cuidados essenciais durante a crise, mesmo com muitas limitações (BOUSQUAT et al., 2021).

“Os que estão sintomáticos respiratórios, que a gente de fato chegou a priorizar esse atendimento [...]. A gestante não tem nem condição de a gente protelar”. (Participante B4).

“Não teria fila para ficar esperando. Esse negócio de primeiro, segundo lugar na fila não teria. Era só agendar as consultas”. (Participante C3).

“A gente mantinha espaçamento entre um e outro. Não ficaria aglomeração aqui dentro”. (Participante C3).

“A gente tentava não colocar os pacientes que eram controle junto com os pacientes que eram COVID, mas nem sempre é possível”. (Participante C4).

A formação em saúde visa preparar os profissionais para atuar em situações de crise, embora a abordagem específica desses cenários de emergência frequentemente seja insuficiente nos currículos acadêmicos (FERLA, 2021). Mas a pandemia nos desafiou e nos fez experimentar os limites da nossa capacidade profissional e do sistema de saúde. Essa reflexão, aliás, foi provocada a partir do relato do Participante C3, que diz que os profissionais de saúde são

“preparados a vida inteira para enfrentar situações como essa [a pandemia]” (Participante C3).

O participante C3 reconhece que, apesar dos profissionais de saúde serem formados para lidar com situações de pandemia, a COVID-19 revelou lacunas significativas nas habilidades e conhecimentos específicos necessários para lidar com situações emergenciais tão complexas. Esse reconhecimento destaca a importância de uma educação continuada e da formação permanente em saúde.

Reforçando a necessidade da formação curricular e formação continuada, o depoimento de B5 reflete a complexidade e a instabilidade enfrentadas durante a pandemia, evidenciando a dificuldade em manter a eficácia dos protocolos de saúde diante de um cenário em constante mudança e novo para todas as pessoas e serviços. A rápida evolução das diretrizes e a necessidade de adaptação contínua evidenciam o impacto direto na gestão dos fluxos de trabalho, gerando desafios significativos para os profissionais que, muitas vezes, não tinham acesso imediato às atualizações necessárias. Esse cenário ressalta não apenas a deficiência para situações inéditas, mas também a importância de uma educação continuada e permanente em momentos de crise, para garantir que todos os envolvidos possam atuar com segurança e eficácia.

“Então, essa foi uma das dificuldades que nós tínhamos e os protocolos, os fluxos mudavam muito. Como era algo muito novo para todos os setores, esses fluxos, eles foram tendo mudanças rápidas e que muitas das vezes a gente não tomava conhecimento”. (Participante B5).

Em falas complementares, outras pessoas entrevistadas ressaltaram a necessidade da educação permanente e da educação continuada nos ambientes de trabalho. Ou seja, o “trabalho vivo em ato”, que se realiza no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado e da gestão (MERHY, 2002), exigiu o desenvolvimento do trabalho e a proteção dos trabalhadores na mesma velocidade que avançava a pandemia. Dessa forma, a educação permanente, mesmo quando não foi feita como política dos sistemas locais de saúde e foi implementada diretamente pelos agentes do trabalho, era uma forma de apoiar os profissionais de saúde, com dispositivos pedagógicos, provocando aprendizagens significativas (CECCIM; FERLA, 2008). O Conselho Nacional de Saúde (CNS), no período pandêmico, realizou diversas atividades e publicações para apoiar os profissionais de saúde a enfrentarem as dificuldades no cotidiano do trabalho¹⁶ (CNS, 2021; SILVA et al., 2022).

No estudo de Fonseca et al. (2020), profissionais de saúde, no momento das entrevistas que realizaram, relataram que não se sentiam preparados para o atendimento às pessoas com diagnóstico de COVID-19, evidenciando a necessidade de políticas focadas na educação em saúde. Há uma tensão nessa abordagem: o “novo vírus” destacou desafios que já eram percebidos nos processos de trabalho em saúde.

¹⁶ Vídeo da campanha “Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil”, disponível no canal do YouTube do CNS: <<https://www.youtube.com/watch?v=e9So1An5Cx0>>. Acesso em: 10 set. 2024.

Como forma de manter as equipes de saúde da família informadas quanto às novidades advindas com a COVID-19, uma das UBS relatou que houve a formação de grupo de estudo envolvendo profissionais de saúde das UBS de Juiz de Fora e professores vinculados à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O objetivo do grupo era compreender a doença para apoiar o gerenciamento no âmbito da educação e saúde em Juiz de Fora, MG, melhorando, nesse caso, os atendimentos no interior dos serviços de saúde, bem como a segurança de todas as pessoas envolvidas.

“A universidade que fez conosco um estudo. À noite tinha uns estudos, a princípio somente sobre COVID, trazendo para gente coisas que a gente não tinha como ter tempo para ter acesso”. (Participante C5).

Nesta seção, o objetivo foi evidenciar as transformações e as respostas das UBS e territórios para enfrentamento à pandemia, mostrando a interação entre o serviço de saúde e a comunidade, a capacidade inventiva no trabalho, refletindo a autonomia das unidades de saúde, que, conforme Onocko-Campos e Campos (2006), é uma das principais finalidades do trabalho em saúde.

6.2 GRUPOS E TERRITÓRIO

6.2.1 Efeito da COVID-19 nas condições de moradia: escancarando as desigualdades e os efeitos das *fake news* nos territórios

A territorialização, no processo de saúde, contribui com a adaptação e aplicação de práticas e tecnologias, na perspectiva de Merhy (2002), de maneira localizada, levando em consideração as necessidades específicas e as condições de cada território, o que pode melhorar a eficácia dos serviços e a equidade no acesso à saúde.

No Brasil, o novo coronavírus foi introduzido principalmente por pessoas das classes média e alta que retornavam de viagens internacionais. Isso contribuiu para a formação de um discurso que retratava a COVID-19 como uma doença “democrática”, que afetaria a todos de maneira igual e cujas consequências seriam experimentadas igualmente por pessoas de todas as classes sociais e locais de moradia. O entendimento que se faz sobre a crise não deve ser apenas genético, biológico, mas deve se ampliar às determinações sociais, que se referem a fatores

sociais e contextuais que influenciam as condições de saúde das populações, bem como no adoecimento (CRUZ et al., 2023; MINAYO, 2021).

“A pessoa deixa de cuidar da saúde porque não tem dinheiro. Aí a criança passou mal, não tem dinheiro para levar ao médico, porque, ‘Ah, o remédio tal não dá no posto, então eu fico sem’. Então uma coisa desencadeia outras, né? E as condições de saúde vão piorando, porque quem é crônico não pode parar de usar. [...] muita gente ficou sem medicação”. (Participante A1).

“Onde o poder aquisitivo é melhor, as casas são melhores, saneamento é melhor, as pessoas adoecem menos por motivos de saneamento”. (Participante A2).

Pessoas das periferias urbanas também estiveram entre as mais atingidas, quando se considera a dificuldade de acesso às políticas públicas e aos serviços de saúde (MARTINS, 2022). O acesso é multifacetado, incluindo aspectos culturais; dificuldades relacionadas a condições físicas; não liberação da carga horária do trabalho; questões geográficas; questões financeiras, considerando a falta de recurso para custear a passagem de transporte urbano; ou mesmo dificuldade de manter políticas públicas e programas de assistência... (CARREIRA; RODRIGUES, 2010; SCHWEICKARDT et al., 2022a; SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2021). Neste estudo, as UBS se localizam em territórios nos quais é possível observar, conforme a fala das pessoas entrevistadas, áreas e famílias muito carentes e áreas e famílias relativamente abastadas.

“Muita gente não tem dinheiro para chegar a outro bairro, mesmo que seja R\$3,75, mas não tem condições financeiras de pagar uma passagem de ônibus para chegar à unidade e por ser um teoricamente um lugar que você consegue a pé, elas vêm a pé mesmo”. (Participante C2).

“As áreas realmente são muito diferentes umas das outras. Eu tenho áreas que são muito vulneráveis, muita miséria, muita pobreza, muita criança. Área de difícil acesso por questões de segurança. É muita droga, muita é boca de fumo”. (Participante C3).

Comunidades pobres, caracterizadas por casas pequenas, ruas estreitas, pouca ventilação, conjuntos de pequenas casas aglomeradas com muitos moradores, recorrente falta de água potável e energia elétrica, esgoto a céu aberto e falta de coleta regular de lixo, foram mais suscetíveis à disseminação do novo coronavírus (BASTOS et al., 2020; BITENCOURT et al., 2021; BUSS, 2020; LEITE, 2020). Assim, as necessidades dessas pessoas, intensificadas

pelas condições do ambiente, foram diferentes das de pessoas que vivem em áreas com melhores condições sanitárias e maior segurança. Ou seja, as estratégias em saúde, para manter o acesso e cuidado equânimes, devem ser criadas a partir das necessidades das pessoas e dos territórios.

“As famílias mais pobres que sofriam mais quando tinham doença, porque às vezes moravam em um barraco de 2, 3 cômodos. Como que isolava as pessoas que estavam doentes? Como que tinha uma alimentação melhor para que tivesse fisicamente mais forte para passar pela doença?”. (Participante A2).

“A dificuldade maior nossa foi exatamente na questão quando se propõe o isolamento. O álcool em gel, máscara... Se a gente não fornecesse, não tinham como usar. Porque passava muito por essas medidas, esses controles higiênicos. E como é que você faz isso numa população que não tem?” (Participante C3).

“São muitas pessoas numa casa pequena, eles moram em moradias pequenas, por volta de 10 pessoas, então eles não tinham como se isolar. Eles chegavam aqui, positivava (para COVID-19), e a gente falava assim, ‘agora você vai ter que ficar isolado’. ‘Como assim?’, ‘Eu moro com 10 pessoas, não tenho como ficar isolada no quarto’”. (Participante C4).

“A criança não podia sair para brincar, não tinha mais a creche, não tinha escola”. (Participante C5).

A caracterização das comunidades pobres citada acima é a expressão da ausência do Estado, evidenciado pela falta de infraestrutura e recursos essenciais, em contrastes com áreas mais abastadas (BASTOS et al., 2020). Neste estudo, foi percebida a precarização de determinados conjuntos habitacionais e das condições de vida dos residentes nas áreas de abrangências das UBS, evidenciando a falta de infraestrutura adequada e o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas que vivem nessas áreas.

“Tem microáreas, famílias que são de maior vulnerabilidade, muito alta, uma carência, uma pobreza extrema. Além da questão da droga, do tráfico, que, de certa forma, no bairro é acentuado, e a gente tem locais de tráfico associado muito à questão”. (Participante B4).

A condição dos territórios observados nesta Dissertação, conforme relatos, dispara inquietações. Tendo que lidar com a alta transmissibilidade do novo coronavírus, organizações sanitárias orientaram que as pessoas mantivessem distanciamento espacial. Essa orientação

motivou a divulgação de muitas campanhas, dentre elas a campanha “fique em casa”. A distribuição do padrão epidemiológico da COVID-19, porém, foi desigual, associando classe, gênero e território. E, sendo desigual, a ideia inicial de que a pandemia afetava a todas as pessoas de maneira igual perdeu relevância quando a doença alcançou países caracterizados pela negligência na saúde pública, com inadequado investimento nos serviços de saúde e educação (BASTOS et al., 2020; CRUZ et al., 2023).

À medida que a COVID-19 alcançava as periferias e comunidades brasileiras, bem como demais áreas que se localizam geograficamente distantes da concentração dos serviços de saúde, jogou luz às perversas desigualdades sociais do Brasil. A campanha “fique em casa”, apesar de bem intencionada, reforçou as vulnerabilidades notáveis no Brasil, existentes antes mesmo da pandemia (SCHWEICKARDT et al., 2022a; STEVANIN, 2020).

“Um conjunto de várias tragédias que envolveram a pandemia, que atingiram as populações, principalmente as populações mais pobres”. (Participante C5).

Esse “conjunto”, ao qual a pessoa participante se refere, mantém relação com uma sequência de fatores. O vírus chega ao Brasil, se espalha e chega às periferias, exige uma proteção que não é acessível a todas as pessoas, prolongando a circulação do vírus e, conseqüentemente, da pandemia. Isso gera insegurança em casa, instabilidade na permanência nos trabalhos, suspensão de determinadas atividades... Ou seja, a sucessão de eventos provocou desdobramentos muito trágicos, sobretudo para algumas pessoas, que não tinham condições de acesso nem mesmo ao que é básico, pois mesmo o básico exige um preparo financeiro das pessoas.

“O povo não tinha água, era cedido da rua de cima, o povo não tinha uma luz, também era cedido. Então, assim, lá o adoecimento era maior, questão social é maior”. (Participante A2).

“Áreas mais carentes, o pessoal adoeceu mais, as crianças estavam com os dentinhos tudo cheio de cáries, a gente faz um trabalho de saúde bucal”. (Participante B3).

“Inicialmente, a gente não recebe máscara o suficiente, a gente recebia máscara o suficiente para nós, mas a gente acabava dando porque eles (usuários das UBS) **não tinham nada**. Tinha gente que amarrava pano no rosto, tinha gente que colocava a própria blusa de frio e a gente sabia que isso não resolvia”. (Participante C4) (grifo meu).

Os trechos acima nos colocam em contato com a reflexão de Carvalho (2021): “a ameaça da pandemia do COVID-19 escancarou as limitações estruturais dos países no que tange à moradia, à mobilidade e aos sistemas de saúde”. Orientar que as pessoas lavem a mão, façam isolamento e usem máscara, medidas importantes para conter o avanço do vírus, deve estar consoante às realidades de cada pessoa e de cada grupo em cada território. Ignorar os fatos é reconhecer a ausência do Estado (BASTOS et al., 2020). “Não tinha nada”, expressão de C4, citada acima, é, portanto, a expressão para descrever uma situação de total desprovisionamento de recursos, bens ou condições necessárias. A falta de abastecimento de água, como citado, é um problema significativo, dificultando a higiene adequada, como lavar as mãos regularmente, uma das principais recomendações para prevenir a propagação do coronavírus. A2 também evidencia a ausência de condições mínimas de habitação, saúde ou segurança.

Nesta Dissertação, as considerações sobre as condições de moradia continuam e revelam contrastes:

“Onde o poder aquisitivo é melhor, as casas são melhores, saneamento é melhor, as pessoas adoecem menos pelos motivos de saneamento. (Participante A2).

Pesquisador: “O que significa ‘área de invasão’?”

Participante A2: “É uma área que era particular, que foi invadida e que tem vários terrenos. Hoje já legalizou um pouco. Já tem água? Não. Ainda não teve uma desapropriação da prefeitura, mas teve um entendimento que são pessoas que não vão mais sair de lá. No início era uns barraquinhos de lona, de tudo”. (Participante A2).

“Falta de recurso mesmo. Habitacional... muita parte da minha área. Atendo uma área que é mais crítica. Não só da minha, do outro colega, tem uma área que era chamada área de invasão, que agora que está sendo regularizada”. (Participante A4).

O contraste e o efeito precarizador nos colocam em contato, novamente, com o conceito da necropolítica. A desigualdade, nesse caso, reflete as práticas que definem quem tem o direito à vida e quem é exposto a condições que podem levar à morte. Dessa forma, demonstra como as políticas e estruturas sociais podem afetar desproporcionalmente a saúde e a sobrevivência dos mais vulneráveis (LEITE, 2020; MBEMBE, 2016). Carvalho (2021) reflete que a habitação é um direito fundamental e social das pessoas, mas na prática, evidenciado neste estudo, reflete a transgressão de direitos essenciais garantidos a todas as pessoas, na Constituição Brasileira (1988) (BRASIL, 1988).

Nesta Dissertação, foi evidenciada a realidade de comunidades com alta densidade populacional, marcada por desafios significativos, como a limitação de espaço que força muitas famílias a dividir pequenas residências com várias pessoas. Muitas famílias vivem em casas pequenas, frequentemente dividindo espaços com várias pessoas. Isso torna difícil manter o distanciamento espacial, já que, em algumas situações, até dez pessoas podem compartilhar uma casa de apenas dois cômodos. As casas, por vezes, não possuem ventilação adequada, aumentando o risco de contágio em ambientes fechados.

“Houve de diabéticos, hipertensos, isso aumentou muito. Além disso, existe uma demanda que aumentou muito, foram a Tuberculose, a sífilis”. (Participante B2).

“No bairro [nome suprimido], a gente tem favelas, a gente tem áreas de poder bem grande, às vezes uma rua do lado da outra e essa mistura [...]. Quando a gente observa que no ponto final, que são as áreas mais carentes, o pessoal adoeceu mais, as crianças estavam com os dentinhos tudo cheio de cáries”. (Participante B3).

“As moradias aqui são bem precárias e normalmente são mais de 5, 6 pessoas na casa. Eu, por exemplo, atendo uma casa que são 3 cômodos e tem mais de 10 pessoas. Então tem áreas de mais vulnerabilidade, tanto nas 3 áreas, mas acho que minha área e da (nome suprimido), que é o (bairro citado, suprimido), são áreas mais vulneráveis e são, normalmente, a mais de 5, 6 pessoas. As casas são muito pequenas”. (Participante C2).

Além do exposto, para muitas famílias, ficar em casa significa perder a renda, já que muitas pessoas trabalham informalmente ou formalmente, mas sem condições de se ausentar do trabalho, e dependem do dia a dia para sustentar suas necessidades básicas individuais, familiares... A realidade de viver em áreas com alta densidade populacional e em condições de vulnerabilidade social agrava a situação, tornando o cumprimento das orientações de saúde pública ainda mais desafiador (STEVANIN, 2020). Nesta Dissertação, as casas e áreas com alta densidade populacional foram analisadas em termos de suas condições estruturais e de habitação, revelando uma realidade desafiadora para seus habitantes. O estudo demonstrou que, devido a essas condições, a adesão às medidas de saúde pública é severamente comprometida, exacerbando a vulnerabilidade das pessoas e refletindo as dificuldades de implantação das recomendações sanitárias. Além disso, ressalta a necessidade urgente de políticas públicas que considerem essas realidades específicas para mitigar os impactos da pandemia.

“Na minha área tem muito trabalho informal. Então, assim, teve muita gente que perdeu a renda”. (Participante A1).

Dessa forma, ficar em casa não é (e não foi) uma opção viável para muitas famílias, visto que as moradias e as famílias possuem estruturas que, de certa forma, contradizem ao esperado pela campanha de isolamento. Essa realidade expõe como certas políticas, embora bem intencionadas, não correspondem às condições específicas e às necessidades de diferentes grupos sociais, exacerbando desigualdades e preconceitos já existentes.

A campanha “fique em casa” durante a pandemia do coronavírus, embora tenha sido uma medida universal para promover o distanciamento espacial, além das desigualdades que ela reforça, levanta questões adicionais quando considerada no contexto de diferentes culturas. Muitas pessoas das comunidades entrevistadas reforçaram as orientações de forma que fosse possível o entendimento das mensagens.

“A gente pediu para os idosos só virem o caso de necessidade extrema”. (Participante A5).

“[...] uma máscara extremamente suja, pegava a máscara de procedimento que dura duas horas e lavavam essa máscara. E vinham com essas máscaras todas abertas”. (Participante C4).

Orientar que as pessoas não procurem desnecessariamente os serviços de saúde, tinha o intuito de evitar que muita gente ficasse doente ao mesmo tempo e sobrecarregasse os sistemas de saúde.

A noção de vulnerabilidade se amplia, como destacado nos comentários acima, com a questão da cultura e da educação. A falta de cultura, noção de risco e educação em saúde podem ter profundas implicações na eficácia das práticas de prevenção e no bem-estar geral da população. A compreensão das mensagens pode, portanto, reduzir as desigualdades e melhorar a resposta às crises, devendo, portanto, ser uma responsabilidade dividida entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, como refletem as pessoas entrevistadas:

“A população custou aderir à questão das máscaras. Sempre tinha aquele que não vinha [com máscara]. Então tinha que chegar aqui [na UBS] e oferecer a máscara. Então, a questão da educação em saúde chamou a atenção [...] as pessoas, talvez, não entendessem bem as orientações de isolamento não deram valor”. (Participante A4).

“Falta de educação no geral, entendeu? Porque a informação da máscara estava aí disponível pra todo mundo. É uma questão de educação. Não é só educação em saúde, mas educação pessoal. Se você está vendo que existe um negócio, você vai pegar a máscara dele? Dois errados: quem pediu e quem emprestou. E isso a gente viu muito”. (Participante B2).

“Escancarar as desigualdades”, fato que ocorreu quando a COVID-19 alcançou os territórios, sobretudo os mais vulnerabilizados, é também sobre isto: reconhecer a importância da comunicação e suas dificuldades e fragilidades na prática.

As campanhas de orientação e prevenção da COVID-19 também buscavam garantir que as pessoas e serviços de saúde fossem bem informados com dados verídicos que pudessem ser divulgados através dos meios de comunicação, como televisão, jornais e rádio (MS, 2021; VASCONCELOS; FERLA, 2021). Mas a ampla divulgação era para superar a produção e divulgação de notícias falsas (que nesta Dissertação estamos chamando de *fake news*) que eram aceleradas. Aliás, as *fake news* acompanhavam, de certa forma, o avanço da ciência. As mensagens eram segmentadas e baseadas em crenças, gostos pessoais, ideologias e supostos valores, e, também, eram acompanhadas pelo discurso de ódio, incitando violências e causando danos reais. Com alto poder de persuasão, levavam os receptores a acreditarem nos conteúdos e, sem conferência, compartilhar as mensagens, constituindo e ampliando as redes de mentiras. As mensagens eram adaptadas para diferentes crenças, preferências pessoais, ideologias e valores supostos, e frequentemente vinham acompanhadas de discursos de ódio, que fomentavam a violência e causavam danos reais. Com grande poder persuasivo, essas mensagens convenciam os receptores a acreditar em seu conteúdo e, sem verificar a veracidade, compartilhar essas informações, o que contribuía para a formação e expansão de redes de desinformação (CALIL, 2021; CASSINO; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

“Outros falaram que a vacina adoecia ao invés de curar, de ajudar”. (Participante A1).

Quando a COVID-19 foi proclamada uma pandemia, em 11 de março de 2020 (BRITO et al., 2020), o então presidente do Brasil à época, sr. Jair Bolsonaro, se pronunciou e referenciou a doença como uma gripezinha, sempre se referindo a uma crise superdimensionada. A expressão foi responsável por destacar o Brasil em diversos jornais internacionais, pelos motivos ruins, obviamente. Abaixo o destaque para a fala do ex-presidente:

20 de março de 2020. Declaração pública do sr. Jair Bolsonaro: “No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico daquela conhecida televisão”¹⁷ (BBC, 2020).

Pronunciamentos como esses também tinham impactos nos serviços de saúde e nas relações entre os profissionais, como a declaração a seguir:

“Nós tivemos discussões até calorosas aqui na unidade por conta disso [sobre diferenças entre opiniões políticas]”. (Participante C4).

Quando cientistas se debruçaram sobre as pesquisas para identificação do vírus para a produção de vacinas eficazes, o sr. Bolsonaro também descaracterizou o trabalho sério de inúmeros cientistas, dizendo que havia efeitos colaterais - bem fantasiosos, diga-se de passagem.

17 de dezembro de 2020. Declaração sobre a vacina: “Eu não vou tomar. Alguns falam que eu tô dando péssimo exemplo. Ô imbecil, o idiota que tá dizendo que eu tô dando péssimo exemplo, eu já tive o vírus, eu já tenho anticorpos. Pra que tomar a vacina de novo? E outra coisa que tem que ficar bem clara aqui, dra. Raíza, tá bem claro lá no contrato ‘nós não nos responsabilizamos por qualquer efeito colateral’. Se você virar um chip..., um jacaré é problema de você, pô. Não vou falar outro bicho que vão pensar que tô falando besteira aqui. Se você virar super-homem, se nascer barba em alguma mulher aê ou algum homem começar a falar fino, eles não têm nada a ver com isso. E o que é pior, mexer no sistema imunológico das pessoas”¹⁸.

No Brasil, um dos grandes opositores às estratégias e protocolos rígidos para manter o controle da pandemia foi o sr. Jair Bolsonaro que, sem competência e responsabilidade técnicas se pronunciou publicamente diversas vezes espalhando *fake news* sobre segurança, proteção e kit COVID-19 (Cloroquina e Hidroxicloroquina; e outros antibióticos) sem eficácia contra a doença.

Neste estudo, as pessoas participantes relataram aspectos bem importantes sobre a relação entre as *fake news* e pandemia, ressaltando o impacto direto na compreensão de cuidados diários, EPI e vacinação.

¹⁷ Trechos disponíveis em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/24/leia-o-pronunciamento-do-presidente-jair-bolsonaro-na-integra.htm>> e <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>>. Acesso em: 4 set. 2024.

¹⁸ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8>>. Acesso em: 4 set. 2024.

“De achar que ela foi feita muito rápido [a vacina]. Por exemplo, eu tenho uma pessoa que acha que ela foi feita muito rápido e as demais vacinas levaram anos para serem feitas e que por isso ela não seria eficaz e que por isso, ela poderia ter a longo prazo alguma condição”. (Participante A2).

“Alguns do comércio [...] nem procura saber nem nada e aí fica espalhando isso [notícias falsas] e justamente em áreas bem de vulnerabilidade, esse que é o problema. E essas pessoas as vezes não tem um acesso melhor a informação”. (Participante C1).

A preocupação expressa sobre a baixa taxa de vacinação geral - não apenas para a COVID-19, mas para todas as vacinas - evidencia o efeito colateral de campanhas de desinformação, motivadas pelo bolsonarismo e propagada por muitas pessoas apoiadoras em muitos lugares. A resistência à vacinação pode enfraquecer a imunização em massa, aumentando o risco de surtos de doenças preveníveis.

“Ah, a gente, a gente está servindo de bode expiatório, a gente está **servindo de cobaia**, então eu prefiro não tomar”. (Participante B4) (grifo meu).

“Essa vacina não foi estudada’. ‘Essa vacina vai me matar’. ‘Eu não confio nessa vacina’. ‘Ela veio para **colocar um chip** em mim’. ‘Não sei quais más formações ela pode me gerar’. Aquilo que na época era noticiado nas *fake news* pelo celular, de falas do presidente, eram repostadas e ditas para nós e até hoje são. Não é uma coisa da época, né? Eu fico muito preocupada com o que isso tudo pode gerar, porque isso teve uma baixa de vacinação de todas as vacinas, não só a vacina da COVID”. (Participante C4) (grifo meu).

“Servir-se de cobaia”, mencionado por B4 e o chip¹⁹, mencionado por C4, são expressões que se conectam às falas prévias do ex-presidente, sr. Jair Bolsonaro, demonstrando o efeito sobre a vida das pessoas.

21 de outubro de 2020. “Para o meu governo, qualquer vacina, antes de ser disponibilizada à população, deverá ser comprovada cientificamente pelo Ministério da Saúde e certificada pela Anvisa. O povo brasileiro não será cobaia de ninguém” (Poder 360, 221)²⁰.

¹⁹ Trecho já mencionado anteriormente nesta mesma seção.

²⁰ Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/governo/relembre-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao/>>. Acesso em: 5 set. 2024.

O medo, quando o assunto é a pandemia, é um assunto atravessador de muitas questões, sendo refletido, também, entre os profissionais com a insegurança em receber informações confiáveis.

“A questão de como a gente ia receber as informações, as orientações, nós não temos, por exemplo, um comitê de prevenção. Nesse sentido específico para a pandemia, nós temos comitês de mortalidade materno infantil, não temos comitê específico para enfrentamento de uma pandemia”. (Participante B5).

“Nós recebíamos essa comunicação [sobre a mudança de faixa etária para vacinação] pelo Tribuna, por um perfil de um Instagram, mas a gente não conseguia receber de imediato pela Secretaria de Saúde e isto dava muita confusão, muito ruído na nossa comunicação. O usuário chegava para poder ser atendido, a gente não sabia se podia fazer ou não a vacina naquela faixa etária, porque até então oficialmente a gente não tinha recebido aquela orientação”. (Participante B5).

“Ah, mas a pessoa veio a falecer’ [...], tinha determinada condição de saúde também não tomou vacina. Então a gente teve relatos também de pessoas que se recusaram a tomar vacina”. (Participante B4).

A conscientização pública sobre tratamentos efetivos, especialmente as vacinas contra a COVID-19, foi crucial para controlar a pandemia. A resistência a medidas preventivas muitas vezes estava ligada à desinformação e *fake news*. Durante as entrevistas, havia pessoas bem otimistas e engajadas com a campanha de vacinação.

“Se dependesse de mim, eu acho que eu faria uma campanha pró-vacina, entendeu?”. (Participante B2).

No estudo de Barcelos et al. (2021) sobre *fake news* veiculadas no Brasil durante a COVID-19, a disseminação da desinformação durante a pandemia teve impacto significativo na resposta à crise de saúde pública. As principais *fake news* identificadas durante a pandemia de COVID-19 no país incluíram uma variedade de desinformações, categorizadas em diferentes temas. Entre as mais frequentes, para os autores, destacam-se: (I) Política: informações falsas relacionadas a governantes, como alegações de que estavam falsificando dados sobre a vacinação contra a COVID-19, representando 20,1% das *fake news* analisadas. (II) Epidemiologia e Estatística: desinformações sobre a proporção de casos e óbitos, que corresponderam a 19,5% das *fake news*. (III) Prevenção: *fake news* sobre métodos de prevenção e tratamento, que representaram 16,1% das informações falsas disseminadas

Conforme os autores, as informações falsas influenciaram dimensões bem estratégicas para comover a população, prejudicando a adesão a cuidados comprovados pela ciência, como medidas de prevenção e imunização. O estudo também indicou que grande parte da população brasileira estava exposta a informações falsas, com nove em cada dez entrevistados relatando ter lido ou ouvido pelo menos uma *fake news* sobre a COVID-19, e sete em cada dez acreditando em alguma desinformação. Essa falta de discernimento em relação à veracidade das informações contribuiu para que as pessoas, muitas vezes sem saber, prejudicassem os esforços de profissionais de saúde e autoridades sanitárias quanto ao controle da pandemia. A contribuição a seguir revela o que a literatura aponta:

“Houve uma campanha muito grande anti-vacina [...]”. (Participante B2).

Outras contribuições apontam para a prática medicamentosa sendo orientada por profissionais de saúde vinculados às UBS:

“Eu acho que o movimento [anti-vacina] ficou forte, o que atrapalhou muito, né? Tanto que hoje reflete em quedas importantes”. (Participante A4).

“Mas nem todos os médicos obedeciam a isso [as orientações sanitárias]. Muitas vezes eles iam pela conduta que o Presidente dava”. (Participante B6).

“Inclusive a gente tinha um médico que prescrevia essas medicações [cloroquina e ivermectina] aqui, que era devoto dos pensamentos [sr. Jair Bolsonaro]. Esse político em questão, então, assim, é muito difícil, porque era uma corrente muito diferente do que a ciência pregava. E esse médico em que fazia parte da equipe prescrevia e defendia isso e muitas vezes não usava EPI. Como é que você defende que a população tenha que usar EPI, se o próprio profissional de saúde aqui dentro não usa?” (Participante C4).

Barcelos et al. (2021) mencionam que as *fake news* também se caracterizaram por conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre números de casos e óbitos, o que pode ter gerado confusão e desconfiança nas orientações oficiais. Os principais veículos de disseminação dessas informações foram plataformas como WhatsApp e Facebook, que ampliaram o alcance das *fake news*. Nesta Dissertação, foi evidenciado que o uso inadequado de determinados medicamentos comprometeu o tratamento de algumas doenças.

“Essas falas atrapalhavam muito o nosso serviço de saúde, porque é tipo assim para eles. Eles preferiam acreditar no que era cômodo para eles do que ter que usar, por exemplo, uma máscara que era incômodo de usar, do que ter que deixar de trabalhar e às vezes deixar de receber, depender de um benefício”. (Participante A2).

“A gente já vê agora que pacientes que estão tomando azitromicina para determinada infecção, já não está fazendo efeito”. (Participante B6).

Portanto, a propagação de *fake news* não apenas desinformou a população, mas também comprometeu a eficácia das medidas de saúde pública, tornando a resposta à pandemia mais desafiadora.

O fato de que essas desinformações continuam a circular e influenciar as opiniões e comportamentos indica uma necessidade urgente de estratégias eficazes para combater a desinformação, evidenciando a importância das vacinas e outras medidas de saúde. Dessa forma, os desafios enfrentados durante a pandemia não se restringem apenas a aspectos técnicos e clínicos, mas também são profundamente influenciados por fatores sociais, econômicos e políticos. Assim, ao considerar essas variáveis, pode-se alcançar uma compreensão mais profunda e adequada das condições que afetam a saúde das populações e desenvolver respostas e mecanismos mais eficazes e inclusivos para o enfrentamento de crises (futuras).

6.3 GRANDES MARCADORES SOCIAIS

6.3.1 Desigualdades e vulnerabilidades na pandemia de COVID-19: impactos ocupacionais, econômicos e de gênero

Os marcadores sociais mais frequentes para pensar nas desigualdades, muitas vezes com efeitos interseccionais acumulando condições de iniquidade e vulnerabilização, também foram válidos para descrever a exposição aos riscos e a gravidade dos quadros de doença na pandemia. Os estudos mostram que os trabalhadores formais, diaristas e trabalhadores dos serviços essenciais foram aqueles com maior proporção de óbitos pela COVID-19 nos primeiros anos da pandemia quando se considera a exposição ocupacional (GUEDES et al., 2022a). As contribuições abaixo destacam como a rotina de pessoas que trabalham fora de casa pode contribuir para a disseminação do novo coronavírus entre as pessoas da casa, refletindo a dificuldade de controlar a propagação da COVID-19 em ambientes onde a exposição ao público é frequente e, alguns casos, pequenos e sem estrutura compatível para distanciamento espacial.

“Porque são casas que têm pessoas que trabalham fora. Então elas acabavam trazendo isso [a COVID-19] para dentro de casa também”. (Participante C2).

“A sala, unidade que eu trabalhava na zona rural, o atendimento era melhor em termos de espaço do que essa do centro da cidade, [nome suprimido], que é o nível central, onde eu trabalhei. A sala não tinha janela”. (Participante C2).

Além da dificuldade de manter medidas de proteção eficazes quando há interação constante com o exterior, as contribuições anteriores suscitam outras análises, como, por exemplo, a forma como as pessoas chegam aos trabalhos e, novamente, as condições de trabalho (NEDEL; SILVEIRA; VIVIAN, 2023), como as reflexões que seguem:

“[...] Falta de profissional, falta de medicação, falta de recurso, falta de capacitação [...]”. (Participante A4).

“O ônibus, por exemplo, atende bem a população aqui. As pessoas utilizam muito o transporte público coletivo aqui no bairro”. (Participante C3).

Como colocam Xavier et al. (2023), um processo de trabalho bem organizado no âmbito da Atenção Básica (AB) possibilita a estruturação eficiente das atividades, coordena as ações da equipe para evitar sobrecargas, garante fluxos contínuos e adaptáveis de trabalho, e promove uma colaboração eficaz entre a equipe e a gestão para atingir os objetivos estabelecidos. Mas a COVID-19 e o adoecimento de profissionais de saúde expuseram as condições precárias de trabalho em muitos lugares.

Mas o risco não foi proeminente apenas nos serviços de saúde. Trabalhadores de demais áreas, com a permanência das atividades, como nos setores da alimentação, da segurança, dos transportes públicos, dos serviços funerários, entre outros, também se expuseram diretamente à COVID-19.

“E a mulher tinha tem uma peculiaridade em relação ao sexo. A mulher continuou doméstica, que é a maior parte aqui [no bairro]. Eu acredito que sejam funções domésticas ou de babá ou de faxina [...]”. (Participante C5).

Os adoecimentos e mortes por COVID-19 revelam muito mais que apenas números. Há significados e impactos profundos e multifacetados sobre a vida das pessoas e comunidades.

Certa vez, numa das aulas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPgSC/UFJF), minha amiga Gabriela Gonçalves, com quem dividi muitas disciplinas durante o Mestrado, fez a seguinte reflexão:

“Quando se fala de COVID-19 é preciso olhar para a primeira vítima da doença, no Rio de Janeiro, e enxergar o que ela representa”. (Gabriela Gonçalves, 2022)²¹.

Após, aproximadamente, dois anos, a reflexão permanece, para mim, muito marcante, não apenas por ser parte do tema central desta Dissertação, mas por me provocar uma série de pensamentos, reflexões... Ela me convida, e a autora me convidou, a reconhecer o significado humano por trás dos números e estatísticas. Os números assustavam, assustam e ainda trazem memórias ruins, pois são vidas, relações e sonhos perdidos. Nesta seção, a reflexão nos conecta ao trabalho humano, que ganhou dupla visibilidade durante a pandemia, seja pela expressão do cuidado e garantia das vidas e serviços essenciais, seja pela precarização do trabalho.

A morte, da qual Gabriela reflete, é de uma trabalhadora doméstica que se infectou pelos seus patrões, à época, recém-chegados da Itália, em meados de março de 2020, no Rio de Janeiro²². Dona Cleonice Gonçalves - a vítima -, era negra²³, tinha 63 anos de idade, pertencia ao grupo de maior risco para COVID-19 devido à comorbidades (diabetes e hipertensão) (UFRGS, 2020). Assim, o trabalho doméstico, precarizado e subalterno (não raro sem carteira assinada), à luz das condições de poder, como sugere Foucault (1979) e analisado por Santos et al. (2023), é um exemplo de condição social que produz a vulnerabilidade de pessoas.

As relações de poder nos conectam aos seguintes relatos:

“Algumas pessoas de comércio falam para as pessoas não virem vacinar”. (Participante C1).

“[Trabalhadores] da construção civil, também sofreram muita pressão [...]. Na construção civil havia uma pressão para retornar ao trabalho”. (Participante C5).

²¹ Reflexão cedida gentil e carinhosamente pela própria autora, Gabriela Gonçalves, em 10 de setembro de 2024.

²² Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-porcoronavirus.ghtml>>. Acesso em: 5 set. 2024.

²³ Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/com-a-ec-95-a-saude-perdera-r-30-bi-em-2021-dizem-especialistas/50188/>>. Acesso em: 5 set. 2024.

A citação sugere que os empresários exerceram pressão sobre as autoridades ou as políticas de saúde para flexibilizar ou relaxar as exigências relacionadas ao uso de máscaras (BRASIL, 2021).

De acordo com Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2021), trabalhadores que apresentavam fatores como baixa renda, eram do sexo feminino, eram imigrantes, tinham idade avançada e pertenciam à “minorias visíveis”, tornaram-se os mais vulneráveis ao adoecimento. Os trabalhadores essenciais “não brancos” têm maior risco de COVID-19 quando comparados aos trabalhadores essenciais “brancos”, sendo que os trabalhadores essenciais “não brancos” têm o maior risco de transmissão, como apontou alguns estudos. Abaixo está a contribuição de uma das pessoas participantes, mantendo relação com a publicação da OPAS.

“[Sobre o adoecimento por COVID-19] Com a minha observação, sim, principalmente a população feminina, idosa e de baixa escolaridade.”
(Participante C2).

A crise econômica resultante da pandemia também levou a um aumento nas taxas de desemprego, afetando desproporcionalmente as mulheres, que já enfrentavam desafios no mercado de trabalho antes da pandemia (GRANEMANN; MIRANDA, 2020; HEINZELMANN et al., 2021). Neste estudo, também foi apontada a diferença entre homens e mulheres sobre desemprego:

“Em relação aos trabalhadores, eu acho que as mulheres foram mais afetadas”.
(Participante B6).

Como mostram Heinzelmann et al. (2021), as mulheres sofrem mais dificuldades em períodos de crise devido a características da sua inserção no mercado de trabalho, como atividades mal remuneradas, maior precariedade e maior incidência de horários reduzidos. Além disso, em situações de diminuição da renda familiar ou de cortes nos serviços públicos de apoio, são elas que assumem principalmente a carga extra de trabalho doméstico e familiar. Nesta Dissertação também foi observado que as mulheres sofreram penalidades que incluem o desemprego e, conseqüentemente, perda de renda, ou, quando se mantiveram em seus trabalhos, tinham que lidar com a possibilidade real de infecção pelo novo coronavírus no transporte durante o trajeto ao trabalho e no próprio ambiente de trabalho, que, muitas vezes, era precário e sem carteira assinada.

“[Mulher] que trabalhava em casas de família, elas nem tanto adoeceram por conta do trabalho em si, mas por causa do deslocamento”. (Participante C5).

Algumas das mulheres que foram mencionadas pelas pessoas entrevistadas enfrentavam jornada dupla ou trilha de trabalho, considerando que, após a jornada de trabalho, tinham que exercer outras tarefas em casa. Ou seja, a realidade do trabalho doméstico suscita reflexões preexistentes à pandemia, como machismo e a distribuição desigual das responsabilidades domésticas. Um estudo também identificou a percepção de risco para COVID-19 mais elevada entre mulheres, mencionando que o risco também aumenta entre pessoas que cuidavam de idosos e/ou crianças, por se tratar de uma atividade que demanda contato e maior carga horária de trabalho (GRIEP et al., 2022).

“E aí era uma mãe de família que tem três filhos, que às vezes não recebe pensão do pai ou dependente de uma ajuda do governo que ela precisava para complementar a renda”. (Participante B5).

Durante a pandemia de COVID-19, o Brasil experimentou um aumento significativo na taxa de desemprego, alcançando níveis críticos. No primeiro trimestre de 2021, a taxa de desemprego foi de 14,9%, o que corresponde a mais de 15,2 milhões de pessoas desempregadas, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse índice inclui indivíduos com idade mínima de 14 anos que estão disponíveis para trabalhar e estão ativamente buscando emprego, mas que não conseguiram encontrar trabalho (SOUZA, 2023). O apoio governamental foi fundamental para prevenir a fome entre muitas pessoas. No entanto, durante a pandemia, as desigualdades, tanto na renda quanto no acesso a serviços públicos, se ampliaram significativamente (CNN, 2021).

A pandemia afetou mais intensamente as pessoas na informalidade, que vivem em condições precárias e têm rendimentos baixos e irregulares, sem acesso a benefícios e proteções típicas do setor formal. Em 2009, a informalidade no Brasil excedia 50%, e em 2017 estava em cerca de 40,8%, segundo o IBGE (COSTA, 2020).

“A questão do desemprego influencia em muita coisa porque quando você não vai trabalhar, você também não tem o seu ganho”. (Participante C2).

“Baixa renda, baixa escolaridade, pessoas que dependem exclusivamente do sistema único de saúde ou de algum benefício do INSS. Então elas têm maior dificuldade de acessar recursos”. (Participante C4).

Como no estudo de Mendonça et al. (2022), que observou os impactos das desigualdades na organização das políticas públicas e como interferem na atuação da APS nas grandes cidades, as comunidades mais pobres abrigam muitas pessoas trabalhadoras autônomas, que dependem do trabalho diário para manter a renda. Nesta Dissertação, foi observado o mesmo fenômeno, que impactou diretamente no *lockdown*. Nesse caso, as restrições mais severas durante a pandemia tiveram um impacto desproporcional sobre essas pessoas, exacerbando as dificuldades econômicas e sociais enfrentadas nessas comunidades.

Com as taxas de desemprego, a pandemia também destacou desigualdades no acesso a recursos e apoio, como serviços de saúde e assistência social, que são cruciais para as mulheres, especialmente aquelas em situações de vulnerabilidade (COSTA, 2020).

“Nós tivemos um maior índice de gestantes com anemia, maior número também de diabéticos que descompensaram por acabar comendo mais carboidratos e não ter tanto acesso a verduras, frutas”. (Participante C5).

Além do desemprego, a pandemia trouxe aumento da informalização do trabalho, afetando trabalhadores terceirizados, subcontratados, em tempo parcial e o subproletariado. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta que a crise afeta gravemente os trabalhadores desprotegidos e os grupos vulneráveis, resultando em demissões, redução das jornadas de trabalho ou mesmo impacto entre empregadores, que são atingidos pela crise (COSTA, 2020).

“Houve desemprego durante a pandemia. Até porque muitas empresas fecharam, muitas lojinhas [...]. Então, muitos que às vezes nem nunca contribuíram para o INSS”. (Participante C5).

Muitas mulheres trabalhavam em setores mais afetados pela crise, como serviços de comércio e saúde, o que pode ter exacerbado a desigualdade de gênero no mercado de trabalho. Com o fechamento de escolas e a necessidade de cuidados adicionais em casa, muitas mulheres assumiram uma carga maior de trabalho não remunerado, como cuidados com crianças e tarefas domésticas, o que pode ter contribuído para a subutilização da força de trabalho feminina. Esses fatores podem ter contribuído para acentuar as desigualdades de gênero já existentes, como evidenciado pelos dados do IBGE sobre a participação feminina no mercado de trabalho e as taxas de desemprego (HEINZELMANN et al., 2021; POLI, 2024).

“Atingiu de forma diferente também as mulheres trabalhadoras”. (Participante C5).

A declaração de C5 ressalta que, muitas vezes, as responsabilidades de cuidar da educação dos filhos recaem desproporcionalmente sobre as mães, independentemente de sua escolaridade ou capacidade de ajudar efetivamente com o material escolar.

As interseccionalidades que geram sobrecarga e maior exposição às mulheres, inclusive ampliando a exposição por raça e etnia, pela condição de habitação nas periferias urbanas, pela condição de responsabilidade de manutenção da família e filhos, muitas vezes pela responsabilidade predominante em relação a filhos e familiares idosos, foi detalhadamente descrita por Teixeira et al. (2021).

“E as mães não têm escolaridade. Aí entra um outro pedaço da história que eu acho que pouca gente conta. Não é só a criança ali, a mãe tinha que explicar o dever para criança. Tinha que explicar a matéria para criança e a mãe não tem escolaridade também suficiente para poder”. (Participante C5).

A adaptação ao trabalho remoto não foi viável para todas as pessoas devido à necessidade da presença física para a realização de algumas funções. Nas classes D e E, apenas 7,5% das pessoas conseguiram mudar o local de trabalho de forma a evitar deslocamentos na cidade para chegar aos seus empregos. Isso indica que a grande maioria dessas pessoas continuou a depender de deslocamentos físicos diários (FGV, 2021). Nesta Dissertação, observou-se elevado nível de trabalho informal, aumento do desemprego e diminuição da renda. Esses fatores agravaram as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, que muitas vezes não tinham acesso às tecnologias necessárias para o trabalho remoto e enfrentaram maiores barreiras para encontrar e manter empregos estáveis.

“Os empregos, muito emprego informal teve que ser paralisado naquela época também. E depois, às vezes, acabaram até fechando os negócios, as empresas. Então, tanta gente ficou desempregada, acho que aumentou a informalidade depois disso também. É cada um se virando como pode literalmente”. (Participante A4).

Essa conjuntura expôs os trabalhadores a riscos elevados de infecção pelo novo coronavírus em locais de aglomeração, como transportes públicos e locais de trabalho, com já detalhado antecipadamente, visto que esta é também uma questão atravessadora a outras

dimensões de análises. A situação foi ainda mais complicada pelo retorno às atividades presenciais antes da disponibilidade da vacina contra a COVID-19 (JACKSON FILHO et al., 2020; PEREIRA et al., 2022). Como resultado, a movimentação diária em transportes públicos, caracterizados por grande fluxo de pessoas e ventilação inadequada, facilitou a propagação do vírus (PEREIRA et al., 2022). Antes de chegar ao trabalho ou a outros lugares com grande concentração de pessoas, a COVID-19 pode ser transmitida nos transportes públicos e coletivos, onde a proximidade entre os passageiros e a ventilação frequentemente inadequada aumentam o risco de contágio (FGV, 2021; PEREIRA et al., 2022; VEDOVATO et al., 2021).

Quanto à renda, entre o primeiro trimestre de 2020 e o primeiro trimestre de 2021, a renda média no Brasil diminuiu 10,9%. Contudo, devido à significativa desigualdade social, a redução foi muito mais pronunciada para a metade mais pobre da população, que experimentou uma queda de 20,8% em seus rendimentos. Também foi constatado aumento na desigualdade durante o mesmo período: os 10% mais ricos tiveram uma perda de 6,9% em seus rendimentos, enquanto os 40% mais pobres sofreram uma queda de 34,2%, bem mais que o dobro. Esses dados ilustram como a crise econômica afetou desproporcionalmente as camadas mais vulneráveis da sociedade, ampliando as disparidades de renda, como mostra o estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) (FGV, 2021). Nesta dissertação, há quem perceba a relação entre a condição socioeconômica e o adoecimento por COVID-19 e quem não a reconheça ou subestime sua importância.

“[...] pela condição socioeconômica, então, não vi que talvez pudesse ter essa diferenciação por conta, talvez, dessa condição da situação vulnerável, baixa renda”. (Participante B4).

[Sobre a relação entre território e adoecimento por COVID-19] “É do território, porque são território mais dependente financeiramente do próprio estado [...]. É por conta mesmo da classe social mais pobre. Essas classes sociais se expuseram muito mais”. (Participante C5).

Dessa forma, é significativo que parte dos trabalhadores das UBS que compuseram o campo empírico da pesquisa, tenham feito a associação entre condições sociais e econômicas, em gradações diversas conforme os contextos de vida das pessoas e grupos que acessam seus serviços, demonstrando uma conexão forte do social com a saúde, identificando condições estruturais e singulares de determinação dos níveis de saúde e da capacidade de resposta aos serviços. Essa conexão permite identificar a necessidade de ações estruturadas de educação permanente em saúde e maior densidade na formação profissional. Situações adversas,

tragédias e crises climáticas têm sido cotidianas nos diferentes territórios, algumas vezes afetando diretamente os serviços de saúde e os trabalhadores de saúde. Por isso são necessárias iniciativas estruturadas de desenvolvimento do trabalho e cuidado aos trabalhadores da saúde do SUS e, também, dos serviços privados não vinculados ao SUS, para que ampliem a capacidade de compreender a saúde como determinação social, mais além de modelos estruturados que sempre são apenas precariamente capazes de orientar as respostas necessárias às necessidades de saúde das pessoas e coletividades que fazem dos ambientes naturais territórios vivos.

6.3.2 Desigualdades raciais e saúde na pandemia de COVID-19

A pesquisa de Melo; Rodrigues (2021) apresenta que o racismo estrutural e a necropolítica se entrelaçam no Brasil, agravando as desigualdades raciais e sociais durante a crise de saúde. Populações negras, mais afetadas pela pobreza e com menor acesso a cuidados de saúde, são desproporcionalmente impactadas pela COVID-19. Além disso, o artigo destaca que, apesar de políticas emergenciais como o “auxílio emergencial”, a distribuição e a eficácia dessas medidas são insuficientes. A pesquisa mostrou que negros, que compõem a maioria dos mais pobres e vulneráveis, enfrentam maiores barreiras para obter esses benefícios e são mais atingidos economicamente pela pandemia.

Durante as entrevistas desta Dissertação, não houve quem reconhecesse a conexão entre raça/ cor de pele e o adoecimento por COVID-19. Muitas pessoas entrevistadas não entenderam que o quesito foi uma condição determinante:

“Eu não consigo ver diferença, não. Eu acho que a COVID, ela veio para todo mundo, independente se é rico, pobre, branco, preto, entendeu?”. (Participante A3).

Outra pessoa participante, porém, mesmo sem estabelecer uma relação direta, chama atenção ao dizer o seguinte:

“Acho que cor não, porque a doença não escolheu cor necessariamente. Mas como a cor acaba determinando a sua condição social, a condição social influenciou [...]. Não no sentido de que foi escolhido pelo seu tom de pele. Mas como o tom de pele caracteriza a sua condição social, a condição social, sim, influenciou [no adoecimento]”. (Participante A2).

O relato acima sugere que a raça/ cor da pele não é a causa direta de adoecimento, mas que ela está intrinsecamente ligada à condição social, concordando com Melo; Rodrigues (2021). A condição social, por sua vez, é um fator importante que influencia o grau de vulnerabilidade ao adoecimento. Isso indica que a cor da pele pode ser um marcador de desigualdades sociais preexistentes que afetam a saúde.

Essa disparidade é exacerbada por discriminação educacional e racial, refletindo uma combinação de racismo, sexismo e condições socioeconômicas que afetam a equidade no acesso à saúde. O racismo institucional, em particular, atua como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde preventivos para essas mulheres (SILVA et al., 2020).

“A gente trabalha numa área de muita vulnerabilidade, que às vezes a informação não chega”. (Participante C2).

Essa declaração reflete a perspectiva interseccional. Múltiplos fatores, incluindo a classe social e condições de vida interagem e influenciam a experiência de adoecimento. A cor da pele, enquanto um marcador de raça, está entrelaçada com condições sociais que afetam a saúde de maneira mais ampla. E tudo isso reflete traços muito significativos da colonização e do preconceito (PADILLA et al., 2021).

6.3.3 Demanda reprimida e complicações de saúde durante e após a COVID-19

Com relação à saúde, observada a partir das contribuições das pessoas entrevistadas, a COVID-19 foi um marco, como reflete C4:

“Até hoje a gente recebe pacientes, por exemplo, o paciente vem fazer um preventivo. Pergunto assim para ela: ‘a senhora tem quanto tempo que não faz preventivo?’ ‘Ah, desde antes da pandemia’”. (Participante C4).

O comentário reflete uma questão bastante expressiva. Muitas pessoas adiaram rotinas de consultas e exames por muitas razões, como o medo de sair de casa e se expor ao novo coronavírus, se infectar e infectar outras pessoas; dificuldades econômicas; ou devido à sobrecarga dos serviços, que, durante a pandemia, se ocuparam com demandas mais urgentes e com os casos relacionados à COVID-19, como apontam as pessoas participantes:

“Está reprimida a demanda de especialidades”. (Participante A1).

“A gente relata que, por exemplo, a oftalmologia está com demanda reprimida de mais de 13.000 pacientes, a ortopedia, mais de 7.000”. (Participante B4).

“A ansiedade, a depressão, o medo de levar a COVID para casa foi direto”. (Participante B6).

Em alguns casos, o atraso quanto aos atendimentos em saúde gerou complicações graves, como a declaração a seguir:

“E depois da pandemia, chegaram aqui completamente descontrolados [os usuários]. Em situações de risco mesmo. Risco de amputar membro, risco de cegueira. Então, assim, complicações mesmo que a hipertensão, diabetes trazem a longo prazo”. (Participante A3).

“Houve casos de diabéticos, hipertensos, isso aumentou muito. Além disso, existe uma demanda, que aumentou muito, de Tuberculose e sífilis”. (Participante B2).

Os agravos à saúde também foram gerados pela falta de articulação da APS com demais níveis e setores de saúde. Os comentários a seguir ilustram a mudança nas práticas de cuidado em redes antes durante a pandemia, revelando como a crise sanitária global impactou o funcionamento e a eficácia dos serviços de saúde, e como a integração e o acesso ao atendimento foram profundamente afetados.

“Antes da pandemia, a gente tinha um matriciamento. Que era isso, um psiquiatra, responsável por determinada região sanitária. Então os médicos atendiam os pacientes. Aí, se fosse casos mais graves, eles discutiam casos com psiquiatra”. (Participante A5).

“A gente não tinha tanto acesso aos hospitais, que estavam superlotados”. (Participante C4).

Os profissionais de saúde também reconhecem os impactos diretos causados pela COVID-19 e pela necessidade de reorganização interna nos serviços para manter o ambiente seguro, conforme as orientações sanitárias.

“Os que tomavam mais remédios tiveram que ter um critério para estar voltando devagar nesses atendimentos, que hoje está quase normal, mas que a gente ainda não conseguiu retornar esse grupo da forma que ele era antes”. (Participante A2).

“A demanda continuava existindo, mas a gente tem que pôr ordem de urgência ali, de prioridade mesmo [nas UBS]”. (Participante A4).

“A pandemia pra gente foi complicada, porque a gente não trabalhou na rua, a equipe [de ACS] ficou voltada para essa parte da vacinação”. (Participante B3).

Os comentários de B3 e C5, abaixo, destacam os impactos negativos da pandemia, especialmente entre populações vulneráveis. O aumento de sífilis em gestantes, mencionado por B3, pode estar relacionado a barreiras no acesso a cuidados pré-natais e a um possível aumento de comportamentos de risco durante a pandemia. Além disso, houve aumento de gestantes com quadro de anemia, como destaca C5.

“Eles pegam o preservativo aqui no posto e a gente não teve nem essa parte da saúde sexual, de nada da proteção. Ai também não compra. A sífilis aumentou na minha área, inclusive em gestante”. (Participante B3).

“Então, nós tivemos um maior índice de gestantes com anemia, maior número também de diabéticos que descompensaram por acabar comendo mais carboidratos e não ter tanto acesso a verduras, frutas. E o consumo de drogas aumentou”. (Participante C5).

Com relação à sífilis, o estudo de Furlam et al. (2022), destacou o impacto da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos para diagnóstico e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no SUS durante os primeiros sete meses da pandemia. Houve uma redução de cerca de 33% nos procedimentos comparado aos mesmos meses de 2016 a 2019. Esse declínio foi particularmente acentuado nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, com estados como Maranhão, Roraima e Pará enfrentando quedas significativas.

A pesquisa sugere que a pandemia não apenas resultou em menos diagnósticos e tratamentos imediatos, mas também pode causar uma sobrecarga futura nos serviços de saúde e mais impactos para as pessoas, com risco, inclusive na cadeia de transmissão de agentes biológicos causadores das IST. A sífilis, uma doença prevenível e tratável, não deve ser negligenciada. O estudo enfatiza a necessidade de novas pesquisas para avaliar completamente os danos e preparar políticas públicas eficazes para enfrentar os desafios de saúde pública

resultantes da pandemia, que inclui observar a evolução de demais doenças (FURLAM et al., 2022).

O estudo de Malta et al. (2021) demonstrou que pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão, doença respiratória, doença do coração e câncer foram significativamente impactados pela pandemia de COVID-19. O estudo também mostrou adesão ao distanciamento social intenso entre as pessoas com DCNT, possivelmente devido ao medo de adoecimento e ao sentimento de vulnerabilidade, optando por seguir as orientações de distanciamento social de forma mais rigorosa. Em comparação, a adesão aos mesmos cuidados entre aqueles sem DCNT foi menor. Essa tendência também foi evidenciada nesta Dissertação.

“Eu tinha certeza que estavam com COVID [sobre alguns moradores do território], mas que andavam pela rua sem máscara, que não tinham paciência de que isso [...]. E que não tinha isolamento social suficiente. Tratavam a doença como se fosse uma gripe”. (Participante A2).

O participante A2 destaca a falta de adesão às medidas de prevenção, como o uso de máscara e o distanciamento social, sugerindo que muitos minimizavam a gravidade da doença, tratando-a como uma gripe comum. Isso revela um descompasso entre a percepção pessoal de risco e as práticas de prevenção adotadas, o que pode ter contribuído para a propagação do vírus e para o impacto geral da pandemia e por mais tempo nos territórios.

Mas a exposição também revela uma possível deficiência de educação em saúde e um certo grau de normalidade, que, no caso, complica o acesso e a adesão a orientações e cuidados de saúde.

“A população custou se conscientizar, então talvez por a gente não ter uma cultura de educação e saúde”. (Participante A4).

“O filho foi pro baile de funk’ ou o outro teve que trabalhar. Aí acabava trazendo, assim é difícil sentir orientado”. (Participante C1).

“Perderam um pouco os grupos educativos, que eram coisas que a gente conseguia fazer e que as pessoas eram assíduas, um planejamento familiar, um grupo de diabético, um grupo de hipertenso, a gente também tem que grupo de plantas medicinais. As pessoas eram mais assíduas antes. Eu percebo que, com esse tempo que ficou sem fazer por conta de não poder se aglomerar, as pessoas não têm mais o hábito de vir”. (Participante C5).

Ou, além da educação em saúde, pode ser consequência da influência política e/ou religiosa, que fragilizaram as ações de informação e comunicação durante a pandemia e, de forma geral, tem interferido bastante nas ações de promoção e proteção nos territórios. Os depoimentos abaixo são bastante ilustrativos:

“Eu não vou pegar COVID Deus está me protegendo”. (Participante B6).

“Profissional de saúde que fala contra um procedimento, contra uma vacina, isso vai repercutir muito”. (Participante C4).

“E em termos de educação religiosa, um segmento muito vinculado ao governo da época, eles nem pegavam a máscara”. (Participante C5).

Muitas falas de representantes religiosos no Brasil incentivavam que as pessoas desconsiderassem a gravidade da pandemia, como afirmou em um vídeo nas redes sociais o bispo Edir Macedo, líder da Igreja Universal Reino de Deus: “Quando você vê no noticiário ‘morreu fulano, beltrano teve coronavírus’, não olhe para isso, não leia essas notícias. Ao invés de você ler essas notícias que falam de morte e de quarentena, da epidemia e pandemia, olhe para a palavra de Deus e tome sua fé na palavra de Deus, porque essa, sim, faz você ficar imune a qualquer praga e a qualquer vírus, inclusive o coronavírus”. Ou como afirmou Romildo Ribeiro Soares (mais conhecido como R. R. Soares), missionário da Igreja Internacional da Graça de Deus, “já houve outras ameaças no meio da humanidade. A profecia, lá no Apocalipse, diz que vai chegar um tempo em que uma terça parte das pessoas vai morrer. Mas ainda não estamos nessa época, não estamos na época de ganhar as almas para Jesus”²⁴ (MASSUCHIN; SANTOS, 2021). Há uma evidente disputa enunciativa entre a ciência e uma abordagem religiosa nos discursos acima, que se potencializa muito com a enorme máquina de publicidade que alguns grupos utilizam na busca de novos fiéis e na expansão das contribuições financeiras das pessoas, que sustentam uma enorme máquina organizativa. A disputa religiosa pela compreensão do que são os agravos de saúde e as doenças se coloca em oposição à ciência e ao complexo produtivo da saúde para redirecionar o uso dos recursos financeiros das pessoas e das famílias, apostando, por assim dizer, numa pirâmide da fé, que precisa associar a proteção da saúde (do sucesso, da promessa de renda, da qualidade da vida futura ou na próxima dimensão

²⁴ Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2020/03/17/de-cultos-online-a-nao-leia-noticias-sobre-pandemia-como-as-religoes-estao-lidando-com-o-coronavirus-no-brasil.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 12 set. 2024.

da existência). O suposto poder da fé e da transcendência precisa, na lógica das profecias listadas acima pelos líderes religiosos, captar os limitados recursos das populações mais vulnerabilizadas que, de outra forma, seriam aplicados em procedimentos de proteção da saúde e prevenção de doenças.

A radicalidade no discurso dos líderes religiosos está relacionada à abrangência dos credos religiosos cristãos, mesmo que em combinações intercaladas com outras formas de religiosidade. O Brasil, um país predominantemente cristão, no qual mais de 80% da população se divide entre católicos e evangélicos, experimenta a influência da religião em diversas esferas, incluindo a mídia, a política e a saúde pública (MASSUCHIN; SANTOS, 2021). A expressão dessa religiosidade está bastante concentrada nos territórios de periferias urbanas e frequentemente interfere nas ações de cuidado em saúde nos territórios. Ainda mais, na formação religiosa de agentes do estado, inclusive agentes comunitários da saúde. A mídia comercial tem destacado a ocupação religiosa de natureza pentecostal nas polícias, na segurança pública e em outras ações de políticas sociais (INTERCEPT BRASIL, 2023; METRÓPOLES, 2023).

Massuchin; Santos (2021) realizam uma análise focada nos vídeos publicados por grupos e representantes religiosos que compartilham informações sobre a pandemia, investigando as narrativas e argumentos apresentados. Esses discursos frequentemente incluem informações imprecisas ou distorcidas sobre a COVID-19, e podem promover práticas e crenças que vão contra as diretrizes científicas e de saúde pública. A análise sistemática desses discursos visa entender como eles influenciam a percepção pública e como podem contribuir para a propagação de desinformação, afetando a forma como as pessoas compreendem e reagem à pandemia.

Esses e outros discursos que circularam nas redes sociais, contribuem para a desinformação, fragilizando o esforço dos serviços e profissionais da saúde. Aqui o destaque é que em certas situações, que a pandemia representa de forma aguda, os discursos religiosos, sobretudo quando contaminados de fundamentalismo, se colocam em oposição à atenção à saúde, criam uma desinformação que dificulta o acesso e a continuidade do cuidado e, algumas vezes, tomam a prática e os pensamentos dos próprios profissionais da saúde.

6.3.4 Suspensão das aulas presenciais durante a pandemia: desafios e adaptações no ensino à distância

Com o avanço da pandemia entre os países, recomendou-se a suspensão das atividades presenciais como uma medida estratégica para conter a disseminação do novo coronavírus. Essa orientação visava minimizar a transmissão ao reduzir o contato físico entre as pessoas e limitar a aglomeração em ambientes fechados (SANTOS; FERLA, 2022).

Com relação ao contexto escolar, muitas escolas públicas e privadas adaptaram suas atividades ao cenário da pandemia, substituindo as aulas presenciais por aulas à distância. No entanto, essa mudança não foi completamente bem sucedida em todos os lugares e os impactos foram percebidos no próprio processo de ensino e aprendizagem, entre os estudantes e professores (FERREIRA; SANTOS, 2021; FLORES; LIMA, 2021; SANTOS; FERLA, 2022).

Em 2020, mais de 180 países suspenderam temporariamente as atividades em suas escolas, afetando cerca de 1,7 bilhão de crianças e jovens quando o confinamento alcançou seu auge. Nos países mais pobres, a pandemia impôs uma interrupção de até quase quatro meses nas aulas para crianças em situação de vulnerabilidade, em comparação com seis semanas para aquelas em países de alta renda (UNESCO, 2020), gerando consequências, como observado nas contribuições das pessoas participantes deste estudo.

“[...] A aprendizagem, teve um atraso escolar muito grande”. (Participante C5).

Outro dado importante é com relação ao tempo médio das aulas nas escolas públicas, calculado em 2 horas e 18 minutos em 2020, sendo inferior ao tempo médio de aulas nas escolas privadas, que foi calculado em 3 horas e 6 minutos. A diferença pode refletir desigualdades estruturais mais amplas no sistema educacional brasileiro. A diferença no tempo médio das aulas pode impactar a qualidade do ensino oferecido. Menos horas de aula podem significar menos oportunidades para os alunos explorarem os conteúdos escolares, reduzir as relações sociais e afetar as condições de vida, uma vez que muitas crianças nos territórios observados neste estudo se alimentavam nas escolas

“[...] deixou o estudo e não voltou. Naquela época as escolas ficaram fechadas”. (Participante A1).

“Hoje nós estamos vendo que muitas crianças estão voltando, as crianças de 4, 5 anos com queixa de desenvolvimento, com queixa de atraso em fala”. (Participante B5).

[...] aula foi suspensa. E as crianças, a maioria se alimentava na escola”. (Participante B5).

As UBS entrevistadas, conforme relatos, ficam em territórios marcados pela vulnerabilidade, reforçando que a suspensão das aulas provoca impactos que extrapolam o prejuízo no ensino, que já é muito expressivo.

“Eu tenho uma rua que é pequena, mas ela tem uma demanda social muito grande”. (Participante B2).

Com o fechamento das escolas, os gestores da educação e professores enfrentaram o desafio de encontrar novas abordagens para o ensino e a aprendizagem de crianças, jovens e adultos, como resposta às modificações no âmbito da educação (PISSAIA; COSTA, 2021; SILVA et al., 2021). Esses desafios foram observados nesta Dissertação.

A transição para o ensino remoto não afetou apenas a forma como os alunos aprendem, mas também trouxe mudanças significativas para os docentes. Os professores tiveram que se adaptar rapidamente ao novo formato de ensino, o que incluiu não apenas a familiarização com as ferramentas digitais e plataformas de ensino a distância, mas também a reorganização de suas rotinas diárias. Muitos deles precisaram ajustar seu ambiente doméstico para criar um espaço adequado para a preparação e condução das aulas on-line. Além disso, os professores enfrentaram a necessidade de produzir materiais didáticos adaptados ao formato digital, o que exigiu um esforço adicional para garantir que o conteúdo fosse acessível e eficaz para os alunos (LUNARDI et al., 2021; QUITES et al., 2023; SANTOS; FERLA, 2021; SANTOS; FERLA, 2022).

“A questão da educação infantil, foi muito massacrante. E para os professores também, né? Eu sei porque a minha família é de professores. Então, pessoalmente, eu via a minha irmã esgotadíssima”. (Participante C5).

Além do cansaço, como evidenciado acima, a mudança repentina na rotina e no modo de trabalho, muitos professores não tinham preparo suficiente, seja em termos de recursos

tecnológicos compatíveis ou habilidade para lidar com as ferramentas digitais para as novas adaptações, como mostram Ferreira; Santos (2021).

A inclusão digital, que deveria ser um pilar do ensino remoto, não é uma realidade para muitas famílias. Escolas públicas também tiveram um atraso maior em relação à resposta para as orientações (SANTOS; FERLA, 2021; SANTOS; FERLA, 2022).

Muitos estudantes e professores enfrentaram dificuldades significativas relacionadas à aquisição de dispositivos tecnológicos e ao acesso a uma internet de qualidade. Nem todos os estudantes têm acesso a computadores ou aparelhos de telefone móvel, e mesmo quando os possuem, o acesso à internet pode ser um problema significativo. A falta de uma conexão de internet adequada, ou a presença de uma conexão instável, dificulta a participação efetiva nas aulas on-line e o acesso ao material didático. Estudantes que dependem exclusivamente de dados móveis enfrentam desafios adicionais, pois o consumo de dados para assistir às aulas pode esgotar rapidamente o pacote mensal, levando-os a evitar o uso da internet para estudos ou a acompanhar as aulas apenas durante as primeiras semanas do mês, quando o pacote de dados ainda está disponível. Esses fatores contribuem para a desigualdade no acesso à educação remota e prejudicam a continuidade e a qualidade do aprendizado dos alunos, como expõem Ferreira; Santos (2021), Lunardi et al. (2021) e Santos; Ferla (2022).

Além disso, o ambiente doméstico muitas vezes não está adequado para sustentar as rotinas escolares, com a falta de um espaço apropriado para estudos diários e o suporte necessário durante as atividades de aprendizagem. Essas limitações comprometeram a eficácia do ensino remoto e evidenciaram desafios persistentes na adaptação da educação às novas condições impostas pela pandemia. Além disso, o acesso ao celular, quando era possível, gerava algum tipo de distração (SANTOS; FERLA, 2021; SANTOS; FERLA, 2022).

“Muitas crianças ficavam na creche, iam pra escola, então aí passou a ser tudo em casa. Às vezes o pai e a mãe também não estavam trabalhando”. (Participante A1).

“(A mãe) chegava em casa cansada, tinha que fazer a janta dela, a do marido, a marmita do marido e ensinar dever com o filho. É que permitam ter essa, fazer essa dinâmica, sabe, e depois ter pegado o ônibus”. (Participante C5).

“Eu não consigo entender como que uma criança podia prestar atenção em tela”. (Participante C5).

Ambientes familiares afetados por problemas como alcoolismo, drogadição ou conflitos conjugais, juntamente com a baixa qualificação escolar e profissional dos pais, podem resultar em um suporte insuficiente para a educação dos filhos. Em tais contextos, os pais podem ter dificuldade em oferecer orientação adequada e apoio para o desenvolvimento escolar e profissional dos filhos. A falta de recursos e a ausência de preocupação com a formação educacional e profissional das crianças e adolescentes podem limitar significativamente suas oportunidades de aprendizado e crescimento, contribuindo para um ciclo de desvantagens significativas (GRIPP; FARIA, 2014).

“A questão das drogas é muito complicada, temos vários usuários. Drogas pesadas. E tem muito usuário, bastante mesmo. É bem complicado. A gente tem usuários de todos os perfis, desde jovens até idoso”. (Participante A5).

“A questão da dependência química tem vários pontos”. (Participante B1).

“E dentro disso aqui, para mim, o maior índice de separação é culpa do financeiro”. (Participante B1).

Flores; Lima (2021) e Moreira; Henriques; Barros (2020) argumentam que o ensino emergencial, na modalidade de ensino remoto, não garantiu a qualidade necessária para uma educação on-line, apresentando, portanto, possíveis fragilidades.

O estudo de Flores; Lima (2021) também revela dificuldades semelhantes às expostas nesta Dissertação. Além disso, o estudo mostra que muitos alunos apresentaram uma participação limitada nas atividades propostas pelos professores, resultando em um cumprimento apenas superficial das tarefas. Alguns estudantes, conforme indicado na análise das falas dos professores, demonstraram um certo abandono em relação à escola, o que sugere uma falta de motivação e envolvimento com o ensino remoto. Esse desinteresse contribuiu para uma experiência educacional menos produtiva e comprometida. Outro fator relevante foi a exclusão implícita, causada pelo modelo de ensino remoto. Esse modelo contribuiu para um processo de exclusão que afetou especialmente os grupos menos favorecidos, que enfrentaram maiores dificuldades de acesso a recursos tecnológicos e suporte educacional. A falta de infraestrutura adequada e suporte adequado exacerbou as desigualdades existentes.

As iniciativas de suspensão das aulas presenciais não devem ser vistas como uma estratégia isolada, mas como parte de um planejamento mais amplo das linhas de cuidado em saúde, que envolve a colaboração de diversos atores e setores. Essas medidas estiveram,

portanto, associadas ao fechamento de outros locais de trabalho que geravam aglomerações e não eram considerados serviços essenciais (LUNARDI et al., 2021; SANTOS; FERLA, 2022).

Apesar dos desafios e fragilidades nos sistemas de ensino, as aulas on-line foram a alternativa mais viável para garantir o acesso ao direito de aprender, como é previsto na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) (SANTOS; FERLA, 2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Algumas pessoas dizem que o seu futuro já está escrito e nada pode ser mudado. Eu quero mudar tudo. Eu quero voltar ao começo quando nada estava escrito”. (Filme “Rosa e Momo”; 2020)²⁵.

O final de um percurso de pesquisa, mostra o alcance do caminho que se seguiu, mas, para o olhar inquieto, mostra novos caminhos. Ao discutir a COVID-19 no Brasil, torna-se quase impossível separar a crise sanitária das questões políticas, especialmente no que diz respeito à necropolítica, e das desigualdades sociais, que se tornaram ainda mais evidentes durante a pandemia. A COVID-19 explode as conexões entre o social e a saúde, como na origem do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, e abre o pensamento a uma miríade de questões que envolvem o andar da vida e se conectam fortemente com a produção da saúde. No caso da pandemia, as conexões entre o vírus, o ambiente e a saúde foram rapidamente desvelados. Entretanto, a falta de uma gestão eficaz da crise resultou em consequências que ultrapassam os números frios de adoecimentos e óbitos, afetando profundamente a vida cotidiana, o acesso aos cuidados de saúde e a segurança econômica, com impactos desproporcionais nas populações mais vulneráveis. Os efeitos sobre a vida das pessoas do modo como as práticas governamentais foram implementadas, e dos jogos de poder que se espalharam pelos territórios, associados a enunciados que disputavam a noção de risco, a eficácia das medidas de proteção, a segurança das vacinas e a importância da redução da circulação de pessoas, incidiram de forma interseccional sobre a saúde e a vida de cada um e de todos nós. Cada caso de adoecimento e cada óbito está entrelaçado com histórias de sofrimento individual e familiar, dor e perda, ressaltando a importância de não reduzir a pandemia a uma mera análise quantitativa.

A pandemia intensificou desigualdades preexistentes e exacerbou as dificuldades enfrentadas por grupos vulnerabilizados pelas relações sociais, revelando a necessidade de uma compreensão mais profunda das experiências vividas pelas populações afetadas. Este entendimento mais abrangente é crucial para a formulação de políticas de saúde que não se limitem a responder a dados quantitativos, mas que também considerem as necessidades específicas e contextuais das comunidades e pessoas afetadas. E é muito relevante também na

²⁵ O filme narra apresenta a história de uma sobrevivente do Holocausto, Madame Rosa (Sophia Loren). Ela cuida dos filhos de trabalhadoras do sexo. A pedido de um amigo, decide acolher um menino de 12 anos, órfão, muito rebelde e envolvido em tráfico de drogas, Momo (Ibrahima Gueye). Após as dificuldades na relação, ambos constroem uma relação de confiança. À medida que Madame Rosa e Momo se adaptam um ao outro, a história revela as vulnerabilidades dos personagens (ROSA E MOMO, 2020).

abordagem individual, que se dá em cada encontro dos trabalhadores de saúde com usuários no cotidiano dos territórios.

A complexidade na produção de saúde nos territórios é melhor compreendida quando se leva em conta a interação de diversas disciplinas e profissões, não apenas das biociências, mas também das Ciências Sociais, Humanas e Ambientais, para entender os fenômenos associados ao processo de adoecimento pelo novo coronavírus. Portanto, é essencial superar a visão limitada de saúde como mera ausência de doença ou assistência às pessoas doentes, e reconhecer que doenças afetam não apenas o corpo individual, mas têm repercussões sociais e ambientais. Se é verdade que essas conexões estão na origem do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, também é verdade que se tornaram ainda mais visíveis durante a pandemia para todos os saberes e fazeres profissionais no sistema de saúde. Mesmo quando, por questões de subjetivação por outras ideologias alheias à ética do cuidado, esses mesmos profissionais implementaram práticas negacionistas.

Esta Dissertação teve como objetivo geral analisar a pandemia sob uma perspectiva social, oferecendo uma visão detalhada de como a COVID-19 impactou as dinâmicas e interações sociais cotidianas, na comunidade, no mundo do trabalho. Para isso, focou-se na compreensão dos profissionais de saúde da atenção primária em territórios definidos do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A pandemia transformou significativamente a forma como as pessoas se relacionam, adaptam suas rotinas e enfrentam os desafios diários. Esse enfoque destaca a importância de integrar questões sociais e humanas às respostas à crise, para desenvolver políticas que sejam não apenas reativas aos dados epidemiológicos, mas também sensíveis às realidades e necessidades das comunidades em um contexto mais amplo. Não apenas na dimensão macro das políticas, mas também nos encontros, na micropolítica do trabalho de atenção e de gestão, que foi a base empírica da pesquisa. Dessa forma, a análise social da pandemia proporciona uma compreensão mais completa dos impactos da crise, promovendo uma abordagem mais inclusiva e equitativa na formulação de respostas e soluções para enfrentar a crise sanitária.

Como todo estudo qualitativo, essa pesquisa terá restrições de abrangência, embora o esforço analítico tenha sido de conectar os dados que emergiram do campo empírico às produções feitas em outros cenários, mostrando certas continuidades. O mergulho no território, onde, no mesmo cenário que emergem questões originais e subjetivas, têm protagonismo personagens produzidos nos processos de formação profissional e na dinâmica social, política e institucional, mostra continuidades e formas singulares. Ao tempo em que os participantes responderam sobre uma clínica geral, embasada em protocolos e orientações do SUS, falaram

também sobre questões relacionadas à economia afetiva, aos medos e aos afetos mobilizados pelos discursos de oposição à saúde.

É certo que a COVID-19 impactou nossas vidas e a forma como estabelecíamos nossas relações antes da crise. Este capítulo triste da história da humanidade jamais será esquecido - e não deve ser! Diante de todos os fatos, que possamos ter aprendido sobre o valor das vidas e do SUS, como um sistema poderoso para o enfrentamento de crises, e a necessidade de defendê-los. Não apenas como memória geral, senão também como registros do que se sucedeu em cada território, na vida de todas as pessoas.

Portanto, que o cuidado com a saúde, que é primordial, ocupe nosso imaginário e nos motive a buscar aproximações e a construir vínculos e redes de afeto, para construirmos coletivamente capítulos da vida mais felizes e entusiasmantes. Cuidar é também fazer parte da vida do outro, é produzir felicidade!

Mesmo sabendo que o item de considerações finais não é o momento de retornar aos dados empíricos da pesquisa, seja como forma de homenagem, seja como forma de síntese, recupero os depoimentos registrados no contato com os participantes:

“A gente tinha um vínculo muito forte [no território, com a comunidade]. Eu sou agente há 21 anos”. (Participante A1).

“A gente cria um vínculo com a família. A gente tem aquela área que a gente visita. Então, por exemplo, eu estou há 10 anos nisso. Então a gente cria vínculo, vira praticamente um familiar da pessoa, dependendo da situação”. (Participante C1).

É verdade que a produção de saúde não se esgota na abordagem biomédica, já sabemos há tempos. Também já é sabido que as diferentes dimensões do social interseccionam a saúde e suas práticas. Mas a pandemia tornou muito forte a dimensão micropolítica do trabalho em saúde, que fala da produção de vínculos afetivos, de um trabalho que é técnico, social, político e afetivo ao mesmo tempo. Que nossos esforços, durante o enfrentamento à pandemia, não tenham sido em vão, porque eles não foram! E que, inspirados pelas contribuições acima, a gente continue sendo guiado pelos afetos. Os depoimentos pedem passagem à expressão mais genuína do cuidado, que é o humano, a liberdade de reconhecer o sentimento investido no encontro, de não haver repressões à performance humana no cuidado. Ouvi, em muitos depoimentos, também o pedido de que nas práticas profissionais na saúde, e a medicina é uma forte expressão, caiba o encontro de uma pessoa que quer cuidar e uma pessoa que precisa de

cuidados, na escala individual e coletiva. Devolver a condição humana ao trabalho em saúde, desumanizado pela técnica e pelo imaginário de saber/poder que pretende tornar trabalhadores em semideuses, parece ser uma questão bem visível e consoante à literatura sobre cuidado da Saúde Coletiva (FERLA, 2021). A condição humana no cuidado em tempos de crises sanitárias e sociais fala de um conhecimento incompleto, do reconhecimento de que a complexidade de cada situação extrapola o conhecido prévio e universal e que, portanto, chama a aprendizagem significativa, derivada da condição humana que lhe dá movimento permanente. É preciso aprender a aprender no trabalho, inclusive a aprender a sentir dúvida, insegurança, raiva. O trabalhador da saúde precisa ser um pesquisador de si e do seu entorno (MERHY, 2002).

Impossível voltar no tempo e refazer a história que vivemos, retomando a fala do personagem Momo do filme “Rosa e Momo” (2020), citada no início desta seção. No entanto, o personagem expressa uma vontade de desafiar essa ideia. A reflexão, portanto, é para dizer sobre o desejo do recomeço, de um recomeço melhor. Contextualizada ao tema desta Dissertação, isso pode simbolizar uma busca por novas oportunidades, uma chance de corrigir erros, ou simplesmente o desejo de reescrever uma história mais possível para todas as pessoas a partir do novo começo.

Acredito em uma ciência que pode ser construída com afetos, sensibilidades, que pode dialogar com a arte, com a música e com os demais saberes que se expressam nos territórios, inclusive como uma forma de combater o negacionismo e fundamentalismo religioso, que busca prescrever para a vida pessoal e pública, de forma similar ao cuidado submerso na lógica da biomedicina, que também abre um espaço muito escasso para compor com a vida cotidiana. Aliás, a ciência como descoberta, precisa assumir uma estética de arte, onde cada encontro produz coisas para além das receitas e encaminhamentos para procedimentos.

Retomando, portanto, a reflexão de Ru Paul²⁶ sobre a importância do voto em ano de eleição, presente na epígrafe desta Dissertação, que as nossas escolhas políticas sejam conscientes e responsáveis. Que nossas escolhas, em ano de eleição, sejam por pessoas candidatas que defendam a vida, os direitos humanos e o SUS. Flávia Oliveira da Fraga, jornalista, comentarista e colunista brasileira, declarou, em 10 de setembro de 2024, que o Congresso está “dissociado dos interesses do país”. “É absolutamente tudo sobre eles, sobre quem se favorece, sobre que grupo vai se sobrepor a outro, sobre quem será anistiado. (...) E sem nenhum pudor”²⁷. A jornalista baseou seu discurso no projeto de lei que anistia golpistas

²⁶ Disponível na página 8 deste documento.

²⁷ GloboNews no Instagram. Disponível em:

<https://www.instagram.com/reel/C_vm8KYvHLL/?igsh=eDUzYmt2MnFtbjU2>. Acesso em 10 set. 2024.

do 8 de janeiro de 2023, que estava para ser analisado pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara, no dia 10 de setembro de 2024. Mas a reflexão também pode ser contextualizada e aplicada para outros entendimentos. Em ano de campanhas eleitorais, é prioritário verificar os discursos de candidatos aos cargos políticos, se estão compatíveis às necessidades coletivas e ambientais, como as grandes queimadas em diversos pontos, que colocam o país, inclusive, nos noticiários internacionais, mas pelos motivos ruins. Impossível responder aos enunciados de cada participante da pesquisa, clamando por mais condições materiais, intelectuais e afetivas para melhorar o cuidado se, no âmbito das políticas, os legisladores e os governantes não estiverem sintonizados no interesse da saúde e da vida de todas as pessoas em todos os territórios, que inclui a proteção ambiental para garantir a continuidade das vidas.

Ainda convivemos com *fake news*, com o novo coronavírus e com uma miríade de novas ameaças, apenas não estamos no quadro de emergência de saúde pública, como ocorreu nas fases mais críticas de adoecimentos e mortes por COVID-19, sobretudo quando ainda não havia vacina específica disponível. Esse é o “novo normal”, que inclui manter cuidado com relação ao vírus, que ainda circula e causa impactos. Depois da pandemia, tivemos crises climáticas, explosões de violência e outras situações que, sendo da esfera do social, também incidiram sobre a saúde. Nas conexões social e sanitário, além do cuidado às pessoas para mitigar o efeito interseccional sobre sua saúde, também é preciso implementar ações de proteção e prevenção, que coloquem o social no pensamento radical da saúde, explicitando as dimensões do social na saúde.

Mas, depois de termos enfrentado e superado a COVID-19, infelizmente não a tempo de salvarmos todas as vidas perdidas, desejo que tenhamos muitos motivos para sorrir nas próximas décadas, nos próximos séculos... Sorrir é sinônimo de alegria, mas não somente. Parafraseando o saudoso ator e comediante brasileiro Paulo Gustavo, vítima da COVID-19 em 2021, **“rir é um ato de resistência”**²⁸. Espero que a pesquisa, que mobilizou o trabalho físico, intelectual e afetivo durante os últimos mais de dois anos, também faça sorrir os leitores que, afinal, aprender coisas novas é esperançador, como nos ensinou Paulo Freire.

Eu, de minha parte, como um aprendiz de Saúde Coletiva, trabalhador da saúde e artista inquieto, já penso em novos caminhos.

²⁸ Disponível em: <<https://www.facebook.com/share/v/LmoJn1ut2VMJ1CrV/?mibextid=oFDknk>>. Acesso em: 12 set. 2024.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Receitas médicas têm validade nacional**. GOV.BR, 19 jun. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2019/receitas-medicadas-tem-validade-nacional>>. Acesso em: 4 set. 2024.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 244-260, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Rz7trxX8jN6b3pLhWtQqKMD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- ALVES, P. C. Pandemia, práticas e vida cotidiana. **Etnografias Contemporâneas**, v. 9, n. 16, p. 124-139, 2023.
- ARAÚJO, T. A.; GUEDES, T. R. O. N. Efeitos da covid-19 sobre a força de trabalho feminina no Brasil. In: VALDA, F. (org.) et al. **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/02/Livro-A-pandemia-e-o-trabalho-em-saude-vozes-do-cotidiano.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
- BARCELOS, T. N. et al. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 45, e65, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2021.v45/e65/pt>>. Acesso em: 22 ago. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BARROS, J. C.; SILVA, S. N. Perfil de utilização de psicofármacos durante a pandemia de COVID-19 em Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230059, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Q6mHp8vk9h8JWkH8HM6tDbs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 3 set. 2024.
- BASTOS, M. A. P. C et al. O estado de exceção nas favelas: perspectivas biopolíticas a partir da pandemia do COVID-19. **Rev. Augustus**, v. 25, n. 51, p. 113-129, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/564/293>>. Acesso em: 2 set. 2024.
- BBC News Brasil. **Governo diz que vacina contra covid-19 será distribuída em janeiro e promete 100 milhões de doses**. BBC News Brasil. 01 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>>. Acesso em: 08 set. 2024.
- BIEHL, J. Descolonizando a saúde planetária. **Horizontes Antropológicos**, ano 27, n. 59, 2021. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/horizontes/5259>>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BITENCOURT, R. R. et al. Discutindo as interseccionalidades que permeiam a pandemia da COVID-19 no Brasil. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

BOTTI, C. A. H. **Companhia Mineira de Eletricidade**. Companhia Energética de Minas Gerais, Centro de Pesquisas Sociais, UFJF, p. 19-20, 1994.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOUSQUAT, A. et al. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS- 2021**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2021. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Rede-APS.-Relatorio-Pesquisa-Desafios-da-Atencao-Basica-no-enfrentamento-da-pandemia-Covid-19-2021-1.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2024.

BRADSHAW, C.; ATKINSON, S.; DOODY, O. Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 4, p. 1-8, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4ª ed., 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC no 357, de 24 de março de 2020**. Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de março de 2020 [acessado em 8 jan. 2023]. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-357-de-24-de-marco-de-2020-249501721>>. Acesso em: 3 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 - Painel Coronavírus**. 2024. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara fim da emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-em-saude-publica-de-importancia-nacional-pela-covid-19>>. Acesso em: 11 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Diretrizes para investimentos em saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_investimentos_saude.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Diário Oficial da União: seção 1, p. 11.668, 13 maio 1998. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 3 set. 2024.

- BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021). **Relatório Final - CIPANDEMIA - CPI da Pandemia**. 2021. Disponível em:
<<https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441>>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology**. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2. p. 77-101. 2006.
- BRITO, S. B. P. et al. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Revista Visa em Debate**, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. Disponível em:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2024.
- BUSS, P. M. A Fórceps! COVID-19 e a saúde em todas as políticas. **RADIS**, n. 212, p. 10-15, 2020. Disponível em:
<https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis212_web.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- BUSS, P. PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BYRNE, D. A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. **Quality & Quantity**, v. 56, p. 1391-1412, 2022. DOI: 10.1007/s11135-021-01182-y.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Consulta Estabelecimento - Identificação**. Disponível em:
<<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=JUIZ%20DE%20FO RA>>. Acesso em: 4 set. 2024.
- CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, p. 30-47, 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?lang=pt#>>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00279111. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/tes/a/sQgGPbjSPqPSqYnsZxWvxwf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 ago. 2024.
- CAPONI, S., et al. O uso político da cloroquina: COVID-19, negacionismo e neoliberalismo. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 9, n. 21, p. 78-102, 2021. Disponível em:
<<https://www.redalyc.org/journal/5957/595769789005/595769789005.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2024.
- CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 939-9, 2010. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reben/a/z3XrJ9bDWMqfTPSxkkGZCjN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 ago. 2024.

- CARVALHO, E. Favelas e a pandemia de covid-19, uma tragédia anunciada? **Pensar Acadêmico**, v. 19, n. 2, p. 407-432, 2021. Disponível em: <<https://iris.uniroma1.it/retrieve/e383532e-038c-15e8-e053-a505fe0a3de9/1938-9667-1-PB.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2024.
- CASSINO, J. F.; SOUZA, J.; SILVEIRA, S. A. (org.). **Colonialismo de dados** - Como opera atrincheira algorítmica na guerra neoliberal. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2021.
- CASTRO, R. Necropolítica e a corrida tecnológica: notas sobre ensaios clínicos com vacinas contra o coronavírus no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 59, p. 71-90, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/zSJgZQVLxxF5cwZGYtLKZyS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- CAVALCANTE, T. M. et al. Como a Política Nacional de Controle do Tabaco Pode Ajudar no Enfrentamento da Pandemia da Covid-19? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (TemaAtual), p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/>>. Acesso em: 3 ago. 2024.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 19 jul. 2024.
- CIRILO, S. S. V. et al. Necessidade de assistência psicossocial em tempos de pandemia causada pelo novo coronavírus: um olhar atento aos pacientes oncológicos e aos profissionais da área da oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (Tema Atual), p. 1-4, 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- CNN Brasil. **Meio milhão de mortes por Covid carrega marca da desigualdade do Brasil**. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/meio-milhao-de-mortes-por-covid-carrega-marca-da-desigualdade-do-brasil/>>. Acesso em: 03 set. 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Validade das receitas**. Prescrição Eletrônica. 2024. Disponível em: <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/faq_farmaceuticos/validade-das-receitas/>. Acesso em: 3 set. 2024.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **CNS lança campanha Proteger o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1730-cns-lanca-campanha-protoger-o-trabalhador-e-a-trabalhadora-e-protoger-o-brasil>>. Acesso em: 3 set. 2024.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Covid-19: falta de EPIs para trabalhadores e trabalhadoras essenciais preocupa CNS**. 2020. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1205-covid-19-falta-de-epis-para-trabalhadores-e-trabalhadoras-essenciais-preocupa-cns>>. Acesso em: 30 jul. 2024.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 04 abr. 2024.
- COSTA, A. M.; CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA, J. C. R. Estratégia Saúde da Família em Portugal e no Brasil: uma análise comparativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 208-220, 2013.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 969-978, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

CRUZ, V. R. et al. A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade. **Saúde em Redes**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 4113, 2023. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4113>>. Acesso em: 7 set. 2024.

DUSILEK, D. **A arte da investigação criadora**. Introdução a Metodologia da Pesquisa. 9 ed., Rio de Janeiro: Junta de Edição Religiosa e Publicações, 1999.

ERIN BROCKOVICH - Uma Mulher de Talento. Estados Unidos, 2000. Cor, 130 min. Gênero: drama biográfico. Direção: Steven Soderbergh. Produção: Danny DeVito, Stacey Sher, Michael Shamberg, Gail Lyon, John Hardy. Roteiro: Susannah Grant.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Estudo aponta que mais de 4,5 mil profissionais de saúde morreram durante o auge da pandemia de Covid-19**. 2022. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/estudo-aponta-que-mais-de-45-mil-profissionais-de-saude-morreram-durante-o-auge#:~:text=N%C3%A3o%20h%C3%A1%20dados%20oficiais%20sobre,2020%20e%20de zembro%20de%202021>>. Acesso em: 30 set. 2023.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

FERLA, A. A. et al. A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19. In: SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazoniapercursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

FERLA, A. A. et al. A produção e vida e saúde Manicoré, nas margens do rio madeira: considerações sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19. In: SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazoniapercursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

FERLA, A. A. et al. A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

FERLA, A. A. et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>>. Acesso em: 15 dez. 2023.

FERLA, A. A. Trabalho em saúde, corpo e subjetivação capitalística. **Interface**, v. 21, n. 63, p. 1024-6, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Q88kPWWJFkz7zYQmHy3LhTn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 fev. 2024.

FERLA, A. A. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 81-94, 2021. DOI: 10.54909/sp.v5i2.119022. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/119022>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FERLA, A. A.; SANTOS, W. P. Cinema e ambiente: a crise ambiental a partir de três obras cinematográficas para pensar a formação e o trabalho em saúde. **In: 16º Congresso Internacional da Rede Unida - Revista Saúde em Redes**, v. 10, Supl. 2, 2024. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/16congressointernacionaldaredeunida/trabalho/373633>>. Acesso em: 13 set. 2024.

FERNANDES, F. S. Pandemia e necropolítica nas falas e nos gestos: reflexões sobre a gestão federal no enfrentamento à COVID-10. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2024.

FERNANDEZ, M. V. et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020. Disponível em: <<https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/84/60>>. Acesso em: 30 ago. 2024.

FERREIRA, J. D. et al. Covid-19 e câncer: atualização de aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66 (TemaAtual), p. 1-7, 2020. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/>>. Acesso em: 5 ago. 2024.

FERREIRA, S. F.; SANTOS, A. G. M. Dificuldades e desafios durante o ensino remoto na pandemia: um estudo com professores do município de Queimadas - PB. **Revista Científica Semana Acadêmica**, v. 9, edição 207, 2021. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/94_dificuldades_e_desafios_durante_o_ensino_remoto_na_pandemia_um_estudo_com_professores_do_municipio_de_queimadas_pb_ver_artigo_online.pdf>. Acesso em: 6 set. 2024.

FIELDEN, A. L.; SILENCE, E.; LITTLE, L. Children's understandings of obesity, a thematic analysis. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, v. 6, n. 3, p. 7170, 2011. DOI: 10.3402/qhw.v6i3.7170.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Sandra Netz. - 2 ed. - Porto Alegre: Bookman, 2004.

- FLORES, J. B.; LIMA, V. M. R. Educação em tempos de pandemia: dificuldades e oportunidades para os professores de ciências e matemática da educação básica na rede pública do Rio Grande do Sul. **Revista Insignare Scientia-RIS**, v. 4, n. 3, p. 94-109, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RIS/article/view/12116>>. Acesso em: 3 set. 2024.
- FONSECA, T. G. N. et al. A Unidade Básica de Saúde (UBS) frente a pandemia do novo Coronavírus: a conduta do usuário na visão dos profissionais da saúde. **InterAm J Med Health**, v. 3, e202003054, 2020.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FREITAS, J. M. B. et al. Caruaru no enfrentamento à pandemia: entre a eficácia do trabalho em saúde e a falácia medicamentosa. In: SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wpcontent/uploads/2023/04/Livro-Praticas-Sociais-de-enfrentamento-a-Covid-19-esperancandonovos-mundos.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). **Meio milhão de mortes por Covid carrega marca da desigualdade do Brasil**, 2021. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2021. Disponível em: <<https://www.cps.fgv.br/cps/bd/clippings/yc0969.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2024.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **COVID-19: Atenção primária atenuou desigualdades na vacinação no Brasil**. Portal Fiocruz, 17 ago. 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-atencao-primaria-atenuou-desigualdades-na-vacinacao-no-brasil>>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nota técnica nº 23: Análise da cobertura vacinal contra a COVID-19 no Brasil**. Instituto de Comunicação e Informação em Saúde, 2021. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_23.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **O enfrentamento à pandemia de COVID-19 em Manaus: uma análise da crise de oxigênio**. Informe - Fiocruz. 2021b. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>>. Acesso em: 31 ago. 2024.
- FURLAM, T. O. et al. Efeito colateral da pandemia de Covid-19 no Brasil sobre o número de procedimentos diagnósticos e de tratamento da sífilis. **R. bras. Est. Pop.**, v.39, 1-15, e0184, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/R3Gd5ccQLWXzrGPZ5FftPMv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 9 set. 2024.
- GIOVANELLA, L. et al. A provisão de médicos nas equipes de Saúde da Família em grandes municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 193-204, 2009.
- GODDERIS, L.; BOONE, A.; BAKUSIC, J. COVID-19: a new work-related disease threatening healthcare workers. **Occupational Medicine**, v. 70, p. 315-16, 2020. Disponível em: <<https://www.forumat.net.br/at/?q=node/2685>>. Acesso em 21 jul. 2024.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278. Disponível em:

<<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/635/816>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

GOMES, L. B. et al. Micropolítica del trabajo en salud: contrabando de ideas para explotar los pensamientos sobre la salud y para hacer las prácticas más intensas. In: Merhy, E. E. **Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS - Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023.

Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-del-trabajo-en-salud-teoria-metodos-y-aplicaciones/>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

GONÇALVES, A. L.; LIMA, A. M. Interpretações do totalitarismo: Hannah Arendt e Friedrich-Brzezinski. **Revista de Filosofia da Região Amazonica Clareira**, v. 4, n. 1-2, p. 68-83, 2017. Disponível em: <<https://revistaclareira.com.br/wp-content/uploads/2021/03/106-655-1-PB.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

GRANEMANN, S.; MIRANDA, F. **Crise econômica, crise sanitária: A Covid-19 como instrumento da acumulação?** Em **CRISE E PANDEMIA: quando a exceção é regra geral** (p. pt). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2020.

GRIEP, R. H. et al. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 entre trabalhadores de unidades de saúde. **Rev Bras Saude Ocup**, v. 47, ecov4, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbso/a/G8zqTpK57PcZx74vptGG3zh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 set. 2024.

GRIPP, G. S.; FARIA, E. R. A família diante da dificuldade de aprendizagem da criança. **Universo Acadêmico, Taquara**, v. 7, n. 1, p. 33-48, 2014. Disponível em:

<https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/2_a_familia.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

GUARNIERI, J. M. et al. Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19. Realidades brasileiras e estratégias populares de enfrentamento à COVID-19. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

GUEDES, T. R. O. N. et al. Efeitos da COVID-19 sobre a força de trabalho no Brasil, destacando as ocupações de maior relevância no suporte à vida durante a pandemia. In: VALDA, F. (org.) et al. **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022a. Disponível em:

<<https://editora.redeunida.org.br/project/a-pandemia-e-o-trabalho-em-saude-vozes-do-cotidiano/>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

GUEDES, T. R. O. N. et al. Enfrentamento à pandemia de COVID-19: um estudo nos territórios da atenção básica de Manaus, Manicoré e São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. In: SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022b. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0. Disponível em:

<<https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazoniapercursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>>. Acesso em: 15 fev. 2024.

- GUETTNAUER, P. D. A. Cinema bolchevique: uma análise benjaminiana do cinema soviético do período stalinista. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e388111637530, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37530/31762>>. Acesso em: 19 ago. 2024.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 9ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2023.
- HEINZELMANN, F. L. et al. Impactos da COVID-19 na vida das mulheres em Portugal: Breve análise temática. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios**, v. 9, p. 320-326, 2021. Disponível em: <<https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/489/489>>. Acesso em: 2 set. 2024.
- HOTEL RWANDA**. Direção: Terri Jorge. Produção de Terri Jorge, A. Kitman Ho. Estados Unidos, Reino Unido, África do Sul, Itália, 2004. 1 DVD.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidade e estado - Juiz de Fora**. 2024. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html>>. Acesso em: 7 jul. 2024.
- INTERCEPT BRASIL. Como a Igreja Universal está doutrinando as forças policiais do Brasil e os governos fingem que não veem. **The Intercept Brasil**, 29 maio 2023. Disponível em: <<https://www.intercept.com.br/2023/05/29/como-a-igreja-universal-esta-doutrinando-as-forcas-policiais-do-brasil-e-os-governos-fingem-que-nao-veem/>>. Acesso em: 11 set. 2024.
- JACKSON FILHO, J. M. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, e14, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/Km3dDZSWmGpggYbjgc57RCn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 4 ago. 2024.
- JUNG, G.; SCHETTERT, M. R.; BRASIL, R. M. Os diversos traumas no enfrentamento à pandemia: um hospital especializado em urgências envolto na pandemia da COVID-19. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-easau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2024.
- KEESARA, S.; JONAS, A.; SCHULMAN, K. Covid-19 and health care's digital revolution. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 23, p. 2281-2283, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005835>>. Acesso em: 21 jul. 2024.
- LATOURE, B. **Reagregando o social - uma introdução à teoria do Ator-Rede**. Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012.
- LEAL, J. Máscaras COVID-19 e outras máscaras. **Sociol. antropol.**, v. 11. Especial, p. 157-162, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sant/a/jLxr7ksRPYPMCH4G4CD5ssF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2024.
- LEITE, M. P. Biopolítica da precariedade em tempos de pandemia. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, p. 1-16, 2020. Disponível em: <<https://www.reflexpandemia.org/texto-23>>. Acesso em: 25 jun. 2024.

LIMA, N. T.; MACHADO, C. V. Diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. In: In: Padilla, M. (org.) et al. **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

LOPES, G. V. B.; COSTA, K. F. L. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, Supl. 2, 2020. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3298/565>>. Acesso em: 3 set. 2024.

LUNARDI, N. M. S. S. et al. Aulas remotas durante a pandemia: dificuldades e estratégias utilizadas por pais. **Educação & Realidade**, v. 46, n. 2, e106662, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edreal/a/GnhccHnG4mxDNdSQKDQ7ZBt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 ago. 2024.

LUZ, M. T. (Org.). **Racionalidades e instituições médicas: aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS - Nicaragua; Manágua: ÚNICA, 2023. 253 p. (Série Salud & Centroamérica, v.2). ISBN: 978-65-5462-057-4. DOI: 10.18310/9786554620574. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/racionalidades-e-instituciones-medicasaportes-teoricos-y-metodologicos-a-la-investigacion-y-el-pensamiento-en-saludcolectiva/>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultado. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MALTA, D. C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2833-2842, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/4PDxPLNlnKwwzR7bBrdW3L/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 set. 2024.

MARQUESI, S. C.; SILVA, A. A. Plano de texto, construção de sentidos e violência verbal em uma crônica anunciada: Brasília, 8 de janeiro de 2023. **Revista (Con)Textos Linguísticos**, v. 17, n. 37, p. 54-73, 2023. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/contextoslinguisticos/article/view/41632>>. Acesso em: 11 ago. 2024.

MARTINS, A. B. Efeitos da COVID-19 nas populações em áreas vulneráveis nos centros urbanos: territórios periféricos em movimento, lutos e lutas. In: Valda, F. (org.) et al. **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/a-pandemia-e-o-trabalho-em-saude-vozes-do-cotidiano/>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

MARTINS, F. M. et al. Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: *território líquido* que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. **Interface (Botucatu)**, v. 26, e210361, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2022.v26/e210361/pt>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MARTINS-SALANDIM, M. E.; SILVA, K. A. entre facas e motosserras: problematizando práticas de pesquisa com história oral. **Ciência & Educação, Bauru**, v. 26, e20039, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ciedu/a/ytrS78WsQcXfT95Z4dZsZMc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 ago. 2024.

MASSUCHIN, M. G.; SANTOS, M. B. A intersecção entre desinformação, religião e pandemia: a atuação de canais religiosos no YouTube no contexto da COVID-19. **Revista Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 10, n 1, 2021. Disponível em:

<<https://periodicos.ufac.br/index.php/tropos/article/view/4537>>. Acesso em: 11 set. 2024.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MBEMBE, A. **Necropolítica. Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-51, 2016. Disponível em:

<file:///C:/Users/Microsoft-PC/Downloads/8993-17970-1-SM.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MEDEIROS, E. A. S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19.

Acta Paulista de Enfermagem, v. 33, p. 1-4, 2020. Disponível:

<https://www.scielo.br/pdf/ape/v33/en_1982-0194-ape-33-e-EDT20200003.pdf>. Acesso: 7 jul. 2024.

MELO, A. O. S.; RODRIGUES, M. N. Pandemia e Estado Necropolítico: um ensaio sobre as Políticas Públicas e o agravamento das vulnerabilidades da população negra frente ao COVID-19. **Revista Fim do Mundo**, v. 4, p. 1-15, 2021. Disponível em:

<<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RFM/article/view/11056/10300>>. Acesso em: 9 set. 2024.

MENDES, E. V. Estratégia Saúde da Família e suas contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Suplemento 1, p. 361-367, 2010.

MENDONÇA, P. E. X. et al. A COVID-19 chegou no “longe muito longe”: as estratégias de enfrentamento no município de Boca do Acre, Amazonas. SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia**: percursos de uma pesquisa em ato. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0. Disponível em:

<<https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazonia-percursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

MENEAR, M. et al. Person-centered care for common mental disorders in Ontario’s primary care patientcentered medical homes: a qualitative study of provider perspectives. **BMC Primary Care**, v. 25, n. 278, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12875-024-02519-w>>. Acesso em: 5 ago. 2024.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. **ENSAIO - Saúde debate**, v. 43, spe 5, 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?lang=pt>>. Acesso em: 11 fev. 2024.

- MERHY, E. E. **Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/ OMS - Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023, 151 p. (Série Salud & Centroamérica, v.3). Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-del-trabajo-en-salud-teoria-metodos-y-aplicaciones/>>. Acesso em: 3 jun. 2024.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2.
- METRÓPOLES. Coronel da Igreja Universal orienta policiais militares em SP. **Metrópolis**, 12 jul. 2023. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/sao-paulo/coronel-igreja-universal-pms-religiao>>. Acesso em: 11 set. 2024.
- MILL, J. G.; POLESE, J. Síndrome pós-COVID ou COVID Longa: um novo desafio para o sistema de saúde. **Arq Bras Cardiol.**, v. 120, n. 11, p. e20230750, 2023. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/abc/a/wVrM7TyMhLtgskrTGv49CsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- MINAYO, M. C. S. Determinação social, não! Por quê? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 set. 2024.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. - 4ª edição. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2024.
- MIRANDA, A. Pandemia da COVID-19 e óbitos evitáveis no Brasil, combinação letal entre indiferença sistêmica e pendor necropolítico. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- MOREIRA, J. A.; HENRIQUES, S.; BARROS, D. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. **Dialogia**, n. 34, p. 351-364, 2020.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00315147. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00315. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 8 ago. 2024.

MORETTE, P. et al. Protagonismo em meio ao caos: uma análise da gestão municipal do Sistema Único de Saúde no enfrentamento à pandemia. In: MARTINS, A. B. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. - São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em:

<<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2024.

MOROSINI, L. Negacionistas da vacina - Posições contrárias à imunização ainda dificultam o controle de doenças e a retomada de altas coberturas vacinais. **Radis**, 2024. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/covid-19/negacionistas-da-vacina/>>. Acesso em: 20 jul. 2024.

MOTA, P. H. S. et al. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3451-3460, 2023.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/RDThVQcPhnQdrtVWkycs6Ny/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 21 jul. 2024.

MUSSE, C. F. **Imprensa, cultura e imaginário urbano: exercício de memória sobre os anos 60/70 em Juiz de Fora**. 2006. 289f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Escola de Comunicação da UFRJ. Rio de Janeiro, 2006.

NASCIMENTO, M. C. et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19: avaliação por usuários acometidos pela doença. **Revista Mundo Saúde**, 47, e14272022, 2023. Disponível em:

<<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1503/1304>>.

Acesso em 21 jul. 2024.

NEDEL, J. L.; SILVEIRA, E. F.; VIVIAN, A. G. Qualidade de vida no trabalho de profissionais que atuaram na atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19.

Saud Pesq., v. 16, n. 2, e-11570, 2023. Disponível em:

<<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11570/7370>>. Acesso em: 5 set. 2024.

NICOLI, M. A. Os efeitos da covid “no território”: manifesto pela humanização do conhecimento sobre a produção da saúde. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (org.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-sociais-de-enfrentamento-da-pandemia-na-amazonia-esperancando-novos-mundos/>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

OLIVEIRA, R. G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00150120, 2020.

Disponível em:

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

Acesso em: 10 fev. 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S. (et al.). (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00259120, 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-01-e00259120.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Prevenção e mitigação da transmissão da COVID-19 no trabalho**. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54417/OPASWBRAPHECOVID-19210035_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 5 set. 2024.

PACZEK, R. S.; DUARTE, E. R. M.; FERLA, A. A. Pensando sobre a necropolítica na pandemia. In: MARTINS, A. B (org.) et al. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. - São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

PADILLA, M. (org.) et al. **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6. p. 1723-8, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 ago. 2024.

PEIXOTO, V. M.; LEAL, J. G. R. P.; MARQUES, L. M. O impacto do bolsonarismo na cobertura vacinal de Covid-19 em municípios brasileiros. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 47, n. 139, p. 806-817, 2023. Disponível em: <<https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8398>>. Acesso em: 31 jul. 2024.

PEREIRA, M. F. I. et al. Descriptive study of COVID-19 mortality according to sex, schooling, age, health region and historical series: State of Rio de Janeiro, January 2020 to August 2021. **SciELO Preprints**, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.3614. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3614>>. Acesso em: 3 fev. 2024.

PISSAIA, L. F.; COSTA, A. E. K. Pandemia da Covid-19: percepções de estudantes de enfermagem sobre o seu ensino. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 32, n. 1, p. 148-164, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/11312/6596>>. Acesso em: 10 ago. 2024.

PODER360. **Relembre declarações de Bolsonaro sobre a vacinação**. Poder360. 09 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/governo/relembre-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao/>>. Acesso em: 3 set. 2024.

POLI. Desigualdade de gêneros em dados. **Poli - Saúde, Educação, Trabalho**, Ano XVI, n. 94, p. 20-21, 2024. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poli_94_web.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2024.

PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L., eds. Os profissionais da saúde e a pandemia de covid-19. In: **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, p. 282-371. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587>.

PRADO, M. F. et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, p. 224–228, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/XHwNB9R4xhLTqpLxqXJ6dMx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2024.

PRADO, N. M. B. L. et al. Respostas governamentais heterogêneas no enfrentamento da pandemia da COVID-19 por países da América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 665-683, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pJ5mqvWjcC8Yw5dMmy9QnbT/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

PRATA, H. L.; SILVA, E. G.; ALVES JÚNIOR, E. D. “Pelo meu histórico de atleta [...]”: a análise de discurso e a linearidade esporte-saúde. **Movimento**, [S. l.], v. 26, p. e26095, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/105511>. Acesso em: 14 set. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA (PJF). **PJF publica edital de processo seletivo público para Agente Comunitário de Saúde com 161 vagas**. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=82345>. Acesso em: 8 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA (PJF). Subsecretaria de Planejamento, Gestão Integrada e Participativa. **Plano Municipal de Saúde (PMS) - 2022-2025**. 2023. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumentoplanejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2024.

QUITES, H. F. O. et al. Estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19 em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, v. 47, n. 139, p. 818-829, 2023. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1503/1304>. Acesso em 21 jul. 2024.

RAMOS, P. R. Bophana e a persistência da memória. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 93, p. 113-127, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/152644/149111>. Acesso em: 19 ago. 2024.

RAMOS-FLORÊNCIO, A. S. Territorios dinamicos y sistemas de salud resilientes: hacia la salud universal. In: SCHWEICKARDT, J. C. et al. (org.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-sociais-de-enfrentamento-da-pandemia-na-amazonia-esperancando-novos-mundos/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

ROCHA, H. A Ditadura Militar (1964-1985) nas narrativas didáticas brasileiras. **Espacio, Tiempo y Educación**, v. 2, n. 1, jan.-jun. 2015, p. 97-120. ISSN 2340-7263.

ROSA E MOMO. Direção: Edoardo Ponti. Produção: Carlo Degli Esposti, Nicola Serra, Regina K. Scully, Jamie Wolf. Gênero: Drama. Itália, 2020. Cor, 95 min.

ROSA-CÓMITRE, A. C. D. et al. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3553-3562, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2023.v28n12/3553-3562/pt>>. Acesso em: 4 set. 2024.

ROSSETTO, J. R.; VALIM, M. D. Avaliação da infraestrutura de uma unidade COVID-19 e a percepção de profissionais de saúde sobre as atitudes de segurança. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 13, n. 3, 2023. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/17956>>. Acesso em: 6 ago. 2024.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 3 set. 2024.

SANDUANE, L. D. I. et al. Cultura, violência contra a mulher, trabalho e COVID-19 em Moçambique: algumas questões para pensar o trabalho em saúde. In: MARTINS, A. B. **A Pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. - São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-a-sau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2024.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020. Disponível em: <https://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Livro_Boaventura.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2024.

SANTOS, B. T. **Representações fílmicas do genocídio em Ruanda (1994)**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Estudos Africanos, Povos Indígenas e Culturas Negras - PPGEAFIN, Salvador, 2020. Disponível em: <<https://saberaberto.uneb.br/server/api/core/bitstreams/793a3ea0-f7a5-492d-8454-dedc326d7c68/content>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

SANTOS, D. V. D.; SILVA, M. J. S.; JURGENSEN, T. Vulnerabilidades e determinação social da saúde no cenário da atenção primária à saúde. In: TEIXEIRA, C. P. et al. (org.). **Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. 333 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.53). disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Livro-Experiencias-no-acesso-e-cuidado-de-populacoes-vulnerabilizadas-na-atencao-primaria.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SANTOS, M. **O retorno do território**. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. D.; SILVEIRA, M. L. Território globalização e fragmentação. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 1, p. 15-20.

SANTOS, W. P. et al. Complexidade, comunicação, circulação de informações e educação permanente em saúde: diálogos e monólogos no enfrentamento à pandemia em territórios amazônicos. In: SCHWEICKARDT, J. C.; FERLA, A. A.; GIATTI, L. (org.). **A Saúde Coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida**, AM. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024. (Série Saúde & Amazônia, v. 30). E-book (PDF). ISBN 978-65-5462-158-8. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/a-saude-coletiva-na-amazonia-redes-de-pesquisa-formacao-e-situacoes-de-saude-e-condicoes-de-vida/>>. Acesso em: 7 ago. 2024.

SANTOS, W. P. et al. Condições de trabalho e a expressão do colonialismo na pandemia de COVID-19. In: **Contribuições da pós-graduação na superação dos desafios em saúde pública na Amazônia**. Campina Grande: Editora Amplla, 2023. Disponível em: <<https://ampllaeditora.com.br/books/2023/02/IVEncontroFioCruzAmazonia.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2024.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. Estágio docente em Biologia durante a pandemia de COVID-19: novas relações de trabalho impostas pelo vírus da desigualdade e a aprendizagem em ato. In: FERLA, A. A.; FUNGHETTO, S. S. (org.). **Reflexões sobre Formação em Saúde: trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças**. - 2. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/reflexoes-sobre-formacao-em-saude-trajetorias-e-aprendizados-no-percurso-de-mudancas/>>. Acesso em: 14 jul. 2024.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. O trabalho em saúde e em áreas essenciais no enfrentamento à COVID-19: a proteção dos trabalhadores e trabalhadoras na agenda do SUS. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 42, 2020. Disponível em: <<https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/386>>. Acesso em: 11 jul. 2024.

SANTOS, W. P.; FERLA, A. A. Pandemia e os Desafios de Conexão: Um olhar do estagiário da saúde sobre o processo de ensino e aprendizagem. In: NICOLAU, S. M. et al. (org.). **Formação no e para o SUS na pandemia da COVID-19: resistências e (re)invenções**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

SARAIVA, E. M. S. et al. Impacto da pandemia pelo Covid-19 na provisão de equipamentos de proteção individual. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 43751-43762, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n7-115. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12731>>. Acesso em: 26 ago. 2024.

SCHWEICKARDT, J. C. (org.) et al. **Pandemia e transformações sociais na Amazônia: percursos de uma pesquisa em ato**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022a. (Série Saúde e Amazônia, v. 18). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-57-0. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/pandemia-e-transformacoes-sociais-na-amazoniapercursos-de-uma-pesquisa-em-ato/>>. Acesso em: 31 jul. 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; et al. (Org.). **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022b. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Praticas-Sociais-de-enfrentamento-a-Covid-19-esperancando-novos-mundos.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T.; FERLA, A. A. (org.). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes**. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021. 248 p. (Série Saúde & Amazônia, v.16). ISBN: 978-65-87180-91-5. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-ED.16-Mais-Medicos-na-Amazonia-Efeitos-no-Territorio-Liquido-e-suas-gentes-compactado.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2024.

SILVA, A. J. J. et al. Tempos de pandemia: efeitos do ensino remoto nas aulas de química do ensino médio em uma escola pública de Benjamin Constant, Amazonas, Brasil. **Journal of Education Science and Health**, [S. l.], v. 1, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://bio10publicacao.com.br/jesh/article/view/36>>. Acesso em: 6 set. 2024.

- SILVA, F. V. (org.) et al. **A Pandemia e o Trabalho em Saúde: vozes do cotidiano**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-A-Pandemia-e-o-Trabalho-em-Saude-vozes-do-cotidiano.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2024.
- SILVA, L. S.; OLIVEIRA, G. S.; SALGE, E. H. C. N. Entrevista na pesquisa em educação de abordagem qualitativa: algumas considerações teóricas e práticas. **Revista Prisma**, v. 2, n. 1, p. 110-122, 2021.
- SILVA, N. N. et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 4, e20180834, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/nMTkjYhjBNwbqmQCDZNPkzM/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 9 set. 2024.
- SILVA, S. V. D. et al. Repercussões da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde para pessoas com deficiência: relato dos profissionais de reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, e00223822, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT223822>>. Acesso em: 2 set. 2024.
- SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, e00198321, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LVkm4gdrWGJ98pb3SHVPPFWL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 9 set. 2024.
- SILVEIRA, K. S.; RIBEIRO, R. H. F.; MENEGHEL, S. N. Grupo virtual para o enfrentamento à COVID-19: a extensão em movimento. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- SOUZA, G. C. Taxa de desemprego é 3,1% menor que antes da pandemia no Estado de São Paulo. **Jornal da USP**, 11 out. 2023. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/taxa-de-desemprego-e-31-menor-que-antes-da-pandemia-no-estado-de-sao-paulo/#:~:text=Durante%20a%20pandemia%20da%20covid,pessoas%2C%20segundo%20da dos%20do%20IBGE>>. Acesso em: 19. jul. 2024.
- STÉDILE, M. A.; MARTINS, A. B. A pandemia e o mercado da saúde no Brasil. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wpcontent/uploads/2021/06/A-pandemia-e-asau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- STEVANIN, L. F. Vulnerabilidades que aproximam: Das aldeias às ruas, medidas contra a COVID-19 esbarram em realidades marcadas pela desigualdade e na ausência de direitos básicos, como saúde, emprego e moradia. **RADIS**, n. 212, p. 10-15, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis212_web.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2024.

TEIXEIRA, M. et al. Mulheres e saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho. In: Padilla, M. (org.) et al. **Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2024.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-96, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 abr. 2024.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, 274-9, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/yfvRcQ8dVZ5Qt34kFNCDHgc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 ago. 2024.

UNESCO, UNICEF and Banco Mundial. **What Have We Learnt? Findings from a survey of ministries of education on national responses to COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/national-education-responses-to-covid19/>>. Acesso em: 24 ago. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFGRS). **Morte de trabalhadora doméstica por coronavírus escancara falta de políticas para proteger a classe**. *Jornal do Brasil*, 15 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/jornal/morte-de-trabalhadora-domestica-por-coronavirus-escancara-falta-de-politicas-para-protetger-a-classe/>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

VASCONCELOS, T. R.; FERLA, A. A. Produção de saúde, cotidiano do cuidado, liberdade e participação social: resistências no cuidado em saúde mental e no enfrentamento à pandemia. In: MARTINS, A. B. et al. (orgs). **A pandemia e a Saúde Coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano**. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/ppgsaudecoletiva/wp-content/uploads/2021/06/A-pandemia-easau%CC%81de-coletiva.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2024.

VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, e.1, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/?lang=pt>>. Acesso em: 3 de ago. 2024.

VENTURA, D. F. L.; REIS, R. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19**. *Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil*, n. 10, p. 6-31, 2021. Tradução. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/3b1910da-027e-41c6-b740-12642d275300/HSA_02_2021.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2024.

WOITOWICZ, K. J.; PEDRO, J. M. O Movimento Feminista durante a ditadura militar no Brasil e no Chile: conjugando lutas pela democracia política com o direito ao corpo. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Ano X, n. 21, 2º semestre 2009, p. 43-55. ISSN 1518-4196. Disponível em: <<https://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/3574>>. Acesso em: 19 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Novel coronavirus - China**. [S. l.]: WHO, 12 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novelcoronavirus-china/en/>>. Acesso em: 14 dez. 2023.

XAVIER, P. B. et al. Trabalho na Atenção Básica durante a pandemia da covid-19: percepções dos profissionais de saúde acerca da atuação da gestão municipal. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 15, n. 45, p. 577-591, 2023. Disponível em: <<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/2185>>. Acesso em: 9 set. 2024.

ZONA DE INTERESSE. Direção: Jonathan Glazer. Produção de James Wilson; Ewa Puszczyńska. Estados Unidos, Reino Unido e Polônia: A24, Gutek Film, 2023. 1 DVD.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ¿A saúde é social? Um estudo sobre representações de profissionais da APS no contexto (pós) pandêmico¿

Pesquisador: Estela Marcia Saraiva Campos

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 70203623.9.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.917.885

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_2350657_E2.pdf 07/06/2024 19:45:08)

O pesquisador principal do projeto 'A saúde é social' um estudo sobre representações de profissionais da APS no contexto (pós) pandêmico¿, em tempo, solicita na Emenda 2 o seguinte:

- (I) prorrogação do prazo de vigência deste projeto para 30/09/2024;
 - (II) inclusão do professor Leandro David Wenceslau (CPF nº 084.805.827-58) como pesquisador responsável em substituição de Estela Marcia Saraiva Campos;
 - (III) inclusão da professora Danielle Teles da Cruz (CPF nº 057.514.956 -67) na equipe de pesquisa;
 - (IV) alteração da estratégia da coleta dos dados; (de grupos focais para entrevistas individuais)
 - (V) complemento do Instrumento de Coleta de dados;
 - (VI) alteração do título do projeto de pesquisa, passando de 'Determinantes Sociais da Saúde no Pós-Covid-19: reflexos nos serviços de atenção primária à saúde¿ para 'A saúde é social? um estudo sobre representações de profissionais da APS no contexto (pós) pandêmico¿.
- Apresentação do relatório parcial, 07/06/2024.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Telefone: (32)2102-3788

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.917.885

Justificativa da Emenda: A pesquisa em questão trata-se de um estudo qualitativo, que tem por objetivo compreender as representações de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que atuaram neste nível de atenção durante a pandemia de COVID-19, sobre a saúde e o adoecimento como fenômenos sociais. A partir do pré-teste realizado foi possível observar a necessidade de alteração da estratégia de coleta de dados. A pretensão inicial era a realização de grupos focais, contudo, será necessário substituir essa estratégia de abordagem por entrevistas individuais. Essa mudança será necessária em decorrência de alguns fatores:

- (i) alta demanda impelida aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde serão realizadas as abordagens;
- (ii) reorganização dos processos de trabalho na atenção primária no respectivo município promovidas pela gestão municipal, como por exemplo horário estendido do funcionamento das unidades de saúde;
- (iii) dificuldade de compatibilizar horário em comum entre os membros da equipe; e
- (iv) diminuição do risco de exposição entre as pessoas participantes. Assim sendo, serão utilizados os mesmos instrumentos de coleta, mas serão aplicados individualmente.

Nessa esteira, a partir da apreciação criteriosa do cenário apresentado acima foram feitas as adequações no projeto de pesquisa, que cursam com a necessidade de alterações no cronograma e, por consequência, no prazo de vigência. Além disso, a prorrogação do prazo de vigência e a incorporação de novos membros à equipe favorecerão a continuidade e o rigor metodológico do projeto, com o intuito de propiciar análises mais criteriosas e produções científicas, que detêm um potencial significativo para geração de subsídios importantes para a elaboração de políticas públicas com foco na busca da equidade e da justiça social. Por este motivo, faz-se necessária a alteração no título, que traduz a necessidade de ampliação das discussões acerca do tema proposto na pesquisa. Ressalta-se que este projeto contribui para o rompimento de uma temática ainda invisibilizada e silenciada, sendo uma pesquisa que cumpre com o papel social da produção científica no nosso país. Acrescenta-se que dado o caráter interdisciplinar do referido projeto e a importância da colaboração e troca de saberes entre a equipe, a inclusão de uma nova pesquisadora agregará esforços para a condução do projeto. Permitirá também valorizar os investimentos de recursos humanos e financeiros, e toda a infraestrutura e logística que foram necessários até o momento para a realização do pré-teste.

Continuação do Parecer: 6.917.885

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as representações de profissionais da APS, que atuaram neste nível de atenção durante a pandemia de Covid-19, sobre a saúde e o adoecimento como fenômenos sociais.

Objetivo Secundário:

- 1) Levantar relatos sobre as mudanças no processo de trabalho ocorridas na APS, durante a pandemia de Covid-19 e as representações dos profissionais quanto aos aspectos sociais que produziram essas mudanças.
- 2) Analisar as diferentes visões de profissionais da APS sobre o "social" e sua relação com a saúde e o adoecimento em um contexto pandêmico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na presente pesquisa, a coleta e análise de dados será realizada a partir das gravações, situação em que os participantes estarão "expostos" à identificação, devido às informações coletadas (nome e voz). Para tanto, será realizada a codificação dos participantes na coleta e análise dos dados da seguinte forma: os nomes dos profissionais de cada equipe serão substituídos por um nome de flor, seguido da identificação da letra inicial da categoria profissional e a equipe será identificada por número, assim teremos, por exemplo, Equipe 1: CravoM1, CravoE1, CravoAUXE1 e CravoACS1. Assim, será resguardado tal risco por meio de procedimentos éticos de pesquisa com seres humanos de modo a garantir o sigilo sobre a identificação e as informações referentes aos participantes com técnica de anonimato e a possibilidade de interrupção ou cancelamento, em caso de solicitação. O risco desta pesquisa se configura como mínimo.

Benefícios:

A compreensão de como as determinações sociais interferiram nas ações de cuidado da atenção primária em seus territórios poderá contribuir com a formulação de iniciativas e políticas mais eficazes para o cuidado que se tem chamado de "Covid-19 longa", que inclui diferentes ondas e as sequelas da doença. Também poderá contribuir com políticas públicas de proteção social, especialmente em/sobre territórios mais pobres, onde podem ser percebidas desigualdades e vulnerabilizações sociais e, por isso, foram mais afetados durante a pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O CEP manifesta pela aprovação da Emenda 2, a saber:

- (I) Prazo de vigência deste projeto para 30/09/2024;

Continuação do Parecer: 6.917.885

- (I) Professor Leandro David Wenceslau (CPF nº 084.805.827-58) como pesquisador responsável
- (II) Professora Danielle Teles da Cruz (CPF nº 057.514.956 -67) na equipe de pesquisa;
- (III) Coleta dos dados: entrevistas individuais
- (IV) Instrumento de Coleta de dados: com complementos
- (V) Título do projeto de pesquisa: `A saúde é social? um estudo sobre representações de profissionais da APS no contexto (pós) pandêmico`.

Relatório Parcial, 07/06/2024.

Projeto aprovado sob Parecer N. 6.331.606 - CEP/UFJF

O projeto não está sendo desenvolvido em conformidade ao delineamento proposto (Objetivos, Metodologia -Desenho do estudo, Número de participantes, mas em conformidade as emendas ao protocolo. Não foi registrada a ocorrência de algum evento adverso ou intercorrência durante a implementação do estudo ou em decorrência do mesmo. Quanto à utilização científica ou divulgação dos resultados, assinale as alternativas pertinentes: Apresentação do trabalho para fins acadêmicos (defesa de TCC, Monografia, Dissertação, Tese); Apresentação do estudo em evento de natureza científica. Quantos e quais: 16º Congresso Internacional da Rede Unida. Santa Maria, Rio Grande do Sul; julho-agosto de 2024; Publicação de resumos em Anais de Evento. Quantas e quais: 16º Congresso Internacional da Rede Unida. Santa Maria, Rio Grande do Sul; julho-agosto de 2024.

Principais resultados do estudo até o presente momento: ` A coleta de dados em campo empírico mostrou, nas fases mais incipientes de análise de dados, que o registro de medo e ansiedade foi constante entre profissionais e trabalhadores da saúde nos territórios abordados, evidenciando o caráter mais social do processo saúde-doença. A vulnerabilização social, bastante citada entre as pessoas entrevistadas, foi observada como um conjunto de aspectos individuais, coletivos, circunstanciais e territoriais potencializador do agravamento da própria COVID-19, bem como de outras doenças, como hipertensão, diabetes, relacionadas à tireoide e câncer. A exposição prolongada à pandemia também desencadeou outros impactos, como o aumento do consumo de drogas e o desemprego, que por sua vez, tornou mais difícil o acesso à moradia, alimentação saudável e aos recursos considerados essenciais para enfrentamento à pandemia, como álcool 70%, máscaras faciais e, claro, água corrente e tratada para manter diariamente a higienização. O desemprego também colaborou com a super população dentro das casas, mantendo as pessoas mais próximas e por mais tempo durante a crise sanitária. Esse fator, inclusive, foi crucial para a transmissão do novo coronavírus, que dependia,

Continuação do Parecer: 6.917.885

também, que as pessoas contaminadas ou suspeitas estivessem próximas às outras.¿

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

MODELO_Relatorio_Parcial_Todas_as_areas_Atualizado_2024_assinado.pdf 07/06/2024 19:42:34

TCLE_07_06_24.pdf 07/06/2024 19:44:17

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2350657_E2.pdf 07/06/2024 19:45:08

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a Emenda 2 e o Relatório Parcial de 07/06/2024, estão APROVADOS, pois estão de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS, Norma Operacional Nº 001/2013 CNS e o dispositivo da Resolução 251/97 CNS/MS (III.2.h.). Data prevista para o término da pesquisa: 30/09/2024.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emendaao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇOES_BASICAS_2350657_E2.pdf	07/06/2024 19:45:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_07_06_24.pdf	07/06/2024 19:44:17	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	MODELO_Relatorio_Parcial_Todas_as_areas_Atualizado_2024_assinado.pdf	07/06/2024 19:42:34	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_23506	25/05/2024		Aceito

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF**



Continuação do Parecer: 6.917.885

Básicas do Projeto	57_E2.pdf	10:28:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado_25_05_2024.docx	25/05/2024 10:26:28	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado_25_05_2024.docx	25/05/2024 10:26:28	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Recusado
Outros	Roteiro_Entrevista_Modificado_25_05_2024.docx	25/05/2024 10:26:11	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Modificado_25_05_2024.docx	25/05/2024 10:25:39	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	Emenda_CEP_25_05_2024.docx	25/05/2024 10:25:21	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Leandro.pdf	25/01/2024 14:57:44	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_Danielle.pdf	25/01/2024 14:53:19	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Parecer Anterior	Parecer2.docx	28/09/2023 20:31:45	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	28/09/2023 20:29:43	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/09/2023 20:28:23	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Parecer Anterior	Parecer1.docx	11/08/2023 14:01:20	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta.docx	11/08/2023 13:51:42	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	11/08/2023 13:49:30	WILLIAM PEREIRA SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_assistente.pdf	02/06/2023 14:03:17	Estela Marcia Saraiva Campos	Aceito
Outros	Curriculo_orientador.pdf	02/06/2023 14:01:41	Estela Marcia Saraiva Campos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_sigilo.pdf	26/05/2023 12:36:40	Estela Marcia Saraiva Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Página 06 de 07

JUIZ DE FORA, 27 de Junho de 2024

Assinado por:

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula (Coordenador(a))

ANEXO 2 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS



Declaração

Autorizamos a realização da pesquisa do Mestrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, intitulada "Determinantes Sociais da Saúde no Pós-Covid-19: reflexos nos serviços de atenção primária à saúde" a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Estela Márcia Saraiva Campos e do Pesquisador William Pereira Santos, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora.

E DECLARAMOS que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Solicitamos, assim que concluído, o envio do Relatório de Pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 07 de Agosto de 2023.



João Daniel Neto
Gerente do Departamento de Programas
e Ações de Atenção à Saúde



Glenda de Almeida Aquino
Supervisora de Educação Permanente e
Integração Ensino-Serviço em Saúde

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DAS UBS:

Data de realização da entrevista: ____/____/2024
1) UBS - Juiz de Fora, MG: () UBS A () UBS B () UBS C
2) A UBS possui Estratégia de Saúde da Família (ESF)? () Sim () Não
2.1) Se sim, quantas equipes: _____
Observações: _____

3) Horário de funcionamento da UBS: Segunda a sexta-feira: _____ / Sábado: _____
4) População atendida (número estimado): _____

PARTE 2: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- 1) Qual a sua idade? _____ anos
- 2) Como se vê em relação a cor da sua pele?
 Amarelo(a) / Indígena Branco(a) Pardo(a) Preto(a)
- 3) Como se identifica em relação ao seu gênero?
 Mulher cis (é a pessoa que se identifica, em todos os aspectos, com o gênero feminino atribuído ao nascer).
 Mulher trans (é a pessoa que se identifica como sendo do gênero feminino, embora tenha sido biologicamente designada como pertencente ao sexo/gênero masculino ao nascer).
 Mulher travesti ou travesti (é a pessoa que nasceu com determinado sexo, ao qual foi atribuído culturalmente o gênero considerado correspondente pela sociedade, mas que passa a se identificar e construir nela mesma o gênero oposto).

- Homem cis (é a pessoa que se identifica, em todos os aspectos, com o gênero masculino atribuído ao nascer).
- Homem trans (é a pessoa que se identifica como sendo do gênero masculino embora tenha sido biologicamente designada como pertencente ao sexo/gênero feminino ao nascer).
- Pessoa não-binária (é a pessoa que não se encaixa na definição de homem e mulher).
- Outro. Especificar: _____

4) Qual é a sua escolaridade?

- Ensino fundamental incompleto (estudei até a 7ª série).
- Ensino fundamental completo (concluí a 8ª série).
- Ensino médio incompleto (parei entre o 1º e 3º ano do 2º grau).
- Ensino médio completo (concluí o 3º ano do 2º grau).
- Superior incompleto (curso de graduação na faculdade, mas não concluí).
- Superior completo (me formei em um curso de graduação).
- Superior completo com pós-graduação (me formei em curso de graduação e concluí uma especialização).
- Mestrado
- Doutorado

5) O(A) sr(a) reside no mesmo bairro em que trabalha?

- Sim Não

6) Desde quando o(a) sr(a) trabalha nesta UBS? ____ / _____ (informar mês e ano).

PARTE 3: ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL:

1) Poderia contar um pouco sobre o que você e sua equipe viveram durante a pandemia nesta unidade de saúde? É uma pergunta bem aberta mesmo, fique à vontade quanto ao que desejar narrar, contar.

Perguntas auxiliares: Como você e sua equipe trabalharam durante a pandemia? Como se deu o seu trabalho e o de sua equipe durante a pandemia? A pandemia mudou o trabalho de vocês? Se sim, de que forma? (Favorecer a descrição de rotinas típicas de trabalho da pandemia e eventos/situações de trabalho e atendimento que se tornaram comuns nesse período).

2) Quais foram as demandas/necessidades de saúde mais frequentemente assistidas por você e sua equipe durante a pandemia? Durante a pandemia, você percebeu mudanças nas demandas/necessidades assistenciais e de atendimento da sua população. Se sim, poderia dar exemplos do que mudou? Você observa mudanças que perduram até hoje no chamado pós-pandemia? Se sim, quais seriam?

3) A pandemia trouxe muitas consequências e impactos na saúde da população de maneira geral e possivelmente na população assistida por você (veja se tem um gancho da resposta anterior). Durante a pandemia, quais os principais efeitos e consequências da COVID-19 que atingiram a população assistida por você? Quais efeitos e consequências atingiram o seu trabalho como profissional de saúde? Na sua percepção, algo poderia ter sido feito para modificar esses impactos (na saúde da população e no seu trabalho)? Se de acordo, o que poderia ter sido feito?

- Algo pode ter influenciado, potencializado ou amenizado, o adoecimento e os prejuízos à saúde da população durante a COVID-19? Se sim, o que influenciou ou poderia ter influenciado? (talvez esta pergunta não seja necessária, mas fica de auxiliar)
- Os recursos de cuidado e assistência também foram de alguma forma afetados? Se sim, como?

4) Alguma característica ou particularidade lhe chamou a atenção no perfil de atendimentos e de demandas da sua população durante a pandemia? Se sim, o que lhe despertou a atenção e como você lidou com essa característica ou particularidade?

5) Você considera que a população assistida pela sua equipe foi atingida de alguma forma diferente ou particular pela pandemia de COVID? Se sim, de que forma? (Se houver dificuldade de entender a pergunta pode estimular: “comparado ao que você acompanhou no cenário nacional ou internacional, por exemplo?”) (Obs.: essa é uma pergunta sutilmente diferente da anterior, mas pode ser que a pessoa entrevistada considere iguais).

6) Você identifica algum tipo de relação entre o território atendido pela sua equipe/unidade de saúde, o adoecimento e as mortes por COVID-19 que atingiram essa população? Se sim, quais seriam e como se deram essas possíveis relações?

7) Quais características do território você avalia que interferiram nas atividades da equipe durante o período da pandemia? Se sim, quais características interferiram e de que forma?

8) Você avalia que a COVID-19 atingiu de forma diferente parcelas específicas da população ou grupos do seu território? Se sim, quais parcelas ou grupos você acredita que foram atingidos de forma diferente e quais diferenças ou particularidades foram essas? E olhando a população brasileira de maneira geral, você entende que houve diferenças?

9) Você observou relações ou diferenças entre os adoecimentos e mortes durante a pandemia e características como raça/ cor de pele, gênero/sexo (papeis sexuais), escolaridade, renda, classe social, ser trabalhador ou não, morar sozinho ou não, idade (e outros aspectos que vocês pensarem)?

10) Você acredita que alguma outra questão de ordem social foi significativa, influenciou o processo de adoecimento durante a pandemia além dessas que a gente conversou até aqui?

11) Você considera que o fato de aqui ser uma unidade "tradicional", sem ACS, pode ter influenciado no que vocês viveram enquanto profissionais no contexto da pandemia e pós pandemia?

Observações:

1) Solicitar que as pessoas entrevistadas expliquem e/ou deem exemplos durante ou ao final das respostas.

2) A pergunta 9 deve ser feita quando as respostas para as perguntas anteriores não contemplarem os objetivos da pesquisa.

3) A pergunta 11 deve ser feita em caso de a UBS não possuir equipe de saúde completa (com atuação de ACS), seguindo o modelo das equipes de Atenção Básica da PNAB (2017

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa “A saúde é social? Um estudo sobre representações de profissionais da APS no contexto (pós) pandêmico”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de compreender as necessidades em saúde da população, bem como para compreender a face social da COVID-19 e de sugerir modificações nas políticas de cuidado às pessoas. Nesta pesquisa pretendemos, como objetivo geral, analisar as percepções dos profissionais de saúde em relação às mudanças nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) a partir da COVID-19 em territórios da Atenção Primária à Saúde (APS), e, como objetivos específicos, identificar os fatores que interferiram nas mudanças dos DSS de populações adscritas às equipes de Saúde da Família; e analisar os DSS a partir da COVID-19 e suas consequências nas demandas dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: realizar a técnica de grupo focal com a participação dos profissionais de sua equipe de Saúde da Família, aqueles que concordarem em participar do estudo, para que possamos discutir e comentar sobre o tema a partir de sua experiência pessoal no cotidiano de seu trabalho buscando assim identificar e analisar como tem sido o trabalho das equipes após a COVID-19. A realização da entrevista em grupo permitirá captar as experiências por meio das trocas coletivas.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: expressar suas ideias de forma livre e autônoma. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, sua participação é sigilosa e, portanto, seus dados serão protegidos pelos pesquisadores desta pesquisa, como é previsto na legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS). As informações recolhidas serão utilizadas apenas para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A pesquisa pode ajudar na compreensão das causalidades que ocasionaram mudanças nos determinantes sociais da saúde a partir da COVID-19 e como tais mudanças influenciaram as ações de cuidado da atenção primária nos territórios, o que poderá contribuir com a formulação de iniciativas e políticas mais eficazes para o cuidado no que se tem chamado de “COVID-19 longa”, que inclui diferentes ondas e as sequelas da doença.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado pelas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, MG, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Pesquisadores Responsáveis: Leandro David Wenceslau e Danielle Teles da Cruz
Campus Universitário da UFJF. Faculdade Medicina/Departamento Saúde Coletiva; CEP: 36036-900
Fone: (32) 98888-1817 / E-mail: correiodoleandro@gmail.com e danitacruz@yahoo.com.br

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

(Artigo 196; Constituição Federal de 1988)